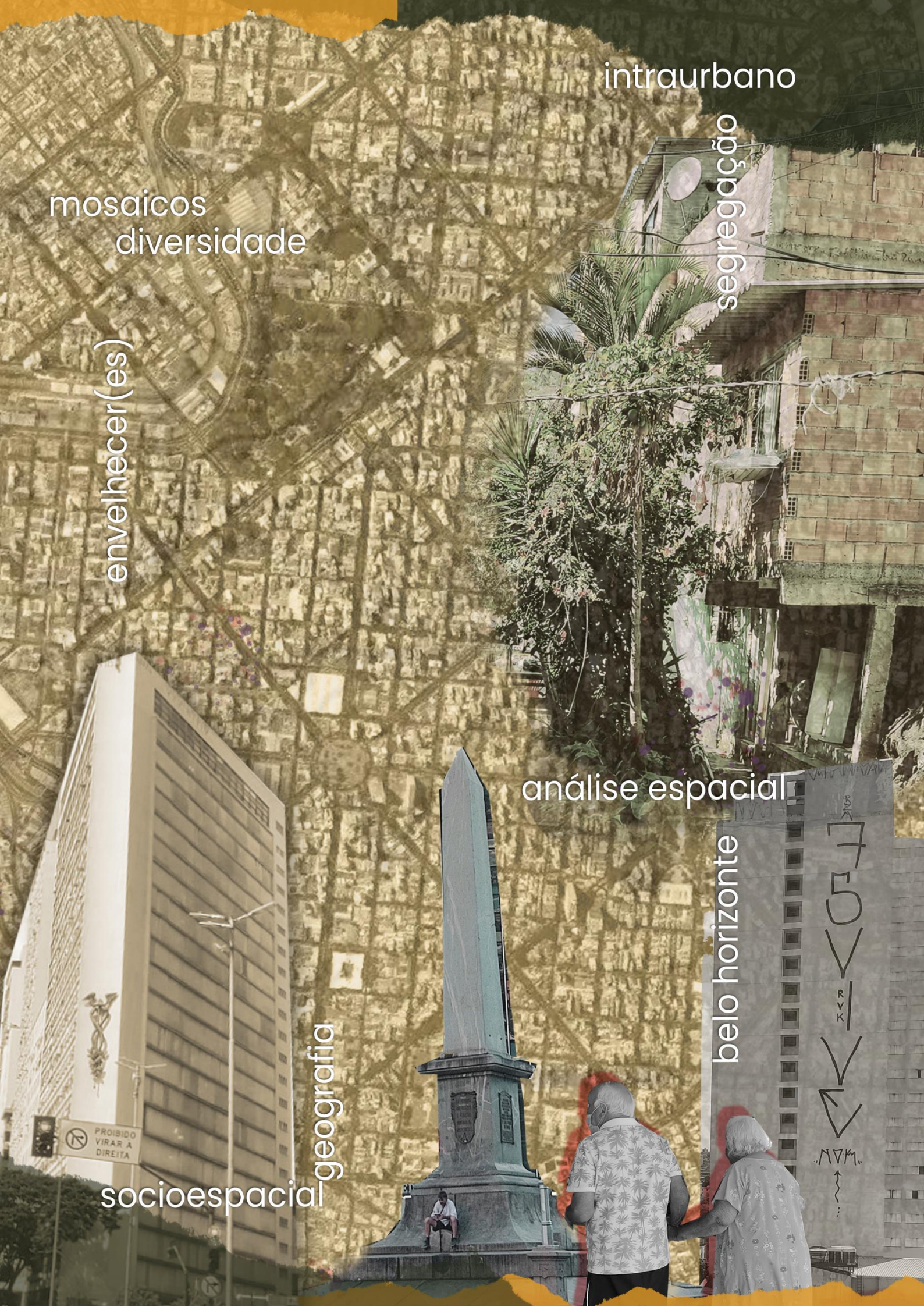




intraurbano

segregação

mosaicos
diversidade

envelhecer(es)

análise espacial

belo horizonte

geografia

socioespacial

75V
RVK
V
NVM
↑

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

Denise Marques Sales

**MOSAICOS DA VIDA URBANA: envelhecer(es) em
Belo Horizonte e suas iniquidades intraurbanas**

Belo Horizonte

2024

Denise Marques Sales

**MOSAICOS DA VIDA URBANA: envelhecer(es) em
Belo Horizonte e suas iniquidades intraurbanas**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação do Departamento de Geografia da Universidade Federal de Minas Gerais como pré-requisito para título de doutora

Área de Concentração: Organização do Espaço

Linha de pesquisa: Produção do espaço, ecologia política, cultura, educação em geografia

Orientadora: Prof. Dr.^a Doralice Barros Pereira

Belo Horizonte

2024

S163m
2024

Sales, Denise Marques.

Mosaicos da vida urbana [manuscrito] : envelhecer(es) em Belo Horizonte e suas iniquidades intraurbanas / Denise Marques Sales. – 2024.

323 f., enc. il. (principalmente color.)

Orientadora: Doralice Barros Pereira.

Tese (doutorado) – Universidade Federal de Minas Gerais, Instituto de Geociências, 2024.

Área de concentração: Organização do Espaço.

Linha de pesquisa: Produção do Espaço, Ecologia Política, Cultura, Educação em Geografia

Bibliografia: f. 275-291.

Inclui apêndices e anexos.

1. Envelhecimento – Disparidades regionais – Belo Horizonte (MG) – Teses. 2. Qualidade de vida – Belo Horizonte (MG) – Teses. 3. Geografia Humana – Teses. 4. Planejamento urbano – Aspectos sociais – Tese. 5. Análise espacial (Estatística) – Teses. I. Pereira, Doralice Barros. II. Universidade Federal de Minas Gerais. Instituto de Geociências. III. Título.

CDU: 711.4:346.32-053.9(815.1)



UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
INSTITUTO DE GEOCIÊNCIAS
COLEGIADO DO CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GEOGRAFIA

FOLHA DE APROVAÇÃO

**MOSAICOS DA VIDA URBANA: ENVELHECER (ES) EM BELO HORIZONTE E SUAS INIQUIDADES
INTRAURBANAS**

DENISE MARQUES SALES

Tese de Doutorado defendida e aprovada, no dia 16 de setembro de 2024, pela Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação em Geografia da Universidade Federal de Minas Gerais constituída pelos seguintes professores:

Karla Cristina Giacomini

FIOCRUZ/Minas

Rafael de Castro Catão

UFES

Andrea Branco Simão

UFMG

Heloísa Soares de Moura Costa

IGC/UFMG

Doralice Barros Pereira - Orientadora

IGC/UFMG

Belo Horizonte, 16 de setembro de 2024.



Documento assinado eletronicamente por **Heloísa Soares de Moura Costa, Professor(a)**, em 17/09/2024, às 11:23, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Karla Cristina Giacomini, Usuário Externo**, em 17/09/2024, às 11:43, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Doralice Barros Pereira, Membro**, em 17/09/2024, às 18:49, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Andrea Branco Simão, Assistente Social**, em 17/09/2024, às 19:51, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



Documento assinado eletronicamente por **Rafael de Castro Catão, Usuário Externo**, em 24/09/2024, às 16:15, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 5º do [Decreto nº 10.543, de 13 de novembro de 2020](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ufmg.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **3502036** e o código CRC **A5AF7897**.

AGRADECIMENTOS

Sou grata à minha mãe e a meu pai (*in memoriam*), por terem me dado a vida e a educação para seguir com simplicidade e honestidade. Aos meus amigos diletos e à minha irmã, por me apoiarem em análises e compartilharem ideias, decisões, conquistas, angústias, desafios, inspirações e alegrias.

Aos colegas dedicados e apaixonados pela Geografia da/para a Saúde, membros do GT de Saúde AGB/Presidente Prudente, por todas as partilhas, conversas, debates e encontros.

A todas as pessoas que se disponibilizaram a participar das entrevistas nos campos realizados, e aos colegas que apoiaram na transcrição das 43 entrevistas realizadas, os quais foram cruciais no processo.

À amiga Tallyta Martins, que me auxiliou nas análises estatísticas, discutiu, testou e me apoiou na tomada de decisão de qual melhor metodologia adotar para os resultados aqui apresentados.

À amiga Erika Ferreira, por se dedicar a me apoiar nas análises realizadas no *software* Iramuteq, na reta final de escrita e apresentação de resultados síntese da componente qualitativa dessa pesquisa.

Ao amigo arquiteto nadador Elmer Rodriguez, que topou o desafio do processo de criação, a partir das fotografias de minha autoria, das composições artísticas dispostas nessa tese, a fim de ilustrar as percepções mais genuínas que o fazer geográfico me proporcionou ao longo dessa trajetória de criação e produção.

À Milena Domingues, psicóloga que me acompanhou emocionalmente por todo o processo, me amparando nos momentos desafiadores, me auxiliando nas tomadas de decisões e nas reformulações do meu ser.

Aos colegas de treino de natação das equipes atléticas da UFMG e à nossa treinadora Hanna Castro: vocês tornaram meus dias mais leves e ajudaram a dissipar o estresse e as preocupações que a vida acadêmica impõe, na prática esportiva que tanto me faz bem.

Agradeço às professoras e aos professores que têm acompanhado minha trajetória até aqui e partilhado conhecimentos e apoio. Aos funcionários do Instituto de Geociências e, em especial, aos do Programa de Pós-Graduação em Geografia.

À prof.^a Doralice Pereira, por aceitar o desafio de orientar uma pesquisa interdisciplinar, com temática ampla e desafiadora.

Ao Observatório de Saúde Urbana (OSUBH) e a todos os colegas que compunham a multidisciplinar equipe, pelo convívio e ensinamentos partilhados durante o período em que estive colaborando com o grupo.

Agradeço aos membros da banca examinadora, pelo interesse e disponibilidade em colaborar com minha pesquisa.

E à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), por subsidiar esta pesquisa, com o fornecimento da bolsa de estudos.

[...]

Ténpu ki bai

*Dexâ-m a-li sakédu ta djobi óra
Ku gána-volta a ténpu di mininéza
Sodádi na jardin di nha memória*

Ténpu ki bai

*Karega leba tántu algen ki nu áma
Mostrá-nu ma mundu é más ténpu ki stória
Mostrá-nu ma ténpu é más txeu ki bida*

Ténpu ál leba

*Nhas médu, silénsiu, diâ I noti
E ál leba juventudi di nós gentis grándi
Má tanbé e ál sára kuázi tudu dor*

Ténpu ál leba

*Nha fórsa, kel sonhu di pas I nha sáangi
Má ántis n ál pidi ténpu pa dexe
Ben livri melodia di nha vós
Nu abri simentera di amor*

[...]

(Mayra Andrade – Ténpu ki bai)

RESUMO

Fazemos parte de uma geração que vivencia, pela primeira vez, uma velhice mais longa e que demanda reflexões e ações urgentes quanto à sua qualidade e dignidade de vida. Nesse processo, trajetórias de vida estão individualmente entrelaçadas com contextos sociais, políticos e econômicos caracterizando distintos envelhece(res), exigindo adaptações, recursos financeiros, assistências e cuidados. Diante dessa trama: onde estão essas pessoas que sobrevivem por mais de 60 anos? Em quais condições socioeconômicas elas se encontram? Superando quais desafios? O foco dessa pesquisa foi o de identificar as distintas formas de envelhecer na cidade de Belo Horizonte (MG), suas manifestações territoriais e os acessos à saúde e à assistência social. As mudanças na composição familiar e o crescimento desse grupo populacional demandam mais do que a discussão das produções sociais de estereótipos sobre os processos de envelhecimento, e sim privilegiar ações que promovam melhores condições de saúde, de interação com o ambiente construído e social. O objetivo foi compreender como essas mudanças podem proporcionar diferentes condições de envelhecimento, nichos de segregação socioespacial e contextos de iniquidades intraurbanas para a população com 60 anos ou mais, nas Unidades de Desenvolvimento Humano em Belo Horizonte, nos anos de 2010, 2022 e 2023. Para isso, foram feitas análises espaciais quanto às suas variações das características demográficas, socioeconômicas e de saúde. Por meio de entrevistas semiestruturadas, obteve-se as narrativas de quatro grupos de interlocutores - gestores, trabalhadores da saúde e assistência social, representantes da sociedade civil e pessoas com 60 anos ou mais - quanto ao envelhecer na cidade. As características sociodemográficas revelaram padrões territoriais que podem estar significativamente associados à segregação socioespacial e iniquidades que impactam no envelhecimento. Para Belo Horizonte, segundo os dados censitários de 2010, as maiores taxas de envelhecimento e os melhores indicadores socioeconômicos predominam na regional Centro-sul e bairros circunvizinhos. Ao mesmo tempo, as regionais Venda Nova, Norte e Barreiro apresentam os piores indicadores, bem como em algumas vilas, favelas e bairros periféricos, que estão distribuídos, em menor concentração, por toda a cidade. Essa tendência dialoga com diversas constatações narradas ao longo das entrevistas semiestruturadas concedidas. Múltiplas foram as velhices percebidas, diversos os contextos vividos, num tecido urbano que mescla a individualidade e os propósitos de vida com a coletividade, às estratégias para sobrevivência e a busca da manutenção de uma vida com dignidade, qualidade e saúde. Destaca-se o papel e a importância das redes de apoio, do cuidado, do acesso à informação, à saúde, à assistência social, à cultura e lazer para alcançar um envelhecimento ativo e saudável; e igualmente, enunciamos a dureza das mazelas vividas, pelas pessoas com 60 anos ou mais, atravessadas pela desigualdade social, violência, solidão, rompimento de vínculos, abandono, isolamento pela covid-19, idadeísmo, adoecimento emocional e a dificuldade de acesso às instituições de longa permanência. A pesquisa transparece o viver e envelhecer em uma cidade que explicita não estar preparada para tal realidade. Ademais durante a pandemia da Covid-19 contou com a rede SUS-BH para suportar o processo de necropolítica praticado no governo federal (gestão 2019 – 2022). As evidências e reflexões trazidas ampliam o entendimento de uma complexa rede de fatores que incidem sobre as distintas condições de envelhecimento em Belo Horizonte. Portanto, seu conteúdo poderá apoiar a reformulação de políticas públicas que intersetorialmente possam trabalhar e proporcionar um meio urbano de maior qualidade de vida às pessoas em especial, com 60 anos ou mais.

Palavras-chave: envelhecimento; qualidade de vida urbana; análise espacial; diferenças intraurbanas; segregação socioespacial.

RESUMEN

Somos parte de una generación que vivencia, por primera vez, una vejez más prolongada y que demanda reflexiones y acciones urgentes en cuanto a su calidad y dignidad de vida. En este proceso, las trayectorias de vida están individualmente entrelazadas con contextos sociales, políticos y económicos que caracterizan distintas formas de envejecer, exigiendo adaptaciones, recursos financieros, asistencias y cuidados. Ante esta trama: ¿dónde están esas personas que sobreviven más de 60 años? ¿En qué condiciones socioeconómicas se encuentran? ¿Superando qué desafíos? El enfoque de esta investigación fue identificar las distintas formas de envejecer en la ciudad de Belo Horizonte (MG), sus manifestaciones territoriales y los accesos a la salud y a la asistencia social. Los cambios en la composición familiar y el crecimiento de este grupo poblacional demandan más que la discusión de las producciones sociales de estereotipos sobre los procesos de envejecimiento, y sí privilegiar acciones que promuevan mejores condiciones de salud, de interacción con el entorno construido y social. Nuestro objetivo es comprender cómo estos cambios pueden proporcionar diferentes condiciones de envejecimiento, nichos de segregación socioespacial y contextos de inequidades intraurbanas para la población de 60 años o más, en las Unidades de Desarrollo Humano en Belo Horizonte, en los años 2010, 2022 y 2023. Para ello, desarrollamos análisis espaciales en cuanto a sus variaciones de las características demográficas, socioeconómicas y de salud. Averiguamos, por medio de entrevistas semiestructuradas, las narrativas de cuatro grupos de interlocutores: gestores, trabajadores de la salud y asistencia social, representantes de la sociedad civil y personas de 60 años o más, en cuanto a envejecer en la ciudad. Las características sociodemográficas revelaron patrones territoriales que pueden estar significativamente asociados a la segregación socioespacial e inequidades que impactan en el envejecimiento. Para Belo Horizonte, según los datos censales de 2010, las tasas de envejecimiento más altas y los mejores indicadores socioeconómicos predominan en la región Centro-Sur y barrios circundantes. Al mismo tiempo, las regiones Venda Nova, Norte y Barreiro presentan los peores indicadores, así como en algunas villas, favelas y barrios periféricos, que están distribuidos, en menor concentración, por toda la ciudad. Esta tendencia dialoga con diversas constataciones narradas a lo largo de las entrevistas semiestructuradas concedidas. Múltiples fueron las vejezes percibidas, diversos los contextos vividos, en un tejido urbano que mezcla la individualidad y los propósitos de vida con la colectividad, las estrategias para la supervivencia y la búsqueda de la manutención de una vida con dignidad, calidad y salud. Evidenciamos el rol y la importancia de las redes de apoyo, del cuidado, del acceso a la información, a la salud, a la asistencia social, a la cultura y al ocio para alcanzar un envejecimiento activo y saludable; e igualmente, enunciamos la dureza de los males vividos por las personas de 60 años o más, atravesadas por la desigualdad social, violencia, soledad, ruptura de vínculos, abandono, aislamiento por el Covid-19, edadismo, padecimiento emocional y la dificultad de acceso a las instituciones de larga permanencia. La investigación refleja el vivir y envejecer en una ciudad que evidencia no estar preparada para tal realidad. Además, durante la pandemia del Covid-19, contó con la red SUS-BH para soportar el proceso de necropolítica practicado en el gobierno federal (gestión 2019 – 2022). Las evidencias y reflexiones traídas amplían la comprensión de una compleja red de factores que inciden sobre las distintas condiciones de envejecimiento en Belo Horizonte. Por lo tanto, su contenido podrá apoyar la reformulación de políticas públicas que intersectorialmente puedan trabajar y proporcionar un medio urbano de mayor calidad de vida a las personas, especialmente, con 60 años o más.

Palabras clave: envejecimiento; calidad de vida urbana; análisis espacial; diferencias intraurbanas; segregación socioespacial.

ABSTRACT

We are part of a generation that experiences, for the first time, a longer old age that demands urgent reflections and actions regarding its quality and dignity of life. In this process, life trajectories are individually intertwined with social, political, and economic contexts, characterizing different ways of aging, requiring adaptations, financial resources, assistance, and care. In this context: where are the people who have survived for over 60 years? In what socioeconomic conditions do they find themselves? Overcoming what challenges? The focus of this research was to identify the different ways of aging in the city of Belo Horizonte (MG), their territorial manifestations, and the access to health and social assistance. Changes in family composition and the growth of this population group demand more than a discussion of the social production of stereotypes about the aging processes; they call for actions that promote better health conditions and interaction with the built and social environment. We aim to understand how these changes can provide different conditions for aging, niches of socio-spatial segregation, and contexts of intra-urban inequalities for the population aged 60 and over, in the Human Development Units in Belo Horizonte, in the years 2010, 2022, and 2023. To achieve this, we developed spatial analyses regarding their variations in demographic, socioeconomic, and health characteristics. We investigated, through semi-structured interviews, the narratives of four groups of interlocutors – public administrators, health and social assistance workers, civil society representatives, and people aged 60 and over - regarding aging in the city. The sociodemographic characteristics revealed territorial patterns that can be significantly associated with socio-spatial segregation and inequalities that impact aging. For Belo Horizonte, according to the 2010 census data, the highest aging rates and the best socioeconomic indicators predominate in the Mid-South region and surrounding neighborhoods. At the same time, the regions of Venda Nova, North, and Barreiro present the worst indicators, as well as some villages, slums, and peripheral neighborhoods, which are distributed, in lower concentration, throughout the city. This trend is in dialogue with various findings narrated during the semi-structured interviews. Multiple forms of old age were perceived, diverse contexts were lived, in an urban fabric that blends individuality and life purposes with collectivity, survival strategies, and the pursuit of maintaining a life with dignity, quality, and health. We highlight the role and importance of support networks, care, access to information, health, social assistance, culture, and leisure to achieve active and healthy aging; and equally, we point out the harshness of the miseries experienced by people aged 60 and over, crossed by social inequality, violence, loneliness, rupture of bonds, abandonment, isolation due to covid-19, ageism, emotional illness, and difficulty accessing long-term care institutions. The research reflects living and aging in a city that is evidently not prepared for such a reality. Additionally, during the Covid-19 syndemic, it relied on the SUS-BH network to withstand the necropolitics practiced in the previous Brazilian federal government (2019 – 2022). The evidence and reflections brought forth expand the understanding of a complex network of factors that affect the different aging conditions in Belo Horizonte. Therefore, its content may support the reformulation of public policies that can intersectorally work and provide an urban environment of higher quality of life for people, especially those aged 60 and over.

Keywords: aging; urban quality of life; spatial analysis; intra-urban differences; socio-spatial segregation.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Modelo conceitual de fatores que influenciam os processos de envelhecimento	35
Figura 2: Modelo Conceitual para os Determinantes Sociais em Saúde (2010)	44
Figura 3: Linha cronológica das principais ações e políticas de atenção ao idoso da esfera internacional à municipal de 1980 a 2022	58
Figura 4: Planta geral de Belo Horizonte, 1895	59
Figura 5: Evolução da mancha urbana de Belo Horizonte (MG), 1918 a 2018	64
Figura 6: Pirâmides etárias de Belo Horizonte, de 1970 a 2022	66
Figura 7: Taxas de Envelhecimento em Belo Horizonte para os anos de 1970 a 2022.....	67
Figura 8: Diagrama de agrupamento mostrando variação entre e dentro dos agrupamentos...	74
Figura 9: Estágios 1-3 do diagrama de decisão da análise de agrupamentos.....	75
Figura 10: Estágios 4-6 do diagrama de decisão da análise de agrupamentos.....	76
Figura 11: Taxa da população por grupos etários a partir de 40 anos de idade por UDH para o ano de 2010.....	80
Figura 12: Distribuição das Vilas, Quilombos, Ocupações, CRAS, UBS, Upas, Hospitais e ILPI em Belo Horizonte (2024)	83
Figura 13: Distribuição de equipamentos e espaços para prática esportiva, cultura e lazer (2024), declividade das vias (2024), MDT (2012), principais vias e linha de metrô (2024) em Belo Horizonte (MG).....	91
Figura 14: Índice de Vulnerabilidade da Saúde, 2012.....	98
Figura 15: Variáveis do <i>cluster</i> por UDH em Belo Horizonte - sequência 1 (2010)	103
Figura 16: Variáveis do <i>cluster</i> por UDH em Belo Horizonte - sequência 2 (2010)	106
Figura 17: Mapa da Análise de <i>Cluster</i> dos Contextos de envelhecimento em Belo Horizonte, por UDH Agrupamentos.....	120
Figura 18: Distribuição dos entrevistados pelas Regionais Administrativas de Belo Horizonte	137
Figura 19: CHD representado na forma de um filograma com <i>clusters</i> , categoria 1: “o que é envelhecer?”	147
Figura 20: Nuvem de palavras, categoria 1: “o que é envelhecer?”	148
Figura 21: Quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida	152
Figura 22: CHD representado na forma de um filograma com <i>clusters</i> , categoria 2: “o que é viver e envelhecer com saúde?”	157
Figura 23: Nuvem de palavras, categoria 2: “o que é viver e envelhecer com saúde?”	158
Figura 24: CHD representado na forma de um filograma com <i>clusters</i> , categoria 3: "como é envelhecer em Belo Horizonte?"	176
Figura 25: Nuvem de palavras, categoria 3: "como é envelhecer em Belo Horizonte?"	177

Figura 26: CHD representado na forma de um filograma com <i>clusters</i> , categoria 4: “quais outros fatores impactam no envelhecimento e porquê?”	210
Figura 27: Nuvem de palavras, categoria 4: “quais outros fatores impactam no envelhecimento e porquê?”	211
Figura 28: CHD representado na forma de um filograma com <i>clusters</i> , categoria 5: “quais as principais demandas realizadas pelos idosos?”	242
Figura 29: Distribuição percentual das internações por SRAG-COVID segundo faixa etária em Belo Horizonte.....	273
Figura 30: CHD representado na forma de um filograma com <i>clusters</i> , categoria 6: “como a sindemia da Covid-19 se apresentou no contexto de envelhecimento em Belo Horizonte?”	277
Figura 31: Nuvem de palavras, categoria 6: “como a sindemia da Covid-19 se apresentou no contexto de envelhecimento em Belo Horizonte?”	278

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Linha do tempo das políticas e legislações existentes em Belo Horizonte, a partir de 1992	52
Tabela 2: Taxas de envelhecimento em Belo Horizonte por grupo etário (2021).....	68
Tabela 3: Variáveis sociodemográficas de caracterização das UDH em Belo Horizonte	71
Tabela 3 (cont.): Variáveis sociodemográficas de caracterização das UDH em Belo Horizonte	72
Tabela 4: Outras bases de dados espaciais	72
Tabela 6: Índice de Vulnerabilidade da Saúde em Belo Horizonte - classificação dos bairros por risco, 2010	100
Tabela 7: Estatísticas descritivas das variáveis em 2010	111
Tabela 8: Variáveis socioeconômicas e demográficas eleitas para análise de <i>cluster</i>	117
Tabela 9: Proposta de análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas	127
Tabela 10: Perfil dos entrevistados - Grupos 01, 02 e 03.....	130
Tabela 11: Entrevistados do Grupo 04 segundo sexo e grupo etário	131
Tabela 12: Perfil dos entrevistados do Grupo 04 quanto à renda, escolaridade, situação conjugal, raça/cor e local de moradia.....	131
Tabela 13: Relação dos sujeitos entrevistados por grupo e regional.....	133

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	- Atenção Primária à Saúde
ASTIS	- Assessoria de Tecnologia e Informação em Saúde
BPC	- Benefício de Prestação Continuada
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CDSS	Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde
CDTN	- Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear
CEDEPLAR	- Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas
CF	- Constituição Federal
CID	- Classificação Internacional de Doenças
CMV	- Centro Mais Vida
CNDI	- Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNPq	- Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CRAS	- Centro de Referência de Assistência Social
CRPI	- Centro de Referência da Pessoa Idosa
DATASUS	- Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DPEI	- Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa
EBAPI	- Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa
FUMID	- Fundo Municipal do Idoso
GEEPI	- Gerência de Epidemiologia e Informação
GEREPI-N	- Gerência Distrital de Regulação, Epidemiologia e Informação
HCM	- <i>Highway Capacity Manual</i>
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

iCam	- Índice de Caminhabilidade
IDE	- Infraestrutura de Dados Espaciais
IEU	- Índice de Envelhecimento Urbano
IGC	- Instituto de Geociências
ILPI	- Instituições de Longa Permanência para Idoso
ITDP	- Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento
IVCF-20	- Índice de vulnerabilidade clínico-funcional
IVS	- Índice de Vulnerabilidade à Saúde
LOAS	- Lei Orgânica da Assistência Social
MDH	- Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania
MDT	- Modelo Digital de Terreno
MG	- Minas Gerais
NASF	- Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	- Organização Mundial da Saúde
OPAS	- Organização Pan-Americana de Saúde
PADI	- Programa de Atendimento Domiciliar aos Idosos
PAIF	- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PBH	- Prefeitura de Belo Horizonte
PNADC	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAS	- Política Nacional de Assistência Social
PNI	- Política Nacional do Idoso
PROUNI	- Programa Universidade Para Todos
PRODABEL	- Empresa de Informática e Informação de Belo Horizonte
PSF	- Programa de Saúde da Família
MDH	- Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania

MS	- Ministério da Saúde
OMS	- Organização Mundial de Saúde
ONU	- Organização das Nações Unidas
ONG	- Organizações Não Governamentais
OSS	- Observação Social Sistemática
OSUBH	- Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte
Salurbal	- Projecto Salud Urbana en América Latina
SES/MG	- Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais
SIG	- Sistema de Informação Geográfica
SMAPU	- Secretaria Municipal Adjunta de Planejamento Urbano
SMSA	- Secretaria Municipal de Saúde
SNDPI	- Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa
SMASAC	- Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania
SMSA	- Secretaria Municipal de Saúde
SUAS	- Sistema Único de Assistência Social
SUDC	- Subsecretaria de Direito e Cidadania
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFT	- Taxa de Fecundidade Total
UFMG	- Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

TRAJETÓRIAS, ATRAVESSOS E MOTIVAÇÕES.....	18
1 INTRODUÇÃO.....	23
2 ENVELHECER: UMA REALIDADE QUE MUDA NO CORPO, NO TEMPO E NO ESPAÇO.....	33
2.1 Desfechos biológicos, funcionais, sociais e as condições de envelhecimento	33
2.2 Políticas e diretrizes internacionais, nacionais e municipais para a população com 60 anos ou mais	46
2.3 Caracterização histórica e demográfica da metrópole belorizontina	59
3 CONTEXTOS DE ENVELHECIMENTO EM BELO HORIZONTE: ANÁLISES SOCIOECONÔMICAS E ESPACIAIS.....	70
3.1 Seleção das bases de dados	70
3.2 Análise de cluster ou análise de agrupamentos	73
3.3 Viver e envelhecer em Belo Horizonte: reflexões sobre qualidade de vida e desigualdades socioespaciais	78
3.3.1 Mapas temáticos e sobreposições contextuais	78
3.3.2 Análises descritivas das variáveis selecionadas.....	110
3.3.3 Análise de Cluster em Belo Horizonte (MG)	114
4 ECOS DAS MÚLTIPLAS FORMAS DE VIVER E ENVELHECER EM BELO HORIZONTE (MG).....	123
4.1 Desenvolvimento qualitativo	123
4.1.1 Procedimentos e instrumentos da pesquisa quantitativa: as entrevistas semiestruturadas.....	124
4.1.2 Participantes e questões	129
4.2 As múltiplas velhices em Belo Horizonte: desigualdades socioespaciais e busca por um envelhecimento com dignidade	138
4.2.1 O que é envelhecer [categoria 01]	138
4.2.2 O que é viver e envelhecer com saúde? [categoria 02].....	148
4.2.3 Como é envelhecer em Belo Horizonte? [categoria 03]	158
4.2.4 Quais outros fatores impactam no envelhecimento e por quê? [categoria 4]	177

4.2.5 Quais as principais demandas realizadas pelas pessoas idosas? [categoria 5]	212
4.2.6 Como a sindemia da Covid-19 se apresentou no contexto do envelhecimento? [categoria 6]	244
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	281
REFLEXÕES EM CURSO: ESTRATÉGIAS PARA CORRIGIR A MIOPIA.....	281
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	287
OUTRAS REFERÊNCIAS.....	303
Filmes.....	303
Música.....	303
Podcast	303
APÊNDICE A - FLUXOGRAMA DA METODOLOGIA APLICADA	304
APÊNDICE B - GRÁFICOS DE BOXPLOT PARA AS DEZ VARIÁVEIS DA COMPONENTE QUANTITATIVA NA ANÁLISE DE CLUSTER	306
APÊNDICE C - ROTEIROS DE ENTREVISTAS PARA OS GRUPOS 01, 02 E 03 ...	311
APÊNDICE D - ROTEIROS DE ENTREVISTAS PARA O GRUPO 04	313
APÊNDICE E - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	316
ANEXO I - VELOCIDADE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM PAÍSES SELECIONADOS.....	318
ANEXO II - INDICADORES SELECIONADOS EM CADA UMA DAS DIMENSÕES, IVS (2012).....	319
ANEXO III - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMSA-BH)	320
ANEXO IV - CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUASS/BH).....	321
ANEXO V - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFMG.....	323
ANEXO VI - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMSA.....	328
ANEXO VII - ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL PARA ATENÇÃO BÁSICA (IVCF-20)	332

TRAJETÓRIAS, ATRAVESSOS E MOTIVAÇÕES

Vou iniciar essa sessão situando de onde eu venho, quem eu sou e a partir de qual perspectiva vejo o mundo... Sou mulher, parda, com 36 anos. Vivi mais de 30 anos da minha vida na periferia da capital de Minas Gerais. Fui escolarizada em escola pública e cursei a graduação em um centro universitário particular com bolsa integral do Programa Universidade Para Todos (Prouni). Quando nasci, minha esperança de vida era de 68,2 anos; hoje, está projetada para 82,8 anos. Sou filha de pai negro, baixa renda, trabalhador operário de linha montadora de carros, que cursou o ensino fundamental incompleto e faleceu aos 42 anos de infarto fulminante, contrariando sua expectativa de vida ao nascer, que era de 54,5 anos. Sou também filha de mãe branca, do lar, que cursou o ensino médio completo e que correu atrás e lutou pela educação, escolarização e formação de suas filhas; e que, hoje, envelhece ativamente com seus 65 anos, superando sua expectativa de vida ao nascer de 52,3 anos. Sou ainda neta de Maria Marques, parda, de baixa renda, que veio do interior e é mãe de cinco filhos. Um filho faleceu na infância em decorrência de violência do avô materno, assim ela se tornou mãe de quatro filhas de pais ausentes, além de ter sido trabalhadora doméstica boa parte de sua vida. Minha avó cursou apenas até a 4ª série, nascida com uma expectativa de vida de 39 anos; hoje, aos 90, vive em um lar de idosos, em sua cidade natal, Jaboticatubas (MG), por escolha própria. Ela tem sobrevivido aos obstáculos das multimorbidades e alcança, atualmente, uma expectativa de vida de 97 anos; longevidade essa que, nos últimos meses, vem passando por um agravamento da perda da capacidade funcional e cognitiva. Ao longo de todo meu percurso de vida, fui atravessada por episódios de iniquidade, desigualdades sociais, de gênero, raciais e espaciais.

Comecei cedo no percurso profissional. Aos 15 anos, iniciei o estágio de nível médio na Prefeitura de Belo Horizonte (2005), junto à Gerência Distrital de Regulação, Epidemiologia e Informação (GEREPI-N), meu primeiro contato na área de saúde pública. Em um período de dois anos, tive um grande envolvimento com ações direcionadas à saúde e a doenças no espaço urbano limitado à Regional Norte. Ali, lidava com profissionais da área da saúde e zoonoses, administração e gestão, e começava a entender como se estruturava toda essa rede de assistência e prevenção à saúde.

Apreendi a visualizar como as unidades de saúde na Regional Norte se dispunham no espaço, a identificar as áreas de abrangência dos centros de saúde (nos mapeamentos em papel), saber os serviços prestados, entender as rotinas de funcionamento da estrutura do antigo Programa de Saúde da Família (PSF), como as equipes eram compostas, onde havia grupos de

maior adoecimento, entre outras atividades. Ao longo deste tempo, consegui perceber quais eram as deficiências, os avanços e os esforços das equipes para tornarem possível a assistência e a gestão da saúde pública a um número maior de pessoas. Suspeito que aí comecei a interessar-me por uma geografia da saúde.

Em outra fase da minha vida, já na graduação em Geografia (2007-2011), havia a facilidade em lidar com a cartografia e com ferramentas do sistema de informação geográfica (SIG); porém, sentia um incômodo com as formas de uso, aplicação e análises propostas, tanto no meio acadêmico quanto nas empresas onde realizei estágios. Havia um certo enaltecimento do geoprocessamento, um privilégio da técnica, voltado principalmente para estudos ambientais e elaboração de modelos e análises de uso e ocupação do solo. Então, eu sentia falta das contextualizações, das análises críticas e da combinação com o humano e seus processos.

Diante dessas inquietações, resolvi dedicar-me mais a outra área que sempre me afeiçoou: o planejamento urbano e territorial. Nesta época (2011), mesmo tendo experiência como geógrafa em alguns setores de atuação, principalmente na área ambiental, elaborei meu trabalho de conclusão de curso (TCC) com uma temática voltada para o planejamento urbano e seus desdobramentos na elaboração dos limites de bairros populares de Belo Horizonte, intitulado: *(Re)Planejamento Urbano em Belo Horizonte - (Re)Definição dos Limites Territoriais dos Bairros Populares como Estratégia de Gestão para a Administração Pública*.

No primeiro semestre daquele ano (2011), tive a oportunidade ímpar de realizar um intercâmbio acadêmico em Portugal. Eu observava, principalmente na cidade do Porto, onde eu vivia, a morfologia urbana, os sistemas de transporte, a arborização, a limpeza urbana, costumes, gastronomia, mas me saltava aos olhos o número expressivo de pessoas idosas nas ruas, nessa trama urbana, organizando-se pela cidade. Acho que aqui a semente da inquietação com a temática do envelhecimento foi germinada.

Resgatando memórias, identifiquei que outros interesses pela temática foram “engatilhados” com o meu olhar para a sétima arte, o cinema, quando assisti a dois filmes em temporalidades distintas. O primeiro deles, chamado *o Curioso Caso de Benjamin Button* [2009], dirigido pelo estadunidense David Fincher, em que o enredo principal gira em torno de um homem que nasce idoso e rejuvenesce à medida em que o tempo passa, ressaltando diversos campos da vida humana de forma atemporal e intrigante. O segundo, denominado *Amor* [2013] e dirigido pelo austríaco Michael Haneke, que desenvolve em seu enredo a trajetória de vida na velhice do casal formado por Georges e Anne, trazendo a superação das adversidades como a grande prova de amor. E, mais recentemente, o filme *Quantos Dias. Quantas Noites* [2023],

dirigido por Cacau Rhoden, que tem como pauta a revolução da longevidade, na forma de diálogo e reflexão com o espectador, no qual especialistas e pensadores debatem quais são os dilemas em torno do envelhecimento, do aumento da expectativa de vida e das desigualdades que envolvem o tema. O longa é duro, emocionante e aborda a conexão humana com a idade e o tempo.

Em 2013, tive novas oportunidades de aprendizagem, ao atuar como bolsista de Desenvolvimento Tecnológico e Industrial (DTI), com bolsa CNPq no Centro de Desenvolvimento da Tecnologia Nuclear (CDTN). Lá, tive os primeiros contatos com os modelos numéricos de previsão e emissão de particulados na atmosfera, as formas de analisá-los e a possibilidade de gerar resultados socialmente relevantes. Passei a ler e a entender um pouco mais sobre elementos e comportamentos climáticos e a ficar intrigada com as mensurações e especialização dos dados e fenômenos; adicionalmente, passei a refletir como tudo isso poderia afetar diretamente a saúde da população, quais mudanças urbano-ambientais poderiam causar ou agravar doenças. Passei a me perguntar, como geógrafa: qual seria meu papel social e acadêmico para esclarecer e colaborar com tais questões?

Essas inquietações ficaram arquivadas por alguns anos, nos quais estive envolvida com unidades de conservação do Estado, com regularização fundiária, a lógica do trabalho estatal, as hierarquias e as discontinuidades impostas; em seguida, com a educação infantil e todas suas alegrias e desafios. E, mais recentemente, tive a oportunidade de retomar à Empresa de Informática e Informação do Município de Belo Horizonte (Prodabel), primeiro em 2016, e depois a partir do final de 2023. Agora, como Geógrafa, pude resgatar meu contato com o urbano, com o planejamento territorial, percebendo as diversidades e organicidades do urbano.

Em 2017, ingressei como mestrandia no Programa de Pós-graduação em Geografia (IGC - UFMG) e pude desenvolver a dissertação intitulada “Clima e doenças respiratórias: interrelações no município de Belo Horizonte (MG)”. Busquei entender em que medida as condições climáticas desencadeiam ou agravam diretamente o conforto humano e, consequentemente, a saúde, deixando a população de 0 a 5 anos mais vulnerável às doenças respiratórias nos ambientes antropizados.

Porém, ao longo da pesquisa, não consegui avançar tanto sobre o impacto e importância que as disparidades socioeconômicas têm na determinação da saúde. Excluí a população idosa do estudo, mesmo sendo um grupo muito vulnerável às doenças respiratórias, com especificidades na mobilidade e no histórico de vida, que poderiam ser inerentes às condições de clima/tempo analisadas.

De 2019 a 2021, algumas janelas de oportunidades foram abertas e, após a defesa do mestrado, atuei no projeto internacional Salurbal - Saúde Urbana na América Latina, que tem como objetivo investigar o impacto do ambiente urbano, tanto físico quanto social, na saúde e nas iniquidades em saúde. Ao longo da minha participação, pude ter contato com várias abordagens, metodologias e formas de enxergar correlações entre dados demográficos, socioeconômicos, ambientais, de mortalidade e fatores de risco à saúde. Ao mesmo tempo, colaborei com o Observatório de Saúde Urbana (OSUBH), outro grande passo na construção do conhecimento sobre saúde urbana. Junto à equipe multidisciplinar do OSUBH, pude compreender mais sobre a Dengue e o Covid-19 e suas expressões territoriais, ter contato com conceitos da epidemiologia, aprender sobre observação social sistemática, determinantes sociais e as possibilidades de se estudar esse processo não linear de saúde-doença.

Para o doutorado, decidi me arriscar em campos que eu ainda não havia explorado; da expectativa de vida e mortalidade, migrei para o tema do envelhecimento e suas implicações. Questão esta que tem me tocado particularmente nos últimos anos, com a decisão da minha avó de morar em um lar de idosos, com o meu novo olhar diante dos processos de saúde e adoecimento e com todas as reflexões que essas mudanças causam e vêm causando em minha vida.

Assim, deparei-me com um tema multifacetado, delicado, dinâmico e complexo, que é abordado pelos campos da saúde pública, da epidemiologia, da demografia, da gerontologia e da psicologia, para o qual busco elucidar percepções através das lentes da geografia. O desafio é entender suas expressões territoriais, contextuais, culturais, políticas, ideológicas e individuais.

Reforço, ainda, que os dois primeiros anos de doutorado foram imersos em um contexto político de desgoverno neoliberal, atravessado por um complexo processo de pandemia da Covid-19, ou melhor dizendo, sindemia¹, conjuntamente com crises econômicas e políticas. Essa realidade evidenciou para a população mundial e, especialmente, para o povo brasileiro, situações de violência estrutural causadas pela fome, miséria, crise econômica e exacerbação das desigualdades de gênero, raça/cor, vulnerabilidades sociais e sucessivas iniquidades.

¹ Conceito que leva em consideração a implicação de desigualdades socioeconômicas no agravamento de determinada patologia. No caso atual da Covid-19, chama-se a atenção para as desigualdades raciais e socioeconômicas e o impacto das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que podem agravar os casos e aumentar a mortalidade e vulnerabilizar populações de diferentes formas (Horton, 2020).

1 INTRODUÇÃO

A sociedade possui distintos estratos sociais que nascem, crescem e envelhecem, carregando ao longo da vida carências e privilégios. Eles, concomitantemente, constroem e reconstróem signos, idealizam e materializam valores, ditados e são regidos, muitas das vezes, pela classe dominante. Vivemos em uma sociedade que “migrou” em massa da escala temporal demográfica do *baby boom* para o que podemos chamar de “*old boom*”, ou seja, o envelhecimento populacional está ocorrendo em diferentes velocidades e concretizando-se em todo o mundo.

De acordo com o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015):

[...] pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos, em 2050 um quinto da população do planeta será idosa e no Brasil 30% da população. As consequências disso para a saúde, para os sistemas de saúde, seus orçamentos e para os trabalhadores de saúde serão profundas (OMS, 2015, p.3).

Passados nove anos dessas colocações, a situação em diversas partes do mundo é inquietante e comprometedora, não sendo distinta no Brasil.

Ao pensar o contexto da América Latina, o crescimento de sua população idosa é associado, primeiramente, aos avanços da medicina e da saúde pública, principalmente ligado à diminuição da mortalidade infantil, que começou a ser mais efetiva depois de 1930, e não necessariamente relacionado às melhorias nos padrões gerais de vida (Lebrão, 2007). Segundo a autora, os idosos dessa região foram expostos à desnutrição e a outras doenças ao longo da vida, diferentemente do ocorrido nos países industrializados, que passaram por um aumento dos padrões de vida e mais rapidamente ampliaram a esperança de vida.

Em alguns países, ocorreu primeiramente o maior desenvolvimento econômico e, depois, o envelhecimento da população. Já nos países da América Latina e Caribe, as populações estão envelhecendo em um contexto de crise econômica e social, exacerbando significativamente as desigualdades nas condições de envelhecimento (Palloni, 2002; CEPAL, 2022). Tais aspectos podem ter efeitos fisiológicos duradouros e afetar consideravelmente o estado de saúde dos adultos, em especial aqueles com idades mais longevas.

O grupo das pessoas com idades mais avançadas é o que mais cresce proporcionalmente em relação aos demais grupos etários. Apontando evidências reveladas pelo Censo de 2022, a população de 60 anos ou mais, naquele momento, foi de 32.113.490 (15,6%), um aumento de

56,0% em relação a 2010, quando era de 20.590.597 (10,8%). Ainda segundo publicação do IBGE (2023²), as proporções desses grupos etários específicos, agora para as grandes regiões brasileiras, apresentam a região Norte como a mais jovem do país, com 25,2% de sua população com até 14 anos, seguida pelo Nordeste, com 21,1%. As regiões Sudeste e Sul apresentam estruturas mais envelhecidas, com 18% e 18,2% de jovens de 0 a 14 anos, e as maiores proporções de pessoas com 65 anos e mais (12,2% e 12,1%, respectivamente). O Centro-Oeste possui uma estrutura intermediária, com distribuição etária próxima da média do país. O índice de envelhecimento no Brasil, calculado pela razão entre o grupo de pessoas de 65 anos ou mais de idade em relação à população de 0 a 14 anos, subiu de 30,7 (2010) para 55,2 (2023).

Em 2018, de acordo com a ONU, a previsão era que o Brasil alcançasse a sexta posição como país com o maior montante de pessoas idosas até 2025. Em 2022, a previsão era de que os quase 17% da população brasileira acima de 60 anos serão 29% em 2050 (UNITED NATIONS, 2022).

O incremento da proporção de adultos mais velhos na população brasileira vem sendo estudado e acompanhado no campo das ciências sociais e da saúde. Diversas inquietações emergem e confluem, desde longa data, para os desafios associados à previdência social, à reformulação de políticas públicas e seu tempo de implementação, principalmente nos serviços de saúde (Wong e Carvalho, 2006; Kalache, 1987, 2007, 2008; Lima-Costa *et al.* 2018; Kalache *et al.*, 2020; Giacomini, 2016, 2018, 2022).

O fenômeno demográfico do envelhecimento populacional ocupa hoje importante papel na agenda mundial e, por isso, o envelhecimento de uma pessoa como membro de uma coletividade revela-se fundamental. Pensando nos rumos demográficos e na complexidade do envelhecer, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) está liderando a agenda da Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030³ nas Américas. Esta iniciativa global busca estratégias para melhorar a vida dos idosos, de suas famílias e comunidades, se baseando em orientações anteriores da Organização Mundial da Saúde (OMS), incluindo a Estratégia Global da OMS sobre Envelhecimento e Saúde, no Plano de Ação Internacional das Nações Unidas para o Envelhecimento e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável⁴ (ODS) da Agenda das Nações Unidas 2030. Tais ações promovem um movimento em torno da temática, propondo novas

² Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 09 abr. 2024.

³ Disponível em: <https://www.paho.org/pt/decada-do-envelhecimento-saudavel-nas-americas-2021-2030>. Acesso em: 04 mar. 2022.

⁴ Disponível em: <http://www.ods.cnm.org.br/agenda-2030>. Acesso em: 04 mar. 2022.

reflexões e, principalmente, planos de ação que têm como objetivos gerar mais dignidade e bem-viver.

A partir do momento em que uma pessoa nasce, ela já está envelhecendo, em um processo natural do curso de vida. Com o avançar do tempo, as principais doenças que acometem as pessoas e que as levam à morte modificam-se. Transitamos por cenários que permeiam mudanças demográficas, epidemiológicas e nutricionais que residem no cerne dessa pesquisa. Para tanto, amparada pelos autores Omran (1971), Schramm (2004), Martine e McGranahan, (2010), Silva, H. e Monte-Mor, R. (2010), Silva (2012), Braga *et al.* (2010), Dyson (2010), Popkin (2019), sintetizamos quatro conceitos que auxiliam no melhor entendimento dessas modificações, que ocorrem em conjunto com outras transformações sociais, econômicas e culturais:

- **A transição epidemiológica**, que engloba uma complexa gama de alterações nos padrões de saúde, morbidade e mortalidade, e resulta na mudança do perfil de adoecimento da população, de doenças infecciosas para crônicas e degenerativas⁵, com deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os adultos maiores – e transformação de predominância da mortalidade para morbidade;

- **A transição nutricional**, que pode ser interpretada como uma inversão na distribuição dos padrões de problemas nutricionais de determinada população, relacionados a aspectos socioeconômicos em que, dos cenários de subnutrição, passa-se para o sobrepeso e a obesidade (associados a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes), influenciadores do perfil de morbimortalidade das populações;

- **A transição urbana**, que se refere à mudança de uma sociedade majoritariamente rural para uma altamente urbanizada, geralmente impulsionada por fatores econômicos, sociais, demográficos e tecnológicos. Esse processo envolve o crescimento das cidades, a reorganização espacial e a intensificação da urbanização, acompanhada por alterações nos padrões de consumo, na estrutura do trabalho, nas dinâmicas de mobilidade e nos serviços disponíveis. Essas transformações urbanas podem ser observadas tanto no crescimento físico das cidades quanto nas mudanças sociais e culturais que as acompanham.

- **A transição demográfica**, caracterizada pela diminuição das taxas de mortalidade seguida da diminuição das taxas de fecundidade, conduzindo a uma mudança de composição

⁵ Doenças crônicas e degenerativas (DCNT) compreendem vasto espectro de patologias não transmissíveis, entre elas: doenças cardiovasculares, doenças respiratórias, doenças osteomusculares, doenças neuropsiquiátricas, diabetes mellitus, hipertensão arterial sistêmica e certos tipos de câncer (Felipe; Zimmermann, 2011).

etária da população, que passa de jovem para uma estrutura envelhecida (aumento da proporção de pessoas com 60 anos ou mais), com a valorização do capital humano e a alteração da estrutura das famílias.

Todos os países que passaram pela transição demográfica estão passando – ou já passaram – pela transição da estrutura etária, que vai do “bônus demográfico⁶” ao rápido envelhecimento populacional. Os países classificados como desenvolvidos, como os da Europa Ocidental, América do Norte e Japão, já passaram por essa transição e agora têm baixas taxas de natalidade e mortalidade, resultando em um crescimento populacional mais lento ou até mesmo em populações em declínio.

De acordo com o gráfico elaborado pela *Credit Suisse* (2017) e disponível no Anexo1, a França, por exemplo, foi o primeiro país onde os idosos atingiram 7% da população em 1870. Porém, o número de idosos só atingiu 14% em 1980, demorando uma escala temporal de 110 anos para que estes dobrassem sua participação relativa. Por outro lado, muitos países africanos e alguns países asiáticos ainda estão em estágios iniciais da transição demográfica, com altas taxas de natalidade e mortalidade.

No Brasil, a transição demográfica foi marcada pela queda da mortalidade no início dos anos 1930, seguida pelo rápido declínio na taxa de fecundidade total, indo de 6,3 filhos por mulher em 1960 para 1,9 filhos por mulher em 2010, com uma diminuição no ritmo do crescimento demográfico. Passamos, ao longo dos anos, por mudanças no comportamento reprodutivo, no ciclo de vida, no tamanho e na composição das famílias, no tempo médio de vida dos indivíduos e dos padrões migratórios (Brito, 2008; Lesthaeghe, 2010; Camarano, 2014, Cunha, 2018; Lam, 2020).

Em comparação a outros países do mundo, o Brasil tem apresentado um envelhecimento acelerado, atingindo 7% do peso relativo dos idosos na população em 2012 e ainda podendo atingir 14% de idosos em 2031, dobrando de valor em 19 anos (Credit Suisse, 2017).

As alterações advindas dessas dinâmicas citadas anteriormente têm fortes repercussões no Sistema Único de Saúde (SUS) e na assistência social. Quando se trata da ascensão do envelhecimento, a atenção básica e as hospitalizações exigem uma adequação completa da rede de assistência à saúde (Oliveira, 2019). Isso ocorre porque nem todas as unidades contam com

⁶ O bônus demográfico ocorre quando a maior parte da população de um país está em idade ativa, o que pode impactar positivamente a economia. Esse momento também exige investimentos estratégicos em políticas públicas, como saúde e educação, para garantir o acesso universal a esses serviços (Rios-Neto; Martine; Alves, 2009).

os profissionais direcionados ao cuidado desse grupo populacional, somado às especificidades nas demandas cada vez mais complexas e carência de cuidados.

Ao pensar na distribuição não aleatória da saúde e da doença, Bailey, em 2001, alertava para o crescimento e o desenvolvimento intraurbanos⁷ desiguais das/nas cidades. Com tal característica, tornava-se essencial buscar uma “epidemiologia geográfica” que captasse mais e melhor as semelhanças e as desigualdades existentes no território (Bailey, 2001).

Adicionalmente, o arquiteto e urbanista Flávio Villaça afirmava que “há certos processos sociais nos quais espaço e sociedade estão de tal forma imbricados que é impossível entender as relações sem uma visão espacial” (Villaça, 1998, p.15). Tendo essa perspectiva em conta, a partir do olhar da geografia da saúde, Rojas (2019) relembra que os processos de saúde e doenças estão associados ao clássico estudo realizado por Max Sörre (1933) sobre o Complexo Patogênico⁸, porém em uma versão atualizada, “bio psico social de ordem superior que resulta da dependência mútua entre componentes e processos biológicos, políticos, econômicos, culturais e ambientais” (Rojas, 2019, p. 16).

Nessa composição, complementa Guimarães (2020), a produção social da saúde e/ou da doença é explicada por uma estrutura de ordem política e econômica, compreendida a partir da análise das relações de poder e proximidade entre diferentes agentes, como espaço de pertencimento dos sujeitos e de superposição de diversos tipos de interesses (Santos, 1988; Santos, 2002; Guimarães *et al.*, 2014). Espaço esse, conceituado pela geografia, como categoria de análise de síntese e convergência onde se expressam os diversos processos envolvidos nas condições de vida, ambiente e saúde das populações (Santos, 1988; Santos, 2002; Barcellos *et al.*, 2002).

É no espaço onde se expressam distintos modos de vida, de interação social e também de desigualdades e iniquidades, que refletem conexões e extensões entre determinados fenômenos, que podem ou não ser mapeados. A análise do espaço geográfico envolve uma abordagem crítica e dialética, que busca compreender as múltiplas dimensões e significados do

⁷ De acordo com Villaça (1998), é uma estrutura territorial que difere da escala regional e que contempla elementos do espaço urbano em que a presença do espaço nas relações sociais é marcante. As análises intraurbanas levam em consideração a distribuição territorial de classes sociais, distinções entre centro e periferia, e consideram articulações entre as estruturas urbanas.

⁸ Sörre (1933) analisou a ocorrência de doenças infecciosas e parasitárias e elaborou a Teoria dos Complexos Patogênicos. Ela segue uma perspectiva ecológica, a qual defendia que as relações entre as enfermidades e os lugares seriam mediados por agentes biológicos que, influenciados pelo clima e outros fatores geográficos, atuariam como patógenos. Para o geógrafo francês, a constituição do gênero de vida de grupos humanos, além de influenciarem a formação psicológica dos indivíduos, poderiam modelar a própria aparência física destes.

espaço como um fenômeno social e culturalmente construído (Santos, 1988 e 2002), o qual abordaremos nos capítulos 2 e 3 dessa pesquisa.

Para tanto, conhecer a estrutura e a dinâmica espacial da população é o primeiro passo para a caracterização de situações de saúde e, aqui, nos interessa verificar as condições de envelhecimento (Barcellos *et al.*, 2002). Assim, torna-se importante considerar as variações das características demográficas, socioeconômicas e de saúde, do ambiente construído, do local de moradia e seus nexos com a oferta e acesso aos serviços de assistência à saúde e social para a população com 60 anos ou mais.

A escolha do recorte populacional foi pautada na representatividade que esse grupo tem alcançado na composição populacional do município de Belo Horizonte (Wong; Carvalho; Camargos, 2017), bem como no direcionamento das políticas de Governo, Estado e Município para esse grupo etário, e na execução e elaboração de estratégias e ações em prol das pessoas dessa coorte. Reforça-se que, nesse caso, a entidade administrativa e territorial do município coincide com a cidade.

Ademais, um número grande de estudos, nacionais e internacionais, têm se dedicado a entender os multifatores em torno do processo de envelhecimento que refletem na família, na disponibilidade dos serviços de saúde, na renda, nos serviços públicos, no lazer, no consumo e numa série de outras dimensões não tão explícitas (Wong; Carvalho; Camargos, 2017).

As reflexões geográficas, sempre envolvidas com o espaço, o tempo, os processos e as escalas, são fundamentais para mais do que localizar (onde e quando), descrever/analisar (como), mas também interpretar/explicar (porque) uma situação ou a ocorrência de um fenômeno (Barcellos *et al.* 2002). A Geografia da Saúde, ou melhor, para a saúde, “desde a sua origem tem sido calcada na resolução de problemas, permitindo a identificação de lugares e situações de riscos, o planejamento territorial de ações de saúde e o desenvolvimento das atividades de prevenção e promoção de saúde” (Guimarães *et al.*, 2015, p.11).

O fio condutor dessa pesquisa terá as seguintes questões norteadoras: em que medida os fatores econômicos, sociais e contextuais associam-se à distribuição e a concentração de pessoas com 60 anos ou mais na cidade de Belo Horizonte (MG)? Quais são os padrões espaciais apresentados? E como eles influenciam no(s) envelhecer(es)?

Nesse contexto, esta pesquisa tem como objetivo geral: analisar a distribuição de pessoas com 60 anos ou mais na cidade de Belo Horizonte (MG) e entender os cenários de envelhecimento conforme fatores sociais, econômicos, de serviços de saúde e contextuais, nos anos de 2010, 2022 e 2023. Foram definidos os seguintes objetivos específicos: **i)** caracterizar

e espacializar a população de 60 anos ou mais, conforme os dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e local de moradia; **ii)** conhecer e analisar as narrativas de quatro grupos de interlocutores: os gestores, trabalhadores da saúde/assistência social, representantes da sociedade civil e as pessoas com 60 anos ou mais, a respeito das reais condições de envelhecimento em Belo Horizonte.

Para tanto, consideraremos as seguintes inferências: **i)** existe um padrão na distribuição espacial das taxas de envelhecimento em Belo Horizonte; **ii)** as condições contextuais e de vizinhança são determinantes para aumentar as desigualdades e iniquidades do envelhecer em Belo Horizonte; **iii)** as políticas públicas têm um papel transversal ao nível individual, social e contextual na trajetória de vida das pessoas, impactando em sua velhice; **iv)** estamos submetidos a uma forte influência da cultura idadista ou etarista no nosso país, carregada por um terrorismo econômico, psicológico e midiático que recai sobre as condições de envelhecimento.

A escolha do município de Belo Horizonte foi realizada tendo em conta a sua representatividade como metrópole regional no Estado de Minas Gerais. O município está subdividido em nove regionais administrativas e 277 Unidades de Desenvolvimento Humano⁹ (UDH), e apresentou um incremento da esperança de vida de 68,6 anos (1991), para 72,0 anos (2000), chegando a 76,4 anos, em 2010 (ATLAS BR, 2021).

Destaca-se a tradição municipal em registrar cartograficamente distintos elementos do ambiente urbano, bem como a organização de bancos de dados consolidados com informações relacionadas à saúde pública e à assistência social. Ademais, conforme declarado pelo prefeito em exercício em 2020¹⁰, a gestão comprometeu-se a promover uma *BH Amiga da Pessoa Idosa*, o que significaria retomar ações da gestão municipal voltadas para o público com 60 anos ou mais.

⁹ As UDH são unidades de análise com características socioeconômicas relativamente homogêneas, resultantes da agregação de setores censitários com características semelhantes, criados para o AtlasBR, em uma parceria do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD), com a Fundação João Pinheiro (FJP) e o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA). AtlasBR – Plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br. Acesso em 05 mai. 2021.

¹⁰ A Prefeitura de Belo Horizonte (PBH) aderiu ao Estratégia Brasil Amigo do Pessoa Idosa (EBAPI), um pacto com o governo federal que garante uma certificação a municípios que cumprirem metas para melhorar a cidade para os maiores de 60, inspirado em um guia da Organização Mundial da Saúde (OMS). Disponível em: <https://www.otempo.com.br/economia/belo-horizonte-prepara-plano-para-adaptar-cidade-para-populacao-60-1.2535502> Acesso em 05 mai. 2021.

O desenvolvimento da pesquisa exige abordar/mobilizar conceitos geográficos, utilizar dados do censo demográfico de 2010¹¹, adotar ferramentas de modelagem e análise espacial e efetuar incursões em atividades desenvolvidas para pessoas com 60 anos ou mais.

Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas, com a intenção de captar relatos e experiências vividas, segundo a proposta metodológica de Thiollent (1987), Bardin (1997), Minayo e Sanches (1993), Attride-Stirling (2001) e Minayo (1992, 2014), cujos roteiros de perguntas foram detalhados nos apêndices (C e D). Ademais, para a cidade estudada, consideramos que “a escala geográfica é um dado da realidade em processo permanente de produção e, ao mesmo tempo, uma espécie de instrumental analítico que envolve a percepção, a concepção e a representação que dá visibilidade ao real” (Castro, 2005, p.133).

As evidências e reflexões trazidas por essa pesquisa ampliam o entendimento de uma complexa rede de fatores que incidem sobre distintas condições de envelhecimento em Belo Horizonte. Portanto, seu conteúdo apoia a reformulação de políticas públicas para que essas possam trabalhar intersetorialmente e proporcionar um meio urbano que ofereça mais qualidade de vida às pessoas com 60 anos ou mais.

Além desta introdução, este texto contará com outros três capítulos. No Capítulo 1, intitulado “Envelhecer: uma realidade que muda no corpo, no tempo e no espaço”, serão discutidos os fatores que exercem influências diretas e indiretas no envelhecimento populacional, sejam em desfechos biológicos, funcionais e sociais, no uso do serviço de saúde e assistência social, e no provimento de políticas públicas para a população idosa. O seu desenvolvimento implicará na realização de uma breve revisão conceitual e teórica. Será feita, ainda, uma caracterização histórica e demográfica da metrópole belorizontina, evidenciando alguns padrões e disparidades territoriais.

No Capítulo 2, intitulado “Contextos de envelhecimento em Belo Horizonte: Análises Socioeconômicas e Espaciais”, serão abordados os percursos metodológicos e as análises espaciais, em busca de identificar associações entre as variáveis sociodemográficas, as taxas de envelhecimento por UDH e uma caracterização do meio geográfico vivido. Serão apresentadas e discutidas as análises de agrupamentos com a finalidade de sintetizar o conjunto de variáveis eleitas, e que auxiliará na identificação de iniquidades intraurbanas no envelhecer. Ao longo

¹¹ A nova pesquisa do Censo Demográfico Brasileiro, inicialmente prevista para 2020, foi adiada por dois anos consecutivos, no primeiro momento devido às restrições sanitárias impostas pela síndrome da Covid-19, e em 2021 devido ao corte de verba por parte do governo federal. Disponível em: <https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/10/coleta-do-censo-atrasa-e-deve-terminar-em-dezembro-diz-ibge.shtml>. Acesso em 17 nov. 2022.

das análises e discussões, narrativas dos entrevistados serão interpostas para reforçar as evidências constatadas.

No Capítulo 3, intitulado “Ecos das múltiplas formas de envelhecer em Belo Horizonte (MG)”, será desenvolvida a proposta de análise qualitativa ao tratar das narrativas dos sujeitos entrevistados, suas conexões e complementariedades às análises espaciais elaboradas, além dos grupos a serem abordados, tendo em conta seus papéis sociais e percepções acerca das múltiplas formas de envelhecer em Belo Horizonte.

Por fim, nas “Reflexões em Curso: estratégias para corrigir a miopia”, serão apresentados os principais resultados alcançados nas duas componentes adotadas na tese, nas metodologias quantitativa e qualitativa desenvolvidas. Serão destacados os enlaces, desafios, limitações e importância da pesquisa para dar pistas à reformulação de políticas públicas, a fim de que estas possam trabalhar intersetorialmente e proporcionar um meio urbano que ofereça mais qualidade de vida às pessoas com 60 anos ou mais.



2 ENVELHECER: UMA REALIDADE QUE MUDA NO CORPO, NO TEMPO E NO ESPAÇO

Neste capítulo, serão apresentados os principais aspectos teóricos e bases conceituais a serem mobilizados para discutir o envelhecimento humano. A perspectiva abordada envolve as escalas coletiva à individual, e suas associações com o espaço urbano, contemplando características demográficas e sociais, bem como seus reflexos na trajetória de vida e no processo de envelhecimento. Serão apresentadas as políticas e diretrizes internacionais, nacionais e municipais sobre o envelhecimento, com uma caracterização histórica e demográfica da capital de Minas Gerais, buscando compreender suas associações de ocupação e distribuição/concentração das pessoas com 60 anos ou mais.

2.1 Desfechos biológicos, funcionais, sociais e as condições de envelhecimento

O pensamento geográfico proposto nessa pesquisa busca ir ao encontro do universo das distintas formas de envelhecer no espaço urbano da capital mineira, um processo natural, que passará e passa pelo percurso de vida de muitas pessoas. As formas de envelhecer são, por sua vez, complexas e variadas, pois cada sujeito possui diferentes experiências de vida, resultantes de escolhas, eventos e contextos aos quais são submetidos.

Ademais, é válido ter em consideração que pertencemos a uma sociedade que possui uma série de sistemas, estruturas e ideologias, que limitam os nossos padrões/opções de escolhas ao longo da vida. O impacto dessas escolhas e experiências é acumulado em nossa trajetória de vida, em diferentes esferas, e apresenta relação com desfechos de saúde (Ben-Shlomo; Kuh, 2002; Blane *et al.*, 2004; Schünemann *et al.*, 2017).

Cabe considerar que as esferas social, econômica e política, em suas variações, provocam distinções no modo de viver individual ou coletivo e, ao mesmo tempo, impactam nas condições de saúde e de adoecimento, de lazer e de consumo, do local de moradia ou a situação de morar na rua, nos tipos de assistência recebidas ou a falta delas.

Durante a vida, somos atravessados de diversas formas pelas estruturas urbanas existentes, por um planejamento e uma mobilidade urbanos muitas vezes ineficazes. Aspectos de gênero, raça/etnia, socioeconômicos, de moradia, culturais e religiosos, entre outros, certamente afetam a saúde individualmente e o processo de envelhecimento (Ben-Shlomo; Kuh, 2002; Blane *et al.*, 2004; Reis; Ramos, 2011; Castro *et al.*, 2018). Todos eles estão associados às distintas condições de acesso à educação e renda, o que remete a velhices cujas fragilidades

e vulnerabilidades são também díspares, conforme os estratos sociais aos quais pertencem e/ou a localização espacial em que estão.

Na sociedade brasileira, semelhante ao que acontece na grande maioria dos países da América Latina, as desigualdades e problemas estruturais são latentes, apresentam-se veementemente nas formas de discriminação (de gênero e étnico racial) e na falta de oportunidades (como acesso à educação e saúde). Tais disparidades incidem no processo de envelhecimento (biológico e populacional), e mantêm grande parte da população em situação de desvantagens cumulativas, alargando ou perpetuando a desigualdade de oportunidades (Lareau, 2002; Sharkey, 2008).

Esses processos precisam ser melhor compreendidos, espacializados, enfrentados com gentileza e realismo, especialmente em tempos de pós sindemia da Covid-19 – e outros acometimentos à saúde humana – e no contexto dessa pesquisa no ambiente urbano da capital mineira.

Em concordância com Albuquerque *et al.* (2018), compreendemos que

não há um modelo único de ambiente para o uso e apropriação, e que se torna necessário considerar as especificidades humanas, ainda mais quando se quer ressaltar grupos que detêm pouca visibilidade no emaranhado urbano, conduzindo estudos que permitam observar, ouvir e registrar as demandas relacionadas aos processos nos contextos do envelhecimento humano (Albuquerque, 2018, p. 447).

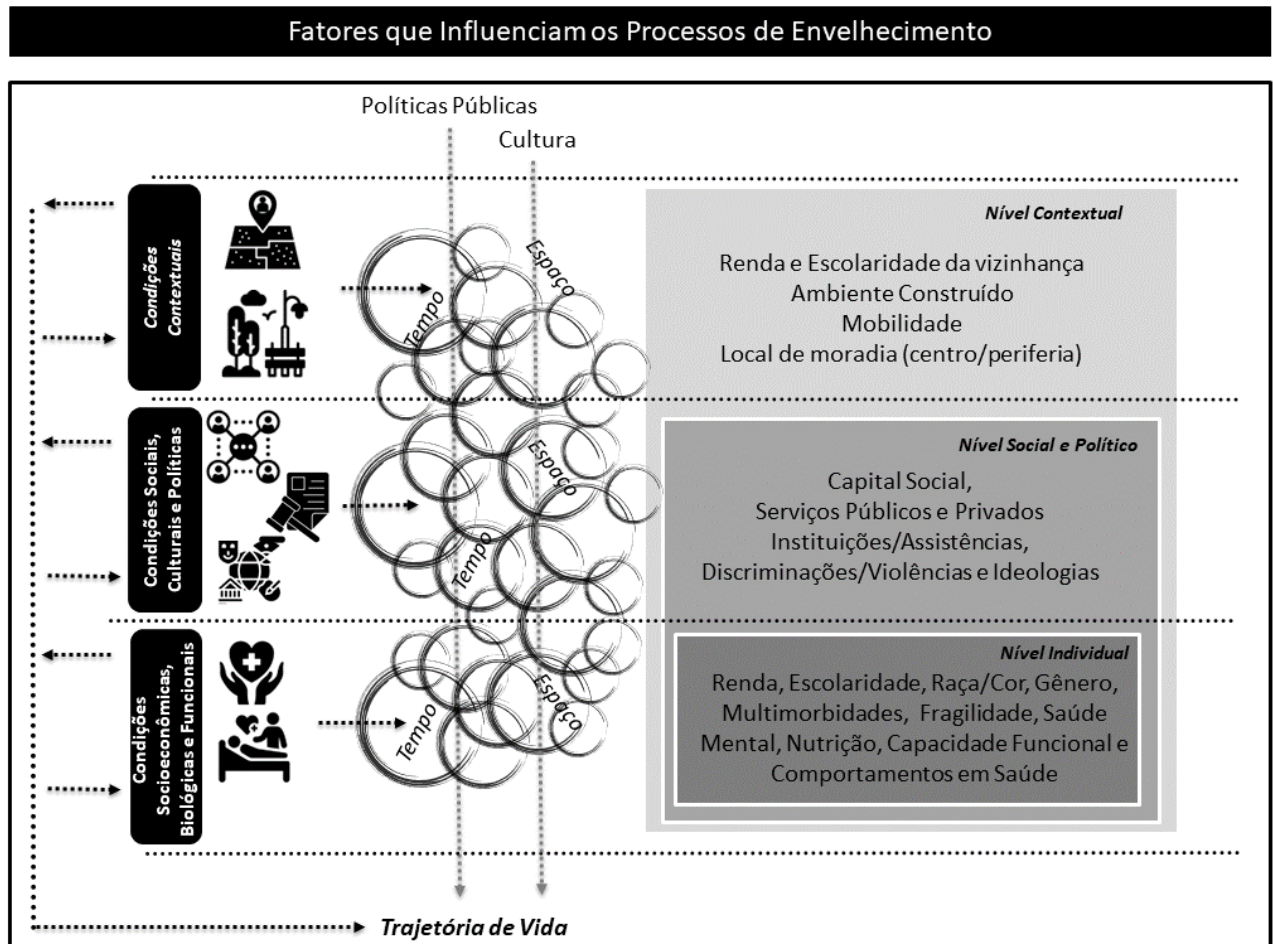
Consideramos, ainda, que o espaço está ligado à produção social e possui aspectos que coexistem dentro de uma matriz complexa, ora como meio, ocupando o papel de local de produção, acumulação econômica, com o seu valor de uso; ora como reflexo das relações sociais, políticas, econômicas e culturais (Gottdiener, 1993; Lefebvre, 2000, Santos, 2002).

Para melhor entendermos as relações estabelecidas entre os elementos mobilizados na pesquisa, elaboramos o modelo conceitual (Figura 1) com a finalidade de sintetizar a multiplicidade de fatores que influenciam o processo de envelhecimento, buscando dissociar da ideia de causa e efeito, e associá-los à sobreposição de processos. Destacando que “o espaço geográfico é constituído por um sistema de objetos e ações com inúmeras articulações verticais, horizontais” (Barcellos *et al.* 2002, p.131) e transversais.

O modelo na Figura 1 combina as (a) condições contextuais, (b) condições sociais, culturais e políticas e (c) condições biológicas e funcionais presentes concomitantemente no espaço e tempo, interconectando diferentes níveis. O nível contextual engloba aspectos relacionados à renda e escolaridade da vizinhança, o ambiente construído e o local de moradia (centro/periferia). O nível social e político envolve as redes sociais, os serviços públicos e privados, as instituições/assistências, a discriminação, as violências e as ideologias. Por fim, o

nível individual compreende os aspectos de raça/cor, gênero, multimorbidades, fragilidades, saúde mental, nutrição, capacidade funcional e comportamentos em saúde.

Figura 1: Modelo conceitual de fatores que influenciam os processos de envelhecimento



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

A atuação do Estado, a partir das políticas públicas, criadas pelos governos - em suas distintas esferas - para garantir direitos, assistência ou prestações de serviços à população, atravessa todos os níveis anteriormente citados. Ele influencia diretamente na trajetória de vida de cada sujeito, em diferentes intensidades, alocadas em espaços e tempos distintos. Muitas das vezes, torna esta trajetória fragmentada e desigual, seja pela atuação deficitária do Estado, pela ausência de acesso à informação ou da tomada de conhecimento da população atendida.

De maneira transversal, a cultura também atravessa todos os níveis de contexto e modos de vida. De acordo com contribuições realizadas pelo antropólogo Geertz (1989), a cultura é compreendida como um sistema entrelaçado de signos decifráveis, estando o homem amarrado às teias de significados por ele tecidas. Nesse sentido, a cultura é entendida de maneira

específica em cada sociedade e o pensamento humano é uma atividade essencialmente social em sua origem, forma, função e aplicações. Para o autor:

É por intermédio dos padrões culturais, amontoados ordenados de símbolos significativos, que o homem encontra sentido nos acontecimentos através dos quais ele vive. O estudo da cultura, a totalidade acumulada de tais padrões, é, portanto, o estudo da maquinaria que os indivíduos ou grupos de indivíduos empregam para orientar a si mesmos num mundo que de outra forma seria obscuro (GEERTZ, 1989, p. 150).

Ao abordarmos a perspectiva do envelhecimento em nossa sociedade, identificamos que vivemos e, muitas vezes, reproduzimos uma cultura idadista em nossos espaços cotidianos. Envelhecer, no Brasil e em outras regiões no mundo, traz conotações mais negativas do que positivas. Minayo (2011), estudiosa da violência no ciclo da vida, ressalta que a ideia de que os velhos constituem um problema social vem sendo construída pelo Estado brasileiro por meio de suas políticas, diretrizes e formulações. No documentário *Quantos dias, Quantas noites* (2023), a dr.^a Ana Claudia Arantes afirma que “a nossa sociedade é incapaz de ficar pensando no próprio tempo, a gente não respeita o envelhecimento, não respeita o que isso significa em termos de habilidade, de sabedoria, de sobrevivência, de partilhar das experiências de quem é mais velho”. A médica complementa que

A sociedade de consumo tende a nos fazer acreditar que aquilo que é velho não funciona, não tem um desempenho tão bom, não é necessário para viver bem, o que é necessário para viver bem são coisas funcionais, que otimizam sua capacidade de consumir mais. Só que o que tá sendo consumido com isso é o nosso tempo (Arantes, 2023 – trecho transcrito do documentário).

Entendemos que o envelhecimento ocorre de maneira heterogênea, e que seu processo não perpassa linearmente todas as classes (Santos Neto, 2013). Então, de maneira cronológica, o envelhecer ocorre pelos efeitos da passagem do tempo alterando o corpo de cada pessoa, atuando no organismo (envelhecimento biológico). Envelhecer causa mudanças e perdas observadas em múltiplos níveis: celular, imunológico, orgânico, cognitivo e na diminuição da atividade e funções, trazendo fragilidades (Fernández, 2007). Ao mesmo tempo, o envelhecimento atua na mente (envelhecimento psíquico), quando pode ser percebido o aumento de sentimentos como solidão, frustração, isolamento e labilidade emocional, (Fernández, 2007) e, em processos mais avançados de debilidade física e mental, levando a perda de independência e autonomia. Tudo isso pode modificar as condições de vida das pessoas com 60 anos ou mais, colocando à mostra suas fragilidades, tornando-as mais ou menos vulneráveis, de acordo com o território e estrutura social-política-econômica-cultural vividos.

As atividades da vida diária (fazer compras, administrar as finanças, tomar remédios, utilizar meios de transporte, usar o telefone e realizar trabalhos domésticos), os fatores sociais (família, estado conjugal e amigos), socioeconômicos (renda e escolaridade), econômicos (seguridade social), políticos (interesse, promoção e execução de políticas públicas), culturais (atividades de esporte e lazer, atividades religiosas) e o local de moradia têm papéis cruciais na conformação das múltiplas velhices (Reis, 2016; Borim, 2017; Macinko, 2021), principalmente para aqueles que vivem em cidades.

Ao atentarmos para as forças que atuam nos territórios durante a sua apropriação, o mundo vivido possui cada vez mais significados a serem descobertos. A metrópole fragmenta e unifica ao mesmo tempo e, ao sintetizar certos processos e relações, demanda outros sentidos que são postos à prova. É imprescindível refinar a análise, aguçar a reflexão com inquéritos e observações de/em campo, esmiuçar mais e melhor as práticas e os usos dos espaços/territórios/lugares, a fim de podermos indicar direções possíveis para a sociedade civil e gestores, almejando a elaboração ou reformulação de políticas públicas mais afeitas aos interesses de seus públicos-alvo.

Em consonância com essas reflexões, o estudo realizado por Veras (2009) apontou que a agenda prioritária da política pública brasileira deveria privilegiar a manutenção da capacidade funcional dos adultos mais velhos, com o monitoramento das condições de saúde. Alguns anos depois, Nóbrega (2013, 2017) ressaltou a importância de entender as necessidades reais dos adultos mais velhos em função do processo de produção e reprodução do espaço, levando em conta novas abordagens para a velhice e o envelhecimento, sugerindo um diálogo entre a geografia e a gerontologia social. Contemporaneamente, dentre outros estudiosos, Almeida *et al.* (2015) apontaram para a feminização do envelhecimento, mostrando o impacto de aspectos como baixa renda e escolaridade como fatores de elevação do potencial risco social para as mulheres. A autora e colaboradores elencaram fatores que podem vulnerabilizar as mulheres, como: estilo de vida, histórico de saúde e doença, pobreza, fatores biológicos, isolamento social e diferenças em oportunidades de trabalho entre homens e mulheres (Almeida *et al.*, 2015).

Ao abordar a prevalência de discriminação percebida, estudos apontaram que idosos sofrem mais discriminação em ambientes urbanos e nos serviços de saúde, cujo desfecho foi significativamente associado a cor da pele, escolaridade e estado de saúde (Braga *et al.*, 2019). Os autores encontraram, ainda, que moradores urbanos sofrem maior discriminação quando

comparados aos rurais, independentemente das características sociodemográficas, estado de saúde e ambiente social do bairro (Braga *et al.*, 2019).

Nessa temática, Macinko (2012) já afirmava que a discriminação percebida, no contexto da Região Metropolitana de Belo Horizonte, tem sido oferecida como uma explicação para a persistência das desigualdades em saúde. Neste estudo, os relatos de discriminação foram maiores entre negros e pessoas que relatam muitos problemas de saúde, com destaque para as mulheres em comparação aos homens (Macinko, 2012).

Um estudo transversal de Ceccon *et al.* (2021) discute aspectos ligados à temática do cuidado e dependência, com o objetivo de identificar características sociodemográficas e assistenciais de idosos dependentes, cuidadores formais e familiares. Seus resultados apontaram para a manutenção do patriarcado nas dinâmicas familiares e laborais, em que mulheres continuam desempenhando o cuidado que, na maioria das vezes, foi associado aos afazeres domésticos (Ceccon *et al.*, 2021). Ainda nesse estudo, os idosos relataram sentimentos de solidão, dificuldades na assistência médica, além do encontro de desigualdades, sobrecargas, adoecimentos e problemas sociais entre os cuidadores familiares (Ceccon *et al.*, 2021).

Considerando a carência de estudos com idosos que analisam os fatores do ambiente construído associados à satisfação com a vida, Vaz *et al.* (2019) estimaram a prevalência de satisfação com a vida entre idosos residentes em Belo Horizonte (MG). Eles adotaram um inquérito domiciliar (n = 832), aplicado em 2008 e 2009, e a Observação Social Sistemática (OSS). Os resultados mostraram uma maior prevalência de satisfação com a vida em idosos que relataram: maior renda; maior participação religiosa; praticavam atividade física; e declararam sua saúde como boa e muito boa (Vaz *et al.*, 2019).

Vaz *et al.* (2019) ainda apontam menor prevalência de satisfação com a vida entre aqueles que vivem em bairros com maior desordem física, ou seja, sinais visíveis de negligência e degradação, em que suas vizinhanças apresentam precárias condições do ambiente construído, sejam em passeios, ruas, iluminação pública, sinalização das vias etc. (Bjornstrom; Ralston; Kuhl, 2013; Rodrigues *et al.*, 2015).

Outros autores apontam que, nos ambientes urbanos desordenados, os moradores podem relutar em sair de casa e explorar menos o ambiente externo, desencorajando atividades saudáveis ao ar livre, como caminhar, e reduzindo sua capacidade de formar laços e observar a interação positiva da vizinhança, por exemplo (Ross; Mirowsk, 2001; Cohen; Inagami, 2008).

Diante do crescimento iminente da população idosa no Brasil e das evidências apresentadas até aqui, mantém-se em pauta a forte demanda para reestruturação dos sistemas

econômico, social, de saúde e planejamento urbano. Torna-se urgente elaborar e implementar modelos de cuidados integrados, que visam a resolver a fragmentação e a má coordenação de alguns serviços nos sistemas de saúde atuais, para que sejam mais resolutivos e tragam melhor custo-benefício (Myrrah, 2017; Belasco; Okuno, 2019; Veras, 2018). Para Minayo e Firmo (2019) “urge uma agenda pública que articule e integre serviços sociais e de saúde, que apoie as famílias, envolva instituições do terceiro setor e apresente várias modalidades e possibilidades de proteção” (p. 4).

Ao pensar no levantamento de evidências, o Estudo longitudinal da saúde dos idosos brasileiros (ELSI-Brasil¹²), realiza diversos estudos epidemiológicos com adultos mais velhos, identificando desfechos biológicos, funcionais e sociais. Suas produções acadêmicas apontam também para a prevalência de fatores sociais e demográficos associados à condição das pessoas com 60 anos ou mais (Lima-Costa *et al.*, 2002, 2004, 2017, 2016 e 2018). O mesmo grupo de pesquisadores, mais recentemente, concluiu estudos envolvendo a Covid-19 e seus desfechos, particularmente em idosos (Torres *et al.* 2021). Tais estudos trazem reflexões sobre o papel primordial das condições socioeconômicas na vida das pessoas idosas, as vulnerabilizando, especialmente no contexto da pandemia de Covid-19.

Camarano (2020, 2021) revela o impacto da morte precoce de adultos mais velhos, em especial dos que são responsáveis financeiros por famílias, na renda dos demais familiares, contemplando também o perfil da morbidade e mortalidade dos idosos brasileiros. A autora discute como a pandemia da Covid-19 descortinou, novamente e mais intensamente, a fragilidade dos idosos, tornando-os “grupo de risco”, reforçando a necessidade de solidariedade intergeracional e de cuidados (Camarano, 2020, 2021). A cientista social indaga, ainda:

Como as famílias brasileiras com idosos estão se organizando para fazer face ao envelhecimento populacional, à maior dependência econômica dos filhos adultos, ao enxugamento do papel do Estado e à recente pandemia? (Camarano, 2020, p. 4170).

Concomitantemente a esse crescente cenário, torna-se urgente atentar para processos que impõem graves limites e comprometem a qualidade de vida da população acima de 60 anos. Pensar em novas perspectivas do envelhecer envolve reformular o sistema de saúde (Veras, 2009), que ainda se apoia num modelo voltado para a doença, essencialmente as crônicas.

¹² O ELSI-Brasil é coordenado pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e pela Fundação Oswaldo Cruz - Minas Gerais (FIOCRUZ-MG). A pesquisa é financiada pelo Ministério da Saúde. O estudo tem como objetivo investigar os determinantes sociais e biológicos do envelhecimento e suas consequências para o indivíduo e a sociedade. Trata-se de uma pesquisa longitudinal, de base domiciliar, conduzida entre adultos com 50 anos ou mais, residentes em 70 municípios situados nas cinco grandes regiões geográficas do país. Fonte: Homepage ELSI-Brasil (2024). Disponível em: <https://elsi.cpqrr.fiocruz.br/>. Acesso em: 10 de jul. 2024.

É necessário atentar para os recorrentes problemas urológicos, de visão e audição, a perda de massa muscular e as infecções sexualmente transmissíveis, não deixando de lado a saúde das mulheres mais longevas, evitando demências e incapacidades físicas e mentais, e resguardando a manutenção ou melhoria de sua capacidade funcional (Neri *et al.*, 2013; Duarte *et al.*, 2018).

Ao tratar de saúde, embasamo-nos na concepção proposta por Almeida-Filho (2011), entendida como anos vividos com funcionalidade produtiva e social. Não tratamos a temática a partir do binômio saúde-doença, herdada do modelo biomédico tradicional, pois, como o autor, consideramos que a saúde é muito mais do que a ausência ou inverso da doença, e envolve a capacidade de lidar com transformações, perdas, conquistas e dificuldades.

A saúde pode ser expressa a partir das métricas, mas não somente; ela é também resultante do saber ser criativo, para propor novas formas de vida, novos recursos, novas condições para lidar com as dinâmicas e processos que se alteram e mudam as pessoas ao longo do tempo. É preciso questionar o sentido e o lugar das práticas pessoais, institucionais e sociais que, de modo articulado, conformam os espaços em que a saúde se constitui (Almeida-Filho, 2011).

Ainda segundo Almeida-Filho (2011), a saúde deve ser vista como integralidade, que perpassa pelos campos filosófico, científico, tecnológico, político e prático. Portanto, na perspectiva do envelhecimento, podemos considerar como a manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida, adotando e formulando estratégias que vão do singular ao coletivo.

Esta afirmação está em consonância com o raciocínio de Kalache (2022), que em reportagem ao Jornal Folha de São Paulo, salienta que

A saúde é criada no dia a dia, onde as pessoas vivem, trabalham, locomovem-se, divertem-se, amam-se, como já dizia, em 1986, a *Carta de Ottawa de Promoção da Saúde da OMS*. É portanto, crucial fazer com que as escolhas mais saudáveis sejam mais fáceis, simples e baratas. Gritantes desigualdades distinguem aqueles que chegam bem à velhice e milhões que envelhecem precocemente e mal (s.p).

Muito pertinente à linha de discussão adotada até aqui, para as múltiplas formas de envelhecer, é o conceito de desigualdade do sociólogo Göran Therborn (2010). O autor define que desigualdades “são diferenças hierárquicas, evitáveis e moralmente injustificadas” (Therborn, 2010, p. 146).

Therborn (2010) conceitua que a desigualdade pode ser produzida de quatro formas: pelo distanciamento, pelos mecanismos de exclusão, pelas instituições de hierarquia – “significam que as sociedades e as organizações são constituídas como escadas, com algumas

“pessoas empoleiradas em cima e outras embaixo” – e, por fim, pela exploração, forma mais repulsiva de geração de desigualdades, que opera “por meio do acúmulo de riquezas dos ricos que derivam do trabalho árduo e da subjugação dos pobres e desfavorecidos” (Therborn, 2010, p. 145). Ele exemplifica três tipos de desigualdade que cabem perfeitamente em nossa realidade, a desigualdade de saúde e morte, a qual denomina como *desigualdade vital*. O autor pontua que

É verdade que somos todos mortais e fisicamente vulneráveis e que, de alguma forma, nossa árvore da vida é decidida, acumulam-se evidências robustas de que a saúde e a longevidade são distribuídas segundo padrões sociais facilmente identificáveis. Sendo assim, a desigualdade vital, que pode ser medida de maneira relativamente fácil por meio da expectativa de vida e taxas de sobrevivência, está literalmente destruindo milhões de vidas humanas todos os anos no mundo (Therborn, 2010, p. 146).

A segunda é a *desigualdade existencial*, que atinge o indivíduo pessoalmente, restringindo a liberdade de ação. O sociólogo aponta que:

Desigualdade existencial significa a negação de (igual) reconhecimento e respeito, e é um forte gerador de humilhações para os negros, (amer-)índios, mulheres em sociedades patriarcais, imigrantes pobres, membros de castas inferiores e grupos étnicos estigmatizados. Ela não assume, vale lembrar, apenas a forma de discriminação ostensiva, mas também opera de modo eficaz através de hierarquias de status mais sutis (Therborn, 2010, p. 146).

O terceiro tipo elencado pelo autor é a *desigualdade material* ou de recursos, ou seja, da distribuição de renda distinta, frequentemente mais utilizada nos estudos. Therborn (2010) afirma que ela pode se distinguir em dois aspectos: a desigualdade de acesso à educação, à carreira e aos contatos sociais, ou seja, ao “capital social” e às “desigualdade de oportunidades”; e a desigualdade de recompensa, comumente denominada desigualdade de resultado. Nas palavras do autor, esses três tipos de desigualdade interagem e influenciam uns aos outros.

Associada a esta discussão está o conceito de segregação socioespacial, pensando em um urbano que “organiza” espacialmente as classes sociais e imprime inúmeras questões de ordem social, econômica, política e ideológica (Negri, 2008; Castells, 2000). Negri (2008) aponta para a complexidade da sociedade atual envolvendo as questões de habitação, e leva-nos a buscar entender a produção e a separação entre as classes sociais nas cidades, separação não somente espacial, mas também social, trazendo consigo diferenciais de renda, tipo de ocupação e nível educacional.

O contexto urbano propicia acessos distintos à infraestrutura urbana, a serviços educacionais, de assistência social e acesso à informação. Distinções de contexto impactam na trajetória de vida, na qualidade de vida, na saúde e envelhecimento das pessoas: “há também um prejuízo cultural, no que diz respeito ao modo como essas pessoas passam a enxergar o

mundo e qual sua consciência objetiva de seu estado de segregado socialmente e espacialmente” (Negri, 2008, p. 138). Este cenário dificulta, assim, acessos a informações, principalmente no que toca as políticas públicas, direitos e deveres, apresentado nesse estudo numa escala intraurbana.

A segregação urbana existe desde longa data na história da humanidade, e vem sendo analisada por diversos estudiosos ao redor do mundo. De acordo com Negri (2008), no século XX, a Escola de Ecologia Humana de Chicago (EUA) trouxe a afirmação de que a cidade funcionava como “organismo vivo”; porém, essa perspectiva remetia a um Darwinismo Social carregada de abordagem positivista limitante. O autor relata, ainda, que os teóricos dessa escola identificavam dois modelos de segregação: a “voluntária”, que se dava quando o indivíduo iria habitar um determinado local da cidade por sua própria iniciativa; e a “involuntária”, quando, por forças externas, ele era obrigado a habitar ou deslocar-se de determinados espaços (Negri, 2008, p.132). Assim, Negri (2008) remete à afirmação de Villaça (2007), de que no Brasil a segregação decorre apenas de modo involuntário, pois

[...] as maneiras como as classes se distribuem no espaço urbano dependem do acúmulo de capital individual que cada um consegue ter. Morar em um bairro popular não depende somente de suas características culturais, étnicas ou raciais, mas da reprodução da força de trabalho que o capital precisa para reproduzir-se. A segregação não é simplesmente e somente um fator de divisão de classes no espaço urbano, mas também um instrumento de controle desse espaço (Negri, 2008, p. 135).

Em costura com sua abordagem, Negri (2008) traz ainda a concepção de David Harvey, através de sua obra *A Justiça Social e a Cidade* (1980). Seguindo a linha marxista, entre outras argumentações, o autor pontua que a segregação

[...] quer dizer, diferenciação residencial segundo grupos, significa diferencial de renda real - proximidade às facilidades da vida urbana como água, esgoto, áreas verdes, melhores serviços educacionais, e ausência de proximidade aos custos da cidade como crime, serviços educacionais inferiores, ausência de infra-estrutura etc. (Harvey, 1980 Apud Negri, 2008, p. 138).

Vale ressaltar que os conceitos de desigualdade e iniquidade são distintos. Tomando como base a perspectiva da saúde, as desigualdades se referem qualquer aspecto mensurável da saúde que varie entre indivíduos ou de acordo com grupos socialmente relevantes, sejam eles de nível socioeconômico, local de residência, sexo etc. Por sua vez, as iniquidades são diferenças sistemáticas na saúde que poderiam ser evitadas por meios razoáveis, em que permitir que persistam é injusto (Whitehead, 1992; Kawachi, Subramanian, Almeida-Filho, 2002; Marmot *et al.* 2012; OMS, 2013, 2015; Arcaya, Arcaya e Subramanian, 2013, Silva *et al.* 2018).

A desigualdade é, simplesmente, uma descrição dimensional, utilizada sempre que as quantidades são desiguais, enquanto a iniquidade exige um julgamento moral de que a desigualdade está errada, ou seja, as quantidades são consideradas injustas a partir de um juízo de valor (Arcaya, Arcaya e Subramanian, 2013).

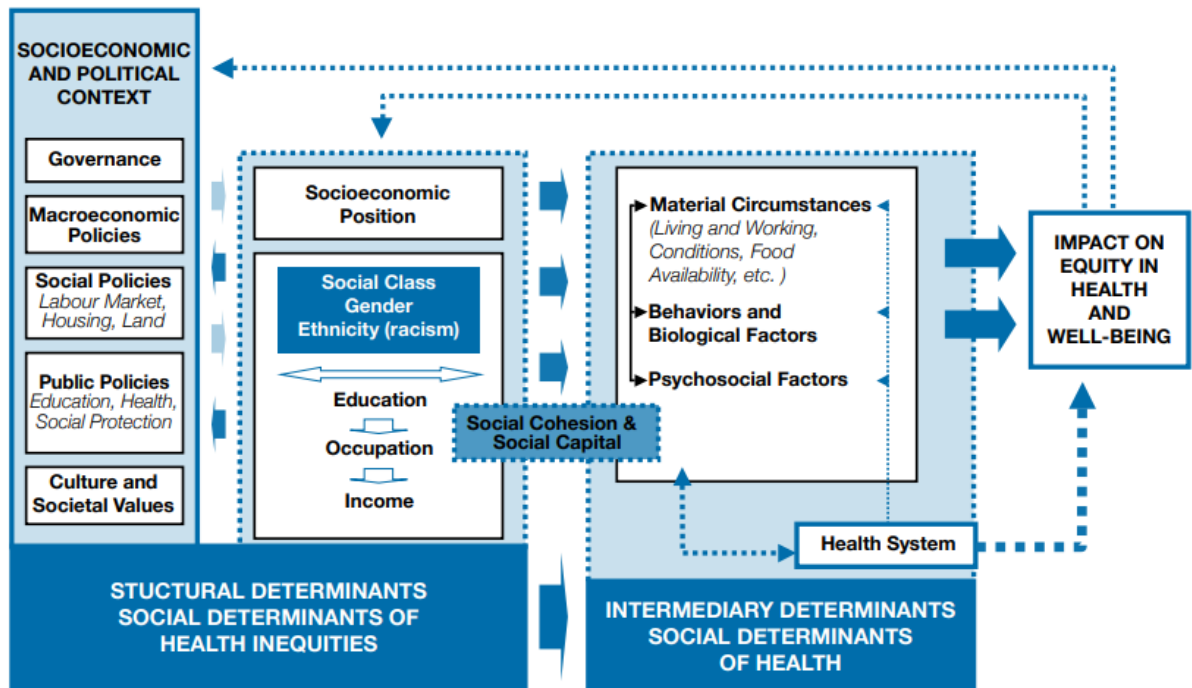
Como um espaço em constante construção e produção, a cidade é, então, promotora de um acúmulo de fenômenos sociais e ambientais, imprescindíveis a uma também contínua discussão. É importante considerar que, no contexto urbano, as desigualdades sociais, econômicas e o local de moradia proporcionam nichos de segregações socioespaciais e contextos de iniquidades, principalmente em saúde.

Deste modo, torna-se fundamental abordar aspectos da saúde urbana que estão diretamente relacionados aos determinantes sociais em saúde (Rose e Marmot, 1981; Barata, 2001; Buss e Pellegrini Filho, 2007; CNDSS, 2008; WHO, 2010; Carvalho, 2012; e, Borde, 2014) e que perpassam as iniquidades. Para a CNDSS, no que se refere aos Determinantes Sociais da Saúde (2008),

As condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade, ou seja, os determinantes mais gerais e distais do modelo de Dahlgren e Whitehead geram uma estratificação econômico-social dos indivíduos e grupos da população, conferindo-lhes posições sociais distintas, as quais por sua vez provocam diferenciais de saúde. Em outras palavras, a distribuição da saúde e da doença em uma sociedade não é aleatória, estando associada à posição social, que por sua vez define as condições de vida e trabalho dos indivíduos e grupos (p. 52).

Para a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde (CDSS), a saúde é enquadrada como um fenômeno social que deve ser pautado pela justiça social de forma mais ampla. Para tanto, essa comissão elaborou um modelo conceitual (Figura 2), que leva em conta, mutuamente, três explicações teóricas: (1) as abordagens psicossociais; (2) a produção social da doença/economia política da saúde; e (3) os quadros ecossociais.

Figura 2: Modelo Conceitual para os Determinantes Sociais em Saúde (2010)



Fonte: OMS, 2010.

De acordo com a OMS (2010), tais tradições teóricas utilizam os seguintes caminhos e mecanismos para explicar a causalidade: (1) “seleção social”, ou mobilidade social; (2) “causalidade social”; e (3) perspectivas do curso de vida. Podemos perceber que a base teórica adotada para elaboração desse modelo enfatiza fortemente o conceito de “posição social” como papel central nos determinantes sociais das desigualdades em saúde, em consonância com o eixo central dessa tese.

A estrutura do modelo conceitual para os determinantes sociais em saúde dispõe de mecanismos sociais, econômicos e políticos, que dão origem a um conjunto de posições socioeconômicas pelas quais as populações são estratificadas de acordo com renda, educação, ocupação, gênero, raça/etnia e outros fatores (OMS, 2010):

Essas posições socioeconômicas, por sua vez, moldam determinantes específicos do estado de saúde (determinantes intermediários) que refletem o lugar das pessoas nas hierarquias sociais; com base em seu respectivo status social, os indivíduos experimentam diferenças na exposição e vulnerabilidade a condições comprometedoras da saúde (OMS, 2010, p. 5).

O contexto, ponto chave também para nossa abordagem e análises espaciais, é amplamente definido no modelo, de modo a incluir diversos mecanismos sociais e políticos que geram, configuram e mantêm hierarquias sociais. Os autores do documento incluem o mercado

de trabalho, o sistema educacional, as instituições políticas e outros valores culturais e sociais, sendo que os que afetam a saúde com maior intensidade são as suas políticas redistributivas (ou a ausência delas).

Como pode-se observar na Figura 2, “os *mecanismos estruturais* são aqueles que geram estratificação e divisões de classe social na sociedade, eles definem a posição socioeconômica individual dentro das hierarquias de poder, prestígio e acesso a recursos” (OMS, p. 5, 2010). Os estratificados mais importantes incluem: renda, educação, ocupação, classe social, gênero e raça/etnia; eles estão emaranhados às principais instituições e processos do contexto socioeconômico e político, como representado na estrutura do modelo.

Para os autores, os determinantes sociais subjacentes às desigualdades na saúde operam através de um conjunto de *determinantes intermediários da saúde* para moldar os resultados de saúde, sendo suas principais categorias: circunstâncias materiais; circunstâncias psicossociais; fatores comportamentais e/ou biológicos; e o próprio sistema de saúde (OMS, 2010).

As circunstâncias materiais incluem fatores como a qualidade da habitação e da vizinhança, o consumo potencial (por exemplo, os meios financeiros para comprar alimentos saudáveis, roupas quentes, medicamentos etc.) e o ambiente físico de trabalho. As psicossociais incorporam estressores psicossociais, circunstâncias de vida estressantes e relacionamentos, apoio social e estilos de enfrentamento (ou a falta deles). Os fatores comportamentais e biológicos inserem nutrição, atividade física, consumo de tabaco e álcool, e os fatores genéticos que se distribuem de forma diferente entre os diferentes grupos sociais (OMS, 2010, p. 6).

A estrutura do modelo consolidado pela CNDSS diferencia-se de outros modelos, pois incorpora o próprio sistema de saúde como determinante social da saúde. Entende-se que o sistema de assistência social deveria igualmente ser contemplado nesse nível, pois ambos possuem “papel particularmente relevante através da questão do acesso, que incorpora diferenças de exposição e vulnerabilidade; desempenhando papéis importantes na mediação de consequências diferenciais da doença na vida das pessoas” (OMS, 2010, p. 6), especialmente através da ação intersetorial.

Destacam-se, também, os conceitos de coesão social e capital social, que ocupam lugar estratégico no modelo, atravessando e conectando as dimensões estruturais e intermediárias dos determinantes sociais em saúde. Para os autores, a noção de “ligação do capital social” estimulou um novo pensamento sobre o papel do Estado na promoção da equidade (OMS, 2010). De acordo com esta literatura, “o Estado deve assumir a responsabilidade por desenvolver sistemas flexíveis que facilitem o acesso e a participação por parte dos cidadãos” (OMS, 2010, p.7).

Desta forma, evidencia-se que as estruturas conceituais contribuem para orientar o trabalho empírico e ampliar a compreensão a respeito da temática central, bem como para iluminar pontos chave para a realização de intervenções, criação e atualização de políticas públicas nas diversas escalas espaciais e esferas de poder.

Ressalta-se que a escolha das variáveis para este estudo, descritas no Capítulo 2, tomou como base o modelo conceitual para os determinantes sociais em saúde (Figura 2). Este modelo proporcionou, conforme o objeto de estudo, uma análise aprofundada da interação dos determinantes a nível municipal, considerando as unidades espaciais de análise (UDH) e buscando estabelecer os nexos entre as distintas condições socioeconômicas, ambientais e de local de moradia das pessoas com 60 anos ou mais em Belo Horizonte.

Além disso, deve-se atentar para os programas e instrumentos políticos de Estado e do município (seja nos campos da saúde, assistência social, previdenciária ou de planejamento urbano) destinados a atender e acompanhar de forma mais ampla esse grupo populacional. No que se refere ao nível individual, serão buscadas correlações e reflexões a partir das respostas provenientes das entrevistas semiestruturadas, notadamente para conhecer o cotidiano e estratégias de vida dessas pessoas, e pela inexistência de avaliações das políticas e serviços públicos destinados a elas na atualidade.

2.2 Políticas e diretrizes internacionais, nacionais e municipais para a população com 60 anos ou mais

A Organização das Nações Unidas (ONU) afirmou, em 2022, que a população mundial atingiu oito bilhões de habitantes, com a população idosa em crescimento. O aumento da proporção de idosos em relação à população total tem sido associado com a melhoria da alimentação, os progressos na medicina, o aumento da renda, o controle de vetores de doenças infecciosas e a ampliação dos serviços de saúde para idosos (Hees; Hees, 2022). Os autores indicaram ainda que, ao mesmo tempo, esse processo tem reflexos nas demandas por serviços públicos, exigindo dos governos políticas públicas que atendam a população como um todo e, em especial, a com 60 anos ou mais.

Na esfera internacional, em 1982, ocorreu em Viena a Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, convocada pela Assembleia Geral da ONU e reunindo 124 países, incluindo o Brasil. Este encontro resultou na elaboração do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento, no qual são abordados assuntos como saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, segurança de renda e emprego, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa (ONU, 2012).

Nessa época, os debates e propostas estavam voltados mais para a questão econômica do que para o aspecto social, tendo como foco os idosos independentes financeiramente – temática abordada inicialmente pelos países desenvolvidos e, posteriormente, pelos países em desenvolvimento. A partir daí, “passou-se a ver a situação do idoso em dois aspectos: uma ameaça ao futuro das economias, e o outro lado que considerava os idosos como indivíduos que poderiam contribuir para o desenvolvimento econômico e social” (Hees, 2016, p. 86).

No final dos anos 1990, a OMS passou a adotar o termo “envelhecimento ativo”, para englobar o reconhecimento dos direitos humanos da população mais velha e contemplar os princípios da assistência, participação, independência, dignidade e autorrealização. Tal conceito é definido por seis dimensões: determinantes econômicos (renda, trabalho e proteção social); determinantes sociais (escolaridade, apoio social e segurança); ambiente físico (moradia e vizinhança, ausência de obstáculos ambientais e acesso à água limpa, ar puro e alimentos saudáveis); determinantes individuais (fatores biológicos, genéticos e psicológicos); determinantes comportamentais (comportamentos em saúde e participação no cuidado com a própria saúde); e serviços sociais e de saúde (promoção da saúde e prevenção de doenças, serviços curativos e assistência social). Dentre outros fatores, a cultura e o gênero influenciam esses determinantes de maneira transversal, sobretudo num mundo cada vez mais urbano (Braga *et al.*, 2010).

Em 2002, ocorreu em Madri a Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, tendo como tema “Uma sociedade para todas as idades”. Reuniram-se 160 países e 700 representantes de organizações não governamentais (ONGs), com o intuito de avaliar os resultados alcançados com base nas recomendações da I Assembleia (1982). Nessa segunda assembleia, foram aprovados ainda dois novos documentos, que tinham a função de guias estratégicos para orientar a escolha de medidas normativas e a implantação de políticas públicas relacionadas com o envelhecimento no século XXI, ampliando a compreensão do papel do idoso para a sociedade. Nesse sentido, percebe-se que, quando o envelhecimento é entendido como um êxito, o aproveitamento da competência, experiência e dos recursos humanos traz benefício para o desenvolvimento de sociedades plenamente integradas (Hees, 2016).

Com o avançar das reflexões e demandas impostas, em 2008, a OMS lança o *Guia global: cidade amiga do idoso*. Ele objetiva mobilizar diferentes segmentos sociais e políticos das cidades para procederem às adaptações de suas estruturas e serviços, de modo a serem mais acessíveis na promoção da inclusão de idosos, com distintas necessidades e graus de capacidade (OMS, 2008). O reconhecimento com o título de “Cidade Amiga do Idoso” é concedido pela

OMS às cidades que estimulam o envelhecimento ativo, adotando práticas de otimização de oportunidades para saúde, participação e segurança e, assim, proporcionando a elevação da qualidade de vida no envelhecimento diante das múltiplas necessidades e capacidades dos idosos.

Ainda no cenário das políticas públicas internacionais, outro conceito contemporâneo emerge: o *Ageing in Place*, que representa a capacidade de continuar a viver em casa ou na comunidade com o passar dos anos, com segurança e independência (ONU, 2015). Este conceito está alinhado à manutenção da qualidade de vida das pessoas idosas, envolvendo essencialmente a capacidade de adaptação do ambiente às limitações físicas e funcionais.

No relatório do 2º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (OMS, 2015), foram identificadas as cinco principais áreas de intervenção no processo de *ageing in place*: 1) pessoas, 2) lugares, 3) produtos, 4) serviços personalizados e 5) políticas de apoio social. Também nesse relatório, para esse conceito, foram pontuadas quatro dimensões de abordagem: física (a casa, a aldeia, o bairro, a cidade onde se vive); social (envolvendo relacionamentos e contatos interpessoais); emocional e psicológica (que têm a ver com um sentimento de pertencimento e ligação a um lugar – senso de lugar); e cultural (ligada aos valores, crenças e significados que as pessoas atribuem a um determinado espaço).

A proposta do *Ageing in Place* visa integrar, por meio de conexões, o ambiente construído, a estrutura social e as necessidades das gerações que compartilham um viver comum. De acordo com Fonseca (2019), no Guia de boas práticas de *Ageing in Place*, seu papel é exercitar as reflexões sobre viver em casa e na comunidade, com segurança e de forma independente, à medida que se envelhece. Esta noção traduz o desejo de envelhecer num ambiente familiar que se adapte às modificações que o processo de envelhecimento requer.

Na esfera da América Latina, em 2003, ocorreu no Chile a Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe, com o objetivo de estabelecer estratégias para implantar as metas propostas na II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, possivelmente para adequar e incorporar especificidades do contexto latino-americano, que destoa em muito das realidades da Europa e de países desenvolvidos.

Já em 2012, foi elaborada a *Carta São José sobre os Direitos dos Idosos da América Latina e Caribe*, documento adotado na Terceira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe, realizada em São José, Costa Rica. Sua proposta foi de identificar as ações-chave em matéria de direitos humanos e proteção social das

peessoas idosas. O documento ressaltou que “a idade continua sendo um motivo explícito e simbólico de discriminação que afeta o exercício de todos os direitos humanos na velhice, e que as pessoas idosas requerem uma atenção especial do Estado” (p. 5), compilando uma série de recomendações a fim de suprir demandas desse segmento populacional.

Mais recentemente, em 2022, na Quinta Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e Direitos das Pessoas Idosas na América Latina e no Caribe, realizada em Santiago do Chile, foi elaborada a Carta de Santiago. Nesta, as autoridades dos países participantes renovaram o compromisso com o Plano de Ação Internacional de Madri, 20 anos após a sua aprovação, e com os instrumentos regionais que reforçam sua implementação e vigência.

Na esfera nacional, em 1988, instituiu-se a Constituição Federal do Brasil e, pela primeira vez, foi assegurado ao idoso o direito à vida e à cidadania:

A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. § 1. Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares. - § 2. Aos maiores de 65 anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos (BRASIL, 1988).

Em seguida, em 1993, o Congresso Nacional decretou e sancionou a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que traz como objetivos: a proteção social, a garantia da vida, a redução de danos, a proteção à família, à criança, ao adolescente, à maternidade e à velhice. A lei visa também o amparo às crianças e aos adolescentes carentes, a promoção da integração ao mercado de trabalho, a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária, ainda a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Desde 2004, essa assistência está especificamente estruturada dentro do escopo da Política Nacional de Assistência Social — PNAS.

Na sequência temporal, temos a Política Nacional do Idoso (PNI), prevista na Lei 8.842/94 e regulamentada pelo Decreto 1948/96. Ela estabelece direitos sociais, garantia da autonomia, integração e participação dos idosos na sociedade, como instrumento de direito próprio de cidadania, sendo considerada população idosa o conjunto de pessoas com 60 anos ou mais (Hees; Hees, 2022).

De acordo com Hees e Hees (2022), a referida Lei nº 8.842/94 criou o Conselho Nacional do Idoso, responsável pela viabilização do convívio, integração e ocupação do idoso na sociedade, garantindo sua participação na formulação das políticas públicas, projetos e

planos destinados à sua faixa etária. Os autores reforçam que suas diretrizes trazem como ações estratégicas a “priorização do atendimento domiciliar; o estímulo à capacitação dos médicos na área da gerontologia; a descentralização político-administrativa e a divulgação de estudos e pesquisas sobre aspectos relacionados ao envelhecimento” (Hees, Hees, 2022, p.1687).

Em 1999, foi aprovada a Política Nacional da Saúde do Idoso, estabelecida pela Portaria 1.395/1999 do Ministério da Saúde (MS). Suas diretrizes abordam aspectos relacionados à promoção do envelhecimento saudável, a assistência às necessidades de saúde do idoso, a capacitação de recursos humanos especializados, a manutenção da capacidade funcional, o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais e o apoio aos estudos e pesquisas relacionados à temática.

Em maio de 2002, foi criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), que contabilizou avanços importantes na política de promoção dos direitos das pessoas idosas no país. Cabe ao conselho elaborar as diretrizes para a formulação e a implementação da Política Nacional do Idoso.

Outra ação que se destaca foi a criação do Estatuto do Idoso em 2003, instrumento que assegura direitos especiais e institui programas de promoção da qualidade de vida da população com 60 anos ou mais. O Estatuto vem normatizar os princípios preceituados pela Política Nacional do Idoso, enfatizando: a precedência no atendimento na rede de serviços, o aprimoramento das condições de vida do idoso, a inviolabilidade física, psíquica e moral (BRASIL, 2003), como prioridades para a preservação da dignidade do idoso. Assim, Hees e Hess (2022) sintetizam que

A legislação institui o dever da família, da comunidade, da sociedade e do poder público de assegurar os direitos dos idosos, sendo dessa forma, tornando-se uma prioridade social, conforme o art. 3º da Lei 10.741/2003, sendo a efetivação dos direitos; direito à vida; direito a saúde, direito da alimentação, direito à educação, direito à cultura, direito ao esporte, direito ao lazer, direito ao trabalho, direito à cidadania, direito à dignidade, direito ao respeito e direito à convivência familiar e comunitária. Expressa também o direito ao atendimento preferencial imediato; a preferência na formulação e na execução de políticas sociais e públicas específicas; preferência na destinação privilegiada na área de proteção ao idoso; viabilização de formas alternativas na participação, ocupação e convívio com as demais gerações; capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos; divulgações de informações de caráter educativo sobre aspectos biopsicossociais; Garantia ao acesso à rede de serviços de saúde, como o SUS e de assistências locais e a prioridade no recebimento da restituição do imposto de renda. (Estatuto do Idoso, 2003 *apud* Hees; Hess, 2022, p. 1692).

Com o objetivo de dar encaminhamento à execução das ações estabelecidas no Estatuto do Idoso, foi criado o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa, que enfatiza ações para o enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência

contra os indivíduos idosos. O primeiro plano foi executado no período de 2004 a 2006, e o segundo, de 2007 a 2010 (BRASIL, 2005; BRASIL, 2008).

Mais recentemente, a Campanha Nacional de Enfrentamento a Violência contra a Pessoa Idosa, no âmbito nacional, vem sendo desenvolvida pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (SNDPI), aninhada no Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania (MDH). Em 2014, o Manual de Enfrentamento à Violência contra a Pessoa Idosa trouxe as situações de violência contra pessoa idosa e estratégias de ação e prevenção contra este tipo de violência.

A SNDPI/MDH implementou o Módulo Idoso no Disque Direitos Humanos (Disque 100), para dar visibilidade e combater as variadas formas de violência e discriminação praticadas contra as pessoas idosas, estabelecer punições e medidas educativas, bem como coibir os atos.

Em 2006, o Pacto pela Vida, que estabelece a pessoa idosa como prioritária para a saúde e a Política Nacional de Saúde, também foi revisado. Seu objetivo foi reunir um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios), para promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, com a finalidade de alcançar maior eficiência e qualidade das respostas no SUS.

Na esfera estadual, poucas ações foram identificadas. Em 1997, a Lei 12.666 foi implementada e dispõe sobre a Política Estadual de Amparo ao Idoso, tendo como objetivo assegurar-lhes os direitos sociais e promover sua integração e participação efetiva na sociedade. Em 2000, estabeleceu-se o Programa de Atendimento Domiciliar aos Idosos (PADI), Lei nº 13.763/2000, com o intuito de promover o atendimento à pessoa idosa em seu próprio domicílio (serviço promovido por meio de equipes multidisciplinares). Em seus artigos, discriminam-se os critérios necessários para participação no programa, sendo o Conselho Estadual do Idoso participante do planejamento das ações.

Em 2008, foi instituído o Programa Mais Vida - Rede de Atenção à Saúde do Idoso de Minas Gerais, a partir da Resolução SES/MG nº 1583. O programa tem como finalidade melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa, incluindo a descentralização da assistência, a organização da rede e a capacitação dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS) para a atenção à Saúde do Idoso. O programa previa, ainda, a implantação dos Centros de Referência em Atenção Secundária Especializada, denominados Centros Mais Vida (CMV), em todas as macrorregiões do Estado. Até 2023, Minas Gerais possuía três Centros Mais Vida implantados, em Belo Horizonte, Juiz de Fora e Montes Claros.

Em 2014, foi instituída a Política Estadual para o Estímulo da Atividade de Cuidador de Idoso a partir da Lei nº 21.155, voltada a promover melhor qualidade na atenção prestada ao idoso e incentivar a formação de cuidadores de idosos no Estado, fortalecendo a profissão e ampliando o número de profissionais qualificados nessa área.

Ainda em 2014, o governador em exercício promulgou a lei que criou o Fundo Estadual dos Direitos do Idoso, com o objetivo de financiar programas e ações voltadas à pessoa idosa, que assegurem os seus direitos sociais e criem condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.

Em 2017, o Plano Mineiro de Atenção Integral à Pessoa Idosa estava sendo elaborado pela Secretaria de Estado de Direitos Humanos, Participação Social e Cidadania - Sedpac (extinta em 2019), e era pautado nas deliberações das quatro Conferências Estaduais dos Direitos da Pessoa Idosa e nos marcos regulatórios existentes nos âmbitos local, nacional e internacional. O documento apresentava princípios, diretrizes e objetivos que norteiam as ações estratégicas do governo, organizadas por direitos ou temas prioritários, tais como assistência social, saúde, educação, esporte, lazer e cultura, combate à violência e maus-tratos contra a pessoa idosa, efetivação dos direitos do idoso, participação e controle democrático, requalificação da estrutura de proteção integral à pessoa idosa, formação, estudos e pesquisas.

Na esfera municipal, em Belo Horizonte, 10 grandes iniciativas com foco na pessoa idosa se desdobram desde 1992. Na Tabela 1, foram organizadas as políticas e a atenção ao idoso em Belo Horizonte a partir das principais legislações registradas.

Tabela 1: Linha do tempo das políticas e legislações existentes em Belo Horizonte a partir de 1992

Ano	Políticas e Programas	Legislação
1992	Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte	Lei nº 6173, de 28 de maio de 1992
1999	Institui a Política Municipal do Idoso	Lei nº 7930 de 30 de dezembro de 1999
2002	Regulamentado o Fundo Municipal do Idoso (FUMID)	Decreto nº 10.953, de 15 de fevereiro de 2002
2009	Criação do Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI)	
2011	Dispõe sobre o Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte	Lei Municipal nº 10.364, de 29 de dezembro de 2011
2011	Programa Maior Cuidado (SMASAC e SMSA)	https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/programa-maior-cuidado
2017	Institui o Programa de Vacinação Domiciliar para Idoso Restrito ao Domicílio	Lei Municipal nº 11.094, de 14 de dezembro de 2017
2018	Normas de funcionamento do Fundo Municipal do Idoso de Belo Horizonte (FUMID/BH)	Resolução CMI/BH nº 02/2018
2020	Comprometimento do prefeito em exercício (Alexandre Kalil), como gestor maior da cidade, a promover uma BH Amiga da Pessoa Idosa	https://www.otempo.com.br/economia/belo-horizonte-prepara-plano-para-adaptar-cidade-para-populacao-60-1.2535502

2021	Início das ações da Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa (DPEI) ligada a PBH	https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/sudc/politicas/pessoa-idosa

Fonte: Organizado pela autora, 2024.

No âmbito municipal, a Política Municipal do Idoso estabelecida em lei (Lei nº 7930/99) tem por objetivo gerar condições para a proteção e a promoção da autonomia, da integração e da participação efetiva do idoso na sociedade. Contudo, para uma política e um direito existirem, não basta estes estarem descritos na lei, nem apenas serem pautados nos Conselhos de Direitos e deliberados em Conferências; eles precisam ser apropriados pelos cidadãos e democraticamente construídos (Faleiros, 2007), implementados e fiscalizados adequadamente.

Ressalta-se, aqui, a criação do Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI), uma unidade da Prefeitura de Belo Horizonte que oferece serviços com foco na valorização e defesa da pessoa idosa. De acordo com Figueiredo e Maia (2012), o CRPI é

[...] um espaço inovador, que tem, na sua natureza, a lógica da intersetorialidade, da participação da pessoa idosa como agente transformador, cidadão pleno de direitos e parceiro na construção de novos tempos para os velhos da cidade (p. 39).

Segundo uma publicação do site¹³ do CRPI (2022), o centro é um equipamento que promove condições para um envelhecimento com autonomia, dignidade e saúde. Ele está vinculado à Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa, da Subsecretaria de Direito e Cidadania (SUDC), que compõe a estrutura da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC).

Destacam-se dentre os objetivos do CRPI: oferecer programas, serviços e ações, com foco na promoção e defesa dos direitos da pessoa idosa; reforço na promoção da cidadania e inclusão da pessoa idosa a partir da vivência de novas experiências e vínculos; favorecer as condições para o envelhecimento com autonomia, dignidade e saúde, além de exercitar a criação de novas tecnologias na abordagem e cuidado da pessoa idosa (PBH, 2022).

De acordo com o histórico da Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa (DPEI), em 2004, havia a demanda por um Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI), definido pelos idosos, que estavam em posição de luta, como um “amplo espaço onde fosse possível atender as demandas dos idosos”. Existia na cidade uma grande pressão nos fóruns, conferências, grupos de convivência e outros espaços de participação para que o município criasse um local que pudesse ser a referência em políticas públicas para as pessoas 60+.

¹³ Fonte: PBH (2022). Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/sudc/equipamentos/crpi>. Acesso em: 16 dez. 2022.

A partir dessa demanda, a Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa criou estratégias junto a um grupo de idosos, que contava com representantes de todas as regionais, responsável pela criação da ONG Luz e Sabedoria e por levar o pleito até o prefeito da época. A solicitação de que o espaço no bairro Caiçara, antes conhecido como “Tancredão”, pudesse ser esse local para as políticas sobre o envelhecimento foi realizada. A DPEI declarou que durante todo o processo, as pessoas idosas foram ouvidas e sentaram-se à mesa para os debates.

Assim surgiu, segundo histórico da DPEI, o CRPI (Vereador Sérgio Ferrara), um espaço inovador, que traz na sua natureza a lógica da intersetorialidade, da participação da pessoa idosa como agente transformador, cidadão pleno na luta de seus direitos, inaugurado em 15 de junho de 2009.

Outro destaque importante é para o Programa Maior Cuidado¹⁴ (SMASAC e SMSA). Criado em 2011, é um programa de referência no Brasil e tem como objetivo apoiar as famílias no cuidado com os idosos e aumentar a qualidade de vida de todos. Os cuidadores realizam atendimentos domiciliares, em dias e horários definidos por equipe multidisciplinar, de acordo com o grau de dependência de cada pessoa, e têm como norte a prevenção da exclusão e do isolamento. Adicionalmente, o programa visa a garantia do acesso a direitos e evitar a ocorrência de situações que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais dos usuários, evitando que o idoso precise ser acolhido em instituições de longa permanência (PBH, 2022).

A Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa (DPEI), vinculada à Subsecretaria de Direito e Cidadania (SUDC), da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), tem por competência a implantação da Política Municipal do Idoso, instituída pela Lei Municipal 7.930 de 1999, elaborando e coordenando as diretrizes de políticas públicas municipais da pessoa idosa.

No seu campo de atuação, a DPEI propõe, articula e implementa programas, serviços, ações afirmativas, parcerias que visem a promoção, afirmação do protagonismo, defesa dos direitos, eliminação da discriminação e da violência contra a pessoa idosa. Além disso, a diretoria apoia a superação das desigualdades e a inserção da pessoa idosa na vida econômica, política, cultural e social da cidade; participa ativamente do processo de discussões e tomada de decisões do município na implantação e efetivação de políticas públicas voltadas para a população idosa, colaborando tecnicamente com outros órgãos da administração pública

¹⁴ Fonte: PBH (2022). Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/programa-maior-cuidado>. Acesso em: 22 dez. de 2022.

municipal; e desenvolve e incentiva estudos e pesquisas relacionados à pessoa idosa, buscando melhorias e eficiência no desenvolvimento constante de suas ações.

Com maior centralidade, em 2021, a DPEI iniciou o processo de discussão para a elaboração do I Plano Municipal de Envelhecimento de Belo Horizonte, o qual, segundo relatoria da direção, encontra-se na fase final de elaboração. A finalização e publicação do documento eram previstas para o ano de 2022; contudo, atrasos devido à atualização da diretoria fizeram com que o processo de finalização esteja transcorrendo atualmente, em 2024. Conforme proposto, o Plano pretende ser um instrumento democrático importante na construção e na efetivação de políticas públicas, abarcando necessidades e direitos das cidadãs e cidadãos idosos da capital mineira.

A DPEI concentra suas atividades em três pilares: 1) a década do envelhecimento saudável, 2) o enfretamento ao idadismo e 3) a cidade amiga do idoso. Suas ações estão voltadas para o acompanhamento da realização dos Fóruns Regionais da Pessoa Idosa (frequência bimestral), o acompanhamento dos Grupos de Convivência, a gestão do Centro de Referência da Pessoa Idosa, a divulgação de políticas e ações em prol do idoso e interlocução entre as secretarias da Prefeitura e a sociedade civil. Alguns exemplos são: o “Fórum Ampliado de Direitos da Pessoa Idosa” e o projeto COMVIVER, uma parceira da PBH com os alunos de Análises Clínicas do Colégio Técnico da UFMG, buscando estratégias intergeracionais que os coloquem em diálogo e convivência; e o projeto “Trilhas para uma BH Amiga da Pessoa Idosa”, que tem contado com uma série de capacitações preparatórias, com a participação de idosos moradores de Belo Horizonte.

Por fim, realça-se o impacto da pandemia da Covid-19, que escancarou desigualdades e trouxe diversos prejuízos para toda a sociedade, em especial para as mulheres, os mais pobres, os negros e os mais velhos (Werneck, 2016; Kalache *et al.*, 2020; Camarano, 2020, 2021). Torna-se pertinente mencionar o conceito de necropolítica, que tem como o embasamento a análise de ações de governos e outras instituições, os quais decidem quem é exposto à morte e à violência, manifestando-se em políticas de Estado, práticas militares, econômicas e outras formas de controle social (Mbembe, 2018).

É importante destacar que a necropolítica foi claramente praticada durante o governo Bolsonaro, especialmente durante a sindemia da Covid-19. Como afirma Silva (2021),

O cenário brasileiro foi composto por uma justaposição de crises causadas por ações do Estado diante do caos instalado, aliada ao desvio do foco da sociedade para a luta contra a Covid-19, se aproveitou para aprovações de leis e decretos que demandariam debates e pactuações maiores com diversos atores e setores da sociedade, envolvendo condição de vida ou morte de milhares de pessoas. Destacam-se aqui as questões do

meio ambiente e aumento da exploração ilegal (THE LANCET, 2020¹⁵), dos investimentos na educação, aborto e de territórios ocupados por comunidades quilombolas e indígenas que foram ameaçados e sendo palco de violências. Essa crise política se agrava com o aumento das posições partidárias polarizadas, de discursos de ódio e de negação das evidências científicas para o enfrentamento da Covid-19, fragilizando o Estado quanto ao dever de proteger a vida de todos os cidadãos residentes no país (Silva, 2021, p. 10).

Quanto à saúde, Kalache *et al.* (2020) afirmam que mais de 80% dos idosos dependem, exclusivamente, do Sistema Único de Saúde (SUS) para seus cuidados de saúde, montante que certamente elevou-se com a pandemia e posteriormente a ela em função do desemprego e redução dos associados aos convênios de saúde. Ainda, os autores afirmam que se faz urgente reverter políticas que levem à desconstrução do SUS, especialmente da Atenção Primária, e refletem também sobre

[...] o aumento predizível da mortalidade por outras causas em função da superlotação e dedicação prioritária dos serviços hospitalares a pacientes com Covid-19; da falta de testes, resultando em um subdimensionamento do problema; e da carência de respiradores e equipamentos de proteção individual (EPIs) colocando em risco a estrutura e a força de trabalho para suportar a demanda crescente de serviços (Kalache *et al.*, 2020, p. 1).

Kalache *et al.* (2020) enfocam as distinções que o Brasil expôs em relação a outros países, ao apresentar o rosto de uma população

[...] mais jovem, pois muito antes dos 60 anos, adultos apresentam comorbidades que os colocam no grupo de alto risco; muito mais “escuro”, pois entre os pobres mais pobres estão os negros. As questões de raça e etnia são imperativas - incluindo-se as populações indígenas, imigrantes e povos nômades. Sem essas informações, até aqui ausentes dos boletins epidemiológicos, não poderá haver direcionamento adequado de ações de enfrentamento; mais feminina, pelo maior risco de profissionais de saúde mais expostos, pela situação de trabalho informal, por seu papel de provedoras de alimentos e cuidados para a família e pelo aumento da violência doméstica; ainda mais idadista, uma vez que escolhas economicistas determinam a exclusão dos mais idosos aos serviços de saúde; elitista, pois os mais pobres são preteridos no acesso a diagnóstico e tratamento seja onde for que vivam; mais sofrida, dada a absoluta insuficiência de cuidados paliativos na rede pública (Kalache *et al.*, p. 1 e 2, 2020).

Em um cenário de mais de 700 mil mortes por Covid-19, milhões de brasileiros não conseguiram seguir as recomendações para evitar a transmissão do vírus. Muitos ficaram à margem dos cuidados, “não por não quererem, mas por não poderem: a exclusão social e as discriminações estruturantes negam-lhes uma existência plena de direitos” (Kalache *et al.*, 2020). Os autores reforçaram ainda que

As políticas de enfrentamento à pandemia deveriam ter considerado as evidências reunidas pelos estudiosos do processo de envelhecimento, a fim de desenvolver

¹⁵ THE LANCET. COVID-19 in Brazil: “So what?” Editorial, v. 395, n. 10235, p. 1461, May 9, 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7251993/>. Acesso em: 29 out. 2020

diretrizes voltadas às necessidades dos idosos institucionalizados e mais fragilizados, considerando as limitações da infraestrutura formal de serviços e a ausência de cuidados integrados (Kalache *et al.*, 2020, p. 2).

Passados mais de quatro anos do início da pandemia, as afirmações desse conjunto de pesquisadores ainda urgem no sentido de

[...] reforçarmos políticas para a atenção primária em saúde, criar estratégias de monitoramento remoto, garantir insumos de sobrevivência, oferecer orientações concretas e suporte às ILPIs, cuidar dos idosos que vivem em situação de rua, apoiar os idosos que cuidam de idosos ou que ainda trabalham na informalidade para sua subsistência, além de garantir abordagem humanitária e cuidados paliativos, quando necessário (Kalache *et al.*, 2020, p. 2).

Neste contexto, destaca-se a afirmação de Kalache et al. (2020) de que “as políticas públicas precisam ser feitas com as pessoas e não para as pessoas” (s.p). Hees e Hees (2022) refletem ainda que “existe a necessidade de perceber que se o processo de envelhecimento não é compreendido de forma igualitária em seus direitos, e específicos em suas necessidades, as políticas terão dificuldades em ser homogeneizadas e gerenciar as propostas” (p. 1692), não atendendo de fato ao público demandante.

Kalache (2022), em reportagem do Jornal Folha de São Paulo, afirma que

As implicações para a saúde são transcendentais, focando o Brasil apenas, é necessário formularmos políticas de saúde para uma população muito mais envelhecida. Isso pressupõe uma perspectiva de curso de vida pois ninguém envelhece “de repente”. Somos, no final da vida, um reflexo de nossos hábitos e comportamentos – que, por sua vez, dependem de oportunidades para que eles sejam mais saudáveis (s.p).

O médico gerontólogo declara ainda que

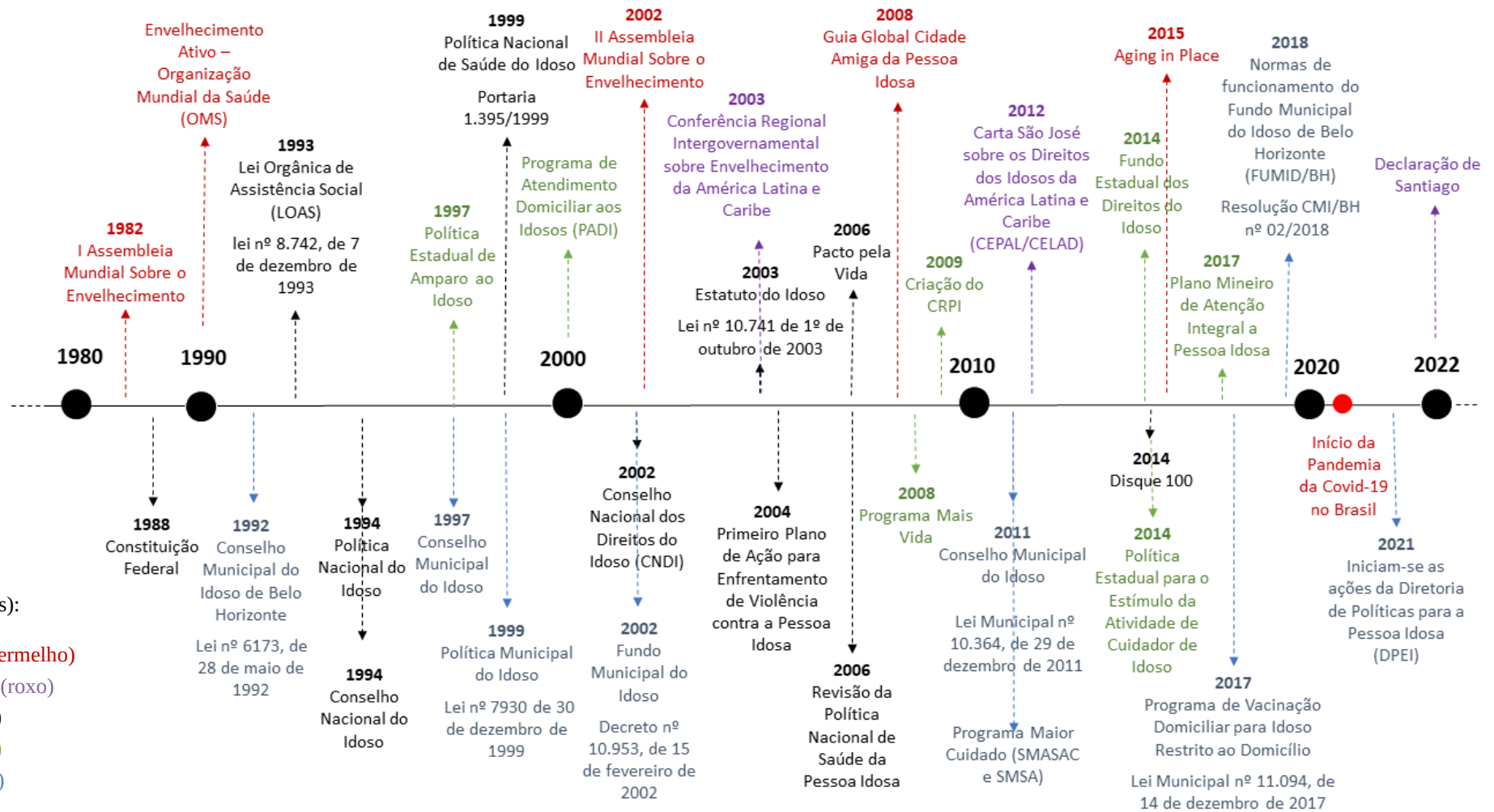
O envelhecimento populacional pressupõe desenvolver uma cultura do cuidado, não sendo mais viável, nem tampouco justo, que o ônus recaia exclusivamente na família, urge que é dever do Estados desenvolver políticas e intervenções que dividam tal responsabilidade (Kalache, 2022, s.p).

Kalache (2022) reforça, ainda, que a questão de segurança e proteção das pessoas, de todas as idades, evita principalmente que, ao envelhecer, não serão abandonadas, nem negligenciadas e maltratadas.

Diante de todo este aparato de ações e políticas de atenção ao idoso, é necessário compreender a velhice e suas especificidades para uma análise mais eficaz do envelhecimento. Além disso, é preciso sair do campo das recomendações e partir para a efetivação e fiscalização dessas ações, bem como propor abordagens transversais, intersetoriais e intergeracionais, voltadas a construir uma sociedade para todas as idades.

Para sintetizar as colocações anteriores, a Figura 3 traz a linha cronológica das principais ações e políticas de atenção ao idoso, das esferas internacional à municipal, de 1980 a 2022.

Figura 3: Linha cronológica das principais ações e políticas de atenção ao idoso da esfera internacional à municipal de 1980 a 2022



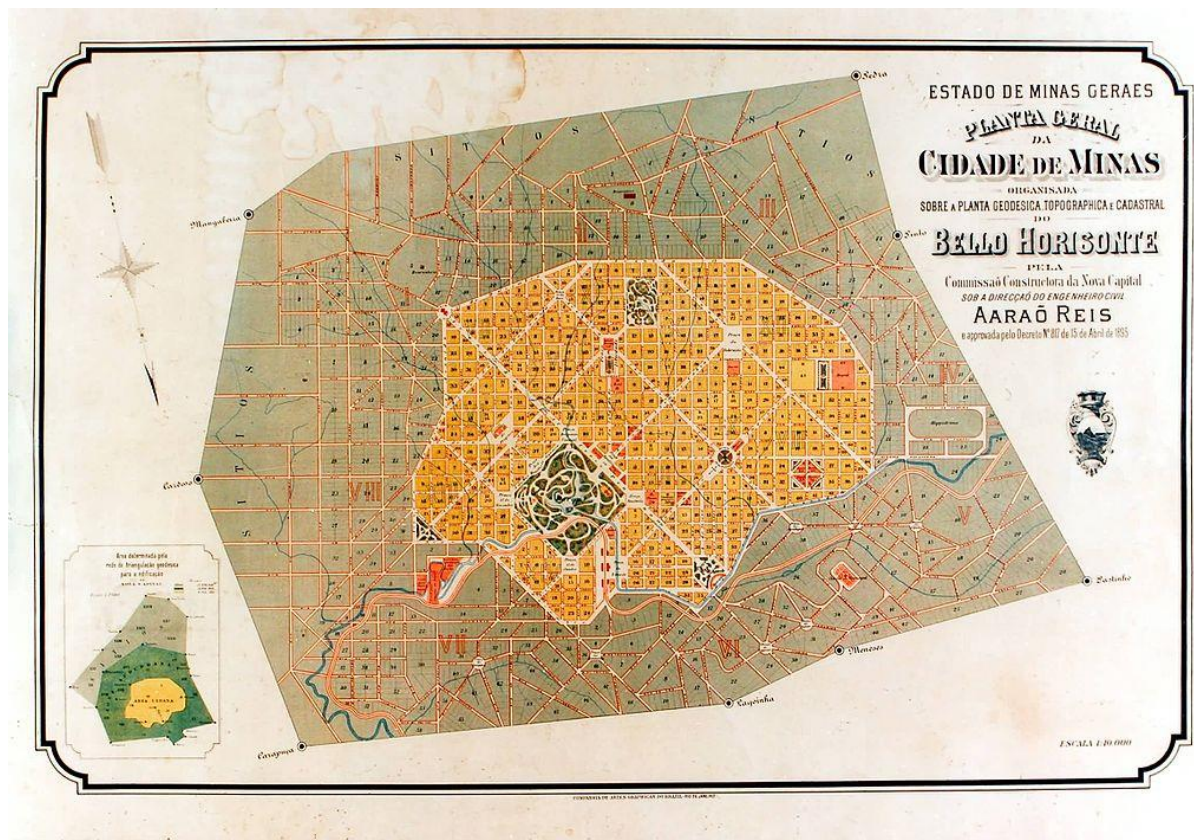
Fonte: BRASIL (2003); Wong; Carvalho; Camargos (2017); Hees; Hees (2022); PBH (2022). Organizado pela autora, 2024.

2.3 Caracterização histórica e demográfica da metrópole belorizontina

O processo de formação histórico e social de Belo Horizonte perpassa a projeção de cidade modelo e se diferencia das demais capitais do país. Ela foi inspirada nos moldes urbanísticos das cidades europeias, mais adaptadas aos padrões barrocos da tradição ibérica e do modismo francês, do que de fato às condições do relevo à onde se instalava.

Projetada pelo engenheiro Aarão Reis, chefe da Comissão Construtora da Nova Capital, foi inaugurada em 12 de dezembro de 1897, planejada no período do Brasil moderno. Ela possuía uma malha perpendicular, com ruas cortadas por avenidas em diagonal, cercada pela Avenida do Contorno; essa área central continha toda a infraestrutura de transporte, educação, saúde e saneamento à época. Fora do centro, havia, ainda, um cinturão verde, responsável por abastecer a cidade (Figura 4).

Figura 4: Planta geral de Belo Horizonte.



Fonte: Imagem Pública da Comissão Construtora de Belo Horizonte, 1895.

A nova capital de Minas Gerais tinha espaços classificados e ordenados, que prometiam atender as funções e as necessidades sociais, ao mesmo tempo em que assegurariam o intuito

de efetivar o controle social. A partir da Figura 4, pode-se observar a divisão de Belo Horizonte em três zonas:

A zona urbana que constituía o espaço moderno e ordenado reservado para as elites mineiras. Possuía avenidas largas, retas, geométricas, infra-estrutura sanitária e técnica, área que deveria ser espelho das cidades mais modernas do mundo; a zona suburbana, fora dos limites da Avenida do Contorno que funcionava como uma fronteira que separava a vida urbana da suburbana, onde as moradias eram sofríveis e os serviços precários; e, por fim, a zona rural, um cinturão verde, onde se localizariam os núcleos coloniais que abasteceriam a Capital de frutas, legumes, verduras e matéria prima para a sua construção (Oliveira, 2004, p. 34 – 35).

Belo Horizonte, com toda sua modernidade à época, não escapou a estas ideias. Seus projetistas traziam, no levantamento da planta geral, o decreto governamental 803 de 1895, que no seu artigo nº 2, descreve: “Art. 2º – A sua área será dividida em seções, quarteirões e lotes, com praças, avenidas e ruas necessárias para a rápida e fácil comunicação dos seus habitantes, boa ventilação e higiene [...]”.

Freitas (2016) reflete que

Pode-se reconhecer no projeto da nova capital a importância da ordem técnica, na medida em que aplicou, em escala inédita, a nascente ciência urbanística da época; da ordem política, assumindo papel central na coalisão de grupos locais e nacionais em torno de ideais republicanos de influência positivista; da ordem econômica, na medida em que estreitava os vínculos entre investimentos do Estado e as novas oligarquias; e, sobretudo, da ordem simbólica, materializando o ideário positivista de modernidade, ordem e progresso, em diversos momentos alinhados com os conceitos progressistas do urbanismo (Freitas, 2016, p. 80).

Tal formalismo gerou uma forte segregação socioespacial, conforme aponta Costa (1994), em que eram ditadas referências sobre o tipo de população que seria considerada adequada e condizente com a imagem que a cidade gostaria de evidenciar, ou seja, adequadas a habitá-la. Para tanto, pretendia-se implantar a cidade a partir do centro em direção à periferia, do espaço central ordenado, moderno e dominante, para os espaços periféricos. Porém, a cidade cresceu no sentido oposto, da periferia para o centro (Monte-Mór, 1994).

Retomando uma rápida passagem temporal sobre a trajetória de produção do espaço urbano belorizontino,

[...] na década de 30 começa a mudar sua estrutura e largura; na década de 40 já possui uma população mais robusta para a época, havia se libertado da capital ouro-pretana e estava em busca de modernização e desenvolvimento; neste mesmo período iniciou-se a construção da Lagoa da Pampulha buscando uma nova ordem sócio-cultural e estética; nos anos 50 intensificou-se o processo de verticalização e metropolização; em seguida, nos anos 60 houve uma mudança expressiva no imaginário urbano causada pela segregação espacial, a expansão desconexa e a tendência à conurbação da área central, acentuam-se as diferenças sociais e econômicas, fruto da sua expansão na década de 70, período esse em que a capital passa a articular com centralidades diversas e se consolida como pólo estadual e nacional (Lemos, 1994, p. 34-44).

Para que o projeto arquitetônico de engenharia fosse implementado, a população pré-existente à robusta capital moderna foi expulsa de suas instalações, e uma nova ideia de cidade formal baseada no eurocentrismo emergiu.

Antes do 12 de dezembro de 1897, inauguração da nova capital, exista aqui um Arraial de 2/3 de população negra, recém liberta, alforriada, já tinha aí alguns anos de abolição, uma população que é intencionalmente jogada para fora. Uma cidade muito desigual, que não acolhe a população negra e que não tem a população negra nos espaços de poder, nos espaços da política, na administração dos governos e das igrejas, poder econômico nas mãos da população branca, todo esse modelo para sustentar e manter o poder da branquitude (Padre Mauro, trecho do Podcast Histórias Soterradas¹⁶, Episódio 1, 2023).

Cabe-nos ressaltar que, de acordo com os relatos emitidos no *podcast Histórias Soterradas*, as histórias das famílias negras não são contadas nos museus da cidade, bem como as dos trabalhadores escravizados, dos demais operários que trabalharam na construção da capital, dos tropeiros, carroceiros, pedreiros, trabalhadoras domésticas, amas de leite e cuidadoras dos filhos das famílias brancas.

Ao longo do tempo, as histórias do povo preto são consideradas lendas, como exemplo dos “fantasmas” do Arraial Curral Del Rey: o Largo e a primeira Capela do Rosário, uma irmandade da comunidade afro-brasileira que foi apagada de Belo Horizonte. Antes da demolição do Largo por ordem da Comissão Construtora da nova capital, em 1897, o espaço era de socialização e referência cultural para a população negra do arraial.

Segundo os investigadores e produtores do *podcast*, a planta da cidade, assinada pelo engenheiro Aarão Reis, não contemplava um local para assentamento da massa de trabalhadores, composta em sua grande maioria por negros. Nem mesmo os corpos sepultados no Cemitério da Irmandade do Rosário dos Homens Pretos foram exumados e transladados para o novo cemitério municipal. Com a construção da cidade, a história foi silenciada. O perímetro urbano planejado tornou-se, em pouco tempo, incapaz de suprir a demanda crescente de moradia.

Belo Horizonte foi, ao longo do tempo, distanciando-se da imagem idealizada no plano da nova capital. Já na década de 1980, registravam-se mais de 180 favelas e inúmeros sobrados, edifícios públicos monumentais e casario do funcionalismo, ruelas e grandes avenidas. Estruturou-se um espaço urbano em crescimento acelerado, com homogeneização social de

¹⁶ *Histórias soterradas* é um Podcast histórico em formato documental que remonta a memória do cemitério dos Homens Pretos do Largo do Rosário, construída pela Irmandade dos Homens Pretos no início do século XIX, no arraial Curral Del Rey, onde hoje está localizada a cidade de Belo Horizonte.

alguns bairros formando identidades próprias, marcadas no espaço pelo nível socioeconômico e criando disparidades intraurbanas. Assim, nasceram todos simultaneamente nessa cidade de contrastes, planejada para ser modelo (Moura, 1994), em um crescimento confuso e caótico.

Em Belo Horizonte, aliada à especulação imobiliária e à ausência de uma política para resolver a exclusão da população do processo de ocupação da cidade formal, instauraram-se as favelas. Silva (2009) relata que “historicamente, o eixo paradigmático da representação das favelas é a ausência. Nesta perspectiva, a favela é definida pelo que *não seria* ou pelo que *não teria*” (p.16).

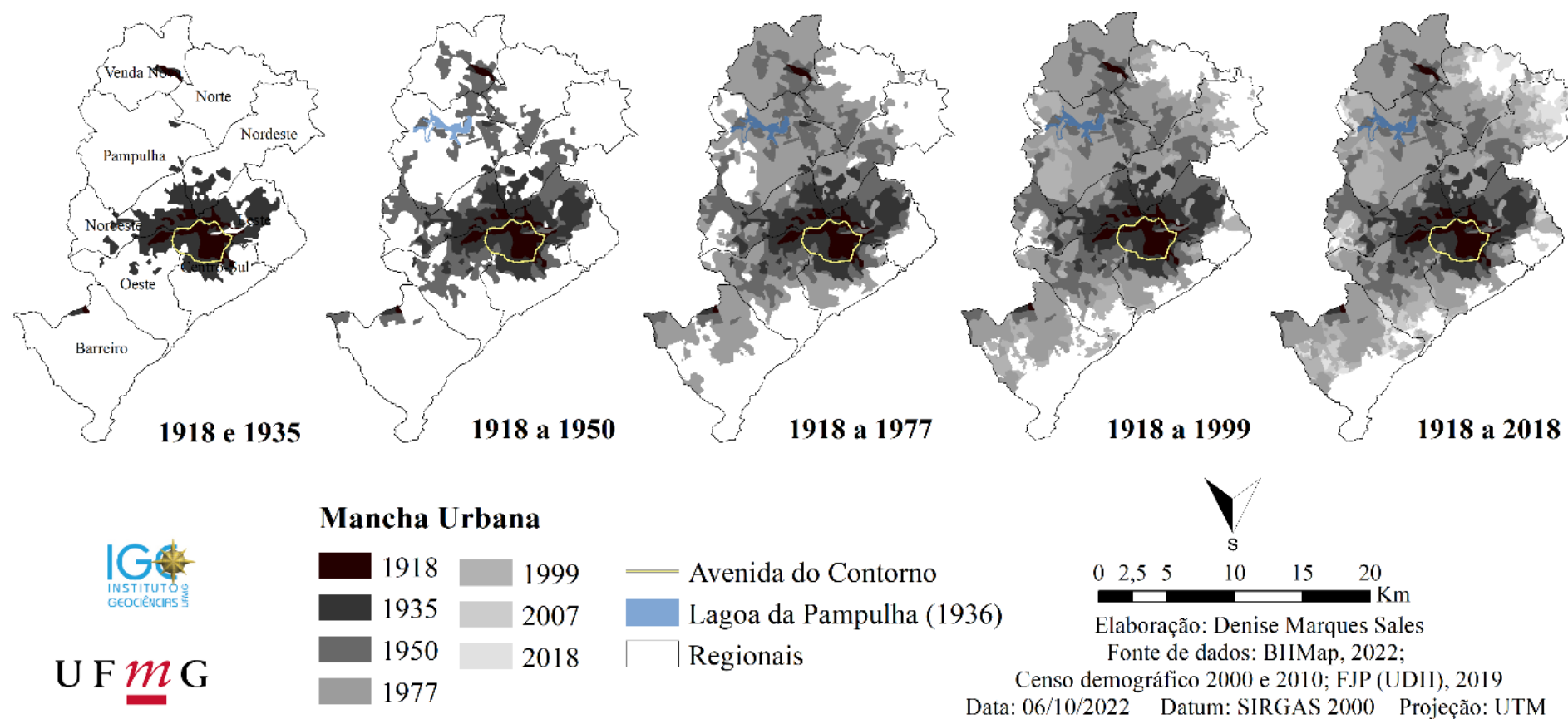
Conforme relatou Grostein (2001), com o crescimento urbano sem controle, próprio da cidade industrial metropolitana, surgiu “a expressão *cidade clandestina* ou *cidade irregular* compreendendo os bairros relegados pela ação pública, a cidade dos pobres e dos excluídos, a cidade sem infraestrutura e serviços suficientes, a cidade ilegal, ainda que legítima” (Grostein, 2001, p.14). A arquiteta e urbanista afirma ainda que a “cidade informal” é uma realidade histórica nas cidades brasileiras, especialmente nas metrópoles que tiveram seu crescimento acelerado associado ao processo de industrialização aos moldes brasileiros. Nossas favelas são áreas em que há uma organização subversiva de sobrevivência, especialmente nos ambientes urbanos, não correspondendo aos objetivos ideais do planejamento urbano e das legislações urbanísticas impostas, mas sendo áreas popularizadas, por muitos indesejadas, e consideradas sem ordem e sem lei.

Com o processo de industrialização, que começa a se expandir na década de 1930 no Brasil, o crescimento econômico da cidade começa a ter mais dinamismo e sua articulação com os municípios vizinhos evidencia-se a partir da década de 1940 (Rigotti; Machado, 1994; Pinho, 2016). O adensamento e atratividade são tão expressivos que a ampliação do tecido urbano e a verticalização urbanas levam, na década de 1970, o governo federal a reconhecer a necessidade de instituir nove regiões metropolitanas, dentre elas Belo Horizonte. Tal definição/classificação baseou-se em critérios como porte populacional, densidade demográfica, características da ocupação urbana e mobilidade cotidiana de pessoas de diferentes municípios (IPEA, 2010; Maricato, 2011).

A metrópole belorizontina passou por transformações das mais diversas em sua expansão horizontal e vertical, muitas delas decorrentes do adensamento e intensificação dos fluxos. Inúmeras avenidas foram alargadas, cursos d’água canalizados, tipos de uso e ocupação anteriores foram modificados e padrões de vida alterados (notadamente pelas imposições da concentração, espaço e tempo na passagem de cidade para metrópole).

Em Belo Horizonte, consolidou-se, ao longo dos anos, uma dinâmica crescente e contínua de expansão do tecido urbano, como mostrado na Figura 5.

Figura 5: Evolução da mancha urbana de Belo Horizonte (MG), 1918 a 2018



Fonte: BHMap (2022). Elaboração da autora, 2024.

O polígono circular em amarelo representa a Avenida do Contorno (onde a urbanização formal deveria/poderia concentrar-se). A mancha azul corresponde à Lagoa da Pampulha, inserida na paisagem belorizontina a partir da década de 1936 (início do represamento do Ribeirão Pampulha, ainda que inaugurada em 1943). Os tons de cinza e preto representam, respectivamente, a expansão do tecido urbano, destacando as extensões variadas conforme as escalas temporais de urbanização para distintos períodos. Essa coleção temporal de mapas traz pistas e associações para as evidências que serão apresentadas posteriormente, no capítulo 2.

A tentativa é de reforçar as hipóteses de que a concentração da população idosa na cidade seja semelhante ao processo de adensamento e conformação da mancha urbana belorizontina (Figura 5), uma vez que, no Capítulo 2, será possível perceber padrões espaciais associados nas Figuras 11, 12, 13, 14, 15 e 16, com a espacialização de características sociodemográficas e de equipamentos da malha urbana.

Com toda essa ebulição, Belo Horizonte, nos últimos anos, situa-se no *core* da 3ª maior região metropolitana do país, instituída pela Lei Complementar nº 14/1973 que, naquele momento, contou com 14 municípios. Ao longo dos anos, outros municípios foram incorporados e, desde 2002, a região metropolitana possui 34 municípios, além de outros 16 pertencentes ao colar metropolitano (IBGE, 2019).

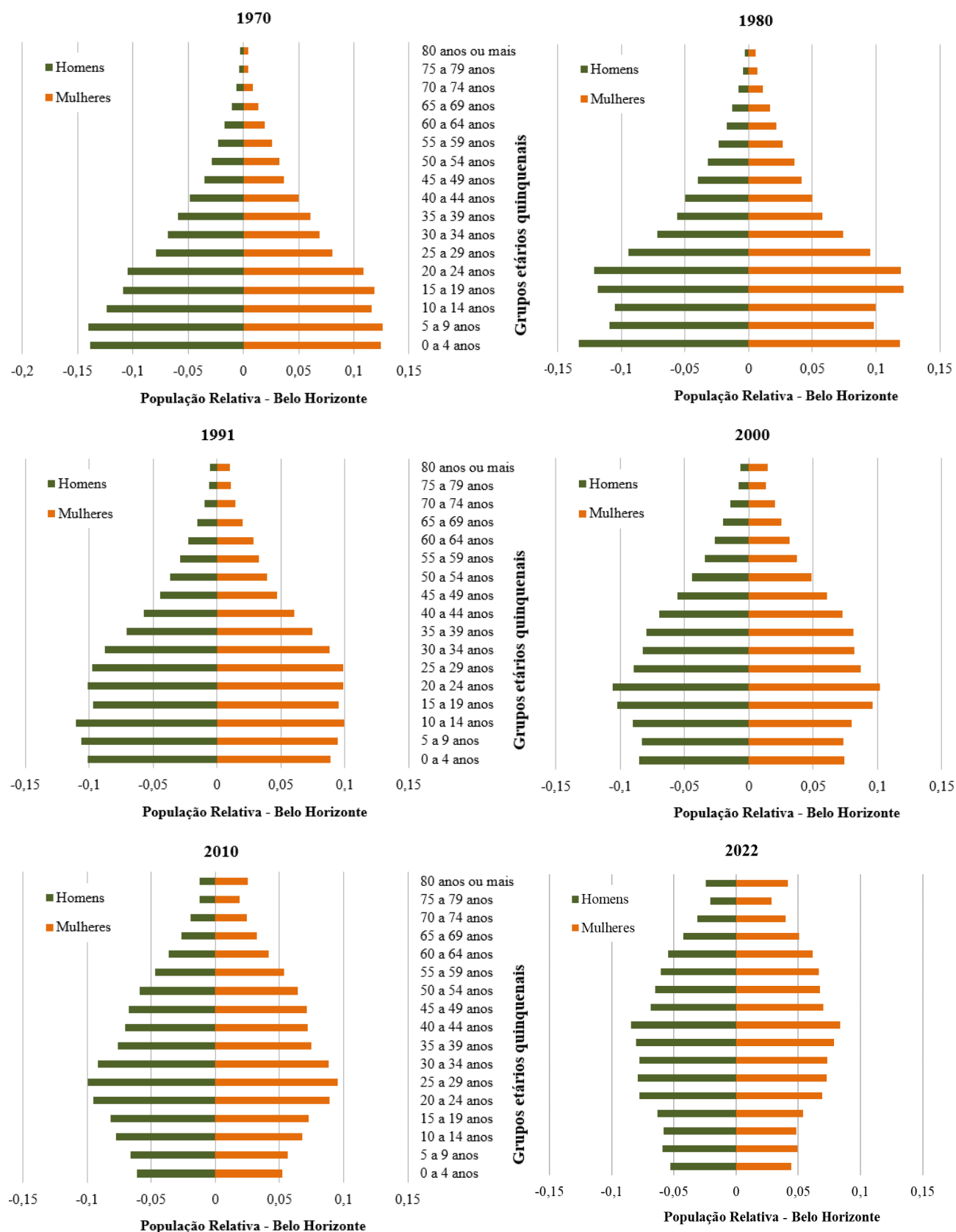
De acordo com o censo demográfico de 2022, Belo Horizonte é a sexta cidade mais populosa do Brasil, com população residente de 2.315.560 habitantes e densidade demográfica de 6.988,18 hab/km². Ela está atrás de São Paulo (11.451.245 hab.), Rio de Janeiro (6.211.423 hab.), Brasília (2.817.068 hab), Fortaleza (2.428.678 hab) e Salvador (2.418.005 hab).

A capital mineira encontra-se em processo de envelhecimento populacional, uma vez que sua população com 60 anos ou mais ganha representatividade relativa no contexto de redução das taxas de fecundidade (Wong; Carvalho; Camargos, 2017). Os autores declaram

A magnitude do processo de envelhecimento é evidente se considerado que, no período passado (2000-2010), o município vivenciou uma entrada anual de quase 9.500 novos idosos no universo da população de 60 anos ou mais com contínua tendência de aumento (Wong; Carvalho; Camargos, 2017, p. 21).

Ao observarmos as pirâmides etárias de Belo Horizonte das últimas cinco décadas (de 1970 a 2022) (Figura 6), notamos mais explicitamente o processo de envelhecimento populacional. O estreitamento da base da pirâmide e o alargamento do seu extremo superior indicam, justamente, o aumento da participação dos grupos de idade mais avançada na composição dos dados demográficos.

Figura 6: Pirâmides etárias de Belo Horizonte, de 1970 a 2022

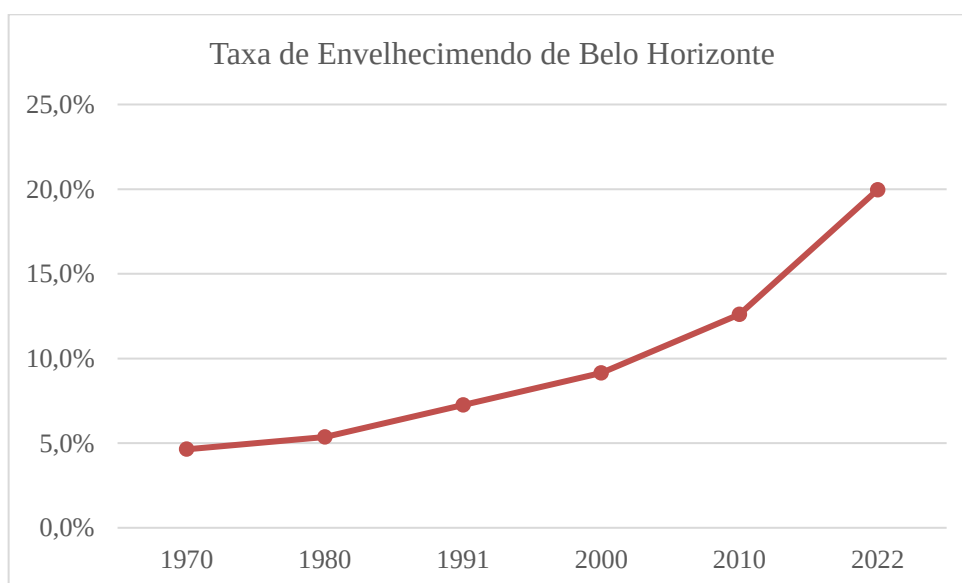


Fonte: Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022. Elaborado pela autora, 2024.

A população belorizontina apresentava, em 1970, uma estrutura jovem, com uma taxa de fecundidade total (TFT) de 4,9 filhos por mulher e uma proporção da população de 60 anos ou mais de 4,6%. Já nos anos 1990, passou para uma estrutura etária em processo de envelhecimento (forma mais abaulada), apresentando queda em mais de 50% da TFT (2,2 filhos por mulher) e aumento da proporção da população de 60 anos ou mais (7,3%). Nos anos 2010, a TFT reduziu para 1,8 filhos por mulher e a proporção da população de 60 anos ou mais atingiu 12,6%. Em 2022, de acordo com os dados do atual censo, a taxa de envelhecimento subiu para 20,0% com um aumento superior ao da década anterior (Figura 7).

Um resultado inédito, registrado pela primeira vez no Censo do IBGE, foi a redução do número de moradores na capital mineira. A população de Belo Horizonte diminuiu 2,5% entre 2010 e 2022, passando de 2.375.151 para 2.315.560 habitantes. Em contrapartida, a população da Região Metropolitana de Belo Horizonte cresceu 4,6% no mesmo período.

Figura 7: Taxas de Envelhecimento em Belo Horizonte para os anos de 1970 a 2022



Fonte: Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991, 2000, 2010 e 2022. Elaborado pela autora, 2024.

Ao comparar as taxas de envelhecimento em Belo Horizonte com as da região metropolitana, do estado de Minas Gerais e do Brasil, observa-se que a capital mineira possui a maior proporção de pessoas com 60 anos ou mais, e particularmente, aqueles com 80 anos ou mais (Tabela 2).

Tabela 2: Taxas de envelhecimento em Belo Horizonte por grupo etário (2021)

	Belo Horizonte		RMBH		Minas Gerais		Brasil	
Grupos etários	N (por mil)	%	N (por mil)	%	N (por mil)	%	N (por mil)	%
60 a 64 anos	130	5,1	262	4,8	1014	4,7	9642	4,5
65 a 69 anos	97	3,8	190	3,5	796	3,7	7600	3,6
70 a 74 anos	70	2,8	140	2,6	562	2,6	5625	2,6
75 a 79 anos	51	2,0	90	1,7	395	1,8	3762	1,8
80 anos ou mais	62	2,4	111	2,1	494	2,3	4603	2,2
60 anos ou mais	410	16,1	793	14,7	3261	15,1	31232	14,7

Fonte: Censos Demográficos de 1970, 1980, 1991, 2000 e 2010; PNADc 2021. Elaborado pela autora, 2022.

Diante desse cenário, urge a reflexão realizada pelo enfermeiro Alexandre Silva no documentário *Quantos dias, Quantas noites* (2023), ao dizer que

Em 2050 a pirâmide populacional, ela vai tá invertida, a gente vai ter mais idosos que crianças e jovens, e o quê que nós, enquanto política pública estamos fazendo para poder cuidar dessas pessoas que a gente trabalhou tanto para viver mais, é viver mais ou viver com qualidade. Eu quero acrescentar vida aos dias ou simplesmente dias a vida? (Silva, 2023 – trecho transcrito do documentário).

O diagnóstico sobre o envelhecimento da população do município de Belo Horizonte, elaborado em dois volumes pelo Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da UFMG (Cedeplar), em 2017, alertava para “as mudanças nas múltiplas dimensões que compõem o cotidiano social do belo-horizontino em geral e, especificamente, do belo-horizontino idoso” (Wong; Carvalho; Camargos, 2017, p. 25). Tais mudanças, como anteriormente dito, refletem nas condições de vida das famílias, na disponibilidade dos serviços de saúde, na renda, nos serviços públicos (por exemplo, nos eixos: acesso, frequência, atendimento, satisfação), no lazer, no consumo e numa série de outras dimensões não tão explícitas (idem).

Diante das características multifacetadas do envelhecimento, optou-se, para o presente estudo, por um percurso que congrega uma metodologia mista, na qual é contemplada uma componente quantitativa (Capítulo 2 - análise de banco de dados secundários) e outra qualitativa (Capítulo 3 – análise de entrevistas semi-estruturadas). Tal escolha baseia-se numa perspectiva de complementaridade, para que se possa ter um entendimento dos diferentes aspectos do fenômeno em estudo (Minayo e Sanches, 1993; Driessnack, Sousa e Mendes, 2007; Esteves, 2006; Moraes, 2014), potencializando os resultados e trazendo um retrato mais completo e detalhado das condições de vida da população com 60 anos ou mais.



3 CONTEXTOS DE ENVELHECIMENTO EM BELO HORIZONTE: ANÁLISES SOCIOECONÔMICAS E ESPACIAIS

Para melhor compreender as condições espaciais de envelhecimento em Belo Horizonte, foram realizadas buscas, seleções e análises de bancos de dados secundários. As variáveis foram extraídas dos dados disponíveis no Atlas Brasil por unidades de desenvolvimento humano (UDH), cuja fonte foi o censo demográfico de 2010. Delas, foram selecionadas dez variáveis sociodemográficas e outras do meio geográfico.

Em seguida, foram realizadas as estatísticas descritivas, contemplando a média, a mediana, o desvio padrão e os coeficientes de variação para Belo Horizonte, utilizando o *software* SPSS. Os mapas temáticos foram elaborados por UDH para compreensão das possíveis associações espaciais entre a distribuição das taxas de envelhecimento com as demais variáveis do contexto.

Avançando no percurso metodológico, realizou-se a análise de *clusters* com as dez variáveis eleitas, em que as UDHs foram separadas em quatro agrupamentos na intenção de efetuar uma análise de situação de envelhecimento. Foram elaborados gráficos do tipo *bloxpot* para cada agrupamento a fim de melhor compreender o comportamento das variáveis dentro dos *cluster*.

Um mapa foi elaborado como produto final, a fim de focalizar espacialmente as diferenças e auxiliar o levantamento de hipóteses quanto aos contextos mais favoráveis ou menos favoráveis ao envelhecer. Esse exercício visa identificar as possíveis associações entre variáveis demográficas, socioeconômicas, contexto e vulnerabilidade em saúde, trazendo, portanto, uma contextualização maior para identificar as condições de envelhecimento na capital mineira. Alguns trechos de narrativas serão entrelaçados com as análises e discussões realizadas nesse capítulo; reforça-se que os interlocutores estão identificados por pseudônimos.

3.1 Seleção das bases de dados

Para identificar as diferentes condições de envelhecimento na escala espacial do ambiente urbano de Belo Horizonte (MG), foram adotados, como unidade de agregação espacial, os 277 territórios das UDH. Sabe-se que as UDH são unidades de análise com características socioeconômicas relativamente homogêneas, resultantes da agregação de setores censitários com características semelhantes, aspecto esse importante para as análises deste estudo.

Com a finalidade de buscar respostas para o objetivo específico 1 – caracterizar e espacializar a população de 60 anos ou mais, conforme dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e local de moradia – foram elencadas as bases de dados potenciais, que poderiam trazer informações sobre os contextos de envelhecimento em Belo Horizonte.

As variáveis apresentadas na Tabela 3 foram eleitas a fim de acrescentarem aspectos de natureza socioeconômica e demográfica da população com 60 anos ou mais, ao nível de agregação territorial das UDH, coletadas pelo censo demográfico de 2010.

Tabela 3: Variáveis sociodemográficas de caracterização das UDH em Belo Horizonte

NOME	SIGLAS	DEFINIÇÃO
Área	AREA	Área em km ² .
Densidade demográfica	DENSIDADE	Razão entre a população residente total e a área do município (hab/km ²).
População total	PESOTOT	População residente total
População por grupo etário 40+	P_40-49; P_50-59; P_60-69; P_70-79 e P_80+	População residente por grupo etário
Taxa de envelhecimento	10_T_ENV60	Razão entre a população de 60 anos ou mais de idade e a população total multiplicado por 100.
Esperança de vida ao nascer	ESPVIDA	Número médio de anos que as pessoas deverão viver a partir do nascimento, se permanecerem constantes ao longo da vida o nível e o padrão de mortalidade por idade prevalentes no ano do Censo.
Taxa de analfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade	T_ANALF25M	Razão entre a população de 25 anos ou mais de idade que não sabe ler nem escrever um bilhete simples e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100.
Percentual da população de 25 anos ou mais com superior completo	T_SUPER25M	Razão entre a população de 25 anos ou mais de idade que concluiu pelo menos a graduação do ensino superior e o total de pessoas nesta faixa etária, multiplicada por 100.
Renda <i>per capita</i> média	RDPC	Razão entre o somatório da renda de todos os indivíduos residentes em domicílios particulares permanentes e o número total desses indivíduos. Valores em reais de 01/agosto de 2010.
Percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos	T_RMAXIDOSO	Razão entre as pessoas que vivem em domicílios vulneráveis à pobreza (com renda per capita inferior a 1/2 salário-mínimo de agosto de 2010) e nos quais a maior parte da renda provém de moradores com 65 anos ou mais de idade e população total residente em domicílios particulares permanentes, multiplicada por 100.
Percentual da população que vive em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório	T_DENS	Razão entre a população que vive em domicílios particulares permanentes com densidade superior a 2 e a população total residente em domicílios particulares permanentes, multiplicada por 100. A densidade do domicílio é dada pela razão entre o total de moradores do domicílio e o número total de cômodos usados como dormitório.

Percentual da população de menos de 15 anos e da população de 65 anos e mais em relação à população de 15 a 64 anos	RAZDEP	Razão de dependência é medida pela razão entre o número de pessoas com 14 anos ou menos e de 65 anos ou mais de idade (população dependente) e o número de pessoas com idade de 15 a 64 anos (população potencialmente ativa) multiplicado por 100.

Tabela 4 (cont.): Variáveis sociodemográficas de caracterização das UDH em Belo Horizonte

NOME	SIGLAS	DEFINIÇÃO
Percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho no total de pessoas ocupadas, vulneráveis e que retornam diariamente do trabalho.	T_VULNERA_OCUPDESLOC_13	Razão entre as pessoas ocupadas de 10 anos ou mais de idade que vivem em domicílios vulneráveis à pobreza (com renda per capita inferior a 1/2 salário-mínimo de agosto de 2010) e que gastam mais de uma hora em deslocamento até o local de trabalho e e o total de pessoas ocupadas nessa faixa etária que vivem em domicílios vulneráveis à pobreza e que retornam diariamente do trabalho, multiplicado por 100.

Fonte: Censo Demográfico (2010); Fundação João Pinheiro/ ATLAS Brasil (2022). Elaborado pela autora, 2024.

Para a confecção dos demais mapas que compõem esse estudo, foram adotadas outras bases de dados espaciais, listadas na Tabela 4.

Para a elaboração dos mapas, utilizou-se os *softwares* Qgis 3.14 e ArcGis 10.5. Para facilitar a comparabilidade, as categorias de classificação coroplética e de intervalos dos valores foram padronizadas. Adotou-se o método de classificação *Natural Breaks (Jenks)*¹⁷, em que as cores mais quentes representam piores contextos, e as mais frias, melhores contextos.

Tabela 5: Outras bases de dados espaciais

NOME	FONTE	ELABORAÇÃO/MANUTENÇÃO
Academia_cidade, area_abrangencia_saude, centro_saude, vila_favela, aeis_2, conjunto_habitacional, comunidade_quilombola, cpri_bh, equip_cevae, distrito_sanitario, regionais, equip_saude, equip_saude, equipamento_cras, equipamentos_culturais, metro, municipio_rmbh, mancha_urbana1918, 1935, 1950, 1977, 1999, 2007 e 2018,	BHMAP	IDE/Prodabel

¹⁷ Com a classificação de quebras naturais (Jenks), as classes são baseadas em agrupamentos naturais inerentes aos dados. As quebras de classe são criadas de forma a agrupar melhor os valores semelhantes e maximizar as diferenças entre as classes. Os recursos são divididos em classes, cujos limites são definidos onde há diferenças relativamente grandes nos valores dos dados. Fonte: *ArcGIS for Power BI*. Disponível em: <https://doc.arcgis.com/pt-br/power-bi/design/classification-types.htm>. Acesso em 03 nov. 2022.

parque_municipal, praça, territorio_cras, unidade_pronto_atendimento, ivs_2012, unidades_conservacao, areas verdes relevantes, principais vias, declividade do trecho, centralidades regionais, escadarias		

Tabela 6 (cont.): Outras bases de dados espaciais

Áreas verdes relevantes	Google Earth	Mapeado pela autora
Instituições de Longa Permanência (ILPI)	Listagem com endereços das ILPI públicas e em parceria com a PBH fornecida pelo CMI	Georreferenciado pela autora
Principais vias	Base de trechos do BHMAP	Seleção realizada pela autora
Modelo Digital de Terreno (MDT)	Curvas de nível de 5m do BHMAP	Processamento realizado pela autora

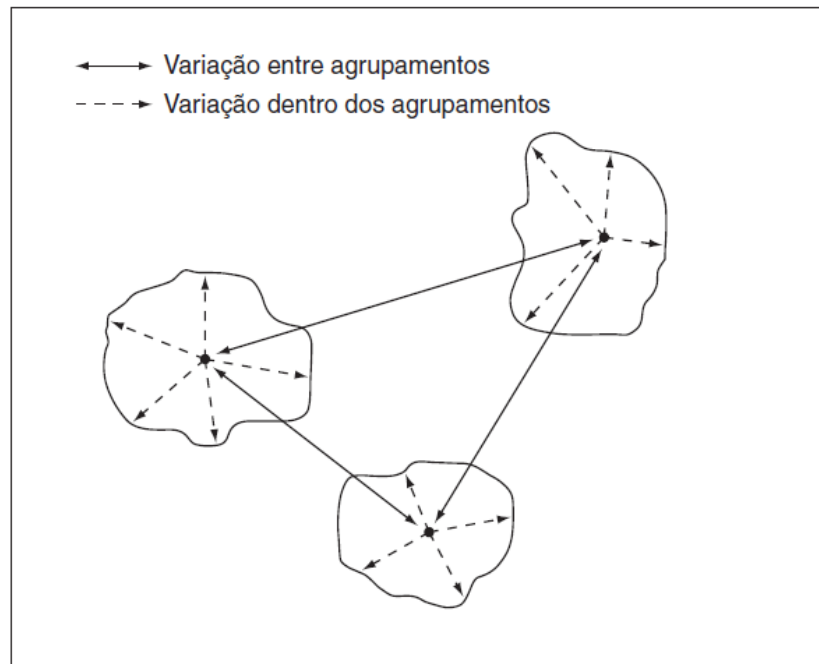
Fonte: BHMap (2024), GoogleEarth (2023), Conselho Municipal do Idosos (2023). Elaborado pela autora, 2024.

3.2 Análise de *cluster* ou análise de agrupamentos

A fim de elaborar uma representação sintética das variáveis sociodemográficas contempladas na tese e levantar hipóteses, aplicou-se o método de análise do *cluster* ou análise de agrupamentos. Como uma das técnicas de análise multivariada, a análise eleita tem como objetivo principal classificar os dados em grupos (*clusters*), com base em suas características similares, agrupando áreas que compartilham características comuns e, ao mesmo tempo, distinguem esses grupos dos demais. Ou seja, a aplicação desta metodologia visa atingir elevada homogeneidade interna (dentro dos agrupamentos) e elevada heterogeneidade externa (entre agrupamentos).

Deste modo, “a análise de agrupamentos deve ser aplicada a partir de um modo confirmatório, usando-a para identificar grupos que já têm uma fundamentação conceitual estabelecida quanto à existência dos mesmos” (Hair *et al.*, 2009 p. 431). Os autores afirmam que o critério essencial de todos os algoritmos é o de tentar maximizar as diferenças entre agrupamentos relativamente à variação dentro destes, como apresentado na Figura 8.

Figura 8: Diagrama de agrupamento mostrando variação entre e dentro dos agrupamentos.

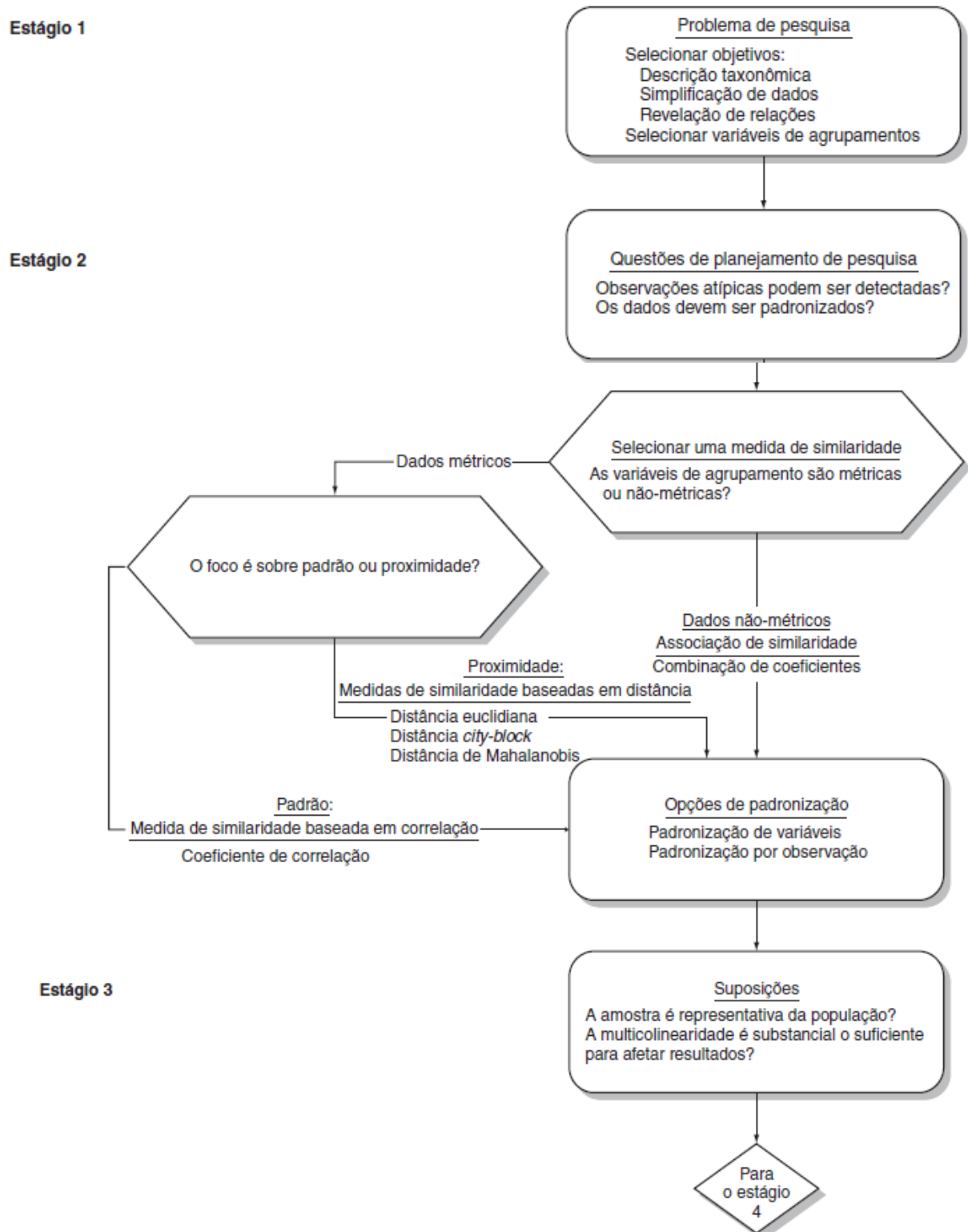


Fonte: Hair *et al.*, 2009, p. 449.

Segundo os autores, para realizar a análise de agrupamentos, é necessário eleger com parcimônia qual será a medida de similaridade a partir de um método de comparação simultânea, avaliar como os agrupamentos serão formados, adotar qual métrica e em quantos grupos serão divididos, respeitando o menor número de agrupamentos possível e, ao mesmo tempo, mantendo um grau de heterogeneidade entre os grupos.

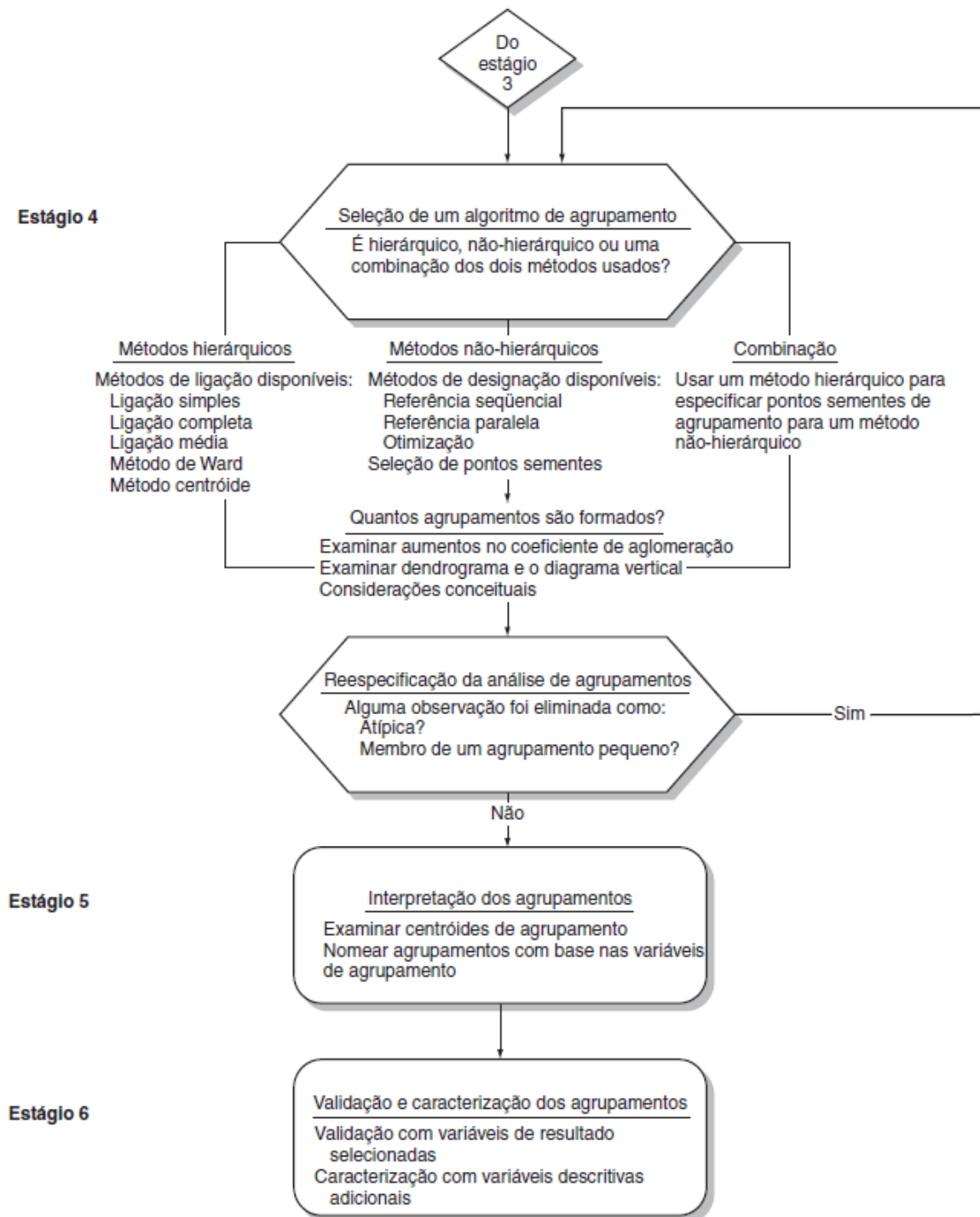
De maneira mais detalhada, Hair *et al.* (2009) sugerem que a análise de agrupamentos, como as outras técnicas multivariadas, pode ser vista em seis estágios, conforme diagrama das Figuras 9 e 10.

Figura 9: Estágios 1-3 do diagrama de decisão da análise de agrupamentos.



Fonte: Hair *et al.*, 2009, p. 437.

Figura 10: Estágios 4-6 do diagrama de decisão da análise de agrupamentos.



Fonte: Hair *et al.*, 2009, p. 448.

O Estágio 1 foi detalhado anteriormente, no item 2.1, a partir da seleção das variáveis. No Estágio 2, relativo às questões de planejamento da pesquisa, identificou-se a necessidade de padronizar os dados devido às diferentes unidades de medida. Por exemplo, os valores da

variável "renda *per capita* média" são expressos em reais, enquanto o percentual da população com 25 anos ou mais, com ensino superior completo é apresentado em termos percentuais.

A padronização revela-se essencial na análise de agrupamento (*cluster*), assegurando que as variáveis tenham influência equitativa na formação dos aglomerados e minimizando os efeitos de valores discrepantes. Além disso, a padronização das variáveis facilita a interpretação dos resultados. Assim, as variáveis foram padronizadas de modo que todas apresentassem média igual a zero e variância igual a um (método *Z scores*). O cálculo é dado pela Equação 1:

$$z = \frac{(x - \text{média})}{\text{desvio} - \text{padrão}} \quad (1)$$

O próximo passo envolveu escolher a medida de similaridade que foi utilizada no estudo. Essas medidas são usadas para quantificar a proximidade ou a semelhança entre duas observações em um conjunto de dados, e desempenham um papel crucial na análise de agrupamento. Neste estudo, a medida selecionada foi a distância euclidiana ao quadrado, amplamente utilizada para dados numéricos. Nesse caso, a distância entre duas observações (*i* e *j*) corresponde à raiz quadrada da soma dos quadrados das diferenças entre os pares de observações para todas as *n* variáveis:

$$d_{ij} = \sum_{k=1}^n (x_{ik} - x_{jk})^2 \quad (2)$$

Em que x_{ik} é o valor da variável *k* referente a observação *i* e x_{jk} simboliza a variável *k* para a observação *j*. Quanto menor d_{ij} , mais similares serão as observações.

No Estágio 4 do estudo, após a seleção das variáveis e a escolha da medida de similaridade, optou-se pela aplicação do método hierárquico, utilizando o método de ligação de Ward. O método de Ward tem como característica a união dos agrupamentos que apresentam a menor soma de quadrados de todas as variáveis.

O procedimento do método de Ward pode ser descrito em várias etapas. Inicialmente, são calculadas as médias das variáveis para cada grupo. Na segunda fase, é calculada a distância euclidiana entre essas médias e os valores das variáveis para cada indivíduo. A terceira etapa envolve a soma das distâncias de todos os indivíduos. Por fim, na quarta etapa, o método busca minimizar a variância entre os grupos, com o objetivo fundamental de reduzir a soma dos quadrados dos erros (Hair *et al.*, 2009).

Foram comparadas, simultaneamente, dez variáveis sociodemográficas; utilizou-se o método de distância euclidiana¹⁸ e elegeu-se a divisão em quatro agrupamentos. O intuito foi captar duas situações extremas e opostas entre si e duas situações intermediárias das condições de contexto a partir do agrupamento espacial das UDH, em que os resultados serão discutidos na seção a seguir (Estágios 5 e 6).

3.3 Viver e envelhecer em Belo Horizonte: reflexões sobre qualidade de vida e desigualdades socioespaciais

3.3.1 Mapas temáticos e sobreposições contextuais

A fim de entender espacialmente como as características sociodemográficas médias de um território podem influenciar o envelhecimento de uma pessoa e a quão exposta ela está a esses contextos, foram elaborados os mapas temáticos expostos a seguir.

Para Barcellos *et al.*, “a análise espacial propicia o restabelecimento do contexto no qual um evento de saúde ocorre, contribuindo para o entendimento dos processos socioambientais envolvidos” (2002, p. 129). Diante dessa afirmação, buscou-se refletir quanto a algumas expressões e padrões encontrados. Ainda segundo os autores:

Os reflexos da desigualdade social sobre as condições de saúde são objeto de estudo na área da saúde há várias décadas. Por intermédio dos chamados “estudos ecológicos”, têm-se procurado correlações entre indicadores epidemiológicos e socioeconômicos, geralmente provenientes de censos. Pessoas e áreas de pior nível socioeconômico apresentam, quase invariavelmente, piores condições de saúde. (Barcellos *et al.*, 2002, p. 133)

Em consonância, Castellanos (2010) afirma que as condições e os estilos de vida de cada indivíduo têm uma relação evidente com as situações de saúde e a vida da uma população. De maneira complementar, Barcellos *et al.* (2002) e Miranda (2015) afirmam que o modo de vida é reflexo do ambiente, do grau de desenvolvimento, da organização econômica e política, das relações com o lugar, da cultura e da história em um dado momento.

De acordo com Barcellos *et al.* (2002, p. 130) “a análise de situações de saúde corresponde a uma vertente da vigilância da saúde que prioriza a análise da saúde de grupos populacionais definidos em função de suas condições de vida”. Neste estudo, a intenção é realizar uma análise de situação de envelhecimento, centralizada em uma lógica territorial,

¹⁸ É uma medida mais comumente reconhecida como distância em linha reta. A distância euclidiana entre os pontos é o comprimento da hipotenusa de um triângulo retângulo, conforme se calcula pela fórmula $\sqrt{(x_1 - x_2)^2 + (y_1 - y_2)^2}$.

considerando que, no espaço, se distribuem populações humanas segundo similaridades culturais e socioeconômicas.

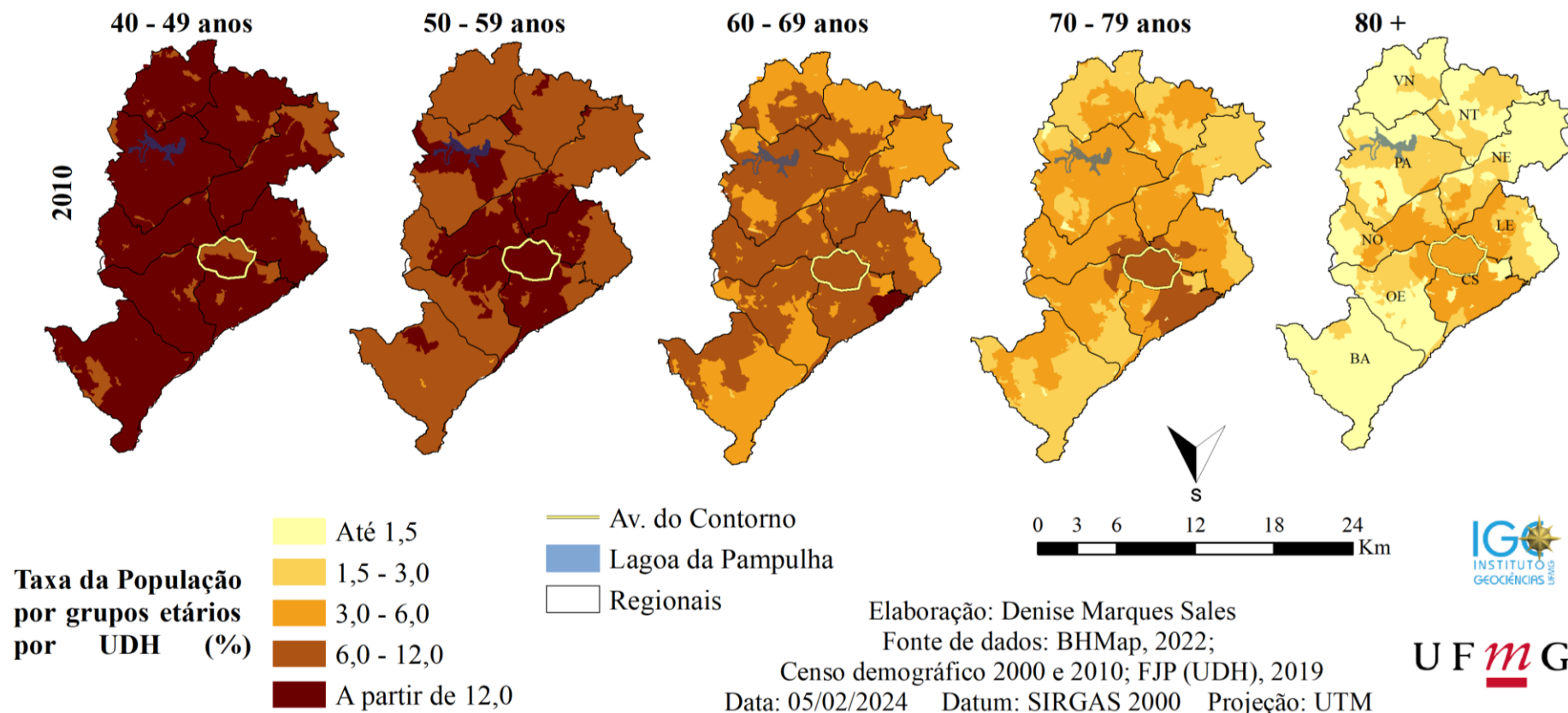
Pode-se resgatar e alinhar essas observações com as relações estabelecidas entre os elementos mobilizados na pesquisa no modelo conceitual (Figura 1, página 27), o qual associa as condições contextuais, sociais, culturais, políticas, biológicas e funcionais presentes concomitantemente no espaço e no tempo. Reforça-se, portanto, a afirmação de que “a organização de redes no espaço permite, cada vez mais, que esses processos sejam simultâneos e abrangentes” (Barcellos *et al.* 2002, p. 132), interconectando diferentes níveis e suas possíveis implicações na trajetória de vida e processos de envelhecimento.

Diante dessas reflexões, na Figura 11, foi espacializada a taxa da população por grupos etários a partir dos 40 anos de idade, levando em consideração a população total residente em cada UDH e considerando que as pessoas que sobreviveram têm, atualmente, mais de 60 anos. Optou-se por calcular as taxas, pois estas são mais fidedignas às dinâmicas demográficas dos territórios averiguados, alcançando, assim, uma variável que contabiliza indiretamente as migrações internas, externas e as mortes.

De maneira geral, observa-se uma redução das taxas pelo território à medida que os grupos etários aumentam. Nessa coleção de mapas, pode-se perceber que, em 2010, a população na faixa etária de 40 – 49 anos representava mais de 12% da população em quase toda a totalidade do território belorizontino. Em comparação, na faixa de 50 - 59, identifica-se uma redução no número de UDHs com taxa acima de 12%, especialmente em Venda Nova e no Barreiro. Na faixa de 60 a 69 anos, verifica-se que boa parte das UDHs estão entre 3,0 e 12,0% e, apenas no bairro Mangabeiras, na região Centro-Sul, houve taxa de pessoas 60+ acima de 12%.

O grupo etário de 70 a 79 anos mostrou uma maior concentração predominantemente no interior da Avenida do Contorno, mais especificamente nos bairros Savassi, Boa Viagem, Funcionários, Barro Preto, Centro, Santa Efigênia, Novo São Lucas, Serra, Carmo, Sion, Cruzeiro, Comiteco e Mangabeiras [Centro-sul], Bonfim e Carlos Prates [Noroeste], Prado, Grajaú e Barroca [Oeste], Floresta e Santa Tereza [Leste]. O grupo etário 80+ anos deteve uma distribuição espacial ainda concentrada no entorno da Contorno, com taxas que não superavam os 6,0% por UDH. Tal distribuição espacial, em 2010, já sinalizava para as regionais e bairros onde as demandas por política públicas – sejam elas de saúde, assistência social ou de infraestrutura urbana–, principalmente voltadas para as pessoas idosas, fossem mais urgentes e tratadas de maneira diferenciada e específica, a depender de cada contexto da cidade.

Figura 11: Taxa da população por grupos etários a partir de 40 anos de idade por UDH para o ano de 2010



Fonte: BHMap (2022). Elaboração da autora, 2024.

Na coleção de mapas da Figura 11, manteve-se a representação da avenida do Contorno e da Lagoa da Pampulha como referências espaciais na cidade, na tentativa de reforçar as hipóteses de que a concentração da população idosa é semelhante ao processo de adensamento e conformação da mancha urbana da cidade apresentado na Figura 4 (p. 43).

Ou seja, espacialmente, coincidem as áreas mais adensadas pela população 60+ e os tons mais escuros no mapa de mancha urbana, datados de 1918. No interior e no entorno da Avenida do Contorno, situam-se bairros mais antigos e com melhor infraestrutura urbana [após a construção da nova capital mineira]. Essas áreas registram maior valor da terra e dos imóveis desde a implantação do projeto moderno de cidade, em 1897. Ali se instalaram famílias de maior poder aquisitivo (os funcionários públicos advindos da antiga capital Ouro Preto, e profissionais autônomos) e de maior escolaridade em relação às demais regiões da cidade. Esse conjunto de fatores certamente incide sobre a distribuição da população com 60 ou mais na capital, pois

[...] os diversos indicadores setoriais de condições de vida estão, muitas vezes, relacionados no chamado “nível ecológico”, de agregados espaciais: uma área com alto nível de renda tende a oferecer boa cobertura dos serviços de saneamento, equipamentos de saúde e de educação. Da mesma maneira, áreas pobres, principalmente aquelas situadas em cinturões das grandes cidades do terceiro mundo, tendem a ser excluídas de todos esses serviços (Carstairs, 1995 *apud* Barcellos *et al.*, 2002, p. 133).

Esses indicadores de condições de vida frequentemente estão associados à densidade demográfica, isto é, à concentração de riqueza e de população (Barcellos e Sabroza, 2000). É perceptível, também, que à medida em que avançam as idades, principalmente nas faixas entre 70-79 anos e 80+ anos, a regional Centro-Sul e os bairros fronteiriços nas regionais Leste, Oeste e Noroeste predominam com tons mais escuros em comparação com outras UDHs localizadas em outras regionais da cidade, que representam taxas acima de 6% daquele grupo populacional em relação ao total.

Retomando a abordagem sobre desigualdade discutida por Therborn (2010) e nas suas distintas formas de operar, sejam elas a partir da *desigualdade vital*, *desigualdade existencial* e *desigualdade material ou de recursos*, é perceptível como as sociedades, como um todo, continuam atravessadas por hierarquias sutis de status social. Dentro dessa linha de pensamento, o autor afirma, ainda, que vivemos em uma sociedade que possui

[...] uma alocação desigual de reconhecimento e respeito, a existência de diferentes graus de liberdade de agir e os efeitos das hierarquias de auto-respeito e autoconfiança, as hierarquias de status social parecem ser uma importante razão subjacente para as desigualdades persistentes de saúde e expectativa de vida (Therborn, 2010, p. 148-149).

Tais reflexões recaem diretamente sobre as condições e múltiplas formas de viver e envelhecer; Alexandre Kalache, no documentário *Quantos dias, Quantas noites* (2023), afirma que

Muitos brasileiros estão envelhecendo sem um teto na cabeça, uma comida na mesa e sem o dinheirinho, o mínimo. Esse é o horror e por isso que a discussão do envelhecimento ativo está emaranhada com a discussão da desigualdade social. Quando você está excluído, quando você mora longe, o transporte público é terrível, que você não tem acesso, que você não pode se divertir, que não tem as oportunidades de trabalho decentes que te protejam, a sua saúde vai embora (Kalache, 2023 – trecho transcrito do documentário).

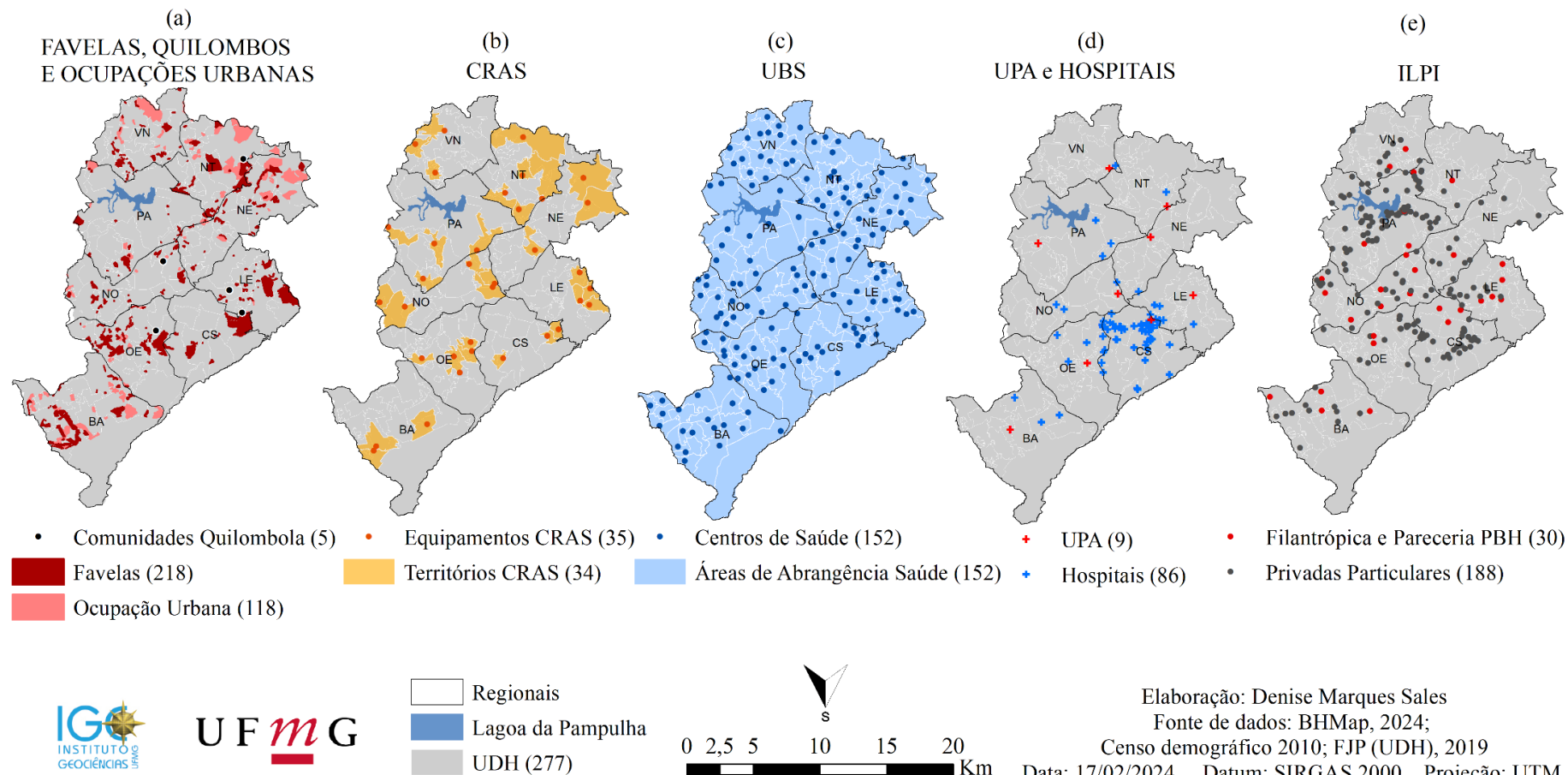
Diante dessas afirmações, indaga-se quanto à essa realidade na escala municipal, no contexto da cidade: como é e está sendo envelhecer em Belo Horizonte? Quais equipamentos e componentes da infraestrutura urbana podem ter relação direta ou indireta com o envelhecimento e a sua dignidade? Como eles estão distribuídos, conformado e se sobreposto às vulnerabilidades e desigualdades existentes no tecido urbano? Quais são as principais discrepâncias sociodemográficas existentes?

Na Figura 12, realizou-se a espacialização e identificação das áreas mais vulneráveis da cidade **(a)**: as favelas (218), quilombos (5) e ocupações urbanas (118), a fim de se observar sua distribuição espacial e extensão em área, e fazer associações com os demais elementos do tecido urbano representados e discutidos a seguir.

Na sequência, verificou-se a distribuição dos Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) e suas áreas de abrangência **(b)**. De acordo com a Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (2024)¹⁹, o CRAS é uma unidade pública da política de assistência social, de base local, integrante do Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Belo Horizonte possui 35 unidades, cada uma delas referencia cinco mil famílias e atende, no mínimo, mil famílias por ano.

¹⁹ Fonte: PBH (2024), Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/assistencia-social/equipamentos/cras>. Acesso em: 10 jan. 2024.

Figura 12: Distribuição das Vilas, Quilombos, Ocupações, CRAS, UBS, Upas, Hospitais e ILPI em Belo Horizonte (2024)



Fonte: BHMap (2022). Elaboração da autora, 2024.

Como pode-se observar na Figura 12, a presença dos CRAS coincide espacialmente com áreas com altos índices de vulnerabilidade e risco social **(a)**. A prefeitura aponta ainda que, na capital mineira, são mais de 150 mil pessoas atendidas nas nove regionais de Belo Horizonte. Aqui, eles são a porta de entrada das pessoas para conhecimento, fluxo e acesso a políticas públicas, especialmente ao grupo 60+, que encontram acesso ao programa de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF e ao serviço de convivência e fortalecimento de vínculos.

Além disso, a população idosa pode buscar encaminhamento para o Benefício de Prestação Continuada (BPC), informações para acessar a gratuidade no transporte coletivo e inscreverem-se nos grupos de convivência. No CRAS, as pessoas idosas se candidatam ou são encaminhadas para análise e inserção ao Programa Maior Cuidado, via de acesso às Instituição de Longa Permanência (ILPI) conveniadas com a PBH. É necessário saber, contudo, se a cobertura atual tem sido suficiente em relação às ações demandas, se existem e como estão as ações intersetoriais, especialmente em relação à saúde.

Quanto à forma de proceder, a profissional da gestão na assistência social entrevistada explica que

A política de assistência social precisa trabalhar de forma intersetorial. Então, em todos os níveis de proteção, nós trabalhamos juntos com outras políticas, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, geração de renda; não tem jeito de fazer assistência social sozinha. Então, sim, as nossas unidades se articulam com a saúde no território, tem o centro de saúde de referência, tem a referência técnica da saúde do idoso aqui no nível central, que tá junto com a gente no dia a dia do nosso serviço, pros casos que chegam, mas também nas construções técnicas, no diálogo com os parceiros, nas formações, capacitações pactuação de fluxo. A gente trabalha o tempo todo com essa interlocução muito forte com a política de saúde.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

Em contrapartida, profissionais da ponta afirmam que, na prática,

A assistência, ela tem uma coisa de... Não sei se você conhece, assim, essa expressão que eles usam, que está dentro da Lei Orgânica da assistência social, que é fortalecimento de vínculo. Mas você fortalece vínculo quando há algum vínculo, não é? Como é que você fortalece quando não existe? E eles mantêm isso, sabe? Aí fica aquela coisa, “ah, mas tem que fortalecer vínculo”. E fica lá o idoso lá, fica lá fortalecendo o vínculo com ninguém. Com ninguém! Às vezes não tem ninguém. Às vezes tem uma... Uma pessoa, mas que não tem vínculo nenhum. Aí vai agravando, agravando, agravando. Alguns vão a óbito. E alguns chegam na ILPI já no estado, assim, lastimável, que mesmo dando algum cuidado, já não consegue recuperar.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Cabe ressaltar, também, outra face da territorialização e atendimento do CRAS fora das áreas vulneráveis. Há pessoas que envelheceram nos apartamentos do centro da cidade, que moram em hotéis, que demandam cuidados e que não serão atendidos pelo Estado por serem consideradas áreas de baixo risco. Nesses casos, essas pessoas vão contar com quem? Com quais políticas? Elas não são frágeis do ponto de vista da saúde e vulneráveis do ponto de vista social?

Mas BH é metrópole, é capital, então a gente tem essa pressão de demanda de outros municípios em todos os públicos, não é exclusivo do idoso, não... eu vejo que a gente tem uma rede de saúde que tem uma capilaridade muito importante, que alcança muitas famílias, e o agente de saúde, né, que vai e conhece as famílias, isso é primoroso. Nós, na assistência, ainda não conseguimos ter essa capilaridade, não temos número de CRAS nessa dimensão que a saúde tem. Então, as equipes da assistência, em todos os níveis de proteção, tanto o CRAS, como o acolhimento institucional, elas se referenciam na proteção básica da saúde, atenção básica da saúde, e daí o fluxo acontece... pra vacina, pra acompanhamento de especificidade. Nos NASF, as unidades se reportam à referência de saúde pra construção dos casos, pros cuidados de saúde, medicação, quando tem alguma questão de curativo, algum cuidado que tem que ser específico.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

Vale salientar a magnitude dos programas e políticas que se limitam às áreas onde estão instalados, o que compromete sua eficiência e atendimento dos idosos de áreas não abrangidas pela territorialização do programa e/ou política:

Só tem Maior Cuidado onde tem área CRAS. Aqui na Noroeste, a maior parte do território não tem área CRAS. E tem idosos, muitos idosos, que viveram sozinhos, que ficaram sozinhos assim, enquanto foi possível. Estão todos aí, como se diz, assistidos, né? O idoso não é vulnerável em um território que não é vulnerável?

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Acho que a política de assistência social ainda precisa avançar, como sendo uma política universal para todos, assim como é o SUS. Ainda falta, né, garantir aí uma discussão mais integral, integrada, na verdade, com outras políticas, principalmente com a cultura, com educação, esporte, habitação e renda.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Na sequência, tem-se as Unidades Básicas de Saúde (UBS), que são a principal porta de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (SUS) (c). A atenção primária é orientada pelos princípios do sistema e diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica à Saúde. Em Belo Horizonte, as UBS, popularmente chamados de centros de saúde (152 unidades), possuem as equipes de saúde da família, formadas por enfermeiro, médico, auxiliar/técnico de enfermagem,

agente comunitário de saúde, dentista e auxiliar/técnico em saúde bucal. Cada equipe é responsável por um determinado número de famílias, em uma área geográfica definida. De acordo com a Prefeitura de Belo Horizonte (2022)²⁰

As unidades contam com profissionais de apoio como: clínico, ginecologista, pediatra, psiquiatra, psicólogo, assistente social, nutricionista, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, farmacêutico, educador físico e equipe de zoonoses (Prefeitura de Belo Horizonte, 2022).

Estes profissionais são responsáveis pela assistência, prevenção de doenças, promoção da saúde, coordenação do cuidado, monitoramento e acompanhamento da população de sua área de abrangência (152 áreas), que cobre todos os territórios da cidade. Eles são procurados pelo grupo 60+ para escuta, vacinação, consultas, curativos e serviços de farmácia, e atuam constantemente em grupos operativos e visitas domiciliares.

Cabe entender como têm sido o cadastro, monitoramento e acompanhamento da população com 60 anos ou mais nesses territórios. Eles existem? São sistematizados? Como lidam com as demandas difusas que chegam? A profissional da ponta alerta:

Não tem protocolo específico, o sistema não tem. A entrada para essa população de maneira específica é: ou ele é diabético, ou ele é hipertenso, ou ele tem sofrimento mental. E aí, 60% dos diabéticos hipertensos são idosos, mas ele não entra lá como idoso. Então, não existe indicador.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Constatou-se que existe, atualmente, o fluxo de geriatria, que está passando por um remodelamento:

É como se fosse uma nova proposta de rotina de trabalho. Agora todos vão ter que fazer o IVCF 20²¹. Você conhece? É um instrumento, um índice de vulnerabilidade clínico-funcional, que vai ser o critério principal para encaminhamento para a geriatria, para a consulta de geriatria. Dependendo do score, até 6, ele vai ser acompanhado no centro de saúde, que é um idoso considerado robusto. De 7 a 14, ele vai ser atendido virtualmente no matriciamento, para alinhar internamento qual o melhor encaminhamento. Se pontuar acima de 15, vai para a consulta em geriatria. Então, assim, o critério hoje tem sido esse. Tem que aplicar o IVCF em todos os idosos.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Outra profissional da ponta refletiu que seria interessante ter um

[...] acompanhamento longitudinal dos idosos, um prontuário específico, não só um indicador para enquadrar os demandantes de um serviço para

²⁰ Fonte: PBH (2024), Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/atencao-primaria>> Acesso em: 10 jan. 2024.

²¹ Índice de vulnerabilidade clínico-funcional para atenção básica, o índice completo encontra-se no anexo VII.

classificá-los e encaminhá-los, pois tem uma entrada para hipertensão, outra para diabetes, outra para saúde mental, tudo muito segmentado.

(Macieira, G2 - 46 anos - F)

Ampliando a rede de assistência e atendimento à saúde, passa-se para **(d)** as Unidades de Pronto Atendimento - UPA (9 unidades) e os Hospitais, sendo 86 unidades entre públicos e particulares. Verifica-se uma concentração espacial na regional Centro-Sul, bem demarcada pela área conhecida popularmente como região hospitalar, envolvendo um ponto chave para acessá-los: a mobilidade urbana da cidade.

As UPA têm como finalidade atender a quadros agudos ou agudizados de natureza clínica, prestar o primeiro atendimento aos casos de natureza cirúrgica e de trauma e estabilizar os pacientes, realizando uma investigação diagnóstica inicial. Há, em Belo Horizonte, 1 UPA por regional. Ressalta-se que o tempo de espera e as condições estruturais desse equipamento são insuficientes, especialmente quando se trata da pessoa idosa, mesmo com a prioridade estabelecida por lei.

Por último, nesta primeira sequência, em **(e)** tem-se a especialização de 218 Instituições de Longa Permanência (IPLI), instituições filantrópicas ou particulares, de caráter residencial. Elas são destinadas ao domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, com ou sem autonomia e gozando ou não de boas condições biológicas, físicas e emocionais.

Observa-se a discrepância entre o número de instituições filantrópicas parceiras com a PBH (24 unidades) e as privadas/particulares (188 unidades). Destas últimas, 65 estão concentradas na regional Pampulha, corroborando com a hipótese do poder aquisitivo, condições e tamanho dos imóveis e seus respectivos lotes. Outras 39 estão localizadas na regional Centro-Sul, em posição estratégica pela proximidade da região hospitalar, que conta com maior oferta de infraestrutura urbana, e onde se concentra a população com 60 ou mais na cidade. Na sequência, temos a regional Noroeste com 30 ILPI.

As demais regionais apresentam menos que 20 instituições cada uma delas. Cabem aqui reflexões e indagações quanto a acesso, qualidade, grau de liberdade, dignidade, papel social e mercadológico dessas instituições, que compõem essa relação de equipamentos urbanos destinados às pessoas com 60 anos ou mais. Há, ainda, casas que acolhem os idosos por dia; estas não foram contabilizadas por falta de acesso a esse tipo de informação.

O cenário belo-horizontino expõe, então, dificuldades, pois

A conta que não fecha: hoje a gente deve estar com mais de 300 pessoas na fila de espera, entre homens e mulheres de vários lugares da Região Metropolitana, principalmente de Belo Horizonte. A gente não dá conta de atender, porque a maioria das instituições parceirizadas com a prefeitura tem um critério de institucionalização, né. Então assim, se a pessoa tem o familiar, teoricamente ele não precisa da institucionalização. Mas o que a gente vê, hoje, é que a estrutura familiar, ela tá muito abalada, então não tem condição de manter esse idoso... a gente percebe que as famílias estão precisando mais do que os idosos, né, então tá uma coisa difícil.

(Paineira G3 - 50 anos - F)

Outro fator agravante para cuidados e assistência mais adequados ao idoso ocorre devido a suas condições:

Hoje em dia, a prefeitura não encaminha para gente mais um idoso que não seja minimamente grau 3. Ele já tá praticamente 100% dependente das atividades da vida diárias. Então, aí complica, né? Q que as instituições têm reclamado muito é disso: é da morosidade de se enxergar a necessidade do idoso, né? É como se ficassem insistindo numa vida fora, né, da instituição, e a política pública, ela não dá conta. Ela não dá conta de restabelecer, ela não dá conta de dar subsídios necessários, né, para reorganização de vida daquele idoso e daquela família. Então, quando o idoso chega para gente, ele já chega num estado extremamente avançado, né, da fragilidade dos vínculos familiares e principalmente dos seus direitos 200% violados.

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Tendo em vista esse cenário de precariedades, é preciso, também

[...] mudar a ideologia do que, que é uma ILPI, porque o discurso que se tem é de que realmente é fim de linha, é fim de carreira, né? Eu acho que nós, o que a gente tem abordado muito com o nosso marketing agora, né, é de mostrar que aqui dentro é um lugar de movimento, aqui dentro é um lugar de vida, que aqui dentro as pessoas saem, elas passeiam, elas participam de grupos de movimento, elas participam do coral, elas têm vida aqui dentro. Não é um cenário de morte, é um cenário de vida, de atividade, de cuidado.

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Em contrapartida:

A gente tem públicos diferentes; nem todos os dirigentes, eles são preparados por uma gestão, não são pessoas, necessariamente, que chegam preparados com gestão, ainda mais de uma instituição, vamos dizer assim, com tantas dificuldades, né, que é uma instituição para prestar um serviço a pessoa idosa. E aí, nesse caminho, a gente percebe que tem muitas dificuldades enfrentadas pelos dirigentes, além das coisas práticas, a questão da própria articulação, por serem instituições que muitas vezes precisam estar aí no cenário de articulação social, de articulação política, nos meandros de construção da própria política para atendimento à pessoa idosa, porque as instituições de longa permanência, elas estão dentro do escopo da assistência. Mas existem muitos atravessamentos, aí, que às vezes necessita dessa

articulação mais estratégica para que as coisas aconteçam, para que as coisas funcionem.

(Embaúba, G3 - 44 anos - F)

As atividades físicas têm papel crucial na vida e na saúde das pessoas. Suas práticas proporcionam bem-estar, auxiliam na mobilidade, na flexibilidade, no ganho de massa muscular e força, na manutenção do equilíbrio, na redução das dores, na coordenação motora, e, especialmente, fortalecem o sistema cardiorrespiratório (Matsudo, 2006; Albino, *et al.* 2012). Com todos esses benefícios, foi confeccionada a Figura 13, na qual a coleção de mapas indica as distribuições de equipamentos e espaços para a prática esportiva, declividades das vias e as principais vias e linha de metrô (visando inserir a questão da mobilidade à análise).

A começar pelas **(f)** Academias da Cidade (82 unidades), que são equipamentos implantados pela Secretaria Municipal da Saúde (SMSA), desde 2006, com incentivo do Ministério da Saúde. A Prefeitura de Belo Horizonte declara²² que, atualmente, são 82 em funcionamento na cidade, com aproximadamente 15 mil usuários inscritos. Elas ofertam atividades gratuitas a qualquer pessoa acima de 18 anos, e cada usuário participa das aulas três vezes por semana, com duração de uma hora cada, sendo acompanhados por um educador físico.

Boa parte das Academias da Cidade de BH, distribuídas pelas nove regionais, possuem grupos de pessoas 60+ realizando suas práticas semanais, tornando-se um instrumento importantíssimo para esse público, tanto na prática das atividades físicas, quanto na socialização. O educador físico afirma que

O público da academia, até por ser de pessoas mais idosas, é caracterizado por muitas pessoas com doenças crônicas, não transmissíveis, e doenças musculoesqueléticas também. A gente percebe, principalmente na entrada dos usuários, que eles relatam muitas dores, pressão também descompensada, a obesidade. A gente observa melhoras funcionais, de ganhos de mobilidade, de função articular, de ganhos de força, de melhora no condicionamento físico, até de atividades do dia a dia, como sentar e levantar.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Considerando as dificuldades de deslocamento e composição familiar, ele reforça também que os idosos têm

[...] aquele local como único, o momento que eles têm de convivência com outras pessoas, né? Então, tem tanto um viés de lazer na atividade, de bem-estar, como também do cuidado com a saúde. Então assim, benefício também,

²² Fonte: PBH (2024), Disponível em: <<https://prefeitura.pbh.gov.br/saude/informacoes/atencao-a-saude/promocao-da-saude/academia-da-cidade>> Acesso em: 10 jan. 2024.

ponto de vista emocional também, né? De pessoas que são mais depressivas são mais ansiosas e relatam melhora também com isso, né? Isso é bem vasto, né? Os benefícios que a gente observa.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

No mesmo mapa, **(f)** tem-se os cemitérios (4 unidades); as ciclovias; os parques urbanos (75 unidades), que muitos utilizam para realizar a prática de caminhada e a prática de ciclismo; as hortas urbanas (5 CEVAE), que são espaço de integração comunitária; as áreas de preservação ambiental e algumas áreas verdes distribuídas pela cidade. Pode-se citar os exemplos do campus da UFMG, na Pampulha; do Museu de História Natural e do Jardim Botânico da UFMG, no Horto, e o entorno do Hospital da Baleira, na Leste; parte da área não ocupada da Granja Werneck; e o SESC Venda Nova.

Outro conjunto de componentes do tecido urbano são os equipamentos de cultura e lazer (54), representados em **(g)** pelas bibliotecas, pelos centros culturais, os centros de referência, os cinemas, os museus e os teatros, ainda muito concentrados na Pampulha e associados à Lagoa, e os museus e complexo arquitetônico da regional Centro-Sul, com o circuito da Praça da Liberdade.

A cidade conta com apenas um único Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI) e com praças (805 unidades) dispersas por toda cidade. Para tanto, indaga-se: qual o estado desses equipamentos em termos de segurança, de acessibilidade e de conectividade?

Recentemente, a Cultura fez uma ação para além da avenida do contorno, né? Assim, descentralizando o acesso à cultura. No final de semana, acho que todos os 17 centros culturais estavam abertos com atividades. Então, olha como que isso é importante, porque, né, a gente tem um histórico da cultura que está sempre centralizado ali. É, entra ali na região, principalmente... Centro-sul aqui. Centro-sul, Alta Renda, né? Que é ali, Praça da Liberdade, Palácio das Artes, e tem tanta coisa gratuita, as pessoas não conhecem.

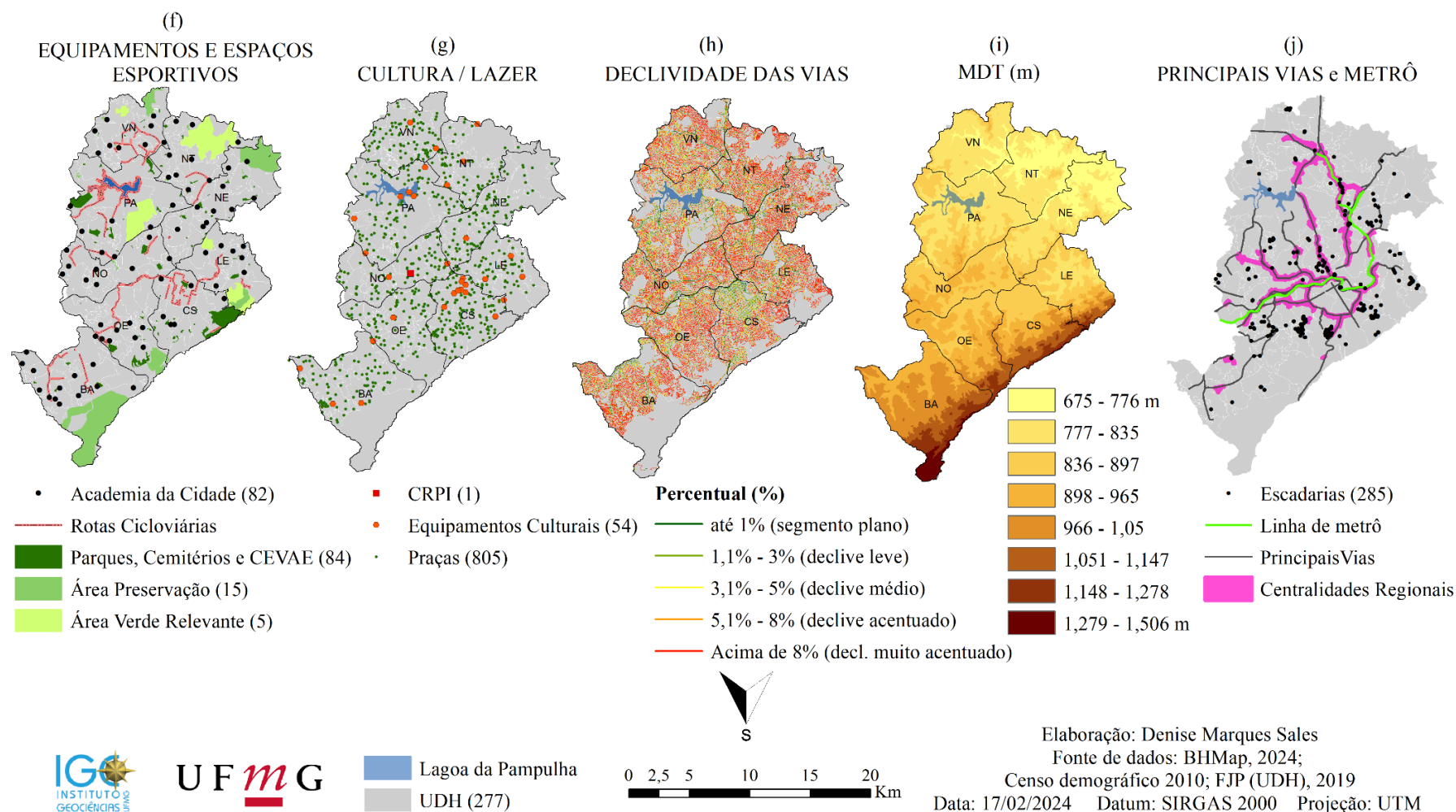
(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Outro gestor reflete que

Outra coisa, por exemplo, que eu acho, é carência no sentido, não de não ter espaço público, mas a má distribuição do espaço público. Praças ou coisa do tipo, né? As pessoas envelhecem, se elas tiverem sorte, elas aposentam, e elas vão ter mais tempo livre, mais ócio, mais direito ao lazer, direito ao lazer maior, mais tempo para lazer. E, às vezes, eu sinto falta que poderia ter uma distribuição melhor de espaços públicos, e, obviamente, espaços públicos que contemplam esse tipo de população, com atividades para esse tipo de população.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Figura 13: Distribuição de equipamentos e espaços para prática esportiva, cultura e lazer (2024), declividade das vias (2024), MDT (2012), principais vias e linha de metrô (2024) em Belo Horizonte (MG)



Fonte: BHMap (2022). Elaboração da autora, 2024

Na sequência, tem-se componentes que se interconectam com a mobilidade urbana, em **(h)** representada pela declividade das vias, **(i)** pelo modelo digital de terreno e **(j)** as principais vias, metrô, escadarias e centralidades regionais. A topografia declivosa da cidade impõe alguns desafios para a mobilidade urbana, principalmente quando se trata da pessoa com deficiência e da pessoa idosa.

De acordo com a Prefeitura (2023)²³, a declividade média da cidade é de 8,28%, sendo que a região com trechos mais suaves está na Pampulha (média de 5,65%). Já as regiões com maiores médias de declividade estão na Centro-Sul (9,60%) e Leste (9,76%). Os trechos mais íngremes situam-se no Aglomerado da Serra, Taquaril, Morro das Pedras e no Aglomerado Santa Lúcia (bairros menos favorecidos em termos econômicos e de infraestrutura). Assim, pode-se observar na coleção de mapas o item (h), no qual elegeu-se a declividade das vias, categorizadas de acordo com a inclinação longitudinal.

Foi adotada a classificação com intervalos estabelecidos por Nanya (2016), que faz parte dos critérios para elaboração de uma escala para avaliação da caminhabilidade. A declividade longitudinal é o 9º aspecto elencado pela autora como um dos critérios para auditoria e avaliação dos segmentos de calçada, no qual é estabelecida a qualificação: ótimo - segmento plano ($< 1\%$), bom: declive leve ($> 1\%$ e $\leq 3\%$), regular: declive médio ($> 3\%$ e $\leq 5\%$), ruim: declive acentuado ($> 5\%$ e $\leq 8\%$) e péssimo: declive muito acentuado ($> 8\%$).

Nanya (2016) baseou-se em conceitos que discutem a caminhabilidade, uma tradução livre do termo em inglês *walkability*, que tem sido utilizado por pesquisadores da área de transporte sustentável para indicar a qualidade dos espaços para circulação de pedestres e englobam uma série de instrumentos e metodologias para avaliação.

A autora adotou o Modelo do *Highway Capacity Manual* - HCM (2010), um modelo que permite avaliar o nível de serviço multimodal, incluindo pedestres, bicicletas, automóveis e transporte coletivo. De acordo com Barros (2018), outros dois índices mais completos e condizentes com a realidade brasileira e belorizontina são o índice proposto pelo ITDP (2018), Índice de Caminhabilidade (iCam), e por Carvalho (2018).

É do escopo deste estudo abordar a acessibilidade e mobilidade urbana ligadas à escala humana, ou seja, a mobilidade ativa no âmbito do pedestre ou a caminhabilidade em Belo Horizonte. Para Andrade e Linke (2017), a caminhabilidade diz respeito ao quão convidativos

²³ Fonte: PBH (2024), Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/bhtrans/informacoes/dados/mapa-de-declividades>. Acesso em 10 jan. 2024.

a caminhar são os ambientes construídos, se eles proporcionam conforto ambiental e permeabilidade, e se os espaços, no ambiente construído, são convidativos ao caminhar.

Na Figura 13 **(h)**, observa-se o quanto a cidade não é amigável à caminhabilidade. As categorias ótimo e bom aparecem em verde, regular em amarelo, ruim e péssimo nos tons de vermelho. É possível visualizar quão acentuada é a declividade da cidade, bem como a necessidade de adequações, pensando em uma população que envelhece e fica cada vez mais restrita, muitas vezes ao ambiente residencial, devido à dificuldade de mobilidade e acessibilidade às ruas e calçadas.

Todavia, conforme abordam Carvalho e Costa (2019), recentemente, a inserção da escala do corpo humano nas cidades brasileiras tem sido desafiadora, pois estas ainda têm sido muito pensadas pela ótica do automóvel. Os autores afirmam, ainda, que “é preciso repensar o planejamento da cidade considerando a qualidade das calçadas e a grande variedade de pessoas que caminham pelas ruas” (Carvalho e Costa, 2017, p.18), em especial para a população idosa. Ainda segundo os autores, é preciso considerar que “a acessibilidade também está relacionada com questões psicológicas, uma calçada é acessível quando consegue proporcionar segurança física, boa infraestrutura e sensação de seguridade” (2017, p. 20).

Neste contexto, em **(j)** tem-se as 285 escadarias distribuídas pela cidade; as principais vias, com seus fluxos, trânsitos e riscos; a linha de metrô que, comparada a outras capitais do país e internacionalmente, é reduzida e não faz grandes conectividades para a melhorar a mobilidade da cidade; e as principais centralidades regionais, no intuito de mapear por onde passam os principais fluxos de locomoção e redes comerciais da cidade.

As centralidades regionais [em rosa] estão previstas e foram mapeadas pelo Plano Diretor (Lei nº 11.181/2019), e de acordo com a PBH²⁴

São ‘centros de bairros’ e regiões localizadas em grandes avenidas de transporte coletivo ou em vias importantes, em que mora ou circula muita gente e onde tem ou é importante que tenham comércios e serviços, áreas de lazer e equipamentos públicos (Prefeitura de Belo Horizonte, 2023).

Em outras palavras, essas áreas são cruciais para o desenvolvimento da cidade, uma vez que planejam a alocação de recursos de forma a atender de maneira mais eficaz às necessidades dos cidadãos. A perspectiva de Quaresmeira (G2) sobre a experiência de viver e envelhecer em Belo Horizonte reflete uma abordagem temática similar, destacando a importância desse enfoque

²⁴ Fonte: PBH (2024), Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/politica-urbana/planejamento-urbano/centralidades>. Acesso em 10 jan. 2024.

Então, a gente precisa investir em tecnologias de mobilidade para o idoso, essa questão do fortalecimento, da melhoria dos espaços públicos para o idoso poder circular, a valorização do comércio local também, que é lá aquele âmbito ali. Eu acho que isso, e aí os grupos de convivência nas regionais, que eu acho que isso seria "top". Nós estamos nessa defesa de tentar colocar um centro de convivência em cada regional, que eu acho que isso seria muito bacana.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

A partir dessas evidências, reflete-se: como tem sido os ritmos e os fluxos da cidade para a pessoa com 60 anos ou mais? Como estão as condições de passeios e calçadas? Como elas têm sido apropriadas? E a educação no trânsito, a educação e cultura social dentro das modalidades de transporte? Em que medida os espaços públicos precisam ser remodelados para serem mais adequados e acessíveis às pessoas idosas e com mobilidade reduzida? Um gestor declara

Não precisa ter uma Pampulha, mas espaços com verdes para a prática de atividades esportivas com segurança e bem cuidados, com áreas verdes, seria interessante ter isso em todos os lugares. A gente sabe que tem regiões que não tem, né. Me lembro uma vez que a gente fez o cruzamento do índice de qualidade de vida urbano com o metro quadrado de praças. Quanto maior o índice, mais praças tinha, mas deveria ser o contrário, né? A gente deveria fazer a lógica do orçamento participativo da inversão de prioridades. Construir mais praças onde tinha a menor qualidade de vida, justamente para melhorar a qualidade de vida desses espaços, né. Então as áreas mais pobres tendem a ser mais carentes desse tipo de infraestrutura, e são justamente as regiões onde que as pessoas vão demandar mais serviços para a população idosa, porque as pessoas têm menos renda, têm menos condição de contratar esse tipo de serviço com a própria renda.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

Cabe lembrar que, em janeiro de 2020, Belo Horizonte aderiu à Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa - EBAPI, como cidade amiga do idoso, cujo programa se volta a promover ações que favoreçam um envelhecimento saudável e seguro. Porém, um gestor ainda observa que:

A Prefeitura fez lá, “ah , nós vamos ser a Cidade Amiga do Idoso”, mas que prática ela faz, o quê? Ela faz muito pouco, quando ela não cuida de calçada, quando ela não quer resolver o problema do ônibus, ‘vamo’ combinar que um ônibus desse aí, não dá pro idoso subir num degrau daquela altura. Nós já tivemos, em Belo Horizonte, a maior frota de ônibus sem degrau e de piso baixo do Brasil, sabe quantos temos hoje? Nenhum. O Move é sem degrau, mas é alto; apesar de ele ter acessibilidade total nas estações, fora disso, como tá?

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

A mobilidade é, sem dúvidas, um dificultador para a circulação dos idosos. Um dos

gestores reforça segundo a sua percepção enquanto morador da cidade

Uma coisa que eu acho que eu vejo todos os dias, que é na questão da mobilidade, por exemplo, as pessoas têm medo de embarcar. A questão da educação no trânsito, às vezes, o motorista não espera, a pessoa cai, machuca, às vezes até morre, né, por conta de um acidente desse. Isso é um exemplo que eu acho muito tácito, assim, de como que é uma coisa essencial que as pessoas se deslocarem na cidade, a gente não está adequado para o idoso, para a pessoa que tem uma idade maior. Ônibus com acesso rebaixado, entendeu? E outras coisas...

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Você quer ver uma coisa que eu acho deprimente também, que é a questão da educação no trânsito. Se tem um determinado local que tem o ponto de ônibus e o idoso está sozinho dando sinal, às vezes o motorista finge que está olhando para o outro lado e passa direto, e não quer parar para aquele idoso. Então, é necessário que uma pessoa mais jovem que está ali dê o sinal, e ele pare para aquela pessoa mais nova, e aí o idoso entra também.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

A questão da segregação espacial, além da social e de infraestrutura, são remetidas ao poder público, como declara o gestor a seguir:

A cidade também acaba que segrega aí muitas pessoas, por conta de não conseguir garantir a acessibilidade da população aí nos espaços urbanos, né? Acho que isso é algo que precisa avançar muito, porque a questão da infraestrutura urbana está ligada diretamente com o poder público, assim, né?

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Outro aspecto preocupante é o ritmo e o estilo de vida acelerado nas grandes cidades, e suas influências no decorrer da vida. Se atentarmos para o envelhecimento biológico, verificamos que ele imprime alterações naturais ao organismo; profissionais da área da saúde e desporto como Albino *et al.* (2012) acrescentam que

*O processo biológico se traduz pelo declínio harmônico de todo o conjunto orgânico; causando alterações morfológicas e fisiológicas com: progressiva atrofia muscular, fraqueza funcional, descalcificação óssea, aumento da espessura da parede de vasos, aumento do nível de gordura corporal total e diminuição da capacidade coordenativa (Albino *et al.* 2012, p. 18).*

Dadas as suas condições físicas ou mentais, em alguns casos, a pessoa idosa passa a responder com mais lentidão e menos eficazmente às alterações ambientais, tornando-se mais vulnerável (Hayflick, 1997; Farinatti, 2002; Kuhnen *et al.* 2004; Albino *et al.* 2012; Neri, 2013), pois, mesmo que deseje uma resposta rápida, seu corpo pode não responder de imediato. A velocidade fugaz da urbanidade, dos meios de transporte e da comunicação não respeita essa

diferença de velocidade e tem sido cada vez menos inclusiva, podendo gerar somatizações emocionais, como revela a entrevistada

Aqui tem mais atividades do que tem lá no interior, né? Muito mais para o velho. Se você tiver coragem de ir, tudo bem! A cidade tem outro ritmo, né? Você tem que ter medo de sair, ou melhor, para sair tem que não ter medo, pois os carros, as motos estão muito desenfreados... E... as pessoas que roubam, né? Assalto...

(Cambacica, G4 - 89 anos - F)

Como não se conseguiu acesso, em tempo hábil, a variáveis que representassem a dimensão saúde para a unidade de análise espacial escolhida (UDH), optou-se por manter o Índice de Vulnerabilidade da Saúde (IVS) como indicador que expressa essa dimensão tão importante para o envelhecimento (Figura 14).

O IVS é um indicador composto na escala espacial de setores censitários, elaborado pela Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) e publicado em 2013, por meio da Gerência de Epidemiologia e Informação (GEEPI). Este índice levou em consideração as dimensões saneamento e socioeconomia, divididas em 8 indicadores (Anexo A). O indicador varia de 0,25 a 6,86, sendo que valores mais elevados evidenciam desigualdades epidemiológicas dos grupos sociais e maior risco em saúde. Aplicam-se os seguintes intervalos de classificação: Muito Elevado (6,86 a 4,31); Elevado (4,30 a 3,32); Médio (3,31 a 2,33); e Baixo (2,32 a 0,25) (Belo Horizonte, 2012).

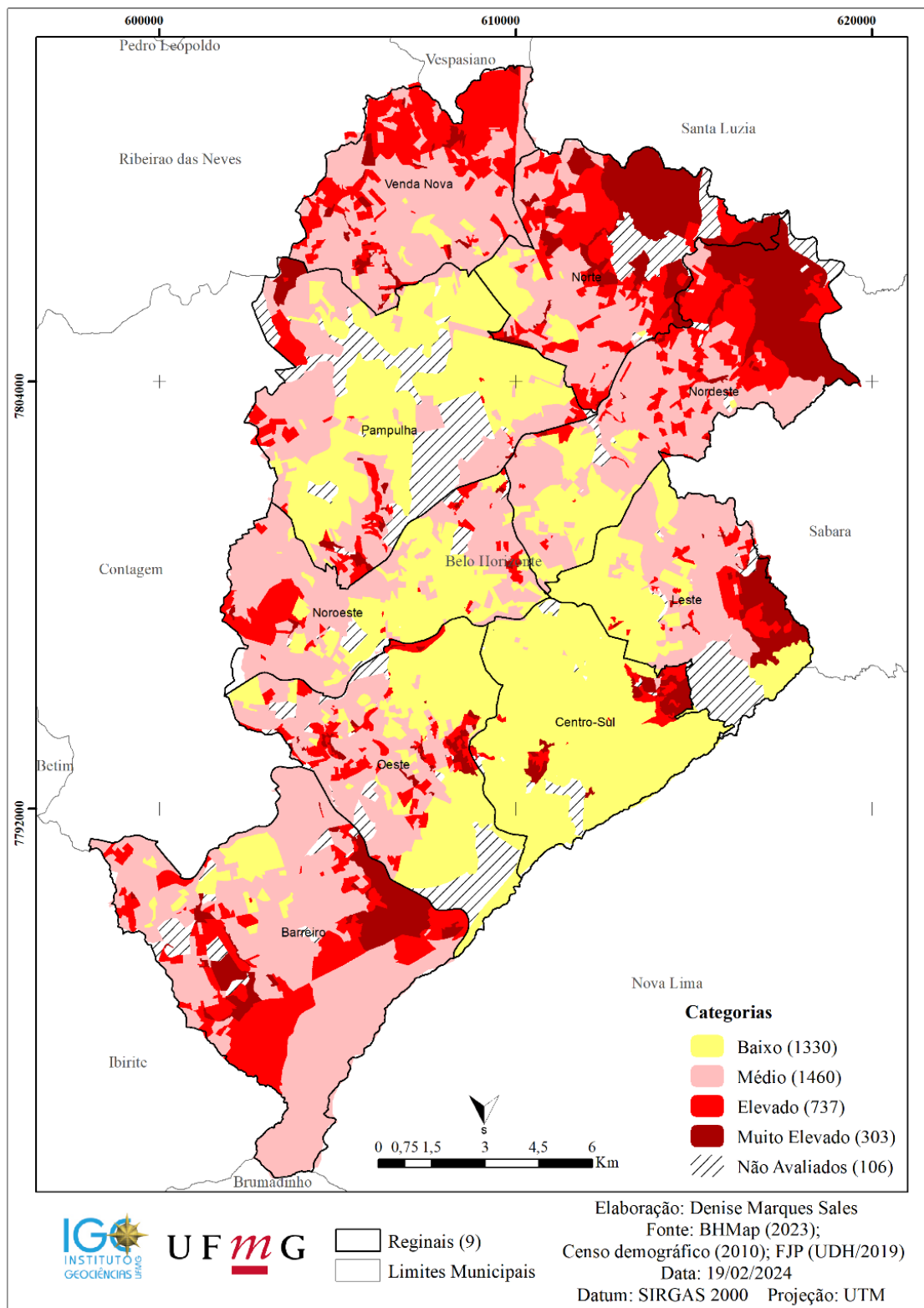
Cabe ressaltar que “a vulnerabilidade deve ser compreendida a partir da relação dialética entre externo e interno, em que o externo se refere ao contexto de referência, já o interno pauta-se em características básicas de indivíduos, grupos, lugares ou comunidades” (Monteiro, 2011, p.34). Tais reflexões permitem a compreensão de contextos que possam favorecer ou vulnerabilizar, com intensidades distintas, os múltiplos processos de envelhecimento.

Pode-se observar que há uma manutenção das áreas com melhores condições e contextos mais saudáveis de vida na cidade; de acordo com o indicador, elas estão demarcadas pelo IVS baixo [amarelo] predominantemente na regional Centro-Sul. Ao contrário, os indicadores: elevado [rosa] e muito elevado [vermelho] estão em maior concentração nas regionais Venda Nova, Norte, Barreiro e grande parte da regional Noroeste, bem como em vilas e ocupações urbanas em outras regionais da cidade.

Mesmo com uma defasagem de 12 anos (dados do censo de 2010), a análise de IVS emprega os dados que a Prefeitura de Belo Horizonte divulgou em relação aos bairros com os cinco piores e cinco melhores IVS por Regional, para o ano de 2012, organizados na Tabela 6.

A partir desta tabela, pode-se constatar que, no ranking eleito, os bairros com piores índices, categorias elevado e muito elevado, estão concentradas em vilas e favelas independentes das regionais.

Figura 14: Índice de Vulnerabilidade da Saúde, 2012



Fonte: BHMap (2023). Elaborado pela autora, 2024.

Tabela 7: Índice de Vulnerabilidade da Saúde em Belo Horizonte - classificação dos bairros por risco, 2010

Regional	Bairros com Piores Índices	Categorias	Bairros com Melhores Índices	Categorias
<i>Barreiro</i>	Esperança, Vila Ecológica, Bernadete, Vitória da Conquista e Conj. Bom Sucesso	Muito Elevado (100%)	Barreiro, Ademar Maldonado, Diamante, Santa Helena e Teixeira Dias	Baixo e Médio
<i>Centro-sul</i>	Vila Estrela, Vila Acaba Mundo, Vila Nossa Senhora de Fátima, Vila Nossa Senhora do Rosário e Vila Barragem Santa Lúcia	Muito Elevado e Elevado	Santo Antônio, Serra, Sion, Lourdes e Anchieta	Baixo (100%)
<i>Leste</i>	Granja de Freitas, Vila Paraíso, Caetano Furquim, Vila da Área e Vila São Geraldo	Muito Elevado (100%)	Floresta, Colégio Batista, Santa Tereza, Sagrada Família e Santa Inês	Baixo e Médio
<i>Nordeste</i>	Vila da Luz, Vila Inestan, Vila Ouro Minas, Antônio Ribeiro de Abreu e Vila São Gabriel	Muito Elevado (100%)	Cidade Nova, Colégio Batista, Silveira, Palmares e Nova Floresta	Baixo e Médio
<i>Noroeste</i>	Vila Coqueiral, Vila Califórnia, Vila Nova Cachoeirinha I, Pedreira Prado Lopes e Vila Sumaré	Muito Elevado, Elevado e Médio	Minas Brasil, Coração Eucarístico, Padre Eustáquio, Álvaro Camargos e São Cristóvão	Baixo e Médio
<i>Norte</i>	Vila Mariquinhas, Maria Teresa, Boa União II, Granja Werneck e Vila Biquinhas	Muito Elevado e Elevado	Heliópolis, Planalto, Vila Cloris, Guarani e Jardim Guanabara	Baixo, Médio e Elevado
<i>Oeste</i>	Pantanal, Vila Madre Gertrudes II, Chácara Leonina, Vila Havaí e Vila Barão Homem de Melo I	Muito Elevado (100%)	Prado, Santa Lúcia, Grajaú, Alto Barroca e Barroca	Baixo (100%)
<i>Pampulha</i>	Vila Real II, Vila Novo Ouro Preto, Vila Unidas, Vila Real I e Vila Suzana II	Muito Elevado (100%)	Itapoã, Liberdade, Jaraguá, São José e Aeroporto	Baixo (100%)

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2022). Adaptado pela autora, 2024.

Já os bairros com melhores indicadores, categoria baixo, concentram-se nas regionais Centro-sul, Oeste e Pampulha. Em contrapartida, Barreiro, Leste, Nordeste e Noroeste classificam-se entre as categorias baixo e médio, e a regional Norte contempla as categorias Baixa, Médio e Elevado, indicando assim discrepâncias intraurbanas de vulnerabilidade em saúde. Essas classificações coincidem com o observado até o momento, em termos dos padrões espaciais apresentados para a taxa de envelhecimento, seja na maior ou menor concentração desse grupo populacional, de acordo com a Figura 11.

O conjunto de variáveis eleitas e analisadas visam expor a existência de desigualdades socioespaciais, entendidas como uma distribuição desigual de recursos e oportunidades entre os indivíduos e grupos localizados no espaço (Barcellos *et al.*, 2002). Nesse caso, e em alinhamento com pesquisadores da área da geografia e saúde, “o interesse é mostrar que a diferença de posição relativa no espaço, ou melhor, de localização espacial representa um fator

gerador de diferença de acesso aos recursos e oportunidades de vida” (Barcellos *et al.* 2002, p.134).

Na sequência, foi elaborada uma coleção de mapas, apresentados nas Figuras 15 e 16, em que é possível visualizar, individualmente, as dez variáveis sociodemográficas eleitas para a análise estatística de *cluster*.

Iniciou-se pela Figura 15, letra **(a)**, onde observa-se o comportamento espacial das taxas de envelhecimento por UDH em 2010. A variável taxa de envelhecimento foi eleita como a principal variável de análise em relação às demais, por entender-se que ela captura e melhor se associa à trajetória de vida com os contextos vividos, as escolhas pessoais e à sobrevivência, ao chegar à essa idade e superá-la. Essa taxa é diferente da esperança de vida, que é um retrato de uma população, uma coorte hipotética, que está associada às crianças que nascem naquela escala espacial e temporal.

Pode-se perceber que a regional Centro-Sul e as do seu entorno - regionais Leste, Nordeste, Noroeste, Oeste - apresentam as maiores taxas [em azul] em relação às demais regionais. Tal comportamento ocorre devido à concentração de pessoas em idades mais avançadas (70 e 80 anos e mais) nessas áreas (de acordo com a Figura 11) que estão, consequentemente, em bairros com maior valor da terra, custo de vida mais alto e melhores infraestruturas. Concomitantemente, as regiões Venda Nova, Barreiro e Norte detiveram taxas menores [tons de vermelho e laranja]. Essa tendência reforça as evidências dos mosaicos de mapas apresentados anteriormente, agora agregando todo o grupo de 60 anos ou mais.

As variáveis renda per capita **(b)** e percentual da população de 25 anos ou mais com ensino superior completo **(d)** apresentam comportamento espacial semelhantes para a concentração das maiores e menores taxas. É nítida a maior concentração de renda [em azul – acima de 10 salários-mínimos] em bairros específicos na regional Centro-Sul. Na sequência, em amarelo [5 a 10 salários-mínimos], bairros limítrofes à regional Centro-Sul e na Pampulha também apresentam renda elevada em relação às demais categorias menores que 5 salários-mínimos. Os tons em vermelho, [de 1/2 a 1 salário-mínimo e mais de 1 a 2 salários-mínimos], aparecem com maior intensidade nos bairros das regionais Venda Nova, Norte e Barreiro, e parcialmente expressos nas regionais Nordeste, Leste, Oeste e Noroeste.

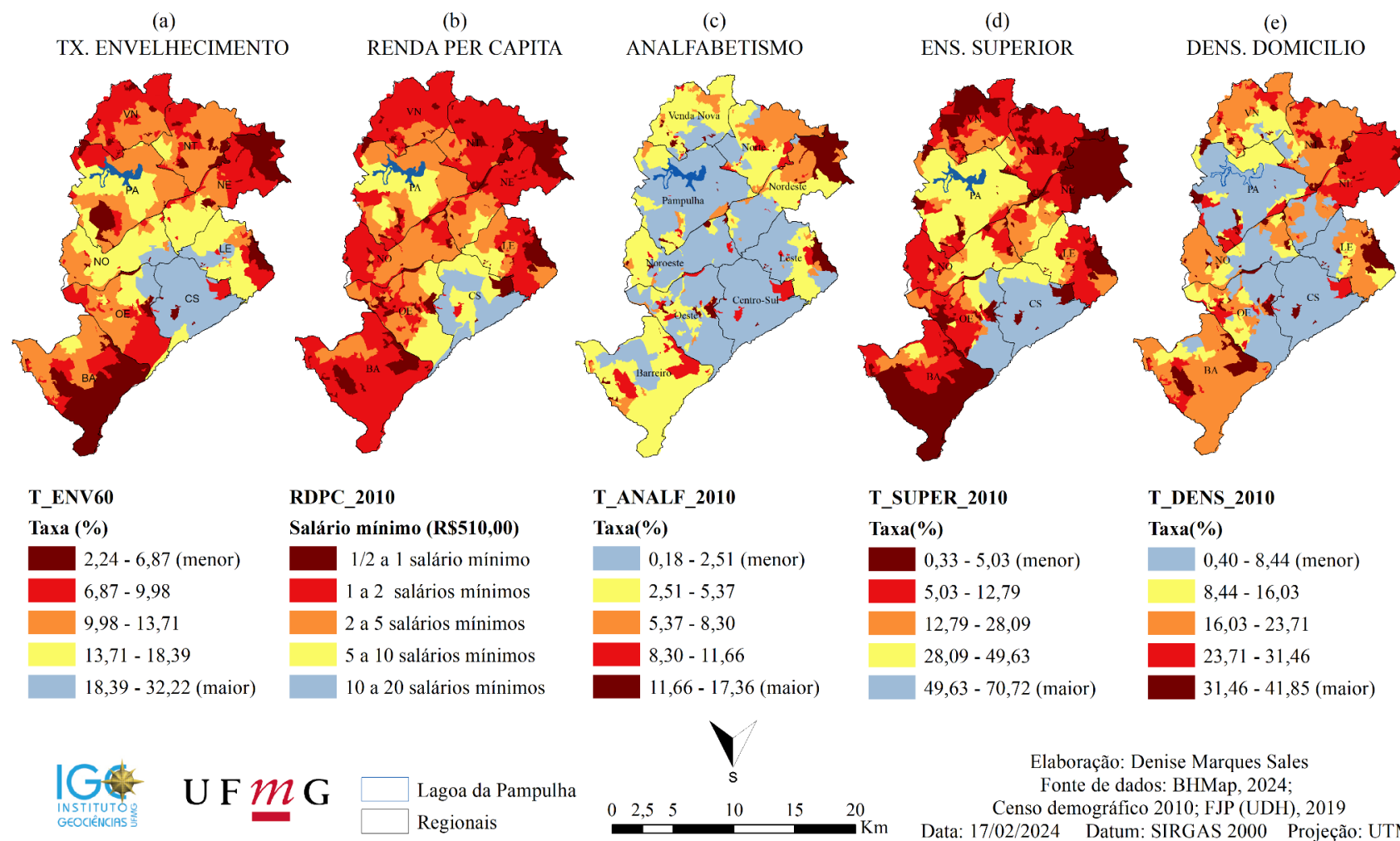
As taxas de analfabetismo **(c)** são baixas, considerando o panorama do município, ao avaliar-se a distribuição espacial dos valores abaixo de 5,37 % [nas cores amarelo e azul]. Em contrapartida, verificou-se mais de 70 UDHs com taxas acima de 8,3% [nas cores vermelho e laranja], distribuídas por todas as regionais da cidade.

Therborn (2010) afirma ainda que “as distâncias entre ‘raças’ e etnias, e entre homens e mulheres, também diminuiram” (p. 150). Entende-se, contudo, que ainda há muito o que avançar nesse sentido, principalmente em países colonizados e especialmente no Brasil, um país que possui em seus pilares o racismo, gerando convulsões sociais a todo tempo e em distintos territórios. As evidências aqui são de distâncias vitais e de renda, como aponta o autor, “o distanciamento é o principal caminho de aumento da desigualdade hoje, o mais sutil dos mecanismos, o mais difícil de combater moral e politicamente” (Therborn, 2010, p. 151).

Alguns estudos apontam que as condições de moradia refletem a situação socioeconômica de uma população e, para tanto, espacializou-se o percentual da população que vive em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório **(e)**, com o intuito de verificar a distribuição dessa variável pelo município. Quanto à composição da família, “observa-se que domicílios compostos por famílias numerosas, ou mais de uma família, são uma realidade das classes sociais mais baixas, que estão também mais sujeitas às situações adversas, por exemplo, sanitárias” (Rezende *et al.*, 2007, p. 94).

Verifica-se que alguns grupos se mantêm em condições privilegiadas num local, contexto ou círculo social restrito, enquanto outros grupos, seja por fatores de renda, idade, gênero, raça/etnia, status social e profissão, tornam-se e permanecem mais vulneráveis e em estratos de pobreza, condições essas que resultam em permanências inadequadas de vida, de acesso a bens e serviços (Rezende, 2005; Reymão e Saber, 2007; Sales, 2018).

Figura 15: Variáveis do *cluster* por UDH em Belo Horizonte - sequência 1 (2010)



Fonte: BHMap (2023). Elaborado pela autora, 2024.

Na Figura 16, quanto à distribuição da esperança de vida ao nascer **(f)**, as áreas com maiores valores (acima de 77 anos) agrupam-se predominantemente nas regionais Centro-Sul, Pampulha, Noroeste, Nordeste e Leste, exceto nas vilas e favelas nelas existentes. As menores taxas estão evidenciadas nas regionais Barreiro, Venda Nova, Norte e em parte da Nordeste.

Em 2010, as quatro UDHs com menor esperança de vida (69,8 anos) integravam os bairros Bonsucesso, Novo das Indústrias, São João e Distrito Industrial do Jatobá, além das vilas Atila de Paiva, Piratininga Especial, Ecológica Águas Claras e Pinho, todos na regional Barreiro. Na sequência, tem-se a Vila Acaba Mundo, com esperança de vida de 69,87 anos na regional Centro-sul.

Em contrapartida, as quatro UDHs com maior esperança de vida (82 anos) foram registradas nos bairros Belvedere, Mangabeiras, Santo Agostinho, Lourdes, Savassi, Boa Viagem e Funcionários. Acima de 81,5 anos, estão os bairros Cidade Jardim, Santa Lúcia, São Bento, Cruzeiro e Comiteco, na mesma regional.

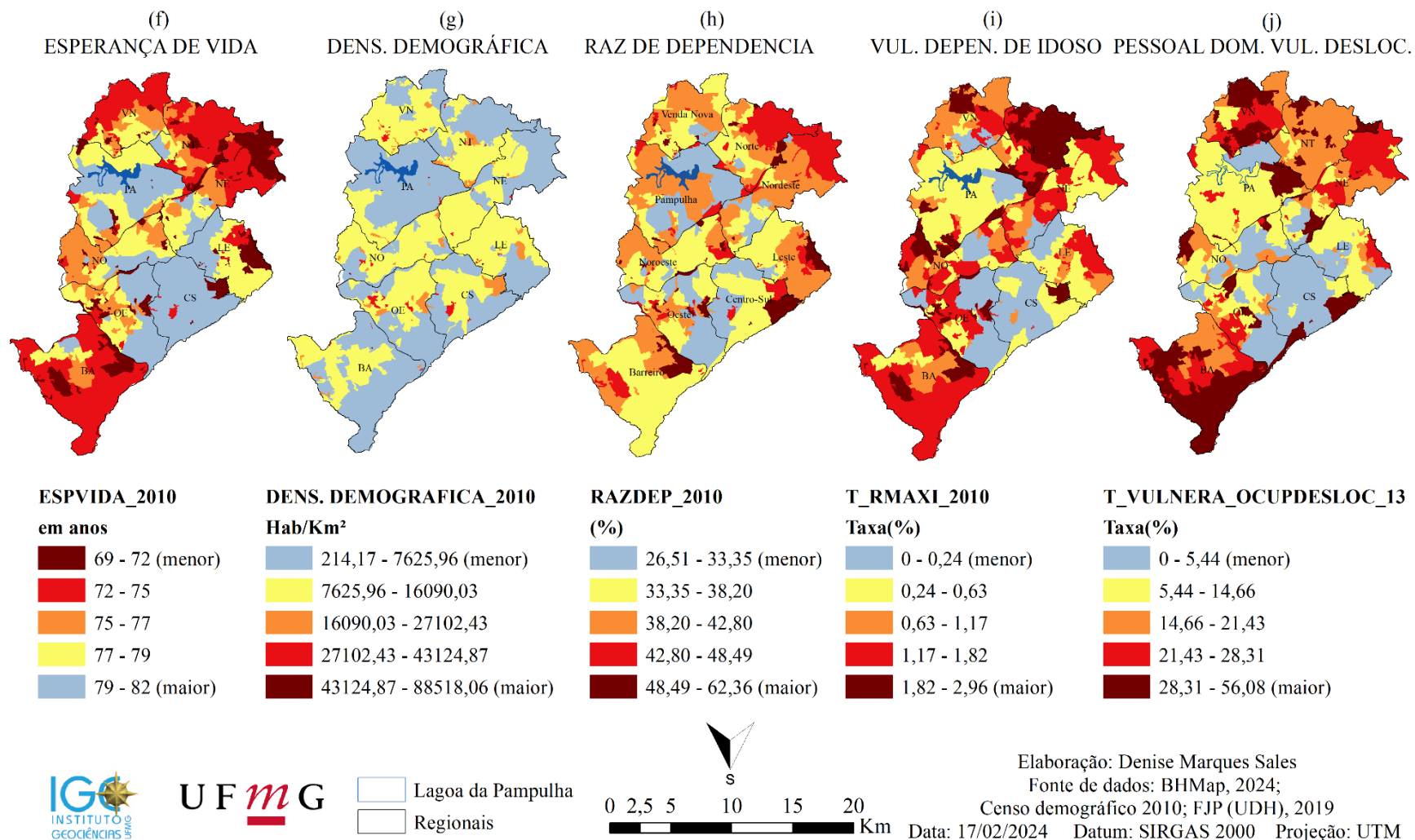
Assim, vê-se uma cidade que concede 12 anos a menos de vida às pessoas que vivem em bairros mais periféricos do que àquelas que vivem em lugares mais privilegiados, apontando uma diferença representativa entre centro e periferias, reforçando, nas palavras de Therborn (2010) que as “hierarquias de status social são, literalmente, letais” (p. 154).

Em relação às densidades demográficas, verificou-se o esperado: baixas concentrações, principalmente em UDHs com grandes áreas verdes e em bairros onde os tamanhos dos lotes são maiores, como na região da Pampulha e alinhamento com a Serra do Curral; bem como nos limites do município com Santa Luzia e Vespasiano. As mais expressivas densidades demográficas ocorreram nas vilas e aglomerados urbanos, distribuídos por todas as regionais da cidade.

As variáveis razão de dependência **(h)**, percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos **(i)** e percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho no total de pessoas ocupadas, vulneráveis e que retornam diariamente do trabalho **(j)**²⁵ não apresentaram um padrão de distribuição espacial predominante. Para essas variáveis, taxas maiores e menores encontram-se dispersas por todas as regionais.

²⁵ Essa variável foi eleita para ajudar a elucidar alguma outra condição de dificuldade na mobilidade na cidade, já que o tema foi recorrente durante as narrativas das entrevistas.

Figura 16: Variáveis do *cluster* por UDH em Belo Horizonte - sequência 2 (2010)



Fonte: BHMap (2023). Elaborado pela autora, 2024.

A recorrência das desigualdades e problemas estruturais na América Latina, no Brasil e na metrópole belorizontina merecem comentários mais detidos quanto às formas de discriminação (gênero e étnico-racial) e à falta de oportunidades (acesso à educação, trabalho e saúde). Tais disparidades têm consequências no processo de envelhecimento (biológico e populacional), e mantém parte da população em situação de desvantagens cumulativas, aumentando ou perpetuando as desigualdades de oportunidades (Lareau, 2002; Sharkey, 2008). Essas situações são delineadas também por uma gestora

2016 para cá que tem um desmonte de políticas públicas e um aumento da desigualdade social no país. Eu acho que o público que se encontra em situações mais vulneráveis são aqueles públicos que vivenciam situação de pobreza, extrema pobreza, né? Por falta de acesso à renda, trabalho, a moradia com qualidade. Então, pensando nessa população, com certeza, as questões estão muito mais agravadas, né? Uhum. Por toda essa ampliação da desigualdade, né? E com as desigualdades, a gente vê aí, através dela, a precarização do trabalho, da moradia, de acesso a serviços, né? Aumento aí das situações de violência, aumento das situações de discriminação, de isolamento. Então, acredito que essa é a população que hoje eu vejo como mais sofre.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

No que se refere à questão racial, o Índice Folha de São Paulo de Equilíbrio Racial (IFER) (2022) apontou que “após um aumento no desequilíbrio racial na longevidade, o Brasil pode levar quase 116 anos para que pretos e pardos tenham acesso às mesmas oportunidades que os brancos”. Neste estudo, não foram alcançadas as expressões cartográficas ao nível das UDHS para os diferenciais de sexo e raça/etnia.

Todavia, é imprescindível abordar que o processo de escravidão é um dos pilares das desigualdades sociais no Brasil, mantendo grande parte da população exposta à discriminação econômica, ideológica, racial e à exclusão política. Tais condições perpetuam-se nas relações sociais e de trabalho e, ainda, em manifestações advindas da construção da planejada nova capital de Minas Gerais (1894/1897), onde foram acirrados os diferenciais de precarização do local e condição de moradia, de posição social, de acesso a saúde e cuidados (Quijano, 2002; Chor; Lima, 2005; Marcelino *et al.*, 2021).

Os negros e aqueles em situações socioeconômicas menos privilegiadas tendem, em sua maioria, a permanecer nos bairros de status socioeconômicos semelhantes ou inferiores (com acesso precário a serviços e infraestrutura), enquanto os brancos (classes mais privilegiadas) seguem uma tendência de “ascensão social” (Sharkey, 2008). Em Belo Horizonte, a população

branca ocupou e ainda ocupa os bairros mais bem providos em termos de infraestrutura e serviços, agregados nas regionais Centro-Sul e Pampulha.

Adicionalmente, os afrodescendentes e as mulheres tendem a ter menores remunerações que brancos e homens. Seus grupos familiares tendem a ter menor acesso à educação e escolarização, o que influencia nas suas decisões e possibilidades de escolha em relação ao local de moradia (Reymão; Saber, 2009). Estas pessoas tenderão a ocupar bairros não tão centrais, ou se distanciarem nas periferias mais precárias em termos de infraestrutura e serviços, especialmente localizados nos bairros que fazem limite com outros municípios, pois neles o custo de vida e de moradia são mais condizentes com seus rendimentos.

Ressalta-se, ainda, a dura e explícita reflexão de Sueli Carneiro no documentário *Quantos dias, Quantas noites* (2023), ao declarar

[...] como falar de longevidade nesse contexto, o primeiro direito ameaçado que nós temos é o direito à vida. Há um tipo de eugenismo (a eugenia defende que raças superiores e de melhores estirpes conseguem prevalecer de maneira mais adequada ao ambiente), que faz com que os jovens negros sejam seres considerados descartáveis nessa sociedade. Os desafios das pessoas negras não é o terror da velhice, é chegar à envelhecer. Sobre tudo sendo homem negro, o desafio é chegar a idade adulta, o desafio é chegar um dia ao envelhecimento (Carneiro, 2023 - trecho transcrito do documentário).

Neste contexto, reitera-se a relevância de se mapear as condições sociais, econômicas, demográficas, de saúde e assistenciais. Esse exercício é fundamental para identificar, analisar e intervir em contextos, de modo a permitir o levantamento de hipóteses sobre suas relações com o espaço geográfico, com a condição de vida, saúde e sobrevivência de uma população em um dado território vivido.

Foram identificadas semelhanças entre os padrões espaciais e as variáveis analisadas nos territórios (UDH), pensando nas variáveis socioeconômicas, onde quanto maior a renda e a escolaridade, mais favoráveis são as condições de contexto. Já para as variáveis taxa de analfabetismo, população com ensino superior completo, população que vive em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório, pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos e pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho diariamente, estas apresentam relação inversa: quanto maiores os percentuais, menos favoráveis são os contextos.

Quanto às variáveis demográficas, quanto maior a taxa de envelhecimento e a esperança de vida, mais envelhecidos são esses contextos; o contrário ocorre em relação à razão de dependência. Assim, é necessária a realização de estudos que revelem mais detalhadamente os determinantes sociais causadores das diversas desigualdades, buscando construir um

conhecimento não só acadêmico, mas em conjunto com os setores públicos e das comunidades, com o fim de realizar o desenvolvimento de ações mais efetivas, singulares e eficazes para envelheceres mais democráticos e dignos em Belo Horizonte.

3.3.2 Análises descritivas das variáveis selecionadas

Para compreender o comportamento das variáveis selecionadas, foi elaborada a análise descritiva das seguintes variáveis sociodemográficas:

- a) renda *per capita* média,
- b) taxa de analfabetismo,
- c) superior completo,
- d) domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório,
- e) vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos,
- f) vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho,
- g) taxa de envelhecimento,
- h) densidade demográfica,
- i) razão de dependência, e
- j) esperança de vida.

Com base nas estatísticas descritivas fornecidas na Tabela 7, é possível observar que a renda *per capita* média das Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) em 2010 era de R\$1.042,41 (o salário-mínimo era de R\$510,00). Contudo, essa variável apresentou considerável dispersão, indicada pelo coeficiente de variação de 103,33%.

Notavelmente, quatro UDHs da região do Barreiro (Bonsucesso, Vila Átila de Paiva, Itaipu e Vila Ecológica Águas Claras / Distrito Industrial do Jatobá / Vila Pinho) exibiram uma renda *per capita* de R\$394,43, contrastando com duas UDHs da região Centro-Sul (Belvedere e Mangabeiras). Essas últimas apresentaram rendas *per capita* significativamente mais elevadas, atingindo R\$7.516,82. Esses resultados alertam quanto à marcante desigualdade de renda em Belo Horizonte.

No que diz respeito à variável taxa de analfabetismo, a média entre as UDHs foi 5,68%. O valor mínimo de 0,18% foi observado na UDH Belvedere, e o valor máximo, de 17,36%, na Vila Jardim São José. Esse indicador também apresentou alta variabilidade, com coeficiente de variação de 74,38%.

O percentual da população com 25 anos ou mais que completou o ensino superior apresentou uma alta significativa, situando-se entre 0,33% e 70,72%. O valor mínimo de 0,33%

foi observado nas UDHs das regionais Barreiro e Nordeste. Em contraste, a UDH Santo Agostinho/Lourdes registrou a mais alta cobertura de ensino superior, alcançando 70,72%. Esses dados evidenciam uma disparidade expressiva na obtenção de educação superior entre as diferentes regiões analisadas.

Tabela 8: Estatísticas descritivas das variáveis em 2010

	Variável	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Coefficiente de Variação (%)
Socioeconômicas	RDPC	277	394,43	7.516,82	1.042,41	1.077,12	103,33
	T_ANALF	277	0,18	17,36	5,68	4,22	74,38
	T_SUPER25M	277	0,33	70,72	12,71	16,56	130,27
	T_DENS	277	0,40	41,85	22,38	10,88	48,61
	T_RMAXI	277	0,00	2,96	1,26	0,69	54,85
	VULNERA_OCUP DESLOC_13	277	0,00	56,08	19,34	11,01	56,94
Demográfica	T_ENV60	277	2,24	32,22	10,54	4,33	41,05
	DENSIDADE DEMOGRÁFICA	277	214,17	88.518,06	14.728,56	12.253,27	83,19
	RAZDEP	277	26,51	62,36	40,76	6,21	15,23
	ESPVIDA	277	69,85	82,04	75,62	3,43	4,54

Fonte: Censo demográfico (2010). Elaborado pela autora, 2024.

A média do percentual da população que reside em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório foi de 22,38%. O valor mínimo, observado na UDH Savassi, foi de 0,40%, enquanto o valor máximo, atingindo 41,85%, foi identificado em nove UDHs das regionais Leste, Noroeste, Oeste, Pampulha e Venda Nova. Esses números destacam as discrepâncias nas condições de moradia nas UDHs analisadas, e possivelmente uma relação com a composição das famílias.

O percentual de pessoas que residem em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos apresentou uma média de 1,26%, variando de 0,00% a 2,96%. O valor mínimo foi registrado nas regionais Centro-Sul e Venda Nova, enquanto o valor máximo foi observado em UDHs da regional Oeste.

A variável referente ao percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza que gastam mais de uma hora no deslocamento para o trabalho, considerando o total de pessoas ocupadas, vulneráveis e que retornam diariamente do trabalho, apresentou uma média de 19,34%. O valor mínimo foi de 0,00%, enquanto o máximo atingiu 56,08%, resultando em um coeficiente de variação de 56,94%. Esses extremos foram observados na regional Centro-Sul. Estes dados indicam uma considerável variação nas condições de deslocamento para o trabalho, com notável impacto nas áreas vulneráveis à pobreza.

A taxa média de envelhecimento das UDHs em 2010 foi de 10,54 anos. A UDH Solar do Barreiro apresentou a menor taxa, registrando 2,24 anos, enquanto Mangabeiras exibiu a maior taxa, atingindo 32,22 anos. Esses dados refletem variações significativas no processo de envelhecimento populacional entre as UDHs.

A variável densidade demográfica apresentou valor médio de 14.728,56 hab/km² e alta dispersão, com coeficiente de variação de 83,19%. O valor mínimo foi 214,17 hab/km², registrado na Granja Werneck – valor este que, certamente, elevou-se desde o levantamento do Censo 2022, devido ao processo das ocupações Izidora, com os assentamentos Helena Greco, Rosa Leão, Vitória e Esperança a partir de 2013. O valor máximo, de 88.518,06 hab/km², foi registrado na Serra Verde Especial.

A razão de dependência média das UDHs de Belo Horizonte em 2010 foi de 40,76. A UDH Estoril, situada na regional Oeste, registrou a menor razão, marcando 26,51, enquanto a UDH Mirante, localizada na regional Norte, apresentou a maior razão, atingindo 62,36. Esses números refletem variações consideráveis nas estruturas de dependência nas diferentes regiões da cidade.

A esperança de vida variou entre 69,85 e 82,04 anos. O valor mínimo de expectativa de vida foi observado na regional Barreiro, enquanto o valor máximo foi registrado na regional Centro-Sul. Esses dados indicam diferenças significativas na expectativa de vida entre as distintas regiões, destacando contrastes marcantes em termos de qualidade de vida e acesso a serviços de saúde.

De forma geral, os indicadores tendem a corroborar a tendência de envelhecimento populacional em 2010 em múltiplos contextos da capital mineira. Novamente, evidencia-se que os bairros com as melhores condições socioeconômicas e as maiores taxas de envelhecimento estão localizados, predominantemente, na região Centro-Sul da cidade, como Mangabeiras, Boa Viagem, Funcionários, Barro Preto, Centro, Santa Efigênia, Cruzeiro, Serra, Santo Agostinho

e Sion, por exemplo. Outros se destacam na Oeste, como Prado, Grajaú, Barroca e Gutierrez, todos com taxas acima de 20,54%.

O Mangabeiras, que apresenta a maior taxa de envelhecimento da cidade (32,22%), é um bairro residencial com casas de alto padrão arquitetônico, ocupado por pessoas de poder aquisitivo elevado, muito próximo à natureza, com beleza paisagística e segurança. De acordo com a legislação municipal, é um bairro considerado formal, muito bem pavimentado, e iluminado, com a presença de um importante ponto turístico da cidade, a Praça do Papa.

Tal contexto destaca, ecologicamente, a importância dessa composição privilegiada de fatores, que colaboram para um bem-viver agregado ao longo do curso de vida das pessoas que ali habitam e envelhecem. Em contraste à essa vertente, tem-se a declaração do profissional da ponta que evidencia alguns episódios observados e acompanhados pela equipe de saúde da família do Centro de Saúde Nossa Senhora de Fátima:

Aqui na área de abrangência do CSNSF, nos bairros de baixo risco socioeconômico que atendemos, como Mangabeiras, Anchieta, Serra e Cruzeiro, tem aumentado os casos de perda do poder aquisitivo. As pessoas não dão conta de sustentar seus imóveis e manter seu padrão de vida, percebemos aumento da solidão devido ao tipo de vínculos familiar; alguns têm filhos, mas estão em outros estados, morando com suas famílias sem dar a devida assistência. Tem caso de dois idosos vivendo juntos e um cuidando do outro, mas com muita dificuldade. Há casos de demência de um deles ou às vezes dos dois. Atendemos uma viúva aqui com caso demencial, por exemplo.

(Manacá da Serra, G2 - 53 anos - M)

As menores taxas de envelhecimento da cidade estão em favelas e aglomerados urbanos da capital mineira, como: Vila Corumbiara, Vila Pilar e Vila Petrópolis na regional Barreiro, Vila da Luz e Vila São Gabriel Especial na regional Nordeste, Vila Serra Verde Especial em Venda Nova, Conjunto Habitacional Via Expressa I na regional Noroeste, Vila Unidas na Pampulha, e Vila Acaba Mundo na Centro-Sul. Todas elas apresentaram taxas de envelhecimento abaixo de 4,26% e renda *per capita* próxima ou inferior a um salário-mínimo (R\$510,00).

Contrariamente ao contexto encontrado no bairro Mangabeiras, as áreas de vilas e favelas de Belo Horizonte apresentam baixa infraestrutura e segurança nas moradias. As casas são construídas em terrenos com declividade acentuada, às margens dos córregos e rios, nas planícies de inundação. O mesmo ocorre nos assentamentos, que apresentam condições ainda mais delicadas, como ruas sem asfalto, falta de acesso às redes de água e esgoto, iluminação

pública precária, material de construção das casas de qualidade inferior e com baixa resistência às intempéries climáticas, como chuvas e ventos fortes, calor e frio extremos.

O contexto de mobilidade nessas áreas é, muitas vezes, precário ou inadequado, assim como a reduzida arborização. São áreas de alta concentração de pessoas que, nem sempre, tem acesso ao saneamento adequado e passam por vários estigmas sociais, sendo associadas ao crime, a toxicodependência, a eventos de alcoolismo e violência exacerbada, fatores que contribuem para a exclusão social. Esses elementos combinados podem depreciar ainda mais a condição e o percurso de vida das pessoas, a sua autoestima, a saúde e, conseqüentemente, seu processo de envelhecimento.

Conclui-se este item com a reflexão de Therborn (2010, p. 154) ao afirmar que “o estiramento da distância social entre os mais pobres e os mais ricos diminui a coesão social, o que, por sua vez, gera mais problemas— tais como crime e violência — e menos recursos para lidar com outros problemas coletivos, da identidade nacional à mudança climática”.

Tais reflexões serão melhor desenvolvidas no Capítulo 3, por meio de trechos das realidades nos contextos da cidade, das relações, das ofertas de serviços, dos diferentes atores sociais, a partir do próprio cotidiano de alguns interlocutores que experenciam o vivido em Belo Horizonte.

3.3.3 Análise de Cluster em Belo Horizonte (MG)

Colocar os dados no mapa considerando uma determinada escala espacial e temporal, bem como interpretar o fenômeno em questão, é o sentido da cartografia temática, e, no caso deste estudo, do mapeamento em saúde. Compreende-se que “a forma com que se colocam estes dados no mapa condiciona os possíveis resultados estatísticos e visuais da análise” (Barcellos *et al.* 2002, p.136), e possibilita análises e tomadas de decisão na ordem das políticas públicas baseadas em evidências científicas.

Dentre as dez variáveis analisadas, quatro compõem a dimensão demográfica, sendo elas: taxa de envelhecimento, densidade demográfica, razão de dependência e esperança de vida. As outras seis contemplam a dimensão socioeconômica, representada pelas variáveis: renda *per capita*, taxa de analfabetismo, ensino superior completo, domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório, vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos e vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho.

Pautadas em uma “concepção do espaço que admite a existência de um mosaico de subespaços com características fisiográficas e humanas próprias, não necessariamente

semelhantes aos vizinhos” (Barcellos *et al.* 2002, p. 131) foi feita a análise de *cluster*. Segundo Barcellos *et al.* (2002):

O espaço-região tanto pode ser concebido como uma realidade concreta, construída ao longo de sua história como ser objeto de criação intelectual a partir de parâmetros estatísticos que a caracterizem em função de objetivos preestabelecidos. Essa abordagem tem como principais pressupostos a homogeneidade interna e a independência entre unidades espaciais de agregação e análise de dados (Corrêa, 1986, King, 1979 e Openshaw, 1996 *apud* Barcellos *et al.*, 2002, p. 131).

Como resultado, foram obtidos quatro agrupamentos, sendo que a escolha do número de grupos baseou-se no intuito de captar duas situações extremas e opostas entre si, e duas situações intermediárias/medianas das condições de contexto.

Assim como refletem os pesquisadores Barcellos *et al.* (2002) sobre a escolha ou construção de indicadores para medir a relação entre qualidade de vida, ambiente e saúde, o intuito neste estudo foi envolver embasamento teórico, conhecimento técnico e analítico, a fim de formar um mosaico com os contextos de vida para as múltiplas formas de envelhecer em Belo Horizonte. Tal encaminhamento derivou da constatação que “a posição de um grupo social no espaço influi na maneira como este se relaciona com o ambiente, a sociedade, e, em última análise, suas condições de saúde” (Barcellos *et al.* 2002, p.136).

Na Tabela 8, é possível visualizar outros resultados alcançados; a Tabela 8 e a Figura 17 apresentam quatro agrupamentos. O agrupamento 1 reúne 105 UDHs, nas quais os indicadores apresentam médias inferiores aos demais *clusters* e aos valores totais das 277 UDHs. Nele, há a predominância das piores condições de contexto, representadas no mapa na cor vermelha e distribuídas por todas as regionais da cidade, principalmente em áreas de favelas, comunidades urbanas e bairros periféricos, em contexto que categorizamos como menos favoráveis ao envelhecimento.

O agrupamento 2, em *cluster* intermediário, possui médias e quartis variados e características médias dos dados para a cidade, representado pela cor amarela. Eles estão em maior concentração nas regionais Venda Nova, Norte, Barreiro e parte da Nordeste, fortificando a similaridade sociodemográfica e contextual dessas regionais de cidade, reunindo 75 UDHs.

Em azul claro, tem-se o agrupamento 3, composto por 83 UDHs, que apresentam médias superiores aos *clusters* 1 e 2, mas detêm mais variação do quartil em relação ao *cluster* 4. Estão distribuídas por bairros ditos “formais” da cidade, predominantemente nas regionais Pampulha, Noroeste, Leste e parcialmente na Nordeste, Oeste e Barreiro.

Por fim, no agrupamento 4, todas as médias são superiores aos demais *clusters*, sendo áreas que apresentam as melhores condições socioeconômicas, com a maioria das métricas

situando-se nos valores extremos superiores. Elas são as 14 UDHs com as melhores condições sociodemográficas, concentradas na regional Centro-Sul. No contexto categorizado como mais favorável ao envelhecimento com base em variáveis sociodemográficas, elas estão representadas no mapa na cor azul acinzentado.

Tabela 9: Variáveis socioeconômicas e demográficas eleitas para análise de *cluster*

Cluster	Socioeconômicas							Demográficas			
	Variáveis/ Métricas	RDPC	T_ANAL F	T_SUPER25 M	T_DEN S	T_RMA XI	T_VULNERA_OC UPDESLOC_13	T_ENV6 0	DENSIDADE DEMOGRAFI CA	RAZDEP	ESPVIDA
Agrupamento 4	Média	4832,59	0,49	64,87	1,76	0,17	8,01	19,50	8350,79	34,63	81,36
	Mínimo	2761,58	0,18	48,89	0,40	0,00	0,00	7,00	371,53	26,51	80,55
	Máximo	7516,82	0,85	70,72	5,25	0,63	56,08	32,22	14815,97	48,84	82,04
Agrupamento 3	Média	1470,524	1,90	23,95	11,63	0,73	15,48	12,81	8182,83	35,38	79,22
	Mínimo	805,05	0,39	7,51	1,32	0,00	0,00	4,94	308,95	27,01	77,06
	Máximo	2966,06	5,75	49,63	19,51	1,59	50,00	20,68	14692,41	42,93	80,74
Agrupamento 2	Média	675,8392	4,66	5,91	23,60	1,56	23,90	10,62	8875,57	40,34	75,51
	Mínimo	521,82	2,28	2,70	14,91	0,41	12,30	4,18	214,17	35,21	73,83
	Máximo	1017,52	8,76	16,31	30,90	2,73	45,79	17,15	16229,99	48,49	78,60
Agrupamento 1	Média	460,4758	10,08	1,73	32,76	1,62	20,64	7,50	24933,89	46,13	72,08
	Mínimo	394,43	2,19	0,33	19,76	0,82	8,61	2,24	1901,49	33,33	69,85
	Máximo	734,49	17,36	8,82	41,85	2,96	39,83	14,36	88518,06	62,36	75,85
277 UDH	Média	1042,41	5,68	12,71	22,38	1,26	19,34	10,54	14728,56	40,76	75,62
	Mínimo	394,43	0,18	0,33	0,40	0,00	0,00	2,24	214,17	26,51	69,85
	Máximo	7516,82	17,36	70,72	41,85	2,96	56,08	32,22	88518,06	62,36	82,04
	Quartil 1	467,35	2,02	1,65	14,91	0,82	11,05	7,52	7625,96	36,39	72,43
	Quartil 2	672,29	4,46	5,79	23,04	1,28	19,76	9,73	10613,68	40,29	75,27
	Quartil 3	1147,5	8,68	16,31	32,91	1,50	26,55	12,59	19024,12	44,24	78,84

Fonte: Censo demográfico (2010). Elaborado pela autora, 2024.

Pretende-se, assim, entender a segregação urbana sob a perspectiva adotada por Castells (2000). Segundo o autor, “analisar o espaço enquanto expressão da estrutura social resulta, conseqüentemente, em estudar sua modelagem pelos elementos do sistema econômico, do sistema político e do sistema ideológico, bem como pelas combinações e práticas sociais que decorrem dele” (Castells, 2000, p. 193). Estas constatações dialogam com os posicionamentos de Villaça (1998), Negri (2008), Harvey (1980) e Santos (1988, 2002), apontados no capítulo anterior.

Para Castells (2000), a segregação está relacionada ao acesso desigual das diferentes classes sociais ao espaço urbano, a separação dessas classes no espaço e “a tendência à organização do espaço em zonas de forte homogeneidade social interna e com intensa disparidade social entre elas, sendo esta disparidade compreendida não só em termos de diferença, como também de hierarquia” (Castells, 2000, p. 250).

Para Barrozo (2014), a identificação de padrões espaciais e numéricos na ocorrência de um fenômeno ou evento estudado é ponto de partida crucial para a compreensão em parte e/ou total de um evento, principalmente quando consideradas as dimensões espaciais e temporais a eles atreladas. Os padrões tendem a permitir identificar similaridades ou diferenciações, auxiliando na identificação de possíveis situações de desigualdades e iniquidades sociais (Barrozo, 2014). Em concordância, Barcellos *et al.* (2002) indicam que “a análise espacial e suas ferramentas devem ser dirigidas ao desafio da solução de problemas concretos, baseada em modelos teórico-conceituais apropriados e específicos a cada situação” (Barcellos *et al.* 2002, p. 135).

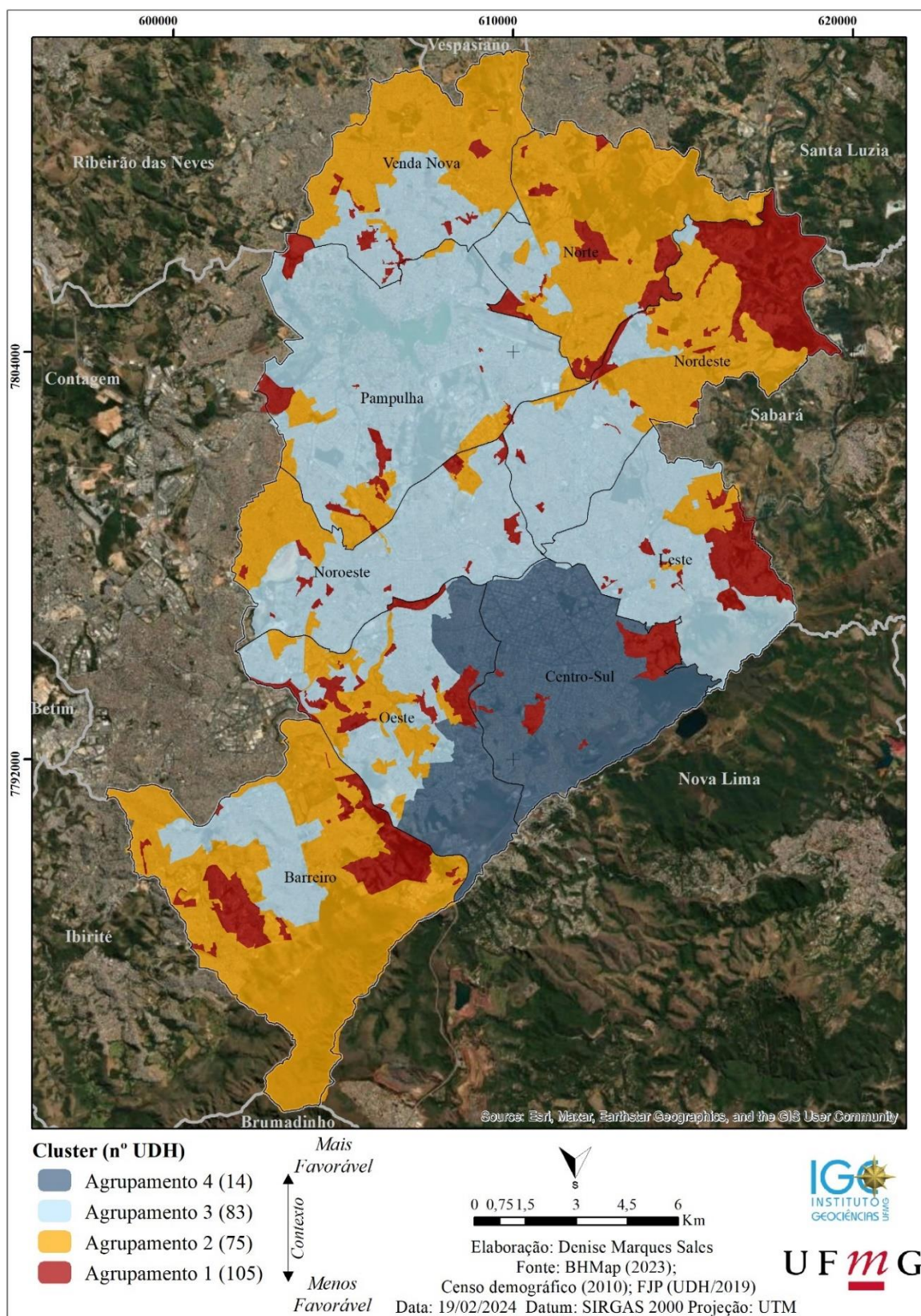
A elaboração deste capítulo confirmou duas das inferências colocadas no início da tese: a primeira delas, de que **i)** existe um padrão na distribuição espacial das taxas de envelhecimento em Belo Horizonte; e a segunda **ii)** as condições contextuais e de vizinhança são determinantes para aumentar as desigualdades do envelhecer em Belo Horizonte.

A Geografia permite visualizar onde algo acontece, quem vive neste local e a quais condições contextuais essas pessoas estão expostas, e contribui para que invisibilidades sejam realçadas, concordando com a reflexão de Smith (2008):

As geografias das iniquidades em saúde é um tema de pesquisa central de longa data em geografia médica. (...) Hoje, a geografia das iniquidades em saúde não é somente uma áreas vibrante de pesquisa, mas também fornece oportunidade real para pesquisadores da geografia médica e da saúde para recorrer à natureza complementar de metodologias quantitativas e qualitativas, assim como pesquisa ‘acadêmica’ e ‘política’, para melhorar significativamente nosso conhecimento e compreensão da natureza das iniquidades, as razões por trás de tais disparidades e, assim, fazer

contribuições adicionais a pesquisa com bases em política nesta área (Smith, 2008, p. 119).

Figura 17: Mapa da Análise de *Cluster* dos Contextos de envelhecimento em Belo Horizonte, por UDH Agrupamentos



Fonte: BHMap (2023). Elaborado pela autora, 2024.

Deste modo, evidenciam-se os contextos existentes na cidade dentro da escala de análise eleita, podendo contribuir para a problematização do viver e do envelhecer numa Belo Horizonte que demonstra não estar preparada para tal realidade. No documentário *Quantos dias, Quantas noites* (2023) a dr.^a Ana Claudia Arantes reflete que:

Dizem que a pessoa que vai viver até os 150 anos já nasceu, mas eu penso que a gente tem que viver com mais um pouco de mais coerência, sabe? Por que, quais são condições que estamos oferecendo para essa pessoa viver? Quem vai poder viver?

O envelhecimento populacional está posto, especialmente em Belo Horizonte, remetendo às indagações: o que é necessário para convenceremos de que isso altera as demandas de políticas públicas diferenciadas e específicas? Quem tem direito, de fato, a envelhecer dignamente na cidade? Quem tem direito ao cuidado e acolhimento?

A fim de ampliar o entendimento dessa complexa rede de fatores que incidem sobre as condições de envelhecimento e refinar as análises a respeito da temática na cidade, foram realizadas 43 entrevistas semiestruturadas, abordando as realidades vividas, que serão analisadas no Capítulo 3.

O objetivo de tal análise é captar a voz de diferentes grupos e trazer seus pontos de vista na relação cotidiana com infraestrutura, serviços e políticas da cidade, no intuito de atender e satisfazer suas necessidades. Igualmente, buscaram-se esclarecimentos e entendimentos de estratégias que auxiliem a responder as indagações feitas ao longo de toda essa pesquisa e movimentação do saber.



4 ECOS DAS MÚLTIPLAS FORMAS DE VIVER E ENVELHECER EM BELO HORIZONTE (MG)

Nesse capítulo, serão apresentadas as múltiplas realidades das velhices em Belo Horizonte, com a discussão das produções sociais de fatos e estereótipos sobre a velhice, tendo em conta as narrativas dos sujeitos entrevistados, conjugadas às evidências encontradas na vida cotidiana. A proposta é realizar uma aproximação do que vem sendo desenvolvido nesta pesquisa, resgatando reflexões apontadas nos capítulos anteriores, conectando-as com análises e discussões acerca das diversas percepções e definições sobre os envelheceres em Belo Horizonte, obtidas dos interlocutores.

Nesta componente qualitativa, foram selecionados quatro grupos a serem entrevistados: gestores, trabalhadores da saúde e da assistência social, representantes da sociedade civil e pessoas com 60 anos ou mais, por considerar-se serem estes os mais relacionados com a temática e aptos a propor e realizar ações e mudanças. A etapa final destina-se a entrelaçar os contextos de iniquidade nos envelheceres em Belo Horizonte e compor os mosaicos da vida urbana.

4.1 Desenvolvimento qualitativo

Para estabelecer relação entre as componentes metodológicas eleitas para essa pesquisa, ou seja, qualitativa e quantitativa, tomou-se como base o estudo de Minayo e Sanches (1993, p. 247), que afirmam que “do ponto de vista metodológico, não há contradição, como não há continuidade, entre investigação quantitativa e qualitativa”. Assim, o estudo quantitativo gerou questões para serem aprofundadas qualitativamente, conforme explicam os autores:

A primeira [quantitativa] atua em níveis da realidade, onde os dados se apresentam aos sentidos: “níveis ecológicos e morfológicos”, na linguagem de Gurvitch (1955)²⁶. Tem como campo de práticas e objetivos trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. Deve ser utilizada para abarcar, do ponto de vista social, grandes aglomerados de dados, de conjuntos demográficos, por exemplo, classificando-os e tornando-os inteligíveis através de variáveis. A segunda [qualitativa] trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões. Não como oposição e sim como complementariedade. A segunda adequa-se a aprofundar a complexidade de fenômenos, fatos e processos particulares e específicos de grupos mais ou menos delimitados em extensão e capazes de serem abrangidos intensamente (Minayo e Sanches, 1993, p. 247).

²⁶ GURVITCH, G. *Determinismes Sociaux et Liberté Humaine*. Paris: Presses Universitaires de France, 1955.

Tendo em conta que os dados quantitativos apontam direções e não respondem, por si só, a todas as relações sociais e contextuais de um espaço vivido, este estudo avançou para além das métricas, das espacializações das informações sociodemográficas, partindo para a análise de narrativas da vida cotidiana. Trata-se de um exercício de entender as relações sociais em seus aspectos mais “ecológicos” e “concretos”, aprofundando em seus significados mais essenciais, que tangem aqui a temática do envelhecimento e suas múltiplas faces.

Minayo e Sanches (1993, p. 245) apontam que “o material primordial da investigação qualitativa é a palavra, que expressa a fala cotidiana, seja ela nas relações afetivas e técnicas, seja nos discursos intelectuais, burocráticos e políticos”. Os autores complementam ainda que

[...] a fala torna-se reveladora de condições estruturais, de um sistema de valores, normas e símbolos, e, ao mesmo tempo, possui a magia de transmitir, através de portavoz, representações de grupos determinados em condições históricas, socioeconômicas e culturais específicas (Minayo e Sanches, 1993, p. 245).

Para tanto, buscou-se entender quais as principais demandas sociais e de saúde das pessoas com 60 anos ou mais ao viverem suas trajetórias de vida nos diversos territórios da cidade de Belo Horizonte. Além disso, intentou-se identificar como os serviços de planejamento urbano, saúde e assistência social recebem e entendem essas demandas, e como a gestão municipal tem se preparado para construir e promover uma cidade menos segregada e mais adequada ao envelhecimento populacional. Indagamos, ainda, *se e como* os entrevistados pensam um viver com melhor qualidade, um envelhecer com dignidade e quais são as dificuldades encontradas e relatadas nesse processo.

4.1.1 Procedimentos e instrumentos da pesquisa quantitativa: as entrevistas semiestruturadas

A realização de entrevistas semiestruturadas foi a abordagem escolhida para conhecer melhor o cotidiano e as estratégias das pessoas envolvidas com o tema da pesquisa. Essa técnica possibilita que as respostas sejam mais espontâneas e propiciem um diálogo mais fluído entre entrevistado e entrevistador. Para Thiollent (1987), a partir destas respostas é possível identificar um conjunto de valores, normas, representações, símbolos e explorar, inclusive, verbalizações de conteúdos afetivos.

As entrevistas semiestruturadas apresentam caráter não-diretivo e não-dirigido, e facultam ao entrevistador a possibilidade mais ampla de compreender, sem distorcer, direcionar ou interpelar, as falas dos entrevistados. Thiollent (1987) propõe, ainda, os seguintes passos para estabelecer a interlocução com os grupos:

1. Escolher um pequeno número de pessoas a serem entrevistadas, as quais devem ser representativas do assunto estudado, incluindo representantes de posições diversas;
2. As entrevistas devem ser gravadas e conduzidas sem imposição da problemática pelo pesquisador, e o entrevistador deve apresentar-se em situação de “atenção flutuante”;
3. A análise do conjunto das entrevistas deve considerar as expressões verbais e não-verbais, compondo sua relação com dados básicos das pessoas – idade, gênero, profissão, religião, nível educacional etc. (adaptado de Thiollent, 1987, p. 86,).

Tais orientações foram aplicadas a este estudo na preparação, realização e análise das entrevistas. Ainda, acrescentaram-se às reflexões: as anotações advindas das participações nas atividades *on-line*, promovidas mensalmente pela prefeitura e suas secretarias; as aproximações com os profissionais e pesquisadores da área; as visitas às unidades básicas de saúde; e as observações de contextos cotidianos.

Neste contexto, utilizou-se a concepção teórico-metodológica da análise de conteúdo e análise qualitativa, referenciada em Bardin (1977), Thiollent (1987), Minayo e Sanches (1993), Minayo, Deslandes e Gomes (2002) e Minayo (2014). Este conceito foi aplicado com a finalidade de buscar respostas para o objetivo específico 2: conhecer e analisar as narrativas que quatro grupos (os gestores, trabalhadores da saúde/assistência social, representantes da sociedade civil e as pessoas com 60 anos ou mais) elaboram a respeito das múltiplas velhices em Belo Horizonte.

Para a análise das respostas obtidas dos interlocutores, adotou-se a metodologia de análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), em que as interpretações das narrativas podem ser feitas por meio da inferência, definida como um tipo de interpretação controlada. Em conformidade com a autora, não há o interesse somente na descrição dos conteúdos, e sim no que estes poderão ensinar após serem tratados conjuntamente, dentro de um contexto e em uma escala temporal.

Conforme explicita Bardin (1977), a análise de conteúdo baseia-se em três etapas sequenciais: i) a pré-análise, ii) a exploração do material e iii) o tratamento dos resultados a partir de inferência e interpretação.

A pré-análise tem como objetivo compreender as percepções e experiências relacionadas ao envelhecimento e ao pensar geográfico. Então, tomou-se como referência literaturas acadêmicas sobre o tema, artigos de jornais, relatórios governamentais internacionais e nacionais, bem como fontes lúdicas, como filmes, documentários, imagens e fotografias.

Foi realizada a leitura flutuante desses conteúdos no que, de acordo com Bardin (1997), trata-se da primeira atividade, deixando-se invadir-se por impressões e orientações. De acordo com a autora, a análise de conteúdo consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que adota procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição das mensagens.

Na sequência, foi feita a exploração do material, a partir da transcrição das entrevistas, com leitura cuidadosa do seu conteúdo, organizado previamente em blocos temáticos, de modo a identificar as ideias, conceitos e narrativas recorrentes. Tal levantamento foi feito também ao longo da construção dos capítulos da tese, aplicado aos temas e conceitos abordados na literatura e nas demais fontes de materiais utilizadas. Esta etapa consiste especialmente na codificação e na categorização estabelecida, conforme Tabela 9.

Com base na metodologia de análise proposta por Attride-Stirling (2001), questões centrais com muitas respostas interconectadas foram selecionadas. Uma análise de redes temáticas foi aplicada para encontrar os grandes temas abordados ao longo das narrativas. Os conjuntos de temas básicos foram reunidos em eixos globais, identificando segmentos de trechos que abarcavam reflexões e afirmações sobre tais eixos.

A proposta de interpretação é a de explorar as categorias elencadas a fim de identificar padrões, tendências e relações de conformidade ou desconformidade, dentro e entre as narrativas dos diferentes grupos. Além de contabilizar a frequência e qualidade dos assuntos abordados, o objetivo final foi apresentar os resultados da análise de forma organizada, destacando os principais temas e achados relacionados ao envelhecimento em Belo Horizonte.

Para análise dos dados textuais, utilizou-se o *software* de código aberto Iramuteq (*Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*), desenvolvido por Pierre Ratinaud e integrado ao ambiente estatístico do R. O uso deste software teve por objetivo quantificar a frequência dos principais temas nos discursos convergentes ou divergentes, presentes nas narrativas dos entrevistados.

Dados qualitativos textuais, provenientes de transcrições de material verbal, são analisados para identificar o contexto em que estão inseridos. O conjunto de textos sujeitos à análise é denominado *corpus*. Segundo Camargo e Justo (2021), inicialmente, o *corpus* textual é examinado para identificar e quantificar o número total de palavras, frequência, quantidade de textos e Segmentos de Texto (STs), além de classificar gramaticalmente as palavras, considerando suas formas reduzidas em relação às raízes.

A partir dos STs fragmentados automaticamente pelo *software*, é possível visualizar o agrupamento das palavras, proporcionando uma compreensão mais profunda do objeto de

análise. (Salvati, 2017; Camargo e Justo, 2021). O *software* incorpora regras específicas de lematização das palavras analisadas, convertendo verbos para o infinitivo, substantivos para o singular e adjetivos para o masculino singular (Salvati, 2017; Camargo e Justo, 2021).

O Iramuteq processa cinco análises textuais distintas: Estatísticas Textuais, Especificidades de Grupos, Análise Fatorial por Correspondência (AFC), Classificação Hierárquica Descendente (CHD), Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (NP). Para maiores detalhes de processamento, é possível acompanhar uma apostila passo a passo, elaborada por Camargo e Justo (2021).

Tabela 10: Proposta de análise de conteúdo das entrevistas semiestruturadas

Categorias	Questão organizadora	Eixos Globais	Frequência
1	O que é envelhecer?	Processo biológico/natural, Perda da Mobilidade, Vulnerabilidade, Fragilidade, Maturidade, Experiência, Sobreviver	Contabilizada a partir do <i>software</i> Iramuteq. Adotou-se os resultados da Classificação Hierárquica Descendente (CHD) na figura do dendrograma e da Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (NP) apresentados para cada categoria.
2	O que é viver com saúde? Envelhecer com saúde ou sem saúde?	Concepção mais ampliada de saúde, Bem-estar físico, mental e social, Atividades Físicas e Culturais, Lazer, Ambiente adequado, Qualidade de moradia, Religiosidade	
3	Como é envelhecer em Belo Horizonte?	Ritmo da cidade, Diferenças Regionais, Desigualdades, Depende de políticas, É uma questão urbana	
4	Quais outros fatores impactam no envelhecimento? Por quê?	Mobilidade urbana, Renda, Trabalho, Trajetória de vida, Alimentação, Família, Cuidados, Violação de direitos e idadismo, Situação de rua, Serviços de saúde e assistência social, Políticas públicas, Religiosidade	
5	Quais as principais demandas realizadas pelos idosos?	Saúde, Cultura/lazer, Grupos de convivência, Equipamentos urbanos, Políticas voltadas para a pessoa idosa, Banheiros públicos, Políticas Públicas (PAIF, CRAS, Vida Ativa, SUS, BPC, Liang Gong, EJA, Mais Vida em casa, ILPI, Maior Cuidado)	
6	Como a pandemia de Covid-19 se apresenta no contexto do envelhecimento?	Falta de planejamento, Incertezas, Estratégias, Isolamento, Impactos na saúde mental	

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas realizadas entre abril e agosto de 2023 e janeiro de 2024.

O pré-tratamento dos dados para análise no *software* foi feito por meio do agrupamento das respostas transcritas conforme a questão organizadora, que poderiam consistir em uma ou mais respostas às perguntas dos roteiros de entrevistas. Os grupos G1, G2, G3 e G4 foram reunidos em um único *corpus*, a fim de se compreender a tendência das narrativas. Dentre os resultados de saída que o *software* oferece, optou-se pela classificação hierárquica descendente (CHD) e a nuvem de palavras ao final de cada categoria analisada.

Propõe-se, ao término de cada grande categoria, destacar os principais termos e expressões em grupos em forma de nuvem de palavras para o fechamento da análise. Todo o conteúdo produzido está interligado com reflexões da literatura previamente mencionadas nos capítulos anteriores, além de evidenciar novas perspectivas. Essas conexões fornecem *insights* valiosos para a formulação de políticas e programas direcionados à população, especialmente com 60 anos ou mais, visando seu bem-estar. Esse exercício viabilizou e fundamentou a sistematização, associação e categorização dos conteúdos presentes nas entrevistas a serem apresentados, analisados e discutidos nas próximas sessões.

De maneira complementar, Minayo e Sanches (1993, p. 246) afirmam que “um verdadeiro modelo qualitativo descreve, compreende e explica, trabalhando exatamente nessa ordem, [...] permitindo-nos checar o que é dito com o que é feito, com o que é celebrado e/ou está cristalizado”. Assim,

Uma análise qualitativa completa interpreta o conteúdo dos discursos ou a fala cotidiana dentro de um quadro de referência, onde a ação e a ação objetivada nas instituições permitem ultrapassar a mensagem manifesta e atingir os significados latentes (Minayo e Sanches, 1993, p. 246).

Foram realizados seis pré-campos, entre 31/04/2022 e 01/07/2022, a fim de testar a compreensão das perguntas elaboradas pelos múltiplos interlocutores. Observou-se a necessidade de incorporar novas questões ou formas de indagar, marcar o tempo médio das entrevistas e familiarizar a pesquisadora com o roteiro. Além disso, os pré-campos puderam apurar a capacidade de ouvir, dosar o tempo, perceber como iniciar e terminar as entrevistas e de decidir o que poderia ser mais explorado.

Após o exame de qualificação, procedeu-se às entrevistas ao longo de seis meses, entre abril e agosto de 2023 e janeiro de 2024, após a aprovação do CEP/UFMG. A seguir, os grupos escolhidos, o perfil dos entrevistados, a estratégia de seleção adotada e a especialização dos entrevistados em Belo Horizonte são detalhadamente caracterizados.

4.1.2 Participantes e questões

Com o intuito de abarcar atores sociais que estivessem presentes em vários setores da cidade e em diferentes contextos, sejam eles de atuação profissional e/ou vivência cotidiana, foram estabelecidos quatro grupos:

- **Grupo 1:** “Gestores”, que atuam nos setores públicos de Assistência Social / Saúde / Políticas Públicas / Planejamento Urbano e Territorial / e Mobilidade Urbana;

- **Grupo 2:** “Trabalhadores da saúde e assistência social”, que atuam no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) / nas Academias da Saúde (PAS)/ nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), das equipes da saúde e família (ESF), nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) pertencentes ao SUS-BH;

- **Grupo 3:** “Representantes da sociedade civil”, pertencentes ao Conselho Municipal do Idoso (BH), Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI) e profissionais de Instituições de Longa Permanência Filantrópicas (ILPI);

- **Grupo 4:** “Pessoas com 60 anos ou mais”, composto por moradores de distintos bairros, seja no hipercentro e/ou nas periferias da cidade, que se encontram em diferentes momentos da velhice.

Entendeu-se que esses sujeitos eleitos estavam habilitados a auxiliar na compreensão dos mosaicos que compõem o(s) envelhecer(es) em Belo Horizonte, ofertando uma gama diversificada de respostas. Os entrevistados expuseram as realidades vividas/trabalhadas, com suas experiências, práticas, ações e percepções, auxiliando a determinar e entender a multiplicidade de fatores que tocam a seara do envelhecimento, trazendo novas ou antigas conexões.

Em razão da sua natureza qualitativa, nesta etapa, não se priorizou a utilização de uma amostra estatisticamente representativa da população idosa de Belo Horizonte, nem mesmo em um percentual proporcional comparativo para os grupos. Seguindo a premissa levantada por Minayo (2017) a respeito da saturação na pesquisa qualitativa, entende-se que

[...] as amostras não devem ser pensadas por quantidade e nem precisam ser sistemáticas. Mas a sua construção precisa envolver uma série de decisões não sobre quantos indivíduos serão ouvidos, mas sobre a abrangência dos atores sociais, da seleção dos participantes e das condições dessa seleção (Minayo, 2017, p. 5).

Cabe pontuar, nesse momento, a representatividade da enunciação individual para o coletivo e a preocupação em construir grupos que pudessem representar uma narrativa, ao mesmo tempo, pessoal e coletiva. Minayo (2017) faz emergir as reflexões de um filósofo e dois sociólogos a respeito do tema:

Em primeiro lugar, a palavra de Gadamer²⁷ (2008) quando ressalta, em sua hermenêutica filosófica, uma dialética entre o grupo e o indivíduo. Segundo o autor, cada individualidade é manifestação do viver total embora não seja a totalidade do viver. Nesse sentido, a fala de cada um deve ser valorizada, mas não de forma absoluta, uma vez que o sujeito não se esgota na conjuntura em que vive e nem sua ação e pensamento são meros frutos de sua vontade, personalidade e desejo. Sua narrativa precisa ser balizada pelo pensamento do outros, pois é também reveladora do grupo em que está inserido e de seu tempo histórico onde sua singularidade está entranhada de cultura. Um segundo autor de importância nesse caso é Bourdieu²⁸ (1983) quando desenvolve a noção de *habitus* como um dispositivo que auxilia a pensar as características de uma experiência biográfica a partir de uma identidade social que orienta o indivíduo, ora consciente ora inconscientemente. O indivíduo se apresenta como uma síntese complexa de seu contexto sócio-histórico, dotado, portanto, de uma interioridade e de uma configuração social exterior a ele. O terceiro autor de importância é Norbert Elias que também trabalha com a noção de *habitus* numa abordagem configuracional (Elias²⁹, 1994), em que a sociedade e os grupos são vistos como espaços de interações e de redes intercomunicantes. As relações entre os indivíduos ocorrem sempre de maneira interdependente, ou seja, conformando identidades pessoais e sociais (Minayo, 2017, p. 3).

Pensando nessas proposições, para o Grupo 1, “Gestores”, foram priorizados profissionais que atuassem nas diversas frentes e com algum envolvimento com o tema da pessoa idosa, direta ou indiretamente. Então, foram ouvidos dois gestores da assistência social da média e alta complexidade, dois gestores do planejamento urbano, dois gestores da área de políticas públicas para o idoso e um gestor na área de mobilidade urbana. Dentre suas formações variadas, foram entrevistados engenheiros, geógrafos, psicólogos e assistentes sociais, totalizando sete interlocutores (Tabela 10).

Para o Grupo 2, “Trabalhadores da saúde e assistência social”, optou-se por eleger profissionais atuantes em todas as regionais. Compuseram este grupo: referências técnicas do idoso, fisioterapeutas, enfermeiros, educadores físicos, fonoaudiólogos e assistentes sociais, num total de 12 entrevistados (Tabela 10). O Grupo 3, “Representantes da sociedade civil”, contou com profissionais da área de psicologia, educação física, serviço social e enfermagem, serviços que se tornam cada vez mais frequentes no dia a dia dos idosos. Ele agregou cinco representantes (Tabela 10). Para o Grupo 4, “Pessoas com 60 anos ou mais”, foram selecionadas pessoas de diferentes realidades sociodemográficas e de saúde, residentes em contextos distintos no município, distribuídas nas nove regionais administrativas. Essa dispersão visou capturar algumas das singularidades de cada uma dessas regionais.

Tabela 11: Perfil dos entrevistados - Grupos 01, 02 e 03

Profissão	Sexo

²⁷ GADAMER, H.G. **Verdade e Método**. 2. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008.

²⁸ BOURDIEU, P. **Questões de sociologia**. Rio de Janeiro: Marco Zero, 1983.

²⁹ ELIAS, N. **A Sociedade dos Indivíduos**. Rio de Janeiro: Editora Jorge Zahar, 1994.

	F	M
Enfermeiro (a)	5	1
Assistente Social	6	1
Educador(a) Físico(a)	1	2
Engenheiro (a)	1	1
Geógrafo (a)	1	2
Psicóloga(a)	3	-
Fonoaudiólogo (a)	1	-
Fisioterapeuta	1	-
Total	19	7
Total de entrevistados	26	

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas realizadas entre abril e agosto de 2023 e janeiro de 2024.

Prezou-se, então, pela heterogeneidade do grupo, com perfis variados em relação à faixa etária (60 a 70, 70 a 80, e 80 anos ou mais), gênero (sexos feminino e masculino), situação conjugal (casados, solteiros, viúvos, divorciados), cor/etnia (pretos, pardos, brancos, amarelo, indígena e quilombola), escolaridade (não alfabetizado, 1ª a 4ª séries, fundamental, médio, superior, mestrado e doutorado) e renda (contabilizada a partir de salário-mínimo recebido declarado), independente/ativo/a, e que estivessem aptos a explanar sobre sua condição e percurso de vida (ver Tabela 11 e 12).

Tabela 12: Entrevistados do Grupo 04 segundo sexo e grupo etário

Sexo/grupo etário	60 - 70 anos	70 - 80 anos	80+	Total
Feminino	3	5	2	10
Masculino	2	2	3	7
Total de entrevistados	17			

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas realizadas entre abril e agosto de 2023 e janeiro de 2024.

Tabela 13: Perfil dos entrevistados do Grupo 04 quanto à renda, escolaridade, situação conjugal, raça/cor e local de moradia

	Renda	Escolaridade	
Até um salário-mínimo (até R\$1.212,00)	2	2	Primário incompleto
Entre 1 e 3 salários-mínimos (R\$1.212,00 a R\$3.636,00)	7	3	Primário completo
Entre 4 e 5 salários-mínimos (R\$ 4.848,00 a R\$6.060,00)	6	10	Colegial/ginásio completo
Acima de 6 salários-mínimos (acima de R\$7.272,00)	2	2	Superior/pós-graduação
	Situação conjugal	Raça/cor	
Casada(o)	9	4	Branca
Solteira(o) ou separada(o)	3	9	Parda

Viúva(o)	5	4	Preta
Condição de Moradia			
Casa ou apartamento com cônjuge e/ou filhos	11	6	Casa ou apartamento sem filhos
Situação de Localização da Moradia			
Bairros formais	13	4	Favelas/comunidades urbanas/quilombo

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas realizadas entre abril e agosto de 2023 e janeiro de 2024.

Como eixo norteador para a participação na pesquisa, foi adotado o contexto de moradia para identificação e convite dos sujeitos desse grupo; assim, optou-se por buscar residentes de bairros da cidade dita “formal”, moradores de quilombos, favelas/comunidades e ocupações urbanas. Foram privilegiados territórios díspares em seus contextos de estrutura social-econômica-cultural, com seus distintos arranjos espaciais, no centro e na periferia, em um total de 43 entrevistados. Seguiu-se, ainda, um decálogo de recomendações apontadas por Minayo (2017) ao responder à pergunta “Quais seriam as precondições para se garantir uma amostra suficiente e fidedigna?”:

(1) dar atenção à elaboração de instrumentos que permitam compreender as homogeneidades e as diferenciações internas do grupo ou dos grupos a serem pesquisados; (2) assegurar que a escolha do local e do grupo (ou dos grupos) para observação e troca de informações contemple o conjunto das características, experiências e expressões que o pesquisador pretende objetivar com seu estudo; (3) privilegiar, na amostra, os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer; (4) definir claramente o grupo social mais relevante, no caso de se trabalhar com vários subconjuntos; (5) dar atenção, também, a todos os outros grupos que interagem com o principal, buscando compreender o papel de cada um em suas interações, interconexões e influências mútuas; (6) trabalhar numa perspectiva de inclusão progressiva das descobertas do campo, confrontando-as com as teorias que demarcam o objeto; (7) nunca desprezar informações ímpares, que se destacam e não são repetidas, cujo potencial explicativo é importante para a descoberta da lógica interna do grupo estudado; (8) considerar um número suficiente de interlocutores que propicie reincidência e complementaridade das informações; (9) certificar-se de que o quadro empírico da pesquisa esteja mapeado e compreendido; (10) sempre que possível, prever uma triangulação de técnicas e até de métodos (Minayo, 2017, p. 4).

A Tabela 13 expõe a distribuição dos entrevistados por grupos e pelas regionais administrativas de Belo Horizonte.

Ressalta-se que, para a componente qualitativa da pesquisa, não se procurou adotar uma lógica quantitativa de mensurar quantidades ou porcentagens de discursos proferidos. Em conformidade com a definição de Minayo (2017), o exercício foi trazer “significados, da perspectiva dos sujeitos, das relações que estão presentes e das interconexões entre os atores e os fatos” (p. 9), não atendo-se à sensação de saturação, por muitos considerada como sinônimo

de “repetição de discursos previsíveis por meio de roteiros de entrevistas semiestruturadas” (p. 9). Nas análises realizadas, contemplou-se o agrupamento de discursos comuns em categorias sem, contudo, desprezar o entendimento da complexidade e diversidade do campo, do tema e da vida social.

Tabela 14: Relação dos sujeitos entrevistados por grupo e regional

Grupos		G1	G2	G3	G4	Total de entrevistados
Territórios/Regionais	Sujeitos	Gestores	Trabalhadores da Saúde e Assistência Social	Sociedade Civil	Pessoas 60+	
	Norte	7	4	5	2	
	Nordeste		1		2	
	Noroeste		1		2	
	Pampulha		1		2	
	Centro-sul		3		2	
	Venda nova		1		2	
	Leste		1		2	
	Oeste		1		2	
	Barreiro		1		1	
9	Total por grupo	7	14	5	17	43

Fonte: Elaboração própria a partir das entrevistas realizadas entre abril e agosto de 2023 e janeiro de 2024.

Os participantes foram informados que as entrevistas eram voluntárias e não implicariam em qualquer dano pessoal ou indenização, além de terem o sigilo de todas as informações prestadas mantido; o uso das respostas seria apenas para fins acadêmicos; e que teriam a liberdade de não responder a qualquer pergunta ou interromper a sua participação, caso desejassem.

Para todos os grupos, foram apresentados a temática e os objetivos da tese, solicitando sua disponibilidade para realização de entrevista presencial. A aproximação com os sujeitos se fez a partir de um contato inicial por e-mail e/ou telefone (ligação ou WhatsApp). Das 43 entrevistas feitas, seis foram remotas (*on-line*) e as demais (37) ocorreram presencialmente. Com a concordância dos interlocutores, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

foi disponibilizado e explicado, sendo então solicitada sua leitura e assinatura. Em seguida, o diálogo foi conduzido tomando por base os roteiros de entrevistas, que podem ser consultados nos Apêndices C e D, bem como o TCLE, no Apêndice E.

Para o estabelecimento da interlocução, foi necessário efetuar dois processos de solicitação de anuência e aprovação ao comitê de ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA). Esses processos tiveram tramitação longa, via Plataforma Brasil.

Junto ao CEP-UFMG, obtivemos anuência sob registro CAAE: 60209822.5.0000.5149 com parecer substanciado aprovado em 06 de fevereiro de 2023 e via CEP da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Belo Horizonte (SMSA) na figura de coparticipante, que teve anuência sob registro CAAE: 60209822.5.3001.5140 com parecer consubstanciado aprovado em 12 de fevereiro de 2024. Os pareceres consubstanciados encontram-se no anexo III, bem como Termo de Anuência Institucional da SMSA e a Carta de Anuência Institucional da Secretaria Municipal de Assistência Social (SUASS/BH) nos anexos IIV e V.

Seguindo os roteiros reproduzidos nos Apêndices C e D, definiu-se um primeiro bloco de indagações, chamado “características sociodemográficas”, a partir do qual os perfis dos entrevistados puderam ser traçados. Este bloco contempla informações demográficas e socioeconômicas que permitiram um panorama geral dos entrevistados quanto às variáveis gênero, idade, estado civil, profissão e escolaridade.

Tais caracterizações sociodemográficas foram comuns para todos os formulários. Para os sujeitos com 60+ anos, foram acrescentados os quesitos: quantidade de filhos, se mora sozinho, tempo que mora no bairro e a renda. O intuito foi de verificar se as diferenças nessas características poderiam causar percepções discrepantes entre os interlocutores quanto aos processos de envelhecimento.

Em seguida, estabeleceu-se um bloco com “reflexões sobre a temática” do envelhecimento, ou o que os sujeitos concebem sobre o que é viver com saúde, o que é envelhecer e como é envelhecer em Belo Horizonte.

Em um terceiro momento, os aspectos relacionados a “gestão, serviços e demandas” destinaram-se a contemplar o entendimento sobre as políticas públicas voltadas para a área da saúde, assistência social e planejamento urbano/mobilidade. Seu objetivo foi entender a disponibilidade, ou não, de ofertas, acessos, demandas, contextos de iniquidades e desigualdades, que afetam ou são observados pelos interlocutores.

Seguiu-se, então, para o “aprofundamento na temática”, no qual buscou-se verificar as possíveis associações entre as distintas formas de envelhecer com a infraestrutura urbana, mobilidade, segurança alimentar, local de moradia e fatores socioeconômicos da/na cidade. O objetivo foi ouvir reflexões, solicitações, reclamações e experiências do vivido, bem como propostas e sugestões, que pudessem responder e esclarecer as indagações colocadas nessa pesquisa.

Além disso, foi abordado o “contexto pandêmico (Covid-19)”. Neste momento da entrevista, para os profissionais da ponta, gestores e sociedade civil, objetivou-se investigar a criação de estratégias pensadas/executadas exclusivamente para o suporte da população com 60 anos ou mais durante a pandemia. Para a população 60+, buscou-se saber quais foram as mudanças que o contexto vivido durante esse período trouxe para suas vidas.

As entrevistas foram encerradas com o bloco “expansão do tema”, no qual perguntou-se aos entrevistados se gostariam de acrescentar outras informações a esta colaboração e indicar outros possíveis interlocutores, na intenção de captar novos sujeitos a serem entrevistados pela metodologia de “bola de neve”, sempre com um perfil pré-estabelecido, a fim de cumprir com os critérios de seleção citados acima. Por fim, foi colocada uma questão para movimentar o pensar do sujeito sobre o seu próprio envelhecimento e, de maneira reflexiva, perguntou-se: “Você planeja o seu envelhecimento? Como?”.

A priori, não houve a necessidade de uma segunda rodada de diálogo com os mesmos sujeitos ou a incorporação de novos interlocutores. Duas entrevistas foram descartadas, por estarem os participantes indicados fora do grupo etário 60 anos ou mais. Destaca-se que apenas um entrevistado não permitiu a gravação de sua narrativa.

Conforme o indicado no TCLE, os entrevistados tiveram sua identidade resguardada; para distingui-los, foram criados pseudônimos. Para os Grupos 01, 02 e 03, foram utilizados nomes de árvores nativas e frutíferas brasileiras, e, para o Grupo 04, nomes de pássaros brasileiros. As idades dos interlocutores, na data da entrevista, foram mantidas.

Na Figura 18, verifica-se a localização dos entrevistados, classificados por grupo, de acordo com a Tabela 13, a fim de expor uma visão mais ampla da disposição e dispersão dos interlocutores pelo território belorizontino.

Ao longo das entrevistas, alguns pontos marcantes do discurso foram anotados no caderno de campo; interferências no conteúdo da entrevista, por falas e opiniões de filhos, netos e colegas de trabalho foram também pontuadas, para atenção posterior no momento das análises. Alguns contextos foram fotografados para o recordatório da diversidade existente, as

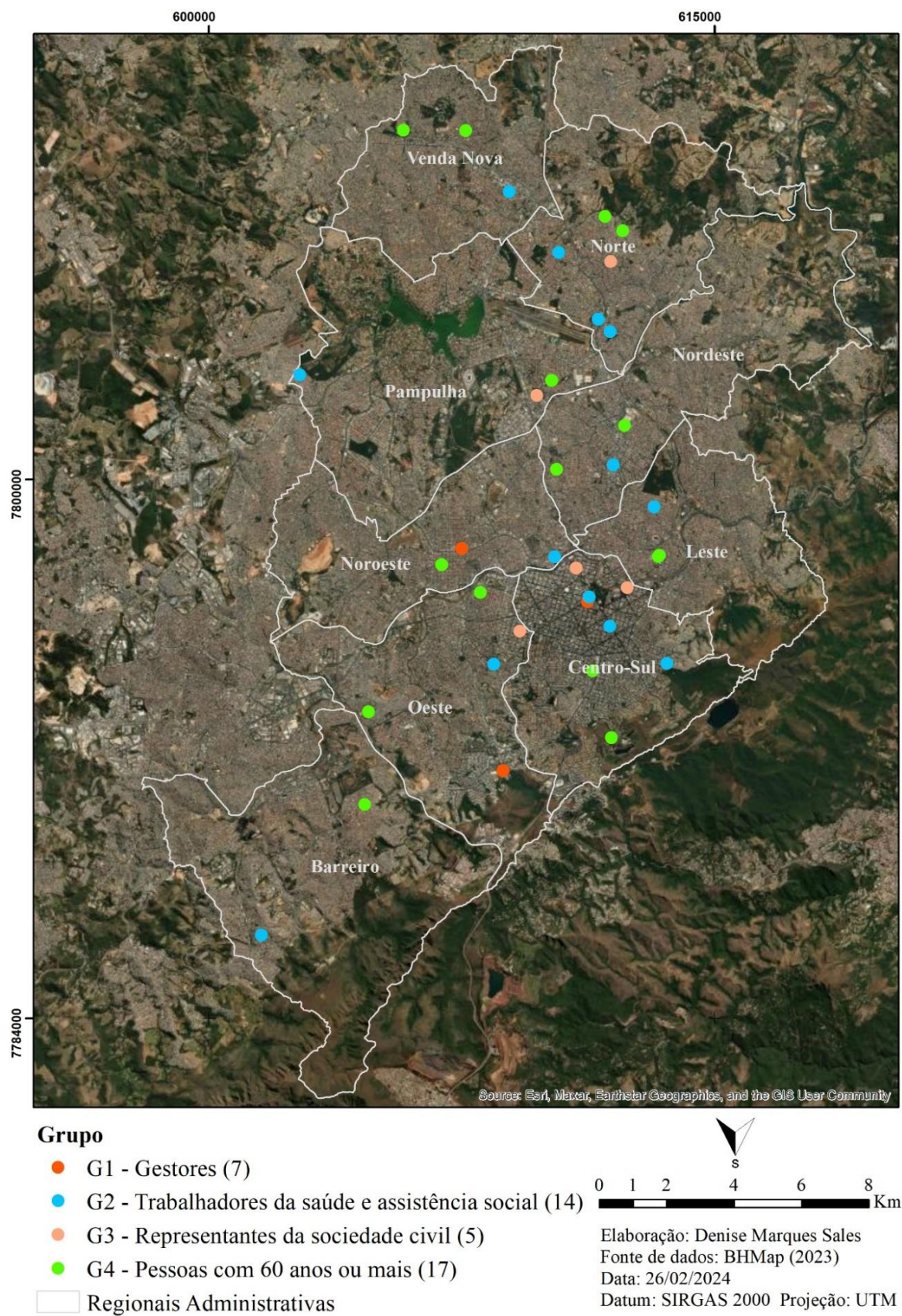
discrepâncias entre os lugares da cidade e as similaridades do ambiente habitado, e também para a composição artística do texto.

As entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra, respeitando a ordem das perguntas e eixos temáticos contemplados nos roteiros, no intuito de preparar o material adequadamente para as análises. Trechos complementares dentro das narrativas e novas perguntas associadas ao tema foram contempladas na sequência e de acordo com a similaridade do conteúdo com o restante do corpo do texto transcrito. O tempo médio de duração de cada uma delas foi 80 minutos.

Explano que, como primeira experiência no campo qualitativo, tive o desafio de me readequar a cada entrevista, abrir-me para sensações e emoções diversas em cada uma delas, rever e revisitar pensamentos, opiniões e reflexões. Sorrir junto com o entrevistado e segurar o choro em muitos relatos marcantes. Pude apreciar cafés, bolos, doces, cachaças, produções artesanais, fotografias e levar para casa mimos de quintais. Pude também sentir a satisfação, principalmente das pessoas com 60 anos ou mais, de serem ouvidas com atenção e respeito. Pontuo aqui a oportunidade e os desafios que essa metodologia propicia, de aproximação com a vida real; o que acontece durante o percurso da pesquisa é único, assim como cada entrevistado e suas vivências.

Como geógrafa, aproveitei bem “o observar” dos percursos e caminhos percorridos pela cidade até chegar ao local da entrevista, alguns rotineiros, outros nunca antes explorados/percorridos. Nesses trajetos, sempre estiveram em voga a questão da segregação socioespacial, os aspectos do ambiente construído – calçadas, arborização, iluminação, sinalizações, limpeza urbana –, as discrepâncias e similaridades dos territórios da cidade, as adaptabilidades ou não dos espaços, a distribuição dos serviços e a mobilidade urbana existente ou não.

Figura 18: Distribuição dos entrevistados pelas Regionais Administrativas de Belo Horizonte



Fonte: BHMap (2023). Elaborado pela autora, 2024.

4.2 As múltiplas velhices em Belo Horizonte: desigualdades socioespaciais e busca por um envelhecimento com dignidade

Inicialmente, destaca-se a definição de Milton Santos (1999) a respeito da categoria de análise “espaço”, que permeia as componentes analíticas desta tese. Nesta categoria, o geógrafo brasileiro salienta a importância de compreender o espaço como um campo de práticas sociais, onde diferentes atores e grupos sociais produzem, transformam e se apropriam do espaço de acordo com seus interesses e objetivos. Isso envolve a análise das formas de uso e ocupação do espaço, as relações de poder e dominação que se manifestam na organização espacial, e as dinâmicas de localização que influenciam a configuração dos lugares, suas facilidades e desafios contextuais.

Entender o espaço como espaço-lugar permite tanto o estudo quanto o planejamento de ações diferenciadas sobre grupos socioespaciais dentro de um contexto. No caso deste estudo, foram contempladas as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) e outras sobreposições de divisões espaciais administrativas como, por exemplo, as regionais da cidade e seus os bairros.

Conforme a perspectiva de Milton Santos, os lugares representam o cenário da vida cotidiana e constituem-se também como uma forma de resistência à homogeneização do espaço. Seguindo essa abordagem, o espaço transcende sua definição meramente como localização, sendo entrelaçado ao conceito de lugar como experiência, caracterizado por padrões de interação e significados próprios (Santos, 1999). A seguir, são apresentadas, em tópicos, as narrativas e análises a partir das categorias e questões norteadoras estabelecidas na Tabela 9.

4.2.1 O que é envelhecer [categoria 01]

O envelhecimento é um processo natural, progressivo e heterogêneo, e depende da trajetória de vida de cada um. Além de ser um fenômeno demográfico, é também assunto econômico, social, político, cultural, ético e de direitos humanos (Araújo e Ribeiro, 2024). Como afirma Rojas (2019), envelhecer resulta de uma complexa trama de fatores biopsicossociais, interconectados ao curso de vida de cada pessoa ou grupo.

O envelhecimento é caracterizado como um processo que se inicia desde o nascimento e que sofre influências e variações de pessoa para pessoa, dependendo das componentes históricas, culturais, intelectuais, ambientais e hábitos de vida (Araújo e Ribeiro, p. 2090, 2024). Usualmente, as pessoas associam o envelhecimento a um processo natural, biológico em um

primeiro momento, entendendo o envelhecimento como um processo gradual e multifatorial determinado por fatores genéticos e ambientais (Araújo e Ribeiro, 2024).

Ao longo das narrativas, muito foi falado sobre a perda das capacidades físicas e biológicas, mudança de ritmo, perda da mobilidade, aumento da fragilidade, da vulnerabilidade e da necessidade de cuidados.

Na perspectiva da gestora: *“Envelhecer é uma condição humana, né? De todos nós, é o natural da vida, o envelhecimento. Agora, cabe à gente entendê-lo na sua qualidade, na sua completude, assim, de acesso a direitos”* (Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F); *“É mudança”* (Mangueira, G2 - 57 anos - F).

Do ponto de vista biológico e cronológico, Jacarandá (G1) diz:

Envelhecer é ir se acostumando com as limitações que o corpo vai trazer. Ele é feroz, ele vem, e o envelhecimento é limitação do corpo. Ele vai se deteriorando, aprendendo e se modificando. Hoje, eu não tenho mais a capacidade física e respiratória que eu tinha quando era jovem.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

Muito envolvida em uma rotina de cuidados e de assistência psicológica, Sucupira (G3) traz que envelhecer *“é perda de funcionalidade”* e expressa que *“não tem como, né? É o caminho que todos vão passar. Perder funções cognitivas, físicas e muitas vezes sociais”*. Considerando as limitações, outro interlocutor afirma:

Não é coisa muito romanceada, não, sabe? Eu acho que a gente tem uma condição muito prática de vida que está posta, assim, e a gente envelhecer é essa questão do passar dos anos mesmo, das fases de vida que vão mudando, a nossa questão fisiológica, a nossa questão de resposta, até em relação às atividades que a gente consegue fazer, vai mudando. As nossas características de rotina vão mudando, as nossas necessidades vão mudando, e eu acho que o envelhecer é esse processo mesmo de ciclo da nossa vida.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos – M e Figueira, G2 - 42 anos - F)

A atuação do tempo, que altera o corpo de cada pessoa, como citado por Fernández (2007), é uma perspectiva marcante nas falas. O envelhecimento biológico, que causa mudanças e perdas em diversos níveis (celular, imunológico, orgânico, cognitivo), está refletido no *“medo”* de perda de algumas funções e habilidades, como declarado a propósito da *“dependência e perda de autonomia”* e até mesmo perceptível na *“parte estética, relacionada à perda da beleza”*. Arelado ao ciclo de vida, indicam que:

Envelhecer é estar nesse movimento da vida. Porque, desde o momento que a gente nasce, a gente está em constante envelhecimento. É um corpo orgânico, em que as rugas vão, os cabelos brancos vão chegar, algumas limitações podem aparecer, e que a gente pode lidar muito bem com isso, ou não.

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Eu percebo que, este envelhecer, ele é no nosso cotidiano, dia a dia. A gente precisa estar em alerta para a gente poder entender e aceitar aquilo que a gente não consegue mais fazer com tanta habilidade, com tanta rapidez, até mesmo o pensar e se adaptar.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Na observação cotidiana, Pessegueiro (G2) afirma que “*traz mais fragilidade e lentidão, tanto física quanto no raciocínio, é uma realidade do nosso público lá no CRAS*”.

Outra profissional da ponta revela que:

Tem gente que fala que envelhecer é ter mais um dia, outros dizem que é menos um. Para mim, envelhecer é cotidiano. Eu penso que trabalhar com o “Maior Cuidado” me ajudou muito, sabe, a ter uma percepção e aprender a lidar com a questão da velhice, no trabalho e em casa, com minha família, na vida cotidiana.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Araújo e Ribeiro (2024) consideram que a velhice se apresenta como um determinado ponto dentro do processo de envelhecimento, já que este último se caracteriza como um processo que se inicia desde o nascimento. Neri (2001), por sua vez, considera como última fase do ciclo vital, sendo demarcada por acontecimentos de caráter múltiplo, como perdas motoras, afastamento social e deterioração cognitiva.

A entrevistada do grupo 60+ diz que envelhecimento é:

Não dar conta de fazer determinadas coisas que você fazia brincando (risos). Começa a esquecer, assim, demora a ficha a cair. É você ir perdendo função, entendeu? Esse tipo de coisa é muito ruim. E a gente começa a perder muito amigo também, né?

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Nessa toada, entende-se que a velhice é uma experiência subjetiva e cronológica, associada às perdas, decorrentes da trajetória individual, da forma de vida, da genética, de eventos biológicos, sociais e culturais (Messy, 1999 *apud* Araújo e Ribeiro, 2024). E, portanto, agrega o “*medo de ficar dependente*”, no campo cognitivo, que dialoga com a reflexão de Fernández (2007), sobre o envelhecimento que atua na mente (psíquico), que pode ser

percebido com o aumento de sentimentos como solidão, frustração, isolamento, labilidade emocional. Tudo isso vai de encontro com o “*sentir-se velho*”.

Essa perspectiva biológica do envelhecimento humano, fundamentada basicamente no processo saúde-doença, é pautada numa série de clichês que direciona as pessoas a considerar o idoso a partir de suas limitações (Nascimento, 2021, p. 247). Araújo e Ribeiro (2024, p. 2090) pontuam que a sociedade, de um modo geral, ainda concebe a velhice como etapa de pobreza, de incapacidade e de doença. “*Eu acho que envelhecer talvez seja um contínuo processo de redução da sua liberdade*” (Pau Brasil, G1 - 44 anos - M). O entrevistado do grupo 60+ também fala a respeito da temática:

É um fato natural que a maioria das pessoas não espera que seja tão rápido. Praticamente ninguém é preparado devidamente, entendeu, pra envelhecer. Isso eu falo em qualquer lugar que perguntar. E você vai me perguntar, por quê? E eu digo: porque a gente esperava um outro tratamento ao chegar nessa fase da vida.

(Sabiá Laranjeira, G4 - 83 anos - M)

Com o olhar da gestão e já realizando uma reflexão social, Angico-Branco (G1) aponta aspectos que vão além do cronológico e biológico

Eu acho que o envelhecer é o processo de saber lidar com isso, saber lidar com um amadurecimento e um desgaste, digamos assim, do seu corpo ao longo do tempo, né? E a gente parece que não está, em muitos casos não está, tão bem-preparado para isso, seja no nível pessoal, seja no nível de sociedade, sabe?

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Outra entrevistada diz: “*Então, envelhecer, hoje, pra mim, é um desejo. Mas não somos ensinados, culturalmente, a passar por esse processo, que por vezes é desafiador, é necessário um amadurecimento e uma consciência muito apurados para o enfrentamento, e eu estou me preparando para isso*” (Embaúba, G3 - 44 anos - F).

Quando se avança a idade, os papéis atrelados à capacidade de trabalho são mais escassos. Preconceitos, discriminações quanto à aparência e à capacidade de execução de determinadas tarefas se combinam à desigualdade salarial (Vitorino, 2017). Com o envelhecimento, o sujeito pode perder seu papel como mão de obra e sua aposentadoria pode ser vista como uma desqualificação, uma ameaça permanente ao sistema produtivo, e não como um direito. Culturalmente, é difícil reconhecer e oferecer cuidados adequados a essas pessoas idosas, aposentadas ou não, mesmo após sua dedicação ao trabalho ao longo da vida. Esta forma

de pensamento precisa ser urgentemente reformulada para valorizar e cuidar mais adequadamente dos idosos em nossa sociedade.

Diariamente, “bombardeios de informações” nos celulares, na televisão, nos meios de comunicação da *web*, nas redes sociais, nos jornais, revistas e rádio trazem interpelações daquilo que nos interessa: as construções em torno do envelhecer, considerando as informações/imagens que advêm das indústrias de cosméticos, farmacêutica, moda, envolvendo os setores da política, economia e de segurança social (Vilasantie e Pacífico, 2022). Vale ponderar que “esses discursos estão permeados pela ideologia dominante e são elementos essenciais para a perpetuação da exploração do sistema capitalista” (Costa, 2015, p. 29), que viu nesta faixa etária inúmeros nichos de mercado a serem explorados.

Estrategicamente, o mercado propõe produtos e serviços, desde planos de saúde, funerários, produtos estéticos, suplementos alimentares e programas culturais, para aqueles que podem arcar com esses custos. A questão é: como serão assistidos os milhões que não podem pagar? Tal contexto tem interpelado a sociedade com estereótipos, mitos, rótulos e materializações a respeito do processo de envelhecimento, que passam pelo movimento espiral (nem sempre positivo) de construção/reconstrução dos significados dessa condição (Zanutto e Ribeiro, 2022).

A supervalorização da beleza e do vigor dos corpos, frequentemente associados à funcionalidade, já era abordada na obra “A Velhice”, de Simone de Beauvoir, na década de 1970. Naquele momento, a autora já argumentava que a sociedade valoriza a pessoa enquanto ela é útil para a economia; mas, depois de alguns anos, vira-lhes as costas. A autora questiona o propósito de uma sociedade que educa as pessoas para amar, respeitar e socializar, mas que mais tarde se torna rude, desrespeitosa e as exclui. E, ainda, questiona: quais atividades e funções as pessoas idosas desempenham quando são incluídas no sistema produtivo?

Esses aspectos continuam a contribuir, até hoje, para o desenvolvimento de estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento humano. Torna-se necessário, então, problematizar as representações sociais que circulam acerca das pessoas idosas, visto que essas interpelações atingem diversos níveis – individual, coletivo, político, socioeconômico e espacial – influenciando a saúde, a condição de vida, o estado emocional e o percurso de envelhecimento de cada indivíduo. Como coloca a autora:

Não se trata também de supervalorizar e louvar o velho e a velhice, trata-se apenas, da sensibilidade de uma sociedade e de uma ética de solidariedade em reconhecer que os valores singulares humanos não se encontram na potência, no vigor e na beleza física, mas sim, na dignidade humana (Menezes, 1999, p. 273 *apud* Araújo e Ribeiro, 2024, p. 2090).

Cabe retomar alguns dos conceitos desenvolvidos por Therborn (2010) em torno da temática das desigualdades. O autor assinala que estamos em face de um paradoxo do nosso tempo, no sentido territorial, onde as distâncias encolheram se olharmos os avanços da tecnologia, porque “o distanciamento é o principal caminho de aumento da desigualdade hoje, é o mais sutil dos mecanismos, o mais difícil de combater moral e politicamente” (Therborn, 2010, p. 151).

As mídias veiculam distintas ideias, sendo consideradas uma espécie de “quarto poder”, além de “sustentar os circuitos globais de trocas econômicas dos quais depende todo movimento mundial de informação, conhecimento, capital, investimento, produção de bens, comércio de matéria-prima e marketing de produtos e ideias” (Hall, 1997, p. 17).

A propósito do envelhecimento, as mídias propalam pelo menos duas matrizes, de acordo com Costa (2015): conservadora e revolucionária. Para exemplificar, uma profissional da ponta reflete dizendo que *“a gente do mundo ocidental, a gente tem que romper com isso, né? É, a gente valoriza essa cultura capitalista liberal. Que o bom é o novo, o ágil é o novo, o moderno é o melhor, e que a inovação é feita só por jovens. Isso é um grande erro”* (Quaresmeira, G2 - 47 anos - F).

Neste contexto, outra profissional que atua na assistência social acrescenta:

Então, eu penso que ela precisa ser desmistificada, porque a mídia, principalmente, é responsável por isso. Ela coloca que o bom era ser jovem. A gente vê as pessoas buscando a juventude eterna, fazendo loucuras, né, querendo mudar completamente o corpo, o rosto, na busca disso. As pessoas precisam entender que envelhecer é natural, que não é vergonha de estar mais velho, ao contrário. Mas a mídia precisa incorporar isso, né, por várias outras questões, né? A mídia, ela hoje já entendeu que a gente precisa ter propagandas com pessoas mais velhas, porque você não vai ter eternamente uma pessoa comprando biquíni, você vai providenciar maiô, você tem que colocar pessoas com aquele corpo. Então, a partir do momento que também muda essa cultura, eu acho que o processo de envelhecimento, ele fica mais natural.

(Figueira, G2 - 42 anos - F)

O pensamento neoliberal-burguês classifica o envelhecimento populacional como um “problema social”, adoecimento, improdutividade e marginalização social:

As pessoas estão precisando trabalhar essa questão também do envelhecimento, segundo como cada um vê o envelhecimento. Porque não significa que a pessoa chegou aos 60 anos, ah, ela é uma pessoa velha e que vai ter perda de memória e não contribui mais com a sociedade, é como uma debilitação. Não é isso! O que você vê na realidade, hoje em dia cada vez

mais, são pessoas chegando à faixa etária idosa mais avançada e com condições, com funções clínicas e psíquicas, capazes de responder e desenvolver trabalhos como qualquer outra pessoa na fase adulta produtiva.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

A gestora complementa, ainda, que “*tem muita coisa que precisa ser trabalhada desde a escola, na infância, ao longo da vida, e nesse momento eles entenderem o quão importante é valorizar as pessoas mais velhas e a experiência*” (Sibipiruna, G1 - 52 anos - F).

Ao mesmo tempo, os discursos ideológicos e políticos disseminam a urgência de se repensar o sistema previdenciário, atacam o direito à saúde, reforçam a necessidade de “reprivatização” do processo de envelhecimento, e culpabilizam os velhos e suas famílias pelas suas condições de vida (Costa, 2015). Tais aspectos estão presentes no relato de Paineira (G3), dizendo que envelhecer:

Hoje é um desafio! Porque você não tem acesso à saúde de maneira adequada, você não tem acesso à educação a sua vida inteira, né? A maioria da população não tem esse acesso. Às vezes, ele vai ter que fazer um exame que demora no Centro de Saúde, é difícil o acesso. E não só da saúde, você precisa de um transporte, mas você não tem condição de pagar um táxi acessível, é muito difícil; vai andar na rua com o passeio malconservado, você é cadeirante, você não tem um estacionamento adequado e, quando tem, a vaga demarcada não é respeitada, então é desafiador.

(Paineira, G3 - 50 anos - F)

Mangueira (G2) também pontua que “*Belo Horizonte é muito desigual, nossa realidade é muito desigual e eu acho que isso adocece, a gente adocece e modifica o envelhecimento, corrompe a dignidade*”. Em consonância, Aroeira (G1) levanta diferenças no envelhecimento “*tanto por gênero, que vai trazer uma concepção e uma forma de lidar com o envelhecimento distintas, quanto financeira, que vão trazer situações e formas múltiplas no envelhecer*”.

O que é envelhecer para um, pode não ser para outro. O envelhecer pode ser percebido de diferentes maneiras: uma pessoa pode se perceber cansada, acabada, sem perspectiva de vida, enquanto outra pode se considerar velha cronologicamente, mas jovem de espírito, com vontade para viver, com força física, vitalidade, desejos e ambições (Nascimento, 2021). Este pensamento é identificado na fala do entrevistado:

Envelhecer tem pelo menos dois tipos: tem aqueles que envelhecem, por exemplo, chega, não aceita idade e se entrega, entrega para velhice, ele tem uma cama ou um sofá, assim, para descansar e uma televisão. E tem aqui os outros que chega na idade que é considerada velhice, mas ainda tem forças para reagir ali, fazer muita coisa que ele dá conta e dá pra fazer. Eu, por

exemplo, vivo uma vida ativa, sem limitação emocional, mas isso vai depender muito da sua autonomia.

(Gavião, G4 - 73 anos - M)

Seguindo essa percepção, respostas em relação ao que é envelhecer seguiram um caminho distinto do apresentado. Narrativas mais positivas sobre o processo, que vão em direção à maturidade, experiência, sabedoria, ser saudável, ser ativo e resistir foram proferidas. Numa perspectiva otimista, Ipê Branco (G1) afirma que:

Eu tenho me feito muita essa pergunta, sabe, nesse momento que eu acabei de completar 60 anos. Primeira coisa que eu brinquei é que agora já posso me sentar na cadeirinha amarela do ônibus (risos). A gente pensa primeiro nos direitos, mas, de fato, eu vejo que envelhecer é caminhar na vida, aprender. Chega num ponto que você já tem uma visão do caminho percorrido, com mais tranquilidade, olhar pro futuro com mais segurança. A gente já passou pelas fases de criar filho, construir carreira. Então, hoje, pra mim, envelhecer é desfrutar desses aprendizados todos, desse caminho que eu percorri. É um momento um pouco até de empoderamento, sabe? Tô me sentindo dessa forma.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

O educador físico apresenta uma reflexão que vai além do seu principal instrumento e foco de trabalho:

Além do biológico, eu acho que o envelhecer tem muito a ver com a maturidade. À medida que a gente fica mais velho, a gente consegue ter percepções, talvez até por experiência de vida, né, de uma forma muito mais ampla, muito mais madura, muito mais consciente do que pessoas mais jovens, né? Eu acho que envelhecer tem muito a ver com essa ampliação da visão a partir das experiências vivenciadas pela pessoa, né, nos diferentes âmbitos.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

As pessoas 60+ entrevistadas, em quase sua totalidade, responderam nessa direção:

Então, eu acho que envelhecer é natural, é gostoso, é a melhor época da vida da gente. Por incrível que pareça, eu acho que depois dos 60 é melhor, porque a gente começa a saborear cada minuto da vida e a dar valor ao que a gente tem naquele momento, que é ânimo para sair, para dançar, para curtir, para aprender, para ensinar, sabe?

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Para a entrevistada centenária Estrelinha-ametista (G4 – 100 anos - F), envelhecer é “uma benção de Deus”. Japu (G4 - 97 anos - M) diz que “é a melhor coisa da vida, poder ver

os filhos crescendo, os netos, viver”, e Sabiá do Campo (G4 - 70 anos - M) expressa: “*eu acho que envelhecer é ter mais anos de vida. E se você viver com qualidade, esses anos de vida serão muitos e muitos*”. Na perspectiva do autocuidado, Tangará (G4) diz que envelhecer é:

Adquirir mais experiências...pensar mais na gente mesmo. Eu falo em todos os sentidos. No sentido das trajetórias, porque tem uma fase da vida que a gente está buscando uma profissão, depois criar os filhos. Então agora eu, por exemplo, eu olho muito é para mim, eu faço muitas coisas para mim, para a minha qualidade de vida.

(Tangará, G4 - 68 anos - F)

Compreende-se, aqui, que a idade cronológica possa ser diferente da biológica. Conforme conclui Nascimento (2021), o processo de envelhecimento é multifatorial e, para compreendê-lo, deve-se considerar que cada pessoa apresenta particularidades genéticas e ambientais que irão moldar sua trajetória de vida e sua forma de lidar com esse processo complexo. Destaca-se uma reflexão provocativa, que irá reverberar nas demais categorias de análise:

A gente sabe que, em 2050, nossa população brasileira vai triplicar o número de idosos. Como que a gente vai lidar com isso? A nossa estrutura vai tá preparada pra isso? Se a nossa sociedade tá preparada para os nossos idosos, se as ruas estão preparadas para os nossos idosos. A pavimentação, por exemplo: vamos jogar Belo Horizonte, pessoas cadeirantes, pessoas deficientes visuais, idosos. As nossas ruas não estão preparadas pra isso. Então, como que vai ser isso tudo? Será que a gente tem pensado nessas pessoas e em nós mesmos? Porque hoje eu tô com 35, mas daqui a 20 anos... Como que a gente se prepara para uma população que está envelhecendo, como que o sistema único se prepara, as aposentadorias, a cultura se reformularem, como que a gente vai conseguir fazer isso? Daí a importância de uma qualidade de vida, de uma construção conjunta.

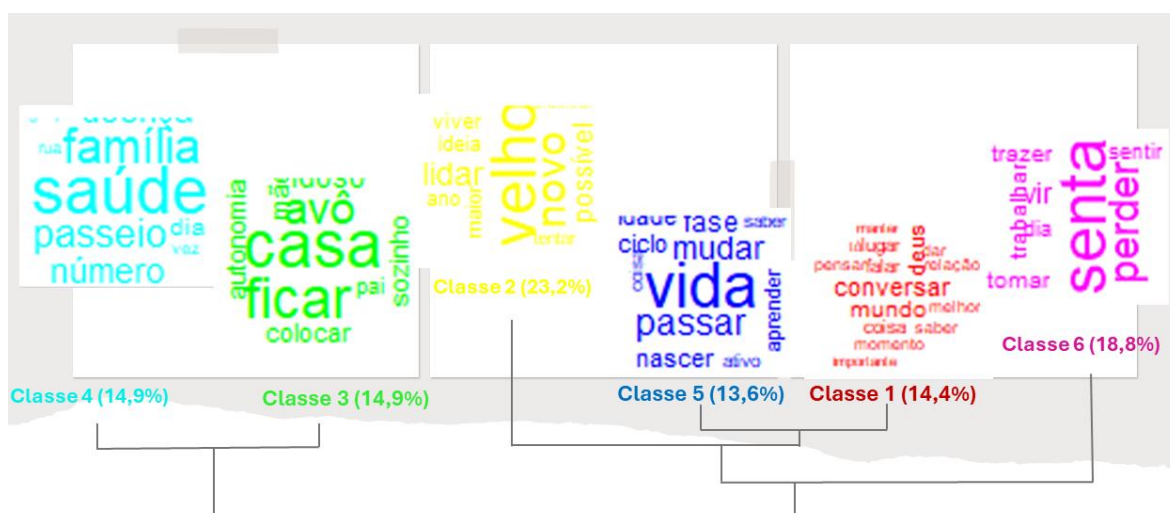
(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

A seguir, tem-se a análise textual realizada a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD). As 43 transcrições relacionadas às respostas da Categoria 1 foram agrupadas em um segmento de texto (ST). Esse resultado apresenta as respostas das entrevistas com maior consenso e de forma agrupada, distribuídas em classes (Figura 19).

Na forma de *clusters*, o conteúdo analisado foi categorizado em 6 classes: Classe 4 (azul claro), com 14,9% dos discursos; Classe 3 (verde), com 14,9%; Classe 2 (amarelo), com 23,2%; Classe 5 (azul), com 13,6%; Classe 1 (vermelho), com 14,4%; e Classe 6 (roxo), com

18,8%. Essas classes apresentam ramificações, subdivididas em temas, que comportam conteúdos em comum, de acordo com a análise de sintaxe realizada pelo *software*.

Figura 19: CHD representado na forma de um filograma com *clusters*, categoria 1: “o que é envelhecer?”



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Nas duas primeiras classes do filograma (azul claro e verde), pode-se observar a predominância da relação das palavras com a família, parentescos, o ficar em casa e/ou sozinho e sua relação com a autonomia. Na sequência, a classe 2 (amarelo) traz a ideia de ser velho, de viver e aprender a lidar, o possível e o novo.

Na classe 5 (azul), verifica-se que os discursos dos entrevistados foram na direção de refletir sobre a vida, as mudanças, os ciclos com o passar do tempo e com uma ideia de envelhecer que vem desde o nascimento. Na classe 1 (vermelho), tem-se o agrupamento das palavras que indicam a necessidade de comunicação, como conversar, falar e pensar e estabelecer uma relação com Deus, possivelmente expressões associadas à benção e oportunidade de envelhecer. E, por fim, no último bloco do filograma (classe 6 – roxa), aparecem palavras que podem ser associadas à autonomia.

Na tentativa de elucidar um pouco mais as análises, foi feita a Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (NP), na Figura 20.

Essa amplitude foi reafirmada por Goiabeira durante a entrevista: “*Eu acho que acima de tudo é pensar naquele conceito amplo, né, de saúde que vai para além da ausência da doença*” (Goiabeira, G2 - 42 anos - F). Ela sugere, então, pensar no envelhecimento como um processo gradativo, que variará conforme as influências ao longo da vida, como fatores hereditários e ambientais. Na atuação da assistência social, Ipê Rosa (G1) e Paineira (G3) falam das suas percepções:

Saúde envolve qualidade de vida, em um desenvolvimento, aí, tanto pessoal quanto social, que abarca a fase de criança, de adulto e do idoso. Envolve questões de saneamento básico, sociais, de qualidade de moradia, das relações interpessoais e comunitárias. Envolve acesso a tratamentos médicos, que garantam saúde, vacina, ações preventivas. Acesso a lazer, cultura. Acho que a saúde perpassa por isso tudo, né? Uma saúde mais ampliada.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

É você tentar achar um equilíbrio na vida como um todo, na vida afetiva, na vida profissional, com as suas amizades. O que às vezes é muito difícil, né? Mas eu penso que viver com saúde é aquela pessoa que tem um emprego, que consegue se manter financeiramente, ela consegue ter momentos de lazer, momentos de cultura, momentos de educação, que consiga ter todos esses elementos, que eu acho que fazem parte da saúde, tanto da saúde física, quanto da saúde mental.

(Paineira, G3 - 50 anos - F)

As expressões se alinham também com o mencionado por Almeida-Filho (2011), que compreende a saúde como anos vividos com funcionalidade produtiva e social. Saúde vai além da simples ausência ou inversão da doença e inclui a capacidade de lidar com mudanças, enfrentar perdas, celebrar conquistas, ter autonomia, motivação e superar dificuldades, podendo ainda estar muito relacionada com a religiosidade, como afirma a profissional da ponta:

Eu observo também a importância de ter uma religiosidade. A questão não é religiosa, mas você ter uma fé, acreditar em Deus, é uma coisa maior, né, a espiritualidade! Investir na espiritualidade como uma componente da saúde. Acho que isso é muito importante, independente de religião, te auxilia a superar desafios, renovar as forças, seguir.

(Cerejeira, G2 - 55 anos - F)

Como pondera Almeida-Filho (2011), questionar o sentido e o papel das práticas pessoais, institucionais e sociais que, de maneira articulada, moldam os contextos nos quais a saúde se desenvolve, é essencial. Tais proposições estão bem expressas a seguir:

Então, é uma das perguntas que a gente faz aqui: como que você considera a sua saúde? A pessoa fala excelente, mas com duas, três, quatro, cinco comorbidades. Então, é muito mais relativo. A saúde, para além da ausência de doença, é como a pessoa se vê, como ela lida de maneira positiva e estratégica com a vida. E o estar bem de saúde é isso.

(Limoeiro, G2 - 37 anos - M)

É o cuidado físico, do espírito, é o cuidado do mental, é o cuidado do meu espaço, cuidar do espaço é saúde, isso me possibilita estar bem. Então acho que saúde é todo esse contexto. Os diferentes espaços vão nos proporcionar diferentes sensações e percepções.

(Jaboticabeira, G2 - 35 anos - F)

É manter uma paz, uma leveza espiritual. É conseguir sobreviver às intempéries, tudo isso, né? Principalmente um psicológico equilibrado. Viver com qualidade é ter hábitos de vida saudáveis pra se manter ativo, pelo máximo de tempo.

(Goiabeira, G2 - 42 anos - F)

Enfim, “*É preservar essas duas habilidades: a física e a mental*” (Pau Brasil, G1 - 44 anos - M), pois “*é buscar uma trajetória de vida mais leve*” (Cerejeira, G2 - 55 anos - F).

Essas observações estão amplamente articuladas com o conceito de envelhecimento saudável, segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, que engloba a manutenção da capacidade funcional ao longo do processo de envelhecimento, promovendo o bem-estar físico, mental e social das pessoas. Vale salientar que,

O século XX se caracterizou por profundas e radicais transformações, destacando-se o aumento do tempo de vida da população como o fato mais significativo no âmbito da saúde pública mundial. Uma das maiores conquistas da humanidade foi a extensão do tempo de vida (Caldas 2004, p. 424 *apud* Araújo e Ribeiro, 2024, p. 2087).

Em contrapartida, como essa longevidade tem se estendido em termos de qualidade? Em que condições físicas e emocionais, e quais são os encargos financeiros e psicológicos que ela proporciona? “*Ninguém tem uma receita mágica, é uma questão de ter e usar estratégias para um bem viver. Porque ter uma alta expectativa de vida sem qualidade não adianta, a meu ver, não compensa só estar dentro das estatísticas*” (Mangueira, G2 - 57 anos - F).

Uma profissional da ponta, atuante na área da saúde, demonstrou, ao longo da entrevista, muito envolvimento com a causa da pessoa idosa. Ao responder a essa questão, a entrevistada respira fundo e diz: “*estou muito emocionada, porque a saúde é o que move a gente. É dignidade, viver com saúde é você ter direito de ir e vir*” (Quaresmeira, G2 - 47 anos - F).

No espectro da assistência social, Ipê Amarelo (G2) diz:

Penso que viver com saúde é questão da dignidade, o respeito da dignidade da pessoa humana. Ter direito a ser acolhido, ter direito a ser ouvido, ter direito a ter os horários de alimentações preservados, garantidos. Direito a remédios, a médicos, direito a lazer. É tão amplo e é tão difícil definir.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

Para o gestor, que demonstrou amplo conhecimento sobre a temática do envelhecimento, viver e envelhecer com saúde:

É viver bem. Significa viver com dignidade. Ser o que você é e dar conta de enfrentar essa vida, que não é brincadeira, sendo quem você é. Pegar seus defeitos e transformá-los a seu favor. No final da conta, o resultado é saúde.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

O "Quadro de Saúde Pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida" (Figura 21) é uma estrutura proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) que busca promover o envelhecimento saudável e ativo em todas as etapas da vida. Ele estrutura uma visão abrangente de como as políticas de saúde pública podem ser moldadas para apoiar as necessidades de saúde e bem-estar das pessoas à medida que envelhecem, e traz um comparativo do desempenho de cada uma das variáveis com a habilidade funcional e a capacidade intrínseca.

O quadro também apresenta um enfoque no curso de vida, reconhecendo que o envelhecimento saudável começa muito antes da velhice. Desta forma, propõe que intervenções e políticas de saúde pública devem ser implementadas em todas as fases da vida, desde a infância até a velhice, para gerar comportamentos e condições de saúde que resultem em um envelhecimento mais saudável.

A Figura 21 resgata elementos dos determinantes sociais da saúde ao enfatizar o impacto da educação, condições de trabalho, ambiente físico e suporte social na saúde ao longo da vida. Esta perspectiva é reforçada pelas palavras de um entrevistado:

Então, para mim, viver com saúde seria isso. Além de ter as políticas nesse sentido, atenuar ou evitar essas externalidades que a gente convive no ambiente urbano. Os espaços urbanos têm uma característica de serem ambientes comprovadamente estressantes para a saúde humana, no sentido do barulho, da poluição, de uma série de questões que a aglomeração provê de aspectos negativos para a sua saúde.

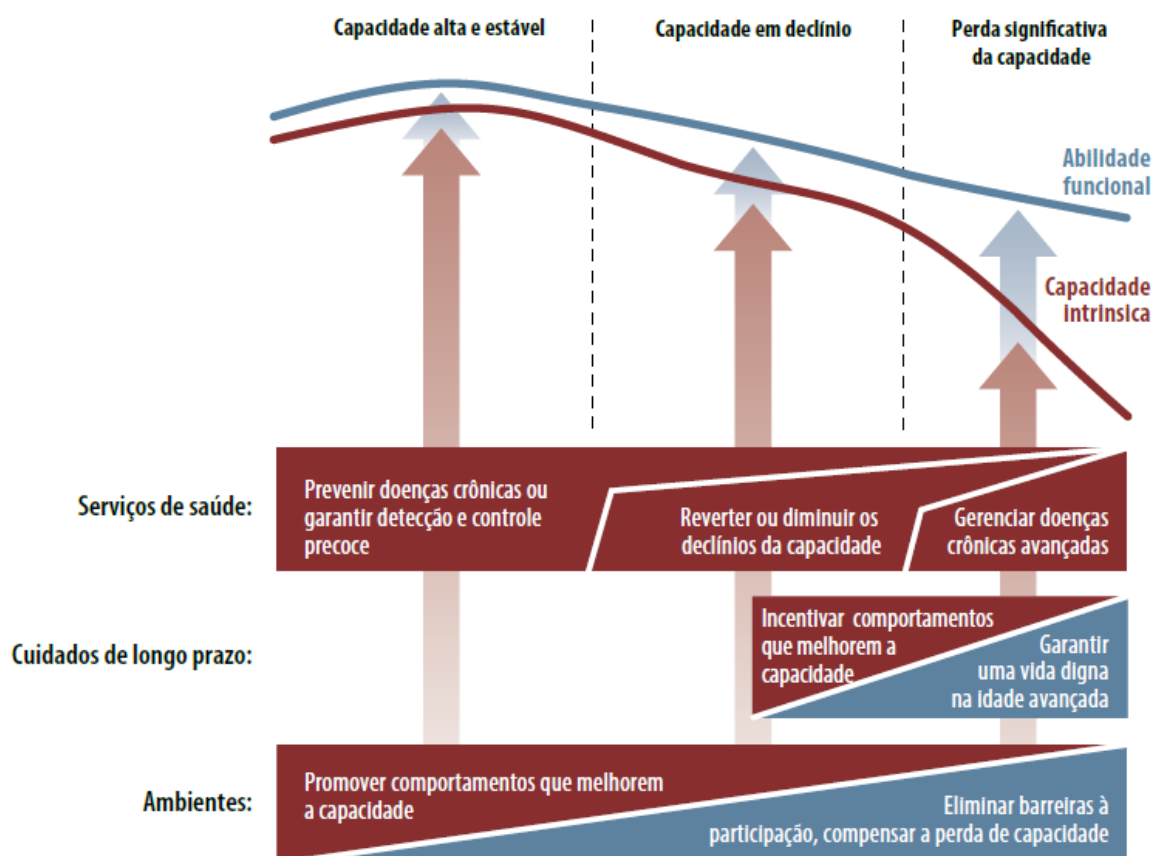
(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

O profissional da ponta complementa que:

[...] de maneira preventiva, seria você ter espaço público de qualidade, para convivência, para você poder estar livre no ambiente urbano; espaços para prática de esportes, exercício físico, que vai melhorar a sua saúde no médio prazo. É você ter um ar menos poluído na cidade, que é uma coisa que te adoce também. É você ter menos convívio com ruído no ambiente, enfim.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Figura 21: Quadro de saúde pública para o Envelhecimento Saudável: oportunidades para ação de saúde pública durante o curso da vida



Fonte: Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde, 2015.

O quadro da Figura 21 destaca a prevenção de doenças crônicas e o gerenciamento efetivo das condições de saúde como elementos essenciais para um envelhecimento saudável. Isso inclui, dentre outras ações, as campanhas de vacinação, programas de atividade física, nutrição adequada e acesso a cuidados de saúde de qualidade. Nesse sentido, a profissional que atua na ponta reverbera que:

A saúde para mim, hoje, ela é um eixo primordial. E dentre as políticas... as políticas sociais, ela é uma política robusta, ela tem que ser robusta, ela precisa ser defendida. E a gente está aí nessa defesa mesmo, porque não está fácil. É muito sucateamento de financiamento, a gente vê os colegas da gente

na ponta, tentando... E não tendo condições de atender com a dignidade que precisa, por falta de recursos, por falta de material, às vezes, por falta de colega para dar cobertura, a questão da saúde mental, a gente precisa melhorar muito esse investimento, principalmente na saúde da pessoa idosa, porque eu vejo que, do grupo, o grupo mais marginalizado é o idoso com sofrimento mental.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

Reforça ainda que “*entender esses momentos das necessidades de saúde da pessoa idosa é algo que a gente ainda precisa investir muito. E, a saúde da pessoa idosa tem muitos campos para poder crescer. Infelizmente, a gente vê pouco reconhecimento e investimento nessa área* (Quaresmeira, G2 - 47 anos - F).

O quadro incentiva a criação de ambientes que permitam aos idosos manterem sua autonomia e independência pelo maior tempo possível, o que inclui habitação adequada, transporte acessível e espaços públicos seguros. Nesse aspecto, existem algumas reflexões na categoria analítica anterior de que Belo Horizonte tem muito a melhorar e se adequar. Ademais, mais elementos que compõem essa seara serão discutidos na categoria 4.

Ainda segundo o Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde (2015), é fundamental promover a inclusão social e a participação ativa dos idosos na comunidade, o que pode ser feito por meio de atividades intergeracionais, voluntariado e oportunidades de emprego para os idosos.

É algo que ajuda na sua saúde e nos seus processos de adoecimento e recuperação, bem como na manutenção da vida, dos valores e das redes sociais.

(Cerejeira, G2 - 55 anos – F)

É você cuidar de si. Se relacionar com amigos, ter uma relação familiar boa, né? E fazer o que você gosta, e buscar a sua felicidade, né? Mas eu acho que, assim, tudo isso com autonomia.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Na minha concepção de saúde, é ter autonomia, independência financeira e dignidade humana, mesmo. É você ter acesso a diversos serviços que possam trazer para você um bem-estar geral, tanto físico, quanto mental.

(Aroeira, G1 - 61 anos - F)

Então, assim, é esse favorecimento das políticas de lazer, de esporte, de cultura.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

De arte, acho que a arte nos salva, nos tira da realidade dura e nos mostra outras coisas boas.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

Outro aspecto importantíssimo, também abordado, são as mudanças de hábitos, condutas e metas. As entrevistadas fazem um alerta quanto aos impactos impostos pelo mundo digital e o avanço das tecnologias:

Eu acho que é a gente investir em uma qualidade de vida com pessoas, nos relacionamentos, a saúde mental da gente, a tranquilidade, equilíbrio, paz, porque a gente fica numa vida muito frenética, todo mundo quer chegar a alcançar alguma coisa, chegar em algum lugar, e a gente compromete, inclusive, a saúde física. Às vezes, vivendo de aparência, muito de ilusão, da necessidade de conquistas e, o mais preocupante, com um individualismo.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Cajazeira complementa que:

Pra gente viver com saúde, temos que ter uma vida equilibrada, sabe? Com paz, equilíbrio, ter tempo para convivências sadias, ter um momento de pausa, de cuidar da saúde física, mas também de ficar no ócio, né, o ócio saudável, daquele momento que a gente precisa desligar.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Jabuticabeira (G2) traz uma reflexão muito importante no aspecto das mudanças de hábitos e o que isso pode acarretar para a população nas suas diversas faixas etárias:

Com a tecnologia, a gente vai percebendo que a leitura vai ficando de lado, que é algo muito importante pra gente, que a gente sabe que quando se lê, trabalha a memória, é sabido que se você lê dois livros ao mesmo tempo você ativa os dois lados do cérebro, isso é muito importante. Você trabalha mais a memória, que vai, de alguma forma, reduzir o risco de Alzheimer, diminui essas doenças que estão relacionadas com a mente, com o cognitivo.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Tudo isso pode modificar as condições de vida das pessoas, não apenas as com 60 anos ou mais. A trabalhadora da ponta reforça ainda que:

O envelhecimento vai dizer também do que você se alimenta, de forma física, o que você consome de forma mental também, né, o que você vem assistindo, da qualidade do seu sono também, quantas horas você dorme. Eu acho que diz muito disso. Cada vez a gente vai vendo uma população com um consumo de tecnologias muito grande, e isso já tem mostrado que tem impactos, a gente já começa a enxergar os desdobramentos disso. E, futuramente, o quanto isso vai impactar, devido ao acesso exagerado a essas tecnologias.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Até aqui, foram expostas as declarações dos entrevistados dos Grupos 1, 2 e 3. Em seguida, estão incluídas, em bloco, as reflexões das pessoas com 60 anos ou mais sobre esta categoria. Ao responder o que significa viver e envelhecer com saúde, os entrevistados associam essas atitudes aos hábitos e comportamentos positivos em saúde:

Viver com saúde? É se apaixonar por si primeiro, fazer o que você gosta, fazer o que te traz encantamento, para que daí você comece a fazer tudo de dentro para fora. Pensando em termos de qualidade de vida, é importante ter uma poupança financeira, fazer exercícios físicos, poder socializar, viajar. Viajar é vida e compõe a saúde.

(Garça, G4 - 63 anos - F)

Na mesma linha de pensamento, Sabiá do Campo (G4) explica:

Viver com saúde é você estar bem com você e com o próximo. É você estar bem com Deus, porque é o amparo da gente; estar bem com tudo que está em volta de você, sem aquela querência de querer ser e vencer sempre... E acreditar e pensar positivo, que aí o positivo aparece, atrai.

(Sabiá do Campo, G4 - 70 anos - M)

Bem-te-vi (G4) justifica que viver com saúde está pautado na

Alimentação, exercício físico, procurar sempre estar ativo. É manter-se ocupado. Quando você se mantém ocupado, você consegue expulsar o estresse, coisas assim... não vai entrar em depressão e é seríssimo. O idoso vai começar a olhar o passado dele lá e falar assim "opa, e agora, aonde eu vou aqui?". Eu mexo com esses movimentos sociais, e você vê as pessoas chegando lá desesperadas, e o que salva muito é a interação social.

(Bem-te-vi, G4 - 69 anos - M)

Continuando a temática sobre manter uma boa saúde mental e emocional, Gralha do Campo (G4) exemplifica:

É ter aquela conversa entre amigos, fazer umas reuniões de vez em quando, convidar outras pessoas pra vir a sua casa e você ir nas delas, porque convivendo que você aprende, partilha e eu acho que, com isso, você esquece a doença, as mazelas da vida, deixa de estar triste, entendeu?

(Gralha do campo, G4 - 64 anos - F)

Voltados para a abordagem da saúde global, as narrativas apontam que viver e envelhecer com saúde “é não ter nenhum problema físico grave, porque isso a gente sempre

tem. Mas, assim, nenhuma coisa grave, e ser feliz, alegre, ter muitos amigos, viajar bastante”
(Coruja, G4 - 72 anos - F). Outro interlocutor acrescenta:

Ó, é você saber aproveitar aquilo que a vida te oferece, né? O lazer, a dança, viajar. Fazer exercício físico, alimentação também entra no meio. É você se cuidar, se possível, ter um bom plano de saúde e frequentar os médicos de acordo com as recomendações, duas a três vezes por ano.

(Gavião, G4 - 73 anos - M)

Com a experiência de um corpo negro periférico idoso no mundo, Sabiá Laranjeira (G4) relata:

Olha, viver com saúde hoje é milagre, por mais que a gente previne, toma cuidado com as coisas, né? Mas tem muitos outros fatores que te levam a não ter saúde. A alimentação, o trabalho, a vivência, o local onde mora, os deslocamentos que precisa fazer, né? Você fica exposto a todo tipo de ruindade que tem, que te leva ao estresse. Às vezes você não tá sentindo dor física, mas a sua mente tá.

(Sabiá Laranjeira, G4 - 83 anos - M)

Outro aspecto muito pertinente, que foi pouco abordado pelas pessoas idosas, mas que merece destaque, são as reflexões sobre a morte e o processo de passagem. Essas reflexões podem variar dependendo de suas experiências de vida, crenças religiosas, estado de saúde e conexões sociais.

Arara (G4) comenta: *"viver com saúde... é o que a gente mais tem tentado"*. Em seguida, ela desabafa: *"de uns tempos pra cá, o que tem nos causado muito estresse é estar dormindo mal. Tem mais ou menos um ano e pouquinho, e tudo começou depois que o Beija-flor adoeceu mais gravemente"*. Como um casal que vive junto há muitos anos, após relatar um pouco mais sobre o processo de adoecimento de seu esposo, ela alega que uma das estratégias para viver com saúde é aprender a lidar com a morte, e expressa:

Então, a gente ficou naquela preocupação, porque a gente faz muito estudo também sobre a morte para gente entender e aceitar como uma coisa natural, de uns anos pra cá a gente discute isso. A morte vai acontecer um dia, mas quando ela chegar nós queremos estar preparados, então o que é viver com saúde, para mim, é o que nós estamos vivendo: cuidando da saúde, da alimentação, das relações sociais e, principalmente, do emocional.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

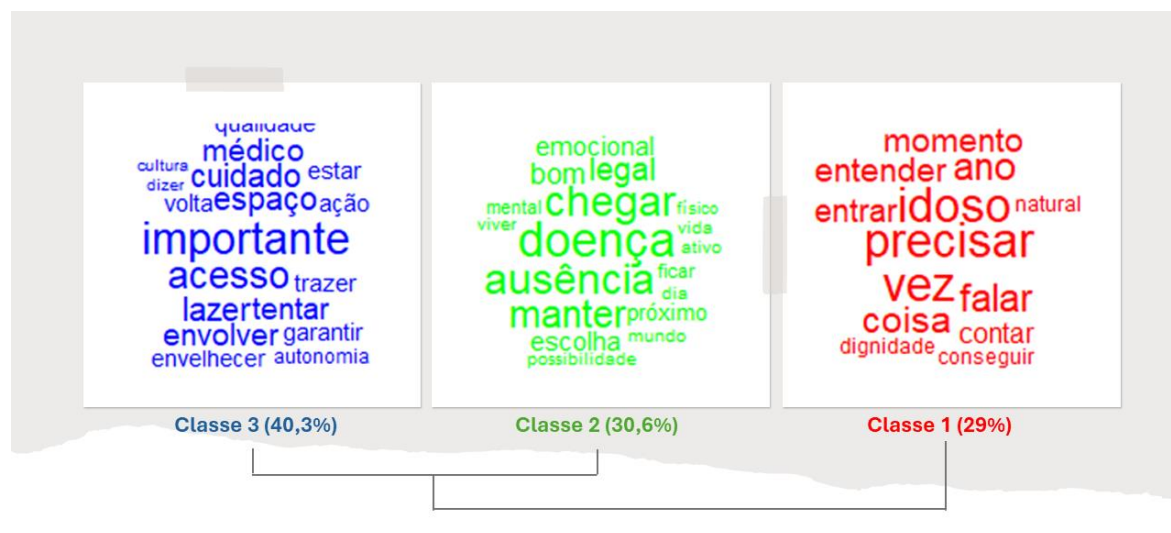
Como forma de fechamento para essa categoria, tem-se o fragmento da narrativa de Quaresmeira (G2), que compartilhou em sua fala e que muito contemplou o tema:

A gente precisa realmente falar do envelhecimento, sobre seus processos e sobre a finitude da vida, né? As pessoas acham que isso é uma coisa que não pertence. Eu falo que, hoje, quem movimenta a saúde são as pessoas. Eu acredito muito nisso, por isso que a minha aposta são as pessoas, os trabalhadores, os movimentos sociais, ... fortalecer os projetos institucionais que realmente atendem esse grupo populacional, e aqueles que colocam a gente em xeque, a gente tem que lutar contra eles. Essa é a nossa luta. A história do SUS é uma história de luta! E a gente está aí, nessa busca.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

Na sequência, tem-se a Classificação Hierárquica Descendente (CHD) para as respostas da categoria 2. Esse resultado apresenta as respostas com maior consenso e de forma agrupada, distribuídas em classes (Figura 22). Na forma de *clusters*, o conteúdo analisado foi categorizado em 3 classes: Classe 3 (azul), com 40,3% dos discursos; Classe 2 (verde) com 30,6%; e Classe 3 (vermelho), com 29%. Essas classes têm ramificações, subdivididas em temas, que comportam conteúdos em comum, de acordo com a análise de sintaxe realizada pelo *software*.

Figura 22: CHD representado na forma de um filograma com *clusters*, categoria 2: “o que é viver e envelhecer com saúde?”



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Na primeira classe, verifica-se que envelhecer com saúde foi associado a um aspecto de importância: é ter acesso a lazer, cultura; é envelhecer com autonomia, ter cuidados médicos e garantias, ter qualidade de vida. Na segunda classe, os entrevistados pontuaram ser bom, legal, chegar com ausência de doença, manter-se; indicaram possibilidade, relação com o mental e com o físico. No terceiro agrupamento, sobressaiu o verbo precisar, combinado a falar, entender, entrar, contar e conseguir a dignidade.

Foi feita, também, a Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (NP) (Figura 23). Novamente, é importante destacar duas palavras que se sobressaem com igual relevância na nuvem: "estar" e "viver". Isso nos faz refletir sobre a essência de viver e envelhecer com saúde. Estar com saúde sugere uma condição fluida, um estado tanto dinâmico quanto estável; viver com saúde, portanto, é uma experiência em constante movimento, mas que pode ser mantida, ou não, ao longo da vida, que se associa aos demais verbos que compõem a nuvem.

Figura 23: Nuvem de palavras, categoria 2: “o que é viver e envelhecer com saúde?”



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Dentre as palavras de destaque estão: “viver”, “estar”, “consequir”, “vida”, “qualidade”, “querer”, “pensar”, “precisar”, “atividade”, “autonomia”, “social”, “manter”, entre muitas outras que ilustram significativamente o conteúdo abordado nessa categoria. Essas palavras nos remetem a vitalidade, presença e vontade de viver.

4.2.3 Como é envelhecer em Belo Horizonte? [categoria 03]

Nessa categoria, observaram-se certos padrões nas respostas, que merecem ser destacados e explorados em detalhe. O grupo dos gestores (G1) foi escolhido de forma intencional para participar da pesquisa devido à sua influência na gestão municipal, sendo atores cruciais na formulação e reformulação de políticas e ações do poder público. O objetivo foi

compreender como essas pessoas, envolvidas no planejamento e na proposição de políticas públicas, abordam e concebem a temática do envelhecimento em suas diferentes dimensões.

Em grande parte, suas respostas foram proferidas com um certo respaldo e respeito ao sistema e à máquina pública, posto que ocupam cargos institucionais. Em algumas ocasiões, houve esquivas em seus discursos, mas, de maneira positiva para a pesquisa, muitos dos entrevistados mostraram disposição para falar mais abertamente sobre os desafios e as possibilidades de viver e envelhecer em Belo Horizonte. Em muitos casos, identificaram-se como pessoas em processo de envelhecimento. Seus comentários se concentraram, principalmente, na máquina pública e nas políticas públicas existentes ou em elaboração.

Passando para as narrativas dos profissionais da ponta (G2 e G3), averiguou-se que eles têm uma visão mais próxima ao cotidiano da cidade e das experiências das pessoas em geral; apresentaram narrativas mais centradas em como fornecer políticas e serviços de forma mais regionalizada; demonstraram uma proximidade maior com o público e uma compreensão mais refinada das necessidades e queixas do dia a dia; e abordaram questões mais prementes e fatores comuns que impactam diretamente a vida das pessoas idosas. Identificou-se, nesses dois grupos, o papel de mediadores das diversas formas de assistência e escuta. Ao mesmo tempo, eles se posicionam como receptores de uma sobrecarga de demandas difusas e uma certa sensação de impotência diante de algumas situações.

Quanto às narrativas das pessoas com 60 anos ou mais, pertencentes ao G4, observou-se que, inicialmente, elas expressam uma visão positiva em relação ao ambiente proporcionado pela cidade para o processo de envelhecimento. Elas reconhecem avanços e possibilidades e dispensaram alguns elogios, destacados durante as narrativas. No entanto, é evidente que os desafios ainda são significativos, conforme mencionado de forma discreta por alguns e de maneira mais enfática por outros ao longo de suas falas.

Em seguida, buscou-se integrar as narrativas de todos os participantes, realçando as temáticas abordadas por alguns deles em seus discursos. Inicia-se com as declarações que expressam uma apreciação positiva pelas condições oferecidas pela cidade:

Belo Horizonte é a melhor cidade que se tem para viver. Eu tenho orgulho de ter vivido aqui. É uma das capitais mais maravilhosas para se viver. Aqui tem tudo, nós temos tudo, tudo, tudo... temos o Parque de Mangabeira, a Lagoa do Nado, o Presépio do Pipiripau, o Mineirão... ter um lugar para fazer vários eventos culturais. Muito bom.

(Beija-Flor, G4 - 84 anos - M))

A gestora Sibipiruna, no setor e cargo que ocupa, aponta que:

Primeiro que, se eu estou coordenando por isso, eu tenho que falar que está bom (risos). Mas, assim, a gente sabe que nunca está bom 100% e que tem que melhorar. A gente tem que ter autocrítica. Mas o que, que eu posso te dizer hoje, é que Belo Horizonte é uma cidade que realmente tem muitas coisas para as pessoas idosas. O que a gente pode falar é que essa prefeitura preza por ter a pessoa idosa como prioridade. Isso é importante!

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Outra servidora municipal, com uma projeção para o futuro, narra e deseja que

Envelhecer em Belo Horizonte, eu espero que seja a melhor coisa que tenha. Meu objetivo maior é que essa cidade realmente seja amiga da pessoa idosa.

(Aroeira, G1 - 61 anos - F)

Em seguida, uma entrevistada recorda que

A gente viu que, depois do Estatuto do Idoso, por exemplo, tem muita gente procurando consertar alguma coisa que foi feita há muitos anos atrás, readequar, né? Então, hoje, eu acho a minha cidade maravilhosa, porque a gente tem várias entidades, vários grupos lutando para que a nossa cidade melhore mais. Porque, se você perceber, aqui é muito bom de se viver.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Na mesma linha de pensamento, outros narradores 60+ pontuam:

Eu acho que é muito agradável. Com quem eu estava falando? Com ele ou meu outro filho. É uma cidade que você tem muita liberdade, não é São Paulo, por exemplo. E o povo convive, é convivente. Nos prédios, por exemplo, a gente tem convivência com todos. Tem uma rede de amigos, tem a vizinhança. É agradável, bonita. Comércio é bom.

(Japu, G4 - 97 anos - M)

Eu acho ótima aqui, porque aqui que me acolheu. É aqui é que eu vivi anos e anos, arrumei muitas amigas, muita gente. No bairro, aqui, todo mundo me conhece. Todo mundo.

(Estrelinha-ametista, G4 - 100 anos - F)

Destaca-se, ainda, que os aspectos associados à coesão social são muito importantes para essa fase da vida:

Então, hoje, a gente tem um projeto muito interessante na saúde, que é o Maior Cuidado. A gente tem aqui a Casa Segura, para a pessoa idosa, que é onde a gente traz a segurança dentro da casa da pessoa, melhorando a infraestrutura das casas. A educação se prepara fazendo cursos, a própria EJA é uma forma de garantia e acesso. Então, Belo Horizonte tem buscado na parte de mobilidade, a cidade já melhorou seu caminhar. A gente vê na

área central, principalmente, melhoria nas calçadas, sinalização tátil direcional, que facilita a vida da pessoa, não só com deficiência visual, mas facilita a vida também das pessoas mais velhas. Os semáforos, que estão, em alguns pontos, já com um tempo maior, para que a pessoa possa atravessar. Mas a gente ainda tem muito a crescer, a gente ainda tem muito a fazer.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Em contrapartida, Cambacica (G4) corrobora que “Belo Horizonte não é para gente velho”; a cidade “*tá lutando para dar uma condição, mas ainda falta muita coisa para melhorar*” (Bem-te-vi, G4 - 69 anos - M). E a situação parece se agravar quando a relação centro-periferia é abordada:

Na minha visão, o meu lugar de fala é de alguém que sempre morou e viu a cidade a partir da periferia, e não a partir do centro, não a partir da zona sul. Embora a zona sul também tenha vilas, eu vejo é que a questão de viver na cidade, principalmente a pessoa idosa, com uma grande dificuldade, sabe?

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

Belo Horizonte oferece poucos recursos para uma pessoa idosa. Eu tive que andar muito no centro para ver os problemas e dar exemplos no curso, eu fiquei horrorizado com o centro. Sujeira, falta de cuidado, depredado, não é mantido, falta uma zeladoria da cidade... a casa da gente, se ocê não cuidar dia a dia, ela cai, gente! Muito malcuidada, oferece poucas opções.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

Esses profissionais focam o acesso limitado às políticas públicas e a ausência de fiscalização e monitoramento. De um lado, tais fatores influenciam diretamente nas experiências de envelhecimento na cidade de forma negativa, especialmente sob a perspectiva da assistência social:

Envelhecer em Belo Horizonte, se a gente compara a cidade com outras cidades, eu acho que ela tem alguns pontos positivos. De ter uma política pública na saúde, na assistência social fortalecidas, uma política bem potente na área da cultura. Mas a questão é: quem são essas pessoas que acessam essas políticas públicas? Quem têm condições de acessar as ofertas que temos aí na cidade, para ter esse envelhecimento ativo, com qualidade? Se a gente olha para um público muito vulnerável, que pouco acessa, que tem dificuldades de acessar esses bens públicos, eu acho que a gente ainda tem muito o que avançar, sabe?

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Por outro lado, um outro gestor alerta quanto aos desafios ligados à cultura, organização popular e monitoramento:

Tem que ter uma cultura cidadã, mas a população tem muita dificuldade de organizar quais são suas prioridades, mas a máquina não ajuda, não é muito boa. Hoje, a sociedade civil está com poucos instrumentos para cobrar. Você vai olhar os planos, são vagos, são genéricos, eles não têm compromisso, as redes de monitoramento não existem ou são fracas. Por exemplo, a prefeitura tá prometendo criar o Observatório dos Direitos Humanos há muito tempo, e fica nesse rame, rame aí; aí criou, aí num vai, aí faz uma reunião, não vai. Tem que ter estrutura, a máquina burocrática tem que ter estrutura e tem que ser permeável a população, para a população tomar posse.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

Outro servidor municipal justifica a situação devido:

[...] a uma questão da tecnologia. Muitas vezes, a gente sente nos processos participativos que algumas lideranças – não estou falando que necessariamente idosos, mas isso é mais provável nessa população – tem dificuldades com os sistemas, ou a questão tecnológica mesmo, as ferramentas digitais que são disponibilizadas para a população opinar, se colocar. Eu acho que isso é um ponto central e que é uma questão geracional mesmo, que a gente percebe todos os dias, até com os nossos pais em casa.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Ao mesmo tempo, inúmeros fatores ligados à linguagem, comunicação e compreensão do funcionamento da máquina pública podem se tornar obstáculos, o que limita as pessoas com o avançar da idade:

Para além disso, eu acho que tem questões relativas à própria capacidade de se envolver, de ter entendimento das questões que a política pública traz. Estou falando especificamente da política do planejamento urbano, mas pode se aplicar às outras. Para a população em geral, às vezes a linguagem técnica do Estado, da política pública, é um pouco árida. E, para a população idosa também, isso tende a ser mais acentuado. Acho que aí é questão da comunicação. Às vezes as pessoas não se engajam, especialmente as pessoas que estão em casa, principalmente população de idade mais avançada, ou falhas de comunicação mesmo, de entendimento. Acho que tem que ter um trabalho de tradução para as pessoas se aproximarem, entenderem.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Diante dos avanços tecnológicos e digitais, conjugados ao crescente aumento da população com 60 anos ou mais:

A gente tem que mudar rápido. A política tem que ser repensada. Por isso que a gente tem que fazer o Plano Municipal de Envelhecimento. Tem que ter o monitoramento pós o plano, para a gente acompanhar e ver o que não ficou legal, o que vai ser preciso rever e reformular. Por isso que é importante fazer

o plano e ter esse monitoramento.

(Aroeira, G1 - 61 anos - F)

Tendo essas apreciações em conta, a proposta do Plano Municipal de Envelhecimento está diretamente ligada à adesão do município à Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa³⁰ (EBAPI), que é construída com base na metodologia proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS). Essa estratégia visa incentivar cidades e comunidades a promoverem ações intersetoriais e interinstitucionais para efetivar a Política Nacional da Pessoa Idosa, garantindo um envelhecimento ativo, saudável e sustentável para essa população.

Segundo o Ministério de Direitos Humanos e Cidadania (2023), os municípios que aderem à EBAPI comprometem-se a garantir os direitos das pessoas idosas e a desenvolver ações voltadas para esse grupo. As melhores práticas de implementação, nos campos do ambiente físico, transporte e mobilidade urbana, moradia, participação, respeito e inclusão social, comunicação e informação, oportunidades de aprendizagem e apoio, saúde e cuidados, serão reconhecidas pelo Governo Federal.

É necessário pontuar, de maneira crítica, que a EBAPI, apresentada como uma estratégia do governo Bolsonaro, visava apenas declarar que o Brasil tinha "cidades amigas da pessoa idosa" por meio da assinatura de disposições que expressavam essa intenção. No entanto, em nenhum momento o governo colocou em prática protocolos estabelecidos pela OMS, limitando-se ao discurso sem implementação prática das diretrizes para garantir um ambiente verdadeiramente inclusivo e acolhedor para a população idosa.

A proposta da EBAPI preconiza o diálogo com todos os envolvidos, especialmente as pessoas com 60 anos ou mais que residem no município. Para tanto, na escala municipal, foi criado pela DPEI o evento mensal "Trilhas para uma Belo Horizonte Amiga da Pessoa Idosa", que ocorre de forma remota e aborda temas como mobilidade urbana e acessibilidade, participação social e habitação, violência e violação de direitos, além de discussões sobre o idadismo e outras questões pertinentes.

Como mencionado anteriormente, o plano ainda está em elaboração. Como observadora do processo, percebo a complexidade e a multiplicidade de responsabilidades que esse compromisso acarreta. Tal percepção é compartilhada pelos relatos colhidos para essa pesquisa

³⁰ No dia 20 de janeiro de 2021 foi publicado o Decreto nº 10.604, que altera o Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Esse Decreto concede a operacionalização da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (EBAPI) ao Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, por meio de sua Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/pessoa-idosa/estrategia-brasil-amigo-da-pessoa-idosa>, Acesso em 19 mai. 2024

e que denotam mudanças na cidade, porém muito irrisórias face aos objetivos exigidos nesse âmbito. Ser uma cidade amiga do idoso pressupõe um roteiro, um protocolo ou um guia da OMS, para que esta se torne uma cidade de fato amigável, acessível e receptiva.

Retomando as análises, referentes à mesma indagação organizadora, dentre as narrativas dos profissionais da ponta, Ipê Amarelo (G2) exprime uma gama de preocupações:

Todo mundo brinca que BH é uma roça grande, mas é uma capital, com todas as suas questões, todas as suas problemáticas de transporte, de locomoção, de violência que uma capital traz, as possibilidades do turismo, de lazer, que não estão ao alcance de grande parte da população.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

A rapidez da vida urbana, dos meios de transporte e comunicação tem se tornado cada vez menos inclusiva para a pessoa idosa, que experimenta uma redução de seu ritmo à medida que o tempo passa. Essas alterações decorrem das mudanças biológicas/físicas, mentais ou pelas alterações no estilo de vida. O profissional da ponta aborda esse aspecto dizendo:

Eu acho que, infelizmente, é uma cidade muito agitada, que a gente percebe que o trânsito, também, tem muita violência no trânsito, muita falta de tolerância dos motoristas, das pessoas como um todo, e eu acredito que o idoso está num momento da vida de busca de tranquilidade, de paz, de carinho, de afeto. Então, eu acredito que BH é uma cidade muito agitada, pensando em pessoas que viveram esse choque de realidade. Talvez para alguém que já tenha nascido em BH e passou por isso por toda a vida, trate isso com mais naturalidade.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Ou seja, há uma discrepância entre o ritmo da cidade (acelerado) e os ritmos das pessoas com 60 ou mais (em progressiva redução). Essa temática está ligada a outros aspectos muito pontuados nessa e em outras respostas dadas: a mobilidade, a acessibilidade e os seus entraves na cidade.

Eu gosto muito dessa cidade. Muito. Eu acho que é uma, quer dizer, acho que a questão de acessibilidade é péssima. Eu brinco que os passeios nossos são assassinos, porque eles te derrubam. Se você não olha pro chão, ele te derruba mesmo.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Essa declaração segue a mesma linha apontada pelos demais grupos entrevistados (G1, G2 e G3) em relação à falta de preparo da cidade para acolher a pessoa 60+ e outros públicos com dificuldade de mobilidade e portadores de necessidades especiais. Essas observações

certamente revelam a distância das cidades em alcançar uma mobilidade inclusiva, uma vez que estão centradas no uso de carros e na circulação rápida, carecendo assim de infraestrutura adequada como calçadas, passarelas, pisos táteis, semáforos, corrimões, rampas e escadas.

Outro setor essencial para a saúde social, psicológica e mental se refere ao aspecto do choque cultural levantado por Cajueiro (G2). O entrevistado afirma que:

A gente percebe que muitas pessoas vieram para cá são de outras cidades, vieram para cá do interior. Obviamente, muitas pessoas já nasceram aqui, mas eu acho que esse choque de cultura que eu, por exemplo, minha família veio do interior, é um fator que torna o envelhecer aqui mais difícil de adaptar. Então, chegar na cidade, uma cidade grande, na metrópole como BH, promove um certo impacto, um certo estranhamento de hábitos, de costumes que eles tinham lá e que aqui foi muito diferente. Então, acredito que nós vivemos gerações também de mudanças tecnológicas muito grandes, da ciência também. Hoje, eu não vejo como uma cidade que é muito apropriada para o idoso em determinados pontos.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

O entrevistado do grupo 60+ elege outro ponto que demanda adaptação:

Envelhecer é um ato normal, embora a gente às vezes fica meio surpreso com a evolução da própria civilização, né? E nessa época a gente está vivendo uma transformação muito grande, né? Na época minha, não tinha nem telefone, hoje... tudo isso espantou a gente. O telefone, o automóvel, a televisão, depois o computador e assim por diante. Então, a gente às vezes fica um pouco baratinado pensando nessa evolução tão rápida. Então, é muita coisa, muita evolução em pouco tempo.

(Beija-Flor, G4 - 84 anos - M)

Aspectos ligados à segurança ou insegurança e violência são outros fatores levantados pelas pessoas 60+:

A cidade já foi melhor. Você tinha prazer de ir nos lugares aqui. O índice de criminalidade que está grande, entendeu? Está difícil para se locomover aqui em Belo Horizonte, entendeu? Aquele que não tem um automóvel, não tem uma pessoa da família para ajudar. Ele depende de ônibus, ele passa um aperto danado, entendeu?

(Gavião, G4 - 73 anos - M)

Eu tenho medo de violência por aqui. Aqui tem muito assalto.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Tem gente que fica esperando os idosos para assaltar... tem muito idoso que sofre. A questão é que essa é a preocupação do idoso: a violência e segurança.

(Saí-Andorinha, G4 - 60 anos - F)

O velho na cidade, o envelhecer na cidade fica difícil por causa da malandragem, das faltas de limite das pessoas, entendeu? Por exemplo, dentro de uma cidade, um velho, em uma cidade grande, ele é muito visado para muitas coisas.

(Sabiá do Campo, G4 - 70 anos - M)

A insegurança não se limita apenas aos espaços públicos, como mencionado anteriormente. Ela também é influenciada pelas relações sociais caracterizadas pela desonestidade e falta de respeito para com a pessoa idosa. Essas atitudes contribuem para a desvalorização, discriminação e até humilhação dos idosos, o que, de acordo com o Estatuto do Idoso, constitui crime (Brasil, 2003, art. 96, §1º).

Em Belo Horizonte, assim como em outras realidades da sociedade brasileira, as desigualdades e as questões estruturais são visíveis; sobressaem de forma marcante a discriminação (de gênero e étnico-racial) e a falta de oportunidades (como acesso à educação e saúde).

Uma narrativa de um senhor 60+, com trajetória de luta na cidade, evidenciou esse contexto: “*Que bom que você está aqui. Que bom que tá me ouvindo. Sobre essa cidade, BH, ela é muito racista! E tem aqueles preconceitos que dói mais*” (Sabiá Laranjeira, G4 - 83 anos - M). Essa situação tem um impacto direto no processo de envelhecimento, tanto em termos biológicos quanto populacionais, resultando na manutenção de uma grande parte da população em situação de desvantagem acumulativa (Lareau, 2002; Sharkey, 2008).

A gestora Ipê Rosa (G1) revela que ela se depara muito com questões de discriminação, de racismo e idadismo em sua rotina de trabalho, nas demandas que chegam:

É o idoso, é a pessoa com deficiência de cá, é questões de discriminação, racismo ali, isso colado. A gente estava até discutindo isso na conferência da assistência social esse ano, e um dos lemas é eu te falar disso, assim, que raça e cor, ela não pode estar descolada das questões das desigualdades. E geralmente a gente associa a desigualdade muito à questão da renda, do acesso, mas a questão de raça, cor, da questão da discriminação, dos preconceitos, nunca vem ligado a isso, né? E fica no segundo plano, né?

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Em outros momentos deste estudo, abordou-se a questão da desigualdade racial envolvendo a sociedade brasileira. Aqui, tem-se a declaração significativa de um homem negro retinto com mais de 80 anos, que viveu grande parte da sua vida em Belo Horizonte. Ele relatou inúmeras estratégias do seu grupo de amigos e da sua rede de apoio para sobreviverem a uma

cidade racista. Ele lembrou seu tempo de juventude, dos trabalhos exercidos, os desafios da profissão, do acesso a locais destinados a uma sociedade branca, e de um acidente laboral que não foi muito bem cuidado e que acarretou problemas a sua mobilidade atual.

Verificamos que a “nova capital”, desde sua construção, como relatamos com mais detalhe no Capítulo 2, expulsou e soterrou parte da história de sua população negra. Na sequência, temos o relato de uma moradora de um dos quilombos existentes em Belo Horizonte

Eu falo, da minha geração, nós fomos criados, vivemos o golpe de 1964. Nós somos, fomos limitados, não tinha essa liberdade. A gente era monitorado... uma vez nós viemos com um carro da polícia atrás... e aí perguntaram de onde nós estávamos vindo e aí um falou cinema, outro pizzaria... Aí teve que explicar que fomos no cinema, depois fomos num barzinho, ficamos com fome e fomos na pizzaria, e estávamos voltando a pé ali no Floresta. Aí eles, os policiais, perguntaram o que estávamos fazendo ali, eu fiquei com vergonha e falei que estava fazendo xixi atrás do carro, fiquei com vontade...e eles com um cassete, oprimindo, disseram: "Não é hora de estar na rua não". Então, as dificuldades eram maiores.

(Saí-Andorinha, G4 - 60 anos - F)

Essa observação destaca um aspecto crucial da realidade de Belo Horizonte e remete especialmente à persistência da segregação, truculência policial e desrespeito às pessoas que são marginalizadas. Essas são questões profundas que permanecem e impactam diretamente a vida dos habitantes da cidade.

Assim, direcionando olhares atentamente para o outro na vida cotidiana, especialmente quanto ao público com 60 anos ou mais, percebe-se uma “conspiração do silêncio”, nas palavras de Beauvoir (2018). As expressões faciais das velhices invisibilizadas aparecem nas figuras: dos idosos institucionalizados, das idosas negras que dedicaram suas vidas ao cuidado familiar (frequentemente de outras famílias que não a sua), daqueles que viveram em condições desafiadoras nas vilas e aglomerados urbanos, das pessoas em situação de rua/sem teto às pessoas que envelhecem sem residência fixa, na comunidade LBGTQIA+, no imigrante, na alienação parental, no choque ao ver o idoso acamado na porta de um banco para realizar sua prova de vida³¹, na violência³² doméstica, nas expressões de dúvida, medo, tristeza, solidão, no

³¹ Disponível em <https://g1.globo.com/rs/rio-grande-do-sul/noticia/2022/01/21/idoso-e-levado-de-ambulancia-e-maca-para-fazer-prova-de-vida-da-aposentadoria-em-novo-hamburgo.ghtml>. Acesso em 11 jul 2022.

³² Segundo a OMS, “pelo menos 15,7% da população idosa está submetida a um tipo de violência, ou seja, 1 em cada 6 idosos sofre violência em todo o mundo. São muitos casos de denúncia e a mulher idosa é a mais atingida. E muitas dessas situações não são relatadas e denunciadas. O idoso tem medo da retaliação, por isso, não denuncia na maioria das vezes. As estatísticas demonstram que vem aumentando o número de violência contra a pessoa

isolamento social e no gerontocídio que vivenciamos no contexto de sindemia da Covid-19. São atitudes, marcas e expressões cruciais da nossa sociedade, que exigem atenção e ação, tanto das políticas públicas, quanto da sociedade em geral, a fim de construir uma vida mais respeitosa e digna para todos.

As questões raciais e de gênero despontam, como mencionado por uma coordenadora de um grupo que reúne pessoas com 60 anos ou mais para atividades recreativas e socialização:

Se chega uma senhora preta lá no grupo, nossa! Ela tem dificuldade demais para se integrar e se sentir pertencente. É, porque as brancas não querem sentar com uma negona, né? Ah...sabe? Não pode gente! Elas não querem misturar...tem muito preconceito, especialmente com a cor. Aí não quer sentar junto, não quer participar, e às vezes eu tenho que pegar a pessoa, colocar na minha mesa, sentar ela junto comigo, fazer a atividade junto com ela, para mostrar para as outras a atitude certa e para elas começarem a aceitar o diferente delas.

(Gralha do campo, G4 - 64 anos - F)

Seu discurso também é carregado de preconceito e certo autoritarismo, apesar de ela estar no movimento de mudança e de educação das outras membras do grupo, ao observar e dizer:

Tem uma pretinha. Ela deve ter uns 65 a 67 anos, por aí. Eu já notei que ela chega e senta longe de todo mundo. É porque eu faço uma roda com as cadeiras, aí ela chega põe a cadeira dela fora do círculo... um dia eu perguntei: uai, por que você tá fora do círculo? Posso saber? Chega pra dentro que eu quero você aqui!

(Gralha do campo, G4 - 64 anos - F)

Mona Rikumbi (primeira cadeirante mulher, negra, a dançar no Teatro Municipal de São Paulo) reverbera no documentário “Quantos dias, Quantas noites” (2023) uma reflexão de mudança de pensamento e atitude, que deve ser incorporada em nossa realidade, pois uma “*pessoa não precisa ser deficiente para entender que não deve ser capacitista, a pessoa não precisa ser preta para entender o racismo, que tem que ter atitudes antirracista, não precisa ser velha para entender de idadeismo.*” Kalache, no mesmo documentário, assevera:

Nós estamos vivendo em uma explosão de idadeismo, ou seja, você sempre tem um grupo que se acha valendo mais que o outro. Depois que você tem a ideologia, você institucionaliza, você vai operacionalizar, vai ter regras, você vai ter medidas, não vai entrar no hospital, não vai receber uma ressonância eletromagnética, muito velho, não

idosa. O idoso pode sofrer violência de vários tipos: física, psicológica, doméstica, negligência e abandono, institucional, abuso financeiro, patrimonial, sexual, discriminação”. Disponível em <https://www.oabes.org.br/artigos/pelo-menos-157-da-populacao-idosa-esta-submetida-a-um-tipo-de-violencia-segundo-a-oms-135.html>. Acesso em 13 jul 2022.

vai ficar no hospital por mais de sete dias, o lado perverso que institucionaliza a ideologia. Passa a ser interpessoal, são as piadinhas, passa a ser insidioso, o tempo todo derrubando o outro, tirando a autoestima e a confiança. O quarto item é a internalização, é o objetivo da supremacia (Kalache, 2023 – trecho transcrito do documentário).

Um gestor aponta, em tom pessimista, que hoje:

Envelhecer é um grande desafio pra gente enquanto a sociedade. E eu não sei se o nosso país, a nossa sociedade, vai mudar muito daqui até lá. A gente ter uma situação muito diferente do que é hoje, né, tanto de condições de vida, quanto condições de respeito na parte mais cultural, de respeito à pessoa idosa, de entender esse público com necessidades diferenciadas.

(Pau Brasil, G1 – 44 anos – M)

Guardando certo otimismo, Quaresmeira (G2), profissional da ponta, destaca que vê uma possível alternativa de mudança:

Olha, eu acho que é uma questão também cultural. A gente precisa investir nessa identificação do envelhecimento na formação escolar, e trazer, acho que resgatar, essa cultura de valorização do envelhecimento, né? Porque eu acho que é uma coisa que a gente deprecia muito enquanto uma cultura capitalista selvagem que a gente tem.

(Quaresmeira, G2 – 47 anos – F)

Essa análise é bastante perspicaz e reflete uma compreensão profunda das complexidades da sociedade atual. A segregação e os desafios enfrentados por diferentes grupos sociais realmente contribuem para a ampliação das desigualdades ao longo do tempo e para a diversidade de experiências de envelhecimento que existem. É crucial abordar/debater e superar essas questões para promover a construção de uma sociedade mais justa e inclusiva para todas as pessoas, independentemente de sua origem, fenótipos ou condição social.

Como elucida Tangará (G4), a cidade oferece muitas atividades gratuitas, promovidas pela Prefeitura, e nem todos dos 60+ sabem aproveitar:

Belo Horizonte tem o lado positivo e o lado negativo. Eu acho que ela é uma cidade que oferece muita atividade para a gente. Inclusive, muita coisa, a Prefeitura mesmo tem muita atividade, é tudo de graça. Então, eu costumo falar assim: só não faz alguma atividade quem não quer. Agora tem o inconveniente, o idoso não é respeitado. De um modo geral, não é respeitado.

(Tangará, G4 – 68 anos – F)

A preocupação com o alargamento do topo da pirâmide etária nas idades mais longevas é expressa por Goiabeira (G2), que traz a questão do aumento exponencial da população idosa:

Eu acho que a gente, Belo Horizonte, ainda precisa ter esse olhar, assim, pro idoso. O país tem aumentado muita expectativa de vida, mas não basta isso; associado a isso, a gente precisa ter qualidade. Eu acho que, em Belo

Horizonte, não tá tão preparada assim para isso. Acho que a gente ainda precisa acolher mais, sabe? Trazer o idoso mais para a gente, precisa falar mais da promoção da prevenção, da cultura para o idoso, incentivá-lo a participar de outras áreas, de atividades diversas.

(Goiabeira, G2 - 42 anos - F)

A profissional afirma que existem, sim, algumas possibilidades de ofertas e ações, de grupos, para além do NASF, como academia, o Vida Ativa e os grupos de convivência. Ela contrapõe que “*na lógica de infraestrutura da cidade, Belo Horizonte não é uma cidade preparada para o idoso, não*” (Goiabeira, G2). Na mesma toada, Jabuticabeira (G2) denuncia que a cidade requer muitas estruturas, não só para o idoso, mas também para o cadeirante e o deficiente visual:

Infelizmente, também não existe acolhimento para esses olhares, para essas pessoas. Cada vez a gente vai ficando mais sem paciência. Então, a gente vai juntando todos esses fatores, aí eu acho que ainda não se tem ou ainda não se enxerga que a população está envelhecendo, e não se enxerga que a gente precisa ter estratégias e infraestruturas para essas pessoas poderem ir e vir, que é um direito também do idoso. Não se pode imaginar um idoso só sentadinho na sua casa, tomando um solzinho, ele tem o direito de ir e vir.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Uma profissional da ponta, Pitangueira (G2), levanta um ponto importante: a discrepância de equipamentos entre as regiões da cidade.

Envelhecer em Belo Horizonte depende de qual região que você é, em qual mora. Você pode estar numa região que tem mais recursos, né? Por exemplo, a Centro-sul, que tem muito parque, muita praça [nem todas utilizáveis], ruas mais arborizadas, passeios mais largos, tem opção. Outros lugares, não tá fácil, calçadas, passeios, né? Tudo irregular... possibilita queda, gera riscos. Ou na Pampulha... ah, lá tem bastante. Mas como é que você vai pra Pampulha? Nem eu, que moro aqui no Carlos Prates, vou para Pampulha pra caminhar.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Outro profissional do mesmo grupo de atuação, de outra regional da cidade, alerta para a ausência de políticas que beneficiem os idosos:

Eu não vejo políticas públicas que favoreçam o envelhecimento saudável, sabe? Eu vejo assim, cada um luta com os recursos que tem. Quem tem condições financeiras boas, consegue espaços interessantes para o envelhecimento. Mas a grande massa, porque eu lido com uma massa mais vulnerável, por exemplo, você vê que não tem. Não tem. É o que está na rua, é o que tiver dentro do bairro. É isso daqui. Mais do que isso, não tem. Aqui no Confisco, tem essa praça aqui que é maravilhosa. Aqui eu falo, dependendo do espaço onde a pessoa mora, ela tem esse privilégio, uma praça bonitinha, arrumadinha, com CRAS perto, beleza, mas não é todo lugar que

tem isso, não. Eu acho bem desafiador. Em alguns, a segurança é precária.... e por aí vai.

(Pessegueiro, G2 - 39 anos - M)

Além das carências, as regionais administrativas da cidade possuem diferenças em suas demandas, como uma gestora externaliza:

A gente tem perfil diferente, às vezes dentro do mesmo bairro, da regional então, por exemplo, a Serra e a Vila Cafezal são na regional centro-sul. O aglomerado da Serra é uma área grande. Tem áreas que não tem coleta de lixo próximo, e a gente sabe que isso vai influenciar, né? Óbvio, se você convive com o lixo, se você convive com animais peçonhentos, tem muita coisa, doença, que às vezes é uma doença que antes não existia, né?

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Vale ressaltar que os espaços intraurbanos de uma cidade ou região são o resultado da acumulação de situações históricas, ambientais e sociais, que podem criar condições específicas para a emergência de doenças (Barcellos et al., 2002, p. 130). A disponibilidade de espaços verdes, de praças ou parques, que promovam ou não a coesão social, a prática de atividades físicas (Lima et al., 2022) ou a disponibilidade de segurança pública, esclarecem as condições socioeconômicas de uma dada população e em geral diferenciam os bairros, regiões e zonas de uma cidade. A exemplo, tem-se o conceito de espaços salutogênicos, que se referem a ambientes que promovem a saúde e o bem-estar das pessoas, não apenas minimizando os fatores de risco para a saúde, mas também proporcionando elementos que incentivam um estado de bem-estar físico, mental e social (Ulrich, 1991, 2001; 2008; Silveira e Kuhnen, 2019).

Para autores e pesquisadores na área, os espaços salutogênicos podem incluir áreas verdes, acesso a espaços naturais, infraestrutura que favoreça a prática de atividades físicas, segurança, e lugares que fomentem interações sociais positivas e um senso de comunidade (Silveira e Kuhnen, 2019). Essa é uma abordagem que vem sendo desenvolvida, mais recentemente, dentro da linha da arquitetura e paisagem, como paisagem salutogênica, ambientes projetados para melhorar a qualidade de vida e a saúde integral das pessoas que os utilizam:

É uma paisagem cujo ambiente fornece funções salutaras (ambientais e humanas) e terapêuticas, ultrapassando o aspecto físico e visível do ambiente – natural e/ou construído. Ela configura-se como um conjunto de fatores que atua de forma sistêmica a fim de atingir o equilíbrio e a resiliência necessários a toda forma de vida saudável (Safe e Pereira, 2024, p. 12).

Em uma releitura, voltada ao tema central deste estudo, observa-se a construção de trajetórias de vida e envelhecimentos discrepantes, frequentemente marcados por desigualdades

de inúmeras ordens. A partir do olhar da vivência familiar e da sua atuação profissional no setor saúde, Quaresmeira (G2) narra que em Belo Horizonte

Precisamos de sensibilização, precisamos realmente ser uma cidade amiga da pessoa idosa. Porque, por exemplo, essa construção hoje, o idoso que é hígido, que vai, que sai, que pega ônibus, você tem uma oferta até interessante. Agora, aquele idoso que tem dificuldade de sair, mas que gostaria de sair, né, que precisaria de ter uma companhia para ir e vir, que muitas vezes não seja no âmbito da família, mas para fortalecer essas relações sociais. Eu acho que Belo Horizonte ainda precisa melhorar nesses aspectos.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

A profissional retoma a importância de seguir e se adequar ao ‘Guia Global: cidade amiga da pessoa idosa’, que tem como objetivo mobilizar diversos setores sociais e políticos das cidades para realizarem ajustes em suas estruturas e serviços, visando torná-los mais acessíveis e promover a inclusão de idosos, levando em consideração suas diversas necessidades e níveis de capacidade (OMS, 2008).

No Brasil, quanto ao cuidado com a pessoa idosa, em primeira instância vem a responsabilização da família e, depois, o Estado. Inicia-se pela análise da família como primeiro círculo de convivência humana. A família, a comunidade e a sociedade seguem transmitindo valores e concepções de vida e de mundo que podem parecer verdadeiras (Costa, 2015) e igualmente equivocadas. Na sequência, a partir da perspectiva da fragilidade e dos contextos sociofamiliares precários que surgiram repetidamente, a profissional, com um olhar psicoterapêutico, anuncia:

Vivemos em uma sociedade que tá envelhecendo com muitas comorbidades, com muita necessidade de tratamento hospitalar. Envelhecer em Belo Horizonte tem muito disso, né? E uma coisa que me chama muito a atenção no ponto de vista do envelhecimento, cada vez mais, é a baixa de suporte social. Isso é um fator, assim, que é importante no sentido de a gente ver muitas pessoas, às vezes, sem filhos ou sem família, e com contexto social mais fragilizado. Ou, às vezes, a pessoa até que tem filho, tem esposa, tem irmão, tem parentes próximos, mas que muitas vezes a pessoa se vê ali abandonada e se vê sozinha e nessa situação mais crítica, dependente de cuidado.

(Sucupira, G3 - 29 anos - F)

Com uma perspectiva voltada para a assistência social, Figueira (G2) ressalta que, em sua visão sobre o processo de envelhecimento, é lamentável observar em Belo Horizonte uma

falta de estrutura na assistência social para apoiar os idosos em situações de vulnerabilidade familiar:

O meu problema maior nesse momento, dentro da minha atuação, é quando eu lido com casos de vulnerabilidade social e que há uma insuficiência familiar grave, e o Estado, que pelo Estatuto do Idoso deveria ofertar o mínimo de direitos para esse cidadão, e a gente não percebe isso na prática.

(Figueira, G2 - 42 anos - F)

Ela relata que, em seu contexto de atuação, são inúmeros os casos em que o idoso fica desassistido pela política pública:

Um idoso precisa de uma institucionalização de longa permanência que seja pública, ele fica muito tempo na fila de espera, aguardando, e às vezes chega a óbito, mais de um caso. Porque tem situações iguais, quando há violação de direitos, há insuficiência familiar grave, a gente tem que ter uma resposta mais rápida do poder público para que essa pessoa fosse abrigada ou em uma instituição, que eu falo provisória, né, às vezes até a família se restabelecer.

(Figueira, G2 - 42 anos - F)

Outra profissional da área da saúde pronuncia que “a gente vê, hoje, a burocracia que é para se conseguir institucionalizar, sabe?” (Goiabeira, G2 - 42 anos - F). Complementarmente, Figueira (G2) sugere uma possível alternativa que, através de esforços contínuos e progressivos, poderia alçar sucesso: a mobilização social.

Sobre a população que a gente atende, é obrigação nossa orientá-los, colocá-los como críticos, não só críticos de só criticar, mas de valorar o que já tem, de buscar a conferência municipal em andamento. E é o momento oportuno, propício, para você refletir junto com esses usuários, o que é a oferta e a falta dessa política pública dentro de uma capital, e como correr atrás de melhorias.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

Avançando para a temática das instituições de longa permanência, que também foram evidenciadas nessa discussão, a profissional da área de assistência social, Paineira (G3), faz um contraponto:

Percebo muitas mudanças nas ações do Conselho Municipal de Assistência Social. Hoje, eu percebo que houve, por exemplo, com as ILPI, a gente era jogado a escanteio, tipo assim, você tá dando conta? Lá você fica. Agora não, sabe? Eu acho que isso tem melhorado, nos dão condição. Por exemplo, o Conselho Municipal do Idoso: você pode pleitear um projeto, captar recurso para esse projeto, executar novas ações, então eu acho isso vem mudando.

Para os grupos de convivência, também tá tendo muito mais atividades. Isso acaba melhorando um pouco a cidade.

(Paineira, G3 - 50 anos - F)

A profissional denuncia que, em comparação com outras cidades brasileiras, Belo Horizonte está ligeiramente mais avançada. Embora reconheça isso, ela pondera que não significa que esteja excelente; há muito a ser melhorado. Outra profissional, que atua em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI), afirma que

BH é uma das cidades mais avançadas no quesito respaldo público no envelhecimento, quando se trata do idoso institucionalizado. Eu acho que tem um expressivo olhar para o idoso institucionalizado, mas eu não vejo isso de uma forma mais completa, principalmente dentro da saúde. As ILPI hoje estão se tornando hospitais.

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Essa observação é bastante pertinente, merecendo destaque. A profissional explica que essa situação decorre, em grande parte, da lentidão no processo de cadastro, análise e conclusão dos procedimentos de institucionalização. Durante o tempo de espera, um idoso ou uma idosa, que poderia estar em boa saúde e em condições de participar ativamente em uma instituição, acaba sofrendo depreciações da saúde. Em muitos casos, essa espera pode levar a um agravamento da saúde mental e emocional, resultando em fragilidade e debilitação. Então, essa pessoa poderá, ao chegar na instituição, estar em uma situação de dependência de grau III³³, ou mesmo ir a óbito, antes do processo ser concluído.

Com a perspectiva da gestão municipal, Ipê Branco (G1) alerta para outra realidade emergente: o aumento da demanda masculina por institucionalização.

A gente percebeu que a demanda masculina tá aumentando, a gente tá tendo dificuldade com acolhimento para idosos masculino, mas também a gente oferta menos vaga pra esse público, porque os homens morrem mais cedo, não se cuidam, aí quando descobre uma doença, ela já tá grave. Igual teve um idoso que veio pra central de vagas, que era idoso em situação de rua e tava tratando porque teve um acidente e ficou no os, e o PS descobriu que ele tinha câncer de próstata, e ele morreu antes de conseguir vaga pra ele, mas morreu por causa do câncer.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

³³ O grau de dependência III, conforme definido no contexto de atenção à pessoa idosa, refere-se à situação de idosos que apresentam um nível elevado de dependência. Esses idosos necessitam de ajuda constante para realizar atividades da vida diária (AVDs), como higiene pessoal, alimentação, locomoção, vestir-se, e cuidados mais intensivos, demandando mais atenção e adaptação do ambiente físico em que vive.

A narrativa de uma entrevistada do Grupo 4 traz outras perspectivas sobre as ILPI. Após a idosa realizar algumas visitas, percebeu e relatou:

Eu não acho que o asilo ou as Instituições de Longa Permanência são ruins, não. Tem certas situações vivenciadas dentro das casas do idoso, que é pior que se tivesse em uma instituição. Só que essa Instituição tem que ser repaginada, ter mais pessoas, têm que, às vezes, selecionar melhor os profissionais. Não é, eu não acho que é ruim não. Só acho que essas coisas precisam ser melhoradas. O que a gente vê nas instituições, quando a gente vai levar música, a gente vê que o lado triste é isso mesmo. Despreparo, muitas vezes do próprio profissional. O traquejo... e, assim... Não é só na pública, não. A particular ainda é mais triste, eu estou por te dizer, nelas, eu acho que é mais triste, às vezes tratam como mercadoria.

(Garça, G4 - 63 anos - F)

A mesma entrevistada faz elogios a respeito de uma ILPI particular:

Lá é tudo muito arrumado, tem muita foto, muito mural bonito, mas será que eles pegam no braço e vai lá e mostra quem é você? Ou será que só recebeu comida no prato todo dia? Ou será que já foi dada a oportunidade de entrar lá na cozinha, descascar um legume, participar?

(Garça, G4 - 63 anos - F)

Ela relata, também, o cenário de uma instituição ideal para ela, que seria aquela onde:

Tem uma interação, sabe o que me faz ter essa visão? Interação, elas ajudam a dobrar roupa para o brechó. Não, tem muitas acamadas também, sabe? Mas elas fazem pano de prato, elas mesmas vendem, tem um lugar lá para elas pegar encomenda. É... uma descasca a batata, a outra ajuda lavando a louça, isso que eu percebi, sabe? É cuidar do jardim, tem um vasinho lá que ela que cuida. Sim, eu acho que tem que ter essa leitura de casa coletiva. Tanto de quem vai morar lá, quanto de quem trabalha...por exemplo, a minha avó desejou ir para um ILPI, ela quis ir.

(Garça, G4 - 63 anos - F)

Ou seja, a interação é uma nova possibilidade de realidade que inova e precisa ser reajustada no contexto das instituições. Na tentativa de organizar os discursos e a tendência das respostas proferidas nessa categoria de análise, adotou-se o *software* Iramuteq, que derivou nas seguintes saídas/resultados, apresentados nas Figuras 7 e 8.

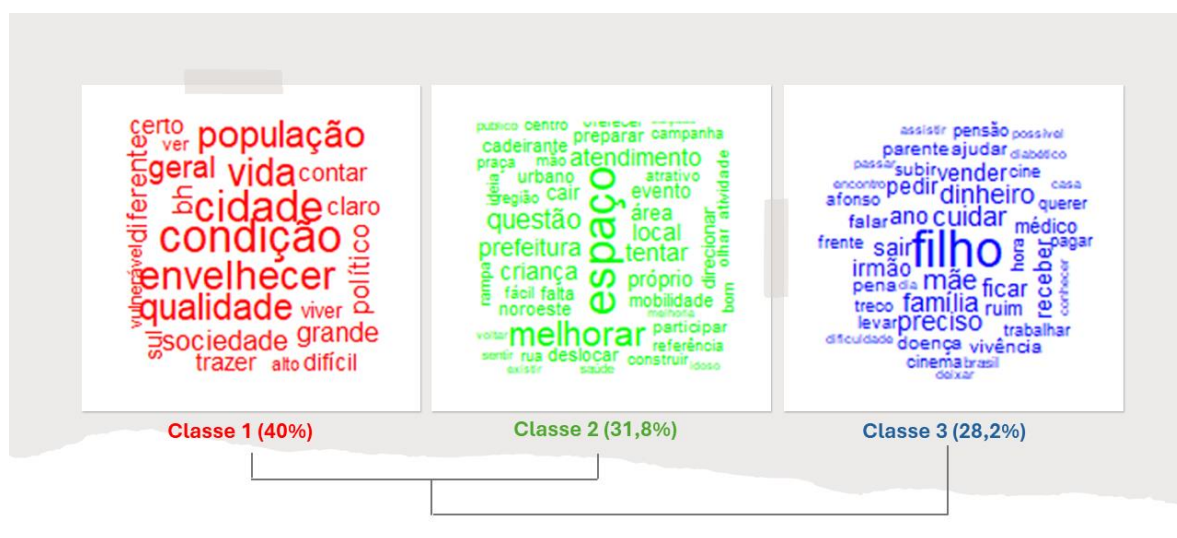
Os resultados obtidos por meio da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), para as respostas das entrevistas com maior consenso e de forma agrupada, foram distribuídos em três classes (Figura 24). Na forma de *clusters*, o conteúdo analisado foi categorizado em 3 classes: Classe 1 (vermelho), com 40% dos discursos; Classe 2 (verde) com 31,8%; e Classe 3

(azul), com 28,2%. Essas classes apresentam ramificações, subdivididas em temas, que comportam conteúdos em comum, de acordo com a análise de sintaxe realizada pelo *software*.

O filograma apresentado na Figura 24 foi repartido em 3 ramificações principais, sendo que as classes 1 e 2 estão mais interconectadas entre si. Elas permitiram a identificação de termos que sobressaem no discurso dos atores a respeito da categoria 3, “Como é envelhecer em Belo Horizonte”.

Na Classe 1, as narrativas apontaram para a condição da cidade em relação à sua população, qualidade, políticas e suas diferenças. Já na Classe 2, predominam as palavras: melhorar, espaço e seus desdobramentos, na área, no local, na região, na mobilidade, para o cadeirante, para a criança, citam-se os deslocamentos e as quedas, o urbano como uma questão de responsabilidade da prefeitura.

Figura 24: CHD representado na forma de um filograma com *clusters*, categoria 3: "como é envelhecer em Belo Horizonte?"



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Na Classe 3, concentram-se expressões concernentes ao cuidado, as relações familiares de ser filho, irmão, mãe e do parente ajudar, pagar e receber; aparecem também o dinheiro, o vender e a pensão, temas recorrentes nas falas dos entrevistados.

Na tentativa de elucidar um pouco mais as análises, foi feita a Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (NP), apresentada na Figura 25.

Dentre as palavras mencionadas, predominam: “envelhecer”, “pessoa idosa”, “público”, “olhar”, “cuidado”, “lugar”, “sair”, “chegar”, “cair”, “precisar”, “querer”, “morar”, “espaço”, “social”, entre muitas outras, que ilustram significativamente o conteúdo abordado nessa categoria. Todas têm associação com o estado/condição da pessoa, medos, ações e

preconceito, o idadismo e a violência foram proferidos com frequência. Outro ponto interessante foi a ressalva para a escala intradomiciliar e suas inadequações, que limitam ações e atividades da vida diária do idoso, causando riscos à sua saúde física.

Ao longo das conversas, as pessoas 60+ responderam e salientaram a dependência de aspectos subjetivos, embasados na força de vontade e na disposição individual como principal modificador das formas de envelhecer. Esses aspectos têm relação com o desempenho de atividades que tornarão o processo de envelhecimento mais agradável.

Falaram muito a expressão “não se entregar” para a velhice, ou seja, não esperar a morte chegar. A pessoa tem que reagir e se adaptar às novas condições físicas e intelectuais, se deseja ter uma vida mais saudável. Reforçaram, ainda, que depende muito do comportamento pessoal. Outros apontam a importância da fé e religiosidade, o apoio da família ou de uma rede de apoio, itens bem associados ao que Kalache chama de capital social.

Eu tenho a impressão que depende mais da pessoa, do modo dele entender o envelhecimento inteiro e encontrar na sociedade um ambiente também para ele, né? Para o envelhecimento, com apoio e essas coisas. Acho que faz falta, mas eu acho que depende mais da pessoa, do autocuidado, da autoestima, da saúde. Eu acho que sem isso aí, ela não arranja nada. Eu tenho essa impressão, comigo eu penso assim... está dando certo, graças a Deus.

(Japu, G4 - 97 anos - M)

Tendo em conta a atribuição pessoal, outro entrevistado confirma que depende de cada pessoa conduzir sua forma de viver e envelhecer, o que diz respeito à sua organização interna (emoções e autoconhecimento) para o enfrentamento que a velhice exige. É algo que se movimenta de dentro para fora:

Eu não vou mudar o mundo, não vou mudar nada. Mas eu escolhi para mim viver bem, eu escolhi para mim ser uma pessoa boa, eu escolhi envelhecer com qualidade, com uma alimentação boa, fazendo as atividades boas, passeando, conhecendo as pessoas, acho que tudo isso é envelhecimento.

(Sabiá do Campo, G4 - 70 anos - M)

Ele exemplifica seu estado de espírito com pensamentos e comportamentos que procura nutrir, o autocuidado e autoconhecimento:

Eu fico tão feliz de estar com 70 anos e agradeço a Deus por esses 70 anos e poder chegar mais para frente, com certeza. E é igual, por exemplo, qual é a importância do envelhecimento com qualidade? É a qualidade de vida que você tem que ter. Você procurar fazer aquilo que vai te deixar bem, vai te crescer como ser humano, como pessoa, porque “ah, velho tem experiência”.

Não, a experiência você vai adequando e vai construindo ela através da vivência, da vida.

(Sabiá do Campo, G4 – 70 anos - M)

Uma gestora concorda com essa linha de pensamento, e incorpora aspectos de cuidados com a saúde física, exemplificando:

Então, assim, é diferente o processo de envelhecimento, também vai ter influência no meio e nas condições ao longo da vida dessa pessoa, de como ela se preparou para envelhecer. Se fumou, bebeu, se alimentou direito, fez alguma atividade física, tudo isso a gente vai ver o resultado lá no fim.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Isso ressalta a importância de abordar não apenas as necessidades físicas, mas também as questões emocionais e psicológicas relacionadas ao envelhecimento. Outra entrevistada relata ter observado cotidianamente uma outra pessoa do seu convívio social ter se deixado abater pelos percalços do envelhecimento:

Eu acho que aquelas que se acomodam, "ah, hoje não estou animada", hoje mesmo encontrei com um senhor que é do nosso grupo e perguntei por que ele não estava indo, ele falou que as pernas estavam doendo muito e eu peguei e falei assim: "Se você veio de lá até aqui embaixo, você deu conta de vir... chega lá e a gente conversa e essa hora a dor vai ficar na sua casa". Mas eu tenho colegas desanimadas, mas nem tentou... não tem aquela expertise, eu quero fazer... "ai, não vou dar conta disso, não". Tem as oportunidades, mas não aproveita as oportunidades que chegam, você está entendendo?

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

Uma profissional da ponta ressalta que aspectos individuais são entrelaçados com a cultura na qual estamos imersos:

Eu acho que a cultura é um fator que prepondera também nas diferenças. Cultura de modificar mesmo, conceitos, padrões sociais, forma de viver mesmo. Acho que, mesmo tirando a saúde, né, mas vamos supor hábitos, né. Você pode ter hábitos mais saudáveis, né. Às vezes, a cultura daquela população ali daquele entorno, né, ela vai gerar ali uma cultura diferente dentro da mesma cidade, locais diferenciados. Cada local tem ali uma cultura, ele tem um jeito de viver ali, de ser relacionar, né. Eu acho que a cultura também impacta, sabe, as formas de vida mesmo.

(Cerejeira, G2 - 55 anos - F)

Cabe aqui resgatar os aspectos apontados no modelo conceitual de fatores que influenciam os processos de envelhecimento (Figura 1 - p. 28), no qual foram abordados fatores

culturais, que perpassam transversalmente as escalas de tempo e espaço, através de signos e ações, impactando na vida e o viver/existir das pessoas. E, assim, os trechos a seguir reforçam como é preciso rever pensamentos e atitudes, para que se possa ter uma sociedade melhor e com um envelhecer mais digno, menos idadista. Tal sensibilização perpassa por um desafio intergeracional:

Eu acho que, no caso, tem que haver uma conscientização para as pessoas jovens. O jovem tem que se preparar para o envelhecimento dele, porque, infelizmente, hoje o jovem dá a impressão que ele não vai viver, não vai chegar a ficar velho. Por quê? Porque ele faz tudo para prejudicar a saúde dele, ele não está se preparando para envelhecer. E é importante essa preparação, porque ele tem uma velhice saudável.

(Beija-Flor, G4 - 84 anos - M)

Essas afirmações estão em consonância com a proposição de Kalache no documentário “Quantos Dias, Quantas Noites” (2023):

Para você ter qualidade de vida, você ter uma missão, um propósito, você acordou de amanhã e vai fazer uma diferença para alguém, saber que você quer deixar um legado, uma intenção que você busca. Meter o bedelho, querer fazer e acontecer. Viver é um ato político (Kalache, 2023 – trecho transcrito do documentário).

Em outro documentário, "Como viver até os 100 - Os segredos das zonas azuis", lançado em 2023, o escritor Dan Buettner identifica áreas geográficas³⁴ com altas taxas de longevidade e qualidade de vida. Nessas regiões, chamadas por ele de “zonas azuis”, as pessoas tendem a viver mais tempo e de forma mais saudável do que em outras partes do mundo.

Algumas das principais características das zonas azuis incluem: 1) Alimentação saudável; 2) Atividade física regular; 3) Vida social ativa, sensação de pertencimento; 4) Baixo estresse, e 5) Senso de propósito. No entanto, em países emergentes ou mesmo empobrecidos, nem sempre estas características podem ser alcançadas, e menos ainda para a maioria das pessoas, que são atravessadas por desigualdades de múltiplas ordens e iniquidades, por consequência.

As reflexões a seguir perpassarão por algumas das características levantadas por Buettner (2023). Evidencia-se que pessoas já estão conscientes dos caminhos e atitudes, quando os entrevistados percebem a influência desses aspectos em suas vidas durante o

³⁴ Foram eleitas cinco áreas no mundo onde grupos de pessoas vivem por mais tempo: mulheres longevas de Okinawa, Japão; homens longevos de aldeias montanhosas na Sardenha, Itália; indivíduos de meia-idade com vidas saudáveis e longas de Nicoya, Costa Rica; habitantes da Ilha grega de Ikaria; e a população adventista de Loma Linda, Califórnia (Buettner, 2019).

envelhecimento, ou na sua atuação com pessoas 60+ em Belo Horizonte. A primeira delas está em sintonia com a religiosidade como um apoio fundamental, ressaltando a importância de ter fé:

Não é sobre religião, é sobre espiritualidade. A gente não vai entrar no contexto de religião, acho que isso é muito diverso, cada um tem a sua. Mas, espiritualmente, eu tenho que tá bem, tá centrada. Tem que ter algo que me guia de alguma forma espiritual. Seja Deus, seja Oxalá, seja o que for. Cada um com suas crenças. Para mais que religião, a espiritualidade, eu acho que é algo importante, cuidado espiritual, você tem que ter algo que você acredita.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Os entrevistados com 60 anos ou mais enfatizaram a importância da religiosidade e da fé em suas narrativas, anunciando como esses elementos são fundamentais para superar desafios, incluindo questões de saúde e outros obstáculos. Eles argumentam que ter uma crença e confiar em algo superior auxilia-os na sobrevivência diante das adversidades cotidianas. Os espaços de religiosidade são também locais de coesão social, interação e compartilhamento de conhecimentos, músicas e quitandas, gerando impactos positivos na vida das pessoas em geral, especialmente daquelas com 60 anos ou mais.

Tesourinha-da-mata (G4) fala sobre sua participação na Pastoral da Pessoa Idosa, em uma igreja católica em sua comunidade, que ocasiona vínculos e ações sociais:

A gente vai na casa das pessoas fazer visita. Quando você chega lá, você precisa ver a alegria que os idosos ficam ao ver a gente na casa deles, fica em uma satisfação com a presença, a gente faz oração também, faz parte da visita, quando a gente fala que vai embora eles não querem...

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

Essas ações geram a possibilidade de ver e estar em contato com outras realidades, revisitar a sua própria e, de certa forma, remodelar comportamentos e sentimentos:

Quando a gente faz a visita, a gente põe a camisa. Tem idosa que, quando a gente chega na casa, ela está bem ativa, ela está bem espertinha, mas tem idosa que está para baixo. Já fomos fazer visitas para idosos que estão apreendidos dentro de casa, por conta de violência causada por netos e filhos envolvidos com as drogas. Eles deixam entrar na casa... a gente já sabe, e o idoso não consegue se abrir, mas a gente vê, você está entendendo?

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

As falas demonstram, assim, a importância destas ações, tanto para quem participa atuando nas visitas, quanto para aquele que a recebe. A mesma senhora manifesta ainda que:

Tem casas que são precárias mesmo, volta e meia a gente consegue, aqui em cima tem um bazar, onde eu faço o Vida Ativa, e tem uma moça lá que eu conheço lá... e lá chega muitos lençóis, fronha, travesseiro, colcha... e ela vai lá e passa isso pra mim, e gente vai lá e leva, porque tem casas que estão precisando. E através da Igreja, também, a gente consegue fralda também, descartável, sabe? Aqueles que precisam. E, agora, eles estão fazendo tipo uma parceria, naquela casa que a gente for, as dificuldades que a gente encontrar, a gente tem que mandar. A coordenadora que sabe mexer com esses dados, a quantidade de idosos da região aqui para poder mandar uma ajuda de fralda e mais coisas que precisar, lenço umedecido... e eles fazem uma avaliação. Nossa, nós somos muito idosos aqui [Jardim Felicidade].

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

Esta narrativa está muito integrada com a de um profissional da ponta, que explicita sua visão sobre os projetos da Academia da Saúde:

Eu acho que a oferta de serviços de saúde também, de cuidados, eu acho que isso impacta, mas aí já é um impacto positivo, porque eu percebo que hoje a cidade tem se preparado um pouco melhor em relação a isso. Até a criação do Programa Academia da Saúde é uma forma de promover práticas para esse público, pensando no envelhecimento que traz um impacto positivo para eles... que algo que não era ofertado, pelo menos eu desconhecia até então a oferta, por mais que tenha outras práticas na cidade também.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Cajueiro (G2) reforça as questões de coesão social, cuidado e interação no ambiente em que ele atua:

Eu percebo que a academia consegue ampliar esse cuidado, ampliar esse olhar por essa ação mais multidisciplinar e pela quantidade de pessoas que são atendidas, né? São cerca de 19 mil pessoas atendidas atualmente. Claro que, assim, tem uma limitação (de vagas – referindo ao comentário da entrevistada) e também de estrutura da academia de espaço físico, infelizmente não consegue atender tantas pessoas, mas tem o lado também que, se a gente coloca turmas muito grandes, tem a nossa capacidade de atendimento também. Então, é uma experiência que tem crescido, já tem até previsão de crescimento.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Estes conceitos são muito enfatizados no Modelo Conceitual para os Determinantes Sociais em Saúde (OMS, 2010), na Figura 2, p. 36. A coesão social e o capital social ocupam lugares estratégicos no modelo, atravessando e conectando as dimensões estruturais e intermediárias dos determinantes sociais em saúde, amplamente discutidos no âmbito da saúde.

Outro profissional, atuante no CRAS, expõe:

O que facilita o envelhecimento saudável: quando você tem espaço de socialização, para o idoso. Ter grupos de socialização, eu acho que seria um aspecto que iria diferenciar de um bairro que os idosos tem um envelhecimento mais saudável, de um bairro que não tem. Um bairro que tem grupos de socialização, seja de igreja ou do setor público ou filantrópico, eu acredito que oferta condições de um envelhecimento mais saudável. Além dos grupos, a infraestrutura para acolher esses idosos também faz muita diferença. Os grupos não são possíveis porque não tem espaço para isso. Vou fazer um grupo no último andar de um prédio? Tem que ser um térreo, um local adequado, que tenha condições do idoso ir, a infraestrutura faz parte condição socioeconômica, ajuda muito. Nada é de graça, ninguém vai ficar bancando o idoso em tudo, eles gostam de um lanchinho, eles gostam de um passeio, de um artesanato, de instrumentos.

(Pessegueiro, G2 - 39 anos - M)

Os gestores e os profissionais da ponta concordam em seus discursos quanto aos fatores que colaboram para um envelhecimento saudável, e que vão além de um só fator. Trata-se de um conjunto de fatores que têm diferentes pesos, a depender da pessoa, da família e do contexto no qual ela vive cotidianamente, e pontuam o autocuidado, a renda e a escolaridade. Advertem, ainda, que alguns fatores poderão ter um maior peso sobre os demais.

Estes entrevistados comparam melhor os espaços da cidade e suas possíveis precarizações, como vilas, favelas e bairros com melhor infraestrutura, assim como apresentado no capítulo anterior: “*É tudo, socioeconômico, cor de pele, gênero, tudo isso aí, isso tudo entra. Mas o que mais pesa é o financeiro, a estratificação socioeconômica*” (Aroeira, G1 - 61 anos - F). Outra representante do grupo dos gestores anuncia sua percepção:

Olha, eu avalio que a condição socioeconômica tem impacto direto na condição de envelhecimento, sabe? A questão de moradia é outra condição que impacta também, né? Porque, principalmente para as famílias aí que residem em territórios mais vulneráveis, que as condições de saneamento básico e de construção, mesmo, de moradia, são muito precárias. A gente vê moradias que não são favoráveis a própria acessibilidade desse idoso dentro do domicílio. Quanto mais dentro do território, né? Então, isso acho que tem um impacto.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

No Brasil, assim como em outros contextos no mundo, a situação socioeconômica influencia significativamente a saúde das pessoas:

De uma maneira geral, piores condições de saúde, pior função física e menor uso de serviços de saúde estiveram associados com menor renda domiciliar per capita, independentemente do grupo etário. Além disso tanto os idosos quanto os adultos mais

jovens com pior situação socioeconômica têm pior qualidade de vida relacionada à saúde (Lima-Costa *et al.*, 2002, p. 819-820)

Dentro dessa seara, a escola, uma das entidades responsáveis pela formação do cidadão, poderá incidir sobre a capacidade de ascensão social e elevação da renda. Ao pensar no grau de escolaridade e envelhecimento foram encontradas

[...] associações positivas e independentes com melhor escolaridade foram observadas para ingestão excessiva de bebidas alcoólicas, realização diária ou quase diária de exercícios físicos durante os períodos de lazer e consumo diário de cinco ou mais porções de frutas, verduras e/ou legumes frescos (Lima-Costa, 2004, p. 204).

Coruja (G4) reflete que a questão é socioeconômica e perpassa o local de moradia:

Socioeconômico e geográfico também. Então, eu acho que essa questão do contexto dos lugares influencia demais da conta. Então, eu acho que depende muito do lugar que você mora. Sem dúvida alguma. Eu acho o São Pedro melhor para morar do que o Santo Antônio, que nós estamos falando de morro.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Outra representante do grupo dos gestores reforça essa perspectiva, advogando que:

Depende de como foi esse caminhar, porque é um processo, uma trajetória. A influência que o meio tem na sua vida. Não é só a genética, porque a genética colabora, mas é o meio que vive também influencia. Quais as garantias de direitos que ela teve acesso, a que bens públicos, para poder chegar até essa idade? Eu penso que o envelhecer não é igual pra todo mundo, depende de uma série de fatores, principalmente o meio que ela vive, é um conjunto, porque cada um vai envelhecer de um jeito. Se a gente pegar uma pessoa idosa do Mangabeiras, ela vai ser diferente de uma pessoa idosa que mora no Cafezal, que é do lado.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

No que se relaciona à cidade, pesquisadores da área da geografia e saúde enfatizam que:

Uma cidade “produz” o lugar dos ricos, dos pobres e da indústria, bem como estabelece fluxos de circulação de bens e serviços. Uma cidade é necessariamente heterogênea, resultado da permanente ação da sociedade sobre a natureza. Por outro lado, esse espaço produzido socialmente exerce pressões econômicas e políticas sobre essa sociedade, criando condições diferenciadas para sua utilização por grupos sociais (Barcellos *et al.* 2002, p. 131).

Outra profissional da ponta elenca aspectos de desigualdade social e escolaridade:

Me lembro do momento de uma visita que fizemos com o grupo 60+, num determinado local. Lá tem as sementinhas do café e as folhas do tabaco, em todas as paredes, o guia foi mostrando e explicando... aí a mulher falando da

roça, aí ela disse, eu sou analfabeta porque eu tinha que trabalhar. Hoje ela já faz essa leitura. Mas talvez um tempo atrás ela diria... “Ah, porque a vida foi assim, né?” Não atualizou, né? Mas é isso, esse não acesso à educação.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

Eu acho a própria questão da educação mesmo, sabe? Quando a gente olha para o nosso cenário de construção social e de construção dos processos de educação, até falando assim garantia de direitos, a gente vê que eles não participaram lá dessa construção. Isso vem depois né, deles assim, então eles têm uma faixa etária que, às vezes, eu diria que eles são pegos de surpresa no meio do caminho do envelhecer, dizendo “olha, vocês têm direitos”.

(Embaúba, G3 - 44 anos - F)

Embaúba (G3) aprofunda a questão dos direitos e da autoestima na abordagem, dizendo:

Em algumas ações, precisamos dizer: vocês são pessoas, vocês podem acessar como cidadãos, em especial pela idade, porque não só como pessoa idosa, mas a maior parte das nossas discussões de garantia de direito vão do direito da criança, do adolescente, a pessoa idosa e, pensando mais recortadamente, nos direitos da mulher.

(Embaúba G3 - 44 anos - F)

Aroeira (G1) reflete que *“a questão da educação, o acesso aos bens culturais é prejudicado quando a pessoa não tem condições mínimas de educação. Às vezes, a pessoa não consegue fazer uma leitura, participar de alguma atividade, eu penso também nisso”*.

Sobre essa temática, os dados do Censo de 2022 apontam que, no Brasil, “mais da metade (61%) dos 11,4 milhões de analfabetos do país em 2022 tinham 55 anos ou mais. Ainda assim, existem quase meio milhão de jovens entre 15 e 24 anos que não sabem ler nem escrever”³⁵. Ou seja, trata-se de uma situação a ser sanada a longo prazo, visto que os jovens de hoje serão os idosos de amanhã, e existem diversas evidências de prejuízos na trajetória de vida associados ao analfabetismo, ao analfabetismo funcional e à baixa escolarização.

Uma tentativa de reverter o quadro do analfabetismo é relatada por Ipê Amarelo (G2), que conta como atuam na conscientização do público que é atendido no CRAS, em relação à manutenção e importância dos estudos e da escolarização:

A gente trabalha na oficina da Bolsa Família. Para essa mãe. Não só a responsabilidade para esse adolescente, essa criança, de que ele é responsável por receber esse orçamento, essa coisa, mas de que é direito dele

³⁵ Disponível em: <https://valor.globo.com/brasil/noticia/2024/05/17/censo-maioria-dos-analfabetos-tem-mais-de-55-anos-mas-brasil-tem-quase-meio-milhao-de-jovens-de-ate-24-anos-sem-ler-nem-escrever.ghtml>. Acesso em: 19 mai. de 2024.

de estudar e, quando ele não vai, ele abre mão desse direito. Um direito que foi conquistado com muita luta, que aí a gente tem o contraponto do idoso, que está no mesmo ambiente, que não estudou porque não teve condições. Não teve condições. Ele precisava sobreviver e trabalhar.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos – F)

Essa iniciativa conjuga-se ao que Kalache pondera sobre a realidade brasileira no documentário “Quantos Dias, Quantas Noites” (2023), especialmente após a sindemia da COVID-19 e o desgoverno de Jair Bolsonaro: “*E você tem um terço da população, que tem entre 18 e 30 anos, que nem trabalha e nem estuda. Como que você vai querer que esse cara envelheça bem?*” (Kalache, 2023 – trecho transcrito do documentário).

Nessa perspectiva, os registros recentes do último censo demográfico indicaram que um em cada cinco brasileiros, com 15 a 29 anos, não estudava e nem estava trabalhando em 2022. O IBGE (2023)³⁶ divulgou que 10,9 milhões de jovens de 15 a 29 anos não estavam estudando nem ocupados, representando 22,3% dessa faixa etária. Dentre eles, as mulheres pretas ou pardas somavam 4,7 milhões (43,3%), enquanto as brancas eram 2,2 milhões (20,1%). Os homens pretos ou pardos eram 2,7 milhões (24,3%), e os homens brancos, 1,2 milhão (11,4%).

Os dados transcritos explicitam as diferenças de oportunidades atreladas aos indicadores de raça/cor e sexo (sendo as mulheres negras ou pardas as menos beneficiadas). Outro ponto relevante e diretamente relacionado à discussão é que afazeres domésticos e cuidados de parentes mantêm mulheres jovens fora do mercado de trabalho e limitam a qualificação dessa força de trabalho.

A prestação de cuidados aparece nas falas de mulheres, que os recebem de suas filhas ou precisaram de prestar cuidados às suas mães. Esses cuidados são pontuados pelos profissionais da ponta com bastante frequência, relatando sobre as privações e sobrecarga que esse tipo de atividade gera para a família. Essas manifestações vão de encontro à discussão trazida pela literatura, de que geralmente o cuidar não se dá de forma equitativa, sendo normalmente assumido por mulheres de gerações intermediárias (Peña et al., 2017).

É na família, e apoiada pelo contexto cultural, que se impõe o estigma de que a mulher seja a responsável pelo cuidado do lar, da limpeza, da criança, da comida, da(o) doente e da pessoa idosa (Ferreira, Isaac e Ximenes, 2018). Tais atribuições as levam a contrair a maior carga e responsabilidade dessa função social, exercendo um trabalho não remunerado e,

³⁶Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38542-um-em-cada-cinco-brasileiros-com-15-a-29-anos-nao-estudava-e-nem-estava-ocupado-em-2022>. Acesso em: 05 mai. 2024.

frequentemente, não reconhecido pelos familiares, e menos ainda pelo sistema da previdência social e/ou outra instituição:

E, sendo assim, quem são as mulheres cuidadoras das pessoas idosas? Mulheres negras. Aham... e isso tem impacto na relação dela, nesse cuidado, no dia a dia. Isso atravessa ela nas situações de desigualdade que ela vive. E aí a gente, às vezes, descola isso, né? Meio que... Porque isso é uma questão transversal na vida de todos.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

No que concerne aos “trabalhos domésticos” não remunerados, que não configuram nas contribuições ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), executados principalmente por mulheres, muitos não contam como tempo passível para sua aposentadoria perante a lei. E assim, sem direitos, essas mulheres, cuidadoras, filhas, mães, esposas e avós, não terão uma renda que lhes possa dar um suporte em idades mais avançadas da vida, salvo se continuarem a trabalhar ou a contar com a ajuda de terceiros/instituições.

Nesse apontamento, Ipê Rosa (G1) afirma uma prática executada com os cuidadores do Programa Maior Cuidado:

Recentemente, nós temos feito um pouco essa discussão com os cuidadores do Programa Maior Cuidado, para que os cuidadores não coloquem nessas mulheres mais esse peso. Aparece muito a expressão: “ah, as famílias não cuidam. Ah, porque a família não garante não sei o quê, num sei que lá”. Ah, porque o tempo inteiro eles apontam que aquela cuidadora ou aquela referência familiar não garante os cuidados necessários àquele idoso. Aí a gente vem trazendo pra esses cuidadores, assim, ampliando o olhar deles. Por que que não garante? Quem são essas mulheres? Como que será que foi a vida dessas mulheres até hoje? O que que ela abre mão pra garantir esses cuidados? Quem foi esse idoso ou idosa no passado?

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Dados da PNADc (2019)³⁷ notabilizaram que mais brasileiros tiveram que cuidar de seus parentes idosos, grupo considerado na época o mais vulnerável à COVID-19. O número de familiares dedicados aos cuidados de pessoas com 60 anos ou mais aumentou de 3,7 milhões, em 2016, para 5,1 milhões, em 2019. Esse montante representou 10,5% da população, um aumento de 1,5 ponto percentual em relação a 2016.

³⁷ Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/27878-com-envelhecimento-cresce-numero-de-familiares-que-cuidam-de-idosos-no-pais>. Acesso em: 17 mai. 2024.

A mesma pesquisa revelou que, ao mesmo tempo, houve uma diminuição na quantidade de pessoas cuidando de crianças até 5 anos. Isso pode estar diretamente relacionado à transição demográfica e aos novos modelos familiares. A pesquisa elencou que as principais atividades requeridas pelos idosos são: monitorar ou fazer companhia dentro do domicílio (83,4%), auxiliar nos cuidados pessoais (74,1%) e transportar ou acompanhar para escola, médico, exames, parque, praça, atividades sociais, culturais, esportivas ou religiosas (61,1%).

Igualmente, a PNADc (2019) mostrou que os brasileiros vêm se dedicando mais aos afazeres domésticos. A taxa de realização dessas atividades elevou de 81,3%, em 2016, para 85,7%, em 2019. Isso significa que um contingente adicional de 1,6 milhão de pessoas passou a realizar tarefas domésticas.

Essa alta pode ser um efeito da crise no mercado de trabalho e da queda na renda das famílias, reduzindo as possibilidades de contratação de empregadas domésticas (lei regulamentada em abril de 2013). Além disso, pode estar ligada à diminuição do número de pessoas dispostas a exercer esse tipo de função, ou aos impactos da própria lei sobre o empregado doméstico. Esses fatores afetam diretamente a regulamentação da profissão de cuidador de idosos, crianças, pessoas com deficiência ou doenças raras.

No mesmo ano de 2019, o Projeto de Lei da Câmara (PLC) 11/2016, que cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara, avançou na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJ) com voto favorável. Um avanço importante, reconhecidamente; porém, se não há renda para suprir os cuidados, especialmente nas famílias mais carentes, essa regulamentação terá maiores impactos e efeitos apenas na atuação de empresas e instituições, e/ou daqueles que possuem recursos para pagar.

Cabe pontuar, também, a relação raça/cor; em consonância com o observado por Ipê Rosa (G1), a PNADc (2019) mostrou que a mulher preta (94,1%) é a que mais realiza afazeres domésticos, e o homem pardo, o que menos realiza (76,5%). A sobrecarga da mulher também é apontada na pesquisa, a partir da desproporção nos afazeres domésticos e cuidados de pessoas entre mulheres e homens, ficando mais evidente e desigual quando se considera o número de horas dedicadas a essas atividades. As mulheres trabalham quase o dobro do que os homens por semana: 18,5 horas contra 10,4 horas entre mulheres e homens ocupados no mercado de trabalho; e 24 horas contra 12,1 horas entre os não ocupados (PNADc, 2019).

Pela família, ao mesmo tempo acolhedora ou complexificadora do processo de envelhecimento, perpassam as questões do morar junto ou não, e ter uma renda (in)dependente do idoso:

A questão social é fundamental, né? Socioeconômico, social pensando em vulnerabilidade, por exemplo. Porque aí, vem a vulnerabilidade familiar, a família é desestruturada, desorganizada... a questão do afeto está relacionada com isso, porque muitos pais deixaram os filhos, ou não tiveram como cuidar, para trabalhar, e hoje existe, muito recorrente, a questão da falta de vínculo. Aí hoje, muito idoso sustentando a família, né? Porque os filhos também não conseguiam estudar, não tem emprego... então são muitos, muitos fatores e o adoecimento tá relacionado, uma mistura de adoecimento físico, adoecimento mental... isso tudo impacta muito.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

O ciclo do envelhecer em comunidades vulneráveis é denunciado por outra profissional da ponta:

A gente, às vezes, é muito cruel de falar, hoje eu vejo que tem muita oportunidade. Se todo mundo tivesse a mesma oportunidade. aí sim a gente poderia falar que a pessoa não quis, mas é complicado. Frequentemente, em áreas vulneráveis, as pessoas envelhecem presas em um ciclo de violência, precariedade e envolvimento de familiares com drogas. Romper com essa realidade, muitas vezes, se mostra extremamente desafiadora. E, muitas vezes, o filho vai fazer aquilo que viu a mãe fazendo, que viu o pai fazendo e sem essa perspectiva, então, é 1% que consegue.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Aqui, é possível abordar a questão da distribuição desigual de renda e trabalho:

Eu acho que essa questão financeira é um impacto, sim, porque mesmo quem trabalha, eu vou falar dos usuários do CRAS, quando eles chegam a aposentar, muitas vezes a renda deles vai ser de um salário-mínimo. E a gente sabe que o salário-mínimo não dá a condição da pessoa viver uma vida básica, então muitos continuam trabalhando.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Coaduna com a mesma perspectiva as manifestações de Gavião (G4), entrevistado do grupo 60+:

A questão da renda, do dinheiro né? Porque, por exemplo, se ele tem uma casa própria, aquele dinheiro que sobrar da renda dele vai para a alimentação, um remédio, as vezes um lazer, né? Mas se ele tirar da renda dele pra dar um aluguel, que tem muitos casos por aí, ele vai passar aperto,

ainda mais se receber o salário-mínimo. E tem aqueles filhos e filhas, parentes em geral, que aproveita a facilidade da renda do idoso e o nome limpo pra conseguir os empréstimos, consignados, é isso.

(Gavião, G4 - 73 anos - M)

O mesmo entrevistado complementa sua narrativa:

Então, é um outro fator, assim, que pode até depreciar a pessoa, né? Se ela descobrir que agora o dinheiro dela é todo para pagar a dívida. Não tem dinheiro nem pra poder comprar coisas diferentes. É complicado!

(Gavião, G4 - 73 anos - M)

De modo claro, Cajueiro (G2) reitera as dificuldades em se manter o padrão de vida precedente, uma vez que o poder aquisitivo vai sendo restringido:

A gente sabe que o idoso tem perdas salariais; ele tem um custo com a saúde mais elevado, de medicamentos, de plano de saúde para quem tem acesso a ela. A gente vê muitos idosos com muitas dificuldades nesse sentido, que dependem disso até para ter o lazer em alguns pontos também, pensando no lazer mais ampliado, um passeio ou uma viagem... muitos ficam impossibilitados, o dinheiro não dá.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Garça (G4) completa com um exemplo da realidade vivida do grupo que coordena:

O que a gente percebe muito, depois da pandemia, é que elas nunca podem passear, nunca podem... sempre tão apertadas, porque passaram a ajudar financeiramente os filhos. É muito latente isso. É uma realidade bem presente. Um filho foi morar na casa, um filho perdeu o emprego, não conseguiu se reinserir. Tem muitos casos.

(Garça, G4 - 63 anos - F)

Sabiá Laranjeira (G4) aponta como os idosos sentem, na pele, as injustiças de uma vida dedicada ao trabalho, com a contribuição dos impostos e que, ao chegar ao final da sua trajetória, se deparam com dificuldades financeiras:

Mas o que eles fazem e estão fazendo com as pessoas idosas hoje, começa lá na aposentadoria. Você contribui com determinado teto, pensando que você vai receber um pouco daquilo que você contribuiu. Você não passa a receber nem a metade do que tinha que ser. Cada dia mais a gente vai diminuindo; quer dizer, não vai demorar muito, eu acredito que daqui há 5 anos tá todo mundo recebendo igual o salário-mínimo. Isso aí foi uma tristeza na vida.

(Sabiá Laranjeira, G4 - 83 anos - M)

Bem-te-vi (G4) relata que a realidade vivida por muitas famílias na periferia envolve um misto de emaranhamento familiar, dependência financeira e violação de direitos:

As pessoas mais da periferia querem estar do lado da família. E, como se não bastasse, esse dinheiro do LOAS³⁸, esse dinheiro está movimentando muita casa aí... de famílias que são dependentes do idoso. E nós temos situação aí de alguns netos que agridem esses idosos para tomar esse dinheiro e usar com outras coisas. Porque, também, a nossa cultura hoje é uma cultura às vezes de assistencialismo. Eu não concordo com isso.

(Bem-te-vi, G4 - 69 anos - M)

Além dos elementos discriminados, Tesourinha-da-mata (G4) acrescenta o problema das condições internas das famílias, que podem também sofrer com desdobramentos de usuários de drogas:

Aqui mesmo, a gente tem relatos de senhoras que sofrem dentro de casa, com netos, com filhos... falam que tem que denunciar, mas aí tem o medo. E às vezes a família está envolvida com as drogas, e aí como essa pessoa vai ter uma qualidade de vida boa? Vivendo desse jeito? Não tem como, ele fica de mãos atadas. A dona estava ali no posto aqui de baixo, nem sei por que eu estava nesse posto, e ela queria desabafar, sabe? Tadinha, ela começou a contar que os netos estão dentro de casa com os filhos, pegando o dinheiro dela com coisas desnecessárias, e o alimento e as coisas que ela precisava, eles não compravam. E ela chorando, as lágrimas descendo... deu tanta dó.

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

Na outra ponta, nas famílias de classe média e média alta, há o relato de Coruja (G4), que conta uma história de violação de direitos, saúde e herança:

E eu acho muito triste porque, assim, tem recurso, não tem afeto ali envolvido, entendeu? Casos que eu conheço muito perto. Um assim, falaram que a mãe tava com Alzheimer para tentar interditar. Aí eu falei, assim: a gente não faz um diagnóstico de Alzheimer com uma consulta com o neurologista. Tem outros recursos e outras estratégias, mas é que o negócio deles era interditar a mãe, né? E aí eu achei justo interferir, poxa!

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Casos de abuso, mesmo. Então, por exemplo, quando eu trabalhava no ambulatório periférico aqui em Belo Horizonte, eu via coisas impressionantes, né? Como o idoso tinha uma pensão, então você tinha

³⁸ O Benefício da Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas) é a garantia de um salário-mínimo mensal ao idoso com 65 anos ou mais ou à pessoa com deficiência de qualquer idade com impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial de longo prazo, que o impossibilite de participar de forma plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Disponível em: <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/outras/beneficio-assistencial-bpc-loas>. Acesso em: 07 jun. 2024.

peessoas dentro da casa, que é por causa daquela pensão que ela tava ali, entendeu? Ele não tinha um retorno para ele. E eu tenho também pessoas que os filhos tão quase torcendo pra pessoa ir embora, porque tem dinheiro, querem só o dinheiro, relação afetiva já não existe, aí é o outro lado.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Na mesma perspectiva, envolvendo cuidados, família, conflitos e abandono:

E outra coisa, também: como as famílias diminuíram, hoje em dia o idoso, quando ele adocece e ele não tiver filhos, pra cuidar dele quando ele estiver enfermo, não puder tá mexendo, vai ser a maior dificuldade.

(Sabiá Laranjeira, G4 - 83 anos - M)

E cuidar do idoso não é pra qualquer um não, entendeu? Feliz, feliz é aquele que tem, por exemplo, um filho, uma filha que ajuda, que apoia, o membro da família que cuida dele, porque é doloroso.

(Gavião, G4 - 73 anos - M)

Voltando ao ponto da cultura e da sociedade e suas relações líquidas, tem-se uma sociedade que, cada vez menos, sabe cuidar de si e, menos ainda, do outro. Uma geração inteira parece não ter sido ensinada e sensibilizada a cuidar. Então, Sibipiruna (G1) recupera uma reflexão dos tempos da pandemia:

A gente viu que, durante a pandemia, a gente teve o abandono, porque várias pessoas estão sofrendo abandono por questão da violência dentro da família. O dado recente do Disque 100, agora, saiu agora, fez uma comparação de 2021 para 2022: o número de notificações de violência subiu mais de 100%. O número de violações de direitos humanos e direitos da pessoa idosa cresceu bastante. Então, acho que tudo influencia, sabe? É um conjunto, não dá para a gente recortar a pessoa e falar “o seu problema é só falta de ônibus”. Ela não tem ônibus, mas ela pode estar desnutrida, a pessoa tem que ser vista como um todo.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

A relação com os parentes emerge em um dos depoimentos de uma profissional da ponta, ao relatar um contexto recorrente na regional onde atua:

Tem abandono, de sozinho mesmo, e abandono de idoso com família, nos dois casos, especialmente os homens. É abandono sozinho, que realmente está sozinho: não casou, não tem filho ou ele casou, tem filho mas não assumiu. A maioria é por essas questões, é o vínculo que não existe ao longo da vida. Os filhos não reconhecem ele como pai. “Ele batia na minha mãe. ele abandonou a nossa família toda e foi morar com outra pessoa. Agora ele quer? Agora que ele está idoso?”. Então tem isso, sabe? É o vínculo que não se formou.

As vezes ele é pai só na certidão. Ele realmente é pai, porque ele gerou, mas ele não é pai de amor, de afeto, de cuidado, e o que nós vamos fazer?

(Macieira, G2 - 46 anos - F)

Ainda sobre a perspectiva do abandono e da solidão, os entrevistados falam sempre com muita preocupação. Gavião (G4) pontua que, em alguns casos, *“a família começa a abandonar a pessoa idosa, não são todas, mas vão deixando ela para escanteio, tem menos paciência, convidam menos para as socializações”*. Outras entrevistadas 60+ ponderam:

Idoso é também uma coisa muito difícil. Se você fica sozinho, você vai pro buraco abaixo, ninguém vai mais na sua casa, você não vai na casa de ninguém, fica muito na TV e no celular.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

[É] um deus nos acuda. A pior coisa que você pensa é não ter ninguém pra você conversar, pra você bater papo, distrair. Você vai ficar só vendo televisão, televisão, televisão. Não, não dá, tem que distrair muito. Eu quase consegui terminar o livro, mas eu não consegui terminar, e eu fiquei preocupado, porque a cabeça não aguentou.

(Sabiá Laranjeira, G4 - 83 anos - M)

Eu conheci um rapaz, ele tinha um apartamento lá no Cruzeiro, morava sozinho, envelheceu, morreu. Não sei nem para quem ficou o apartamento dele, que ele tinha uma irmã lá no não sei onde, ele foi uma vez lá visitar ela, mas nunca soube de ninguém aqui com ele, vivia muito solitário. Não sei que fim levou o apartamento dele.

(Canário, G4 - 62 anos - M)

Eu encontrei com uma senhora aqui do bairro, lá no posto. E começamos a conversar, ela falou que o som fica ligado o dia todo e ela dentro de casa não tinha direito de falar nada. Eu vim embora com o coração cortando de dor... a filha não pode nem acompanhar ela no posto, deixou ela lá. Se existisse uma ajuda para ela seria bom mesmo... tirar ela daquela casa, para eles saírem, mas não vão, porque já está os filhos com os netos, envolvidos com droga... ela ficou jogada no canto, então tinha que ter um lugar para tirar ela dali...e o problema é isso, não tem vaga nos asilos públicos. Esses dias uma colega minha foi tentar uma vaga para a irmã dela, e foi uma luta pra conseguir... e depende de outras pessoas para poder olhar isso, como o caso dessa dona, que precisa sair desse convívio, ela só vai adoecer. Não estão cuidando dela andando, imagina se ela ficar dependente, assim, de cama?

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

Os profissionais da ponta também observam as questões da solidão, do abandono e da perda do poder aquisitivo:

Aqui na área de abrangência do CSNSF, nos bairros de baixo risco socioeconômico que atendemos, como Mangabeiras, Anchieta, Serra e Cruzeiro, tem aumentado os casos de perda do poder aquisitivo. As pessoas não dão conta de sustentar seus imóveis e manter seu padrão de vida. Percebemos aumento da solidão, devido ao tipo de vínculo familiar; alguns tem filhos, mas estão em outros estados, morando com suas famílias sem dar a devida assistência. Tem caso de dois idosos vivendo juntos, e um cuidando do outro, mas com muita dificuldade. Há casos de demência de um deles, ou as vezes os dois. Atendemos uma viúva aqui com caso demencial, por exemplo.

(Mancá da Serra, G2 - 53 anos - M)

Aqui na regional Centro-Sul acontece muito... porque a gente tem, no território, os antigos funcionários, ou filhos dos funcionários públicos antigos, do estado, da Fundação da Cidade. O bairro Funcionários, o Centro, aquele pedaço do Barro Preto todo, que tinha indústria, por exemplo, a de cigarro. Então, esse grupo grande de pessoas, que ainda vivem na Centro-Sul, eram funcionários públicos empobrecidos. Então, a sua descendência está empobrecida em termos de ganho, né? E eles são os nossos "clientes", muitas vezes, sem uma descendência, para poder auxiliar o cuidado e a manutenção da vida.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Essas pessoas que tinham posses antigas, eles eram considerados aqueles que eram os funcionários melhores, mais bem graduados, qualificados, remunerados, que conseguiram continuar vivendo nesses bairros. E, hoje, a gente tem uma quantidade de pessoas envelhecidas aposentadas, com ganho financeiro, que é a realidade do Brasil. Quem se aposenta fica com menos renda que aqueles que estão na ativa, com perda de poder aquisitivo e muitos sem a descendência [parentes, familiares] que vão fazer o apoio e o cuidado.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Quando a família usa muito álcool, o idoso fica sujeito à violação de direito, porque ele está ali, sendo violentado psicologicamente ou até fisicamente. Se é o idoso que faz uso do álcool ou da substância, ele fica na situação de abandono, porque a pessoa não quer mais aquele incômodo. Eu falo assim, eu não quero mais aquele incômodo, e quem é que vai cuidar daquele incômodo, sabe? Então tem muito abandono de, por exemplo, uma filha vai embora, some, não quer mais, sabe? Aí fica o idoso sozinho, abandonado, sem condição, às vezes meio acamado, meio deficiente. Então, fica assim com essa situação que a gente fala: romper o vínculo.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Às vezes a pessoa até que tem filho, tem esposa, enfim, tem irmão, tem parentes próximos, mas que muitas vezes a pessoa se vê ali abandonada e se vê sozinha e nessa situação mais crítica, dependente de cuidado. Então, cada

vez mais a gente observa uma falta de rede de apoio no envelhecimento, e isso é um ponto muito significativo para a gente. A gente observa esses perfis, tanto no SUS, quanto na saúde suplementar.

(Sucupira, G3 - 29 anos - F)

Porque, hoje, um dos grandes desafios financeiros que a gente tem nas instituições hospitalares é as internações sociais, que quem está lá é idoso, sem vínculo familiar nenhum e que fica lá com abandono até finitude. Muitas vezes com cuidado paliativo, porque não tem família. E aí, infelizmente, isso daí é muito triste, e a gente tem uma demanda real disso. Eu recebo e-mails de assistentes sociais dos hospitais aqui, de idosos do nosso território, para gente tentar resgatar vínculos, né? A gente encaminha para equipe, vê o que é que dá para fazer, se existe, responde às questões. Mas é uma coisa, assim, muito difícil. Aí você vê o lado da família também, quando ela não tem muito recurso e não tem realmente esse vínculo.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

Um outro aspecto de mudança na condição do envelhecimento, muito considerado e levantado pelos profissionais da ponta (G2 e G3), foi o aumento da população em situação ou com trajetória de rua. A profissional atuante na regional Centro-sul menciona:

Eu tive um caso assim, ele estava dormindo meses aqui na Rua da Bahia, e eu passava sempre, eu via que ele ia declinando, ó, o uso de álcool grave. Morador em situação de rua, idoso, com vínculos rompidos. Um dia eu parei, perguntei, aí ele falou: “não, meu filho trabalha ali perto do shopping, minha família mora ali e tal”. Ele me falou o nome dele todo, e por aí eu fui fazer investigação. Ele foi até a UPA. Eu consegui que a família fosse na assistência social com a UPA. Aí, a gente vai atrás de uma família. Ele tinha plano funerário, ele tinha plano... tudo direitinho. Só que o vínculo rompido é por ele fazer uso abusivo do álcool com violência doméstica, então ele foi para a rua.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Viver e envelhecer nessas condições de rua é ainda mais preocupante:

A gente tem alguns casos emblemáticos, varia muito, porque tem muitos que são de cidades do interior, são colocados dentro de ônibus, amanhecem na rodoviária, fica lá desorientado. E aí, a gente entra junto com CRAS, ou o Centro de Saúde Carlos Chagas ou com o Centro de Saúde Oswaldo Cruz, para poder ver se identifica essa condição. Às vezes é até caso de UPA, né?

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Temos, hoje, em torno de 20 idosos em situação de rua, nessas condições que vulnerabilizam. Tem alguns muito graves, alguns portadores de sofrimento mental já declarados. Quando chega o frio, a gente fica mais preocupado ainda. A gente dorme e acorda com: aí, como que está fulano lá? São mais

homens do que mulheres. Então, a gente não dorme e acorda com essa situação. Por quê? Não tem uma resolução acolhida para esse idoso. O Centro-Dia daquele idoso, não tem! Para ele ficar ali, para a gente saber que ele tá... Para a gente vê-lo de forma diferente, cuidado, que ele possa sentar ali, isso. Ou assistir uma televisão, jogar um "dadinho". Não tem. Não tem. Sabe? E... Então é abandonado. A gente fala, quem tá abandonando quem, né? Como a gente é o serviço público que está vendo, a gente faz o diagnóstico e sabe que alguma coisa está errada.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

No que concerne a vulnerabilidade extrema, há idosos que vivem com a ajuda de terceiros. Uma profissional relata um caso que a equipe de saúde acompanha:

A gente tem construído pra ele, hoje, a independência financeira, porque atualmente ele não recebe nenhum benefício. Até então, ele não tinha certidão de nascimento, porque tinha perdido a certidão, não tinha nenhuma documentação. Então, a gente conseguiu a certidão de nascimento dele, atualmente estamos indo atrás da identidade dele, pra conseguir um benefício pra ele alugar pelo menos um quarto. Um quarto que ele consiga dormir, ter qualidade de vida melhor. Um lugar que ele consiga tomar um banho, tenha uma cama, ter um espaço pra ele dormir. Ah, mas uma casa pra ele fazer uma comida, isso é importante, sim; mas a partir do momento que a gente tem na rede, por exemplo, os restaurantes populares, eu consigo ter acesso ao restaurante popular, onde ele se alimenta de forma melhor. Se eu consigo fazer acesso ao centro de apoio pra ele tomar um banho, e um local pra ele dormir, eu já consigo minimizar muitas coisas pra ele. Do que ele dormir na rua, do que ele enfrentar o frio, do que ele enfrentar os riscos da rua também, que tem muitos riscos de muitos chegarem embriagados ou sob alguma substância, muito entorpecido, tá muito louco, com uma vibe muito ruim e chegar lá e fazer alguma coisa com ele. Então a gente vai puxando essa linha de cuidado, traçando essa linha de cuidado com ele. Porque ele tem os familiares, os familiares vão visitar ele na rua, mas ele não topa ir pra casa com esses familiares, porque ele não quer incomodar, ele não se sente bem nessa estrutura familiar. Ele tem 65 anos, é um idoso muito emagrecido, pela questão das várias comorbidades, ele tem tempos com dificuldade de respirar e a gente tem que ter uma atenção maior sobre isso. É uma pessoa vulnerável na rua.

(Jaboticabeira, G2 - 35 anos - F)

Belo Horizonte conduziu o Censo Pop Rua 2022, uma iniciativa da Prefeitura em colaboração com a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Este foi o quarto levantamento realizado na capital, tendo os anteriores ocorrido em 1998, 2006 e 2014.

Os resultados preliminares revelaram que, em um período de oito anos, a população em situação de rua na cidade cresceu em 192%. De acordo com o Portal da UFMG³⁹, em notícia divulgada no dia 09/02/2023, a população em situação de rua de Belo Horizonte quase triplicou na última década, chegando a 5.344 pessoas. Os dados indicam que a maioria da população em situação de rua é formada por homens (84%), com média de idade de 42,5 anos, enquanto as mulheres representam 16% e têm média de 38,9 anos.

Também houve uma alta no tempo médio de vida nas ruas, que passou de 7,4 anos, em 2013, para 11 anos. Os resultados do censo informam que a maioria das pessoas que vivem nas ruas está sozinha (67%); 27,3% vivem em grupo; 3,9%, com filhos ou companheiro(a); 1,5% com animal de estimação; e 0,2% com crianças que não são seus filhos (laços de afinidades, necessidades, solidariedade).

Entre as 5.344 pessoas apontadas pelo Censo Pop Rua 2022, 2.507 responderam às perguntas dos pesquisadores. Destas, 36,7% foram para as ruas devido a problemas familiares; 21,9% por uso de álcool e drogas; e 18% por desemprego. A maioria deseja sair das ruas, mas esbarra na falta de moradia e de acesso a um trabalho assalariado.

Para alarmar ainda mais a situação, em notícia publicada pelo Estado de Minas⁴⁰ na mesma data (09/02/2023), pesquisadores do Observatório Brasileiro de Políticas Públicas com a População em Situação de Rua argumentam que o cenário é mais grave do que o relatado pela PBH. Enquanto a Prefeitura estima entre 4 mil e 9 mil pessoas em situação de rua na capital, o último levantamento do Observatório, divulgado em outubro, indica que a cidade possui cerca de 11.165 pessoas nessa condição.

Uma profissional que atua diretamente com esse público afirma:

Quem passa pelo consultório na rua, passa a enxergar a rua com outros olhos, as pessoas com outros olhos e você tem um autoconhecimento muito grande, muito rico. Aqui em Belo Horizonte, o consultório tem 10 anos. Hoje são oito equipes, essas equipes são compostas por enfermeiro, médico, arte educador, dois assistentes sociais, o redutor de danos e o psicólogo.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Ela relata, ainda, a importância do trabalho realizado e como ele é feito:

³⁹ Disponível em: <https://www.medicina.ufmg.br/faculdade-de-medicina-detalha-resultados-do-censo-de-populacao-de-rua-de-belo-horizonte/>. Acesso em: 18 mai. 2024.

⁴⁰ Disponível em: https://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2023/02/09/interna_gerais,1455625/populacao-em-situacao-de-rua-de-bh-aumenta-192-em-oito-anos.shtml. Acesso em: 18 mai. 2024.

Nosso chamariz é a arte e a redução de danos, e a arte entra ali com um meio de articulação em cuidados. A gente leva uma música, a galera começa a dançar e dali a gente começa a conversar e aí a gente oferece uma água, que é pra hidratação, isso é a redução de danos, né? A gente oferece uma água pra hidratar aquela pessoa que tá no uso tremendo ali, e muitas vezes nem parou pra beber uma água, começa a se desidratar, o corpo vai sentindo. Aí a gente introduz uma bala, é um açúcar, é uma glicose. Aí a gente vai conversando, escutando sobre a história de vida dessa pessoa. Pergunta: “e aí, como que tá a saúde?” Ah, tem muito tempo que não vou no centro de saúde. Então vamos lá, vamos fazer um exame pra ver como é que tá, né?

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

É uma experiência muito ímpar, é algo muito diferente de tudo assim, né? Porque você entra numa van, com uma equipe multiprofissional, enfermeiro, médico, assistente social, psicólogo, o redutor de danos, o arte-educador, como é trabalhar com redutor e arte educador, que são peças fundamentais nesse serviço. E você vai pra rua e chega e aí, como você tá, você entra em cenas, em espaços que as pessoas gostariam de não estar, as pessoas correm desses espaços e você vai a esses espaços. E você encontra pessoas muito bacanas, você encontra pessoas num grau de vulnerabilidade muito grande, pessoas que foram maltratadas a vida toda, que foram estigmatizadas a vida inteira e, às vezes, você chega ali e você dá um oi pra pessoa, e a pessoa te recebe de uma forma totalmente diferente.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Grandes preocupações decorrem do aumento do tempo médio de permanência nas ruas, principalmente quanto ao envelhecimento dessa população e o impacto dos problemas de saúde mental. Esse cenário demanda mais atenção da sociedade, do Estado e das políticas públicas, e merece ser observado, para que se possa agir conforme o Estatuto do Idoso (Brasil, 2013) e promover a saúde e a prevenção dos diversos impactos à saúde emocional e física:

A gente atende muitas pessoas em situação de rua e, às vezes, pessoas idosas. Eu, por exemplo, atendo um usuário, ele tem 65 anos, ele é um cardiopata gravíssimo, 20% do coração funcionando. E, aí, você fica pensando assim, uma coisa que nos aflige, é um idoso, em situação de rua, que você bate constantemente com uma rede de apoio, que muitas vezes não está preparada; não tem um espaço porque tá superlotado, não tem espaço pra esse idoso. E como lidar com um idoso com tanta vulnerabilidade nessas ruas, como tentar fazer com que a gente proporcione pra ele qualidade de vida assim? É puxando uma rede de assistência, dizendo, eu sou uma pessoa que atende essa pessoa que está em situação de rua, mas você também é responsável por ela, qual que é seu papel pra esse indivíduo aqui? Quais as suas responsabilidades diante desse indivíduo? Então, é muito doido e é muito difícil você ver um idoso na rua, pelo menos eu penso assim. Quando você é um adulto jovem, como a galera costuma dizer, você dá os seus corres. Agora um idoso, com

um coração com capacidade de 20% de funcionamento, vai cansar muito, que ele precisa usar várias medicações, como que eu traço um cuidado pra ele na rua? É muito louco isso tudo.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Torna-se oportuno retomar as afirmações de Palloni (2002) e da CEPAL (2022): nos países da América Latina e Caribe, as populações estão envelhecendo em um contexto de crise econômica e social, exacerbando significativamente as desigualdades nas condições de envelhecimento. Percebe-se que esses fatores perduram, tem efeitos fisiológicos duradouros e impactam consideravelmente o estado de saúde dos adultos, especialmente daqueles em idades mais avançadas.

A desigualdade social e econômica exerce um papel fundamental na segurança alimentar no Brasil, conforme reiterado em um comentário de Beija-Flor (G4) a respeito da sociedade brasileira e suas desigualdades:

As fortunas existem, mas existem na mão de poucos. Então, era necessário que houvesse uma distribuição mais justa, para que um não tivesse exagero, mas também que o outro não passasse fome. Mais igualdade, né...

(Beija-Flor, G4 - 84 anos - M)

A insegurança alimentar é, então, intrinsecamente ligada à renda:

A questão da alimentação é muito forte, a insegurança alimentar ela influencia. Uma pessoa desnutrida, que faz um EJA, ela vai para saúde, vai largar o EJA, não vai fazer a alfabetização. É tudo muito ligado, da saúde, da mobilidade, da educação, à segurança alimentar. É muito forte.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Beija-flor (G4), colaborador 60+, reflete sensivelmente a respeito da questão:

Ah, isso influencia muito e muito, porque, para tudo isso, é necessário que a pessoa tenha uma alimentação saudável, e não é todo mundo, infelizmente, que pode ter essa alimentação saudável. Agora, parece que o governo está pensando um pouquinho mais nisso, mas nós temos muito brasileiro passando fome ainda. Então, a gente fica pensando que não é porque eles querem, não. É porque não tem condição. E é obrigação da sociedade dar às pessoas essa condição de sobreviver com mais dignidade e com alimentação mais saudável.

(Beija-Flor, G4 - 84 anos - M)

Outra gestora complementa:

O acesso à comida, sabe por quê? A pessoa idosa que está aqui, que está sozinha, ela não se alimenta. Eu acho que a segurança alimentar é uma coisa que tinha que ser defendida demais. Os restaurantes populares, você vê...nos restaurantes populares, a maior parte dos usuários lá são pessoas idosas, que elas não têm dinheiro mais para comprar comida, porque o salário é muito pequeno, não tem quem faça, e ela não consegue fazer. Então, o restaurante popular atende a essa necessidade, então eu acho que a segurança alimentar é importantíssima.

(Aroeira, G1 - 61 anos - F)

Na perspectiva das instituições de longa permanência, um testemunho muito representativo foi feito:

Subnutridos, porque eles não têm acesso, porque a família não provém. O idoso passa a ser uma criança, né? Então, ele vai ter aquela hora que ele não vai aceitar aquela alimentação, não vai aceitar naquele momento. Então, você tem que criar alternativas... subnutrido, desidratado... nós recebemos recentemente uma idosa com 29 quilos. Então, assim, nós temos casos de idosos que eles entraram para cá cadeirantes, hoje em dia eles andam. Então, você vê que é caso de nutrição, musculatura, de fisioterapia, de cuidados, de assistência, mesmo.

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Em 2023, a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO) divulgou o relatório "O Estado da Segurança Alimentar e Nutrição no Mundo", que mais uma vez trouxe à tona dados preocupantes sobre a fome e a insegurança alimentar no Brasil e no mundo.

O relatório aponta que a crise da fome não é exclusiva do Brasil, mas sim uma realidade global. Desde 2019, mais de 122 milhões de pessoas em todo o mundo foram empurradas para a fome, elevando o número total de pessoas em situação de insegurança alimentar para cerca de 735 milhões (FAO, 2023). Esses números refletem os impactos do colapso causado pela pandemia da COVID-19, dos efeitos da crise climática e das guerras iminentes.

Apesar de ser um dos países mais populosos do mundo e possuir uma das maiores economias, o Brasil ainda enfrenta desafios persistentes em relação à fome e à má nutrição, especialmente entre grupos vulneráveis, como populações rurais, povos indígenas e comunidades de baixa renda.

Os números da fome e da insegurança alimentar no Brasil, denunciam uma triste realidade de agravamento nos últimos anos. De acordo com o relatório (FAO, 2023), entre 2014 e 2016, cerca de 4 milhões de pessoas viviam em situação de vulnerabilidade alimentar no país,

representando 1,9% da população. No entanto, dados mais recentes, referentes ao período de 2020 a 2022, mostram um aumento alarmante, atingindo 21,1 milhões de pessoas (9,9% da população). Além disso, aproximadamente 70,3 milhões de brasileiros enfrentam algum grau de insegurança alimentar, caracterizado como moderado ou severo.

Isso é completamente contraditório quando se relembra que o Brasil é um dos maiores produtores mundiais de alimentos, e passa por disparidades significativas no acesso a esses alimentos. Ressalta-se a importância não apenas da produção, mas também da distribuição e do acesso equitativo aos alimentos, de forma a garantir a segurança alimentar a toda a população.

Transita-se agora, para os temas mobilidade e acessibilidade urbanas, que foram os fatores mais citados pelos entrevistados de todos os grupos. Todos apontaram inadequações nesses aspectos, pois são temas que importam para qualquer cidadão, em qualquer idade, não somente para a pessoas idosa. Porém, o processo de envelhecimento pode resultar em diminuição da capacidade visual, redução da audição, da densidade óssea e da força muscular, fatores que certamente impactam a mobilidade da pessoa idosa. Pesquisadores da área da saúde apontam que:

O ambiente urbano influencia significativamente na mobilidade dos idosos, especialmente quando somado aos fatores deletérios do envelhecimento. Isso favorece a dependência funcional, o isolamento social e o aumento dos riscos de quedas. Além dos fatores ambientais e fisiológicos, doenças crônicas e o medo de cair após experiências de quedas ao ar livre fazem com que os idosos realizem menos atividades fora de casa, impactando tanto a saúde quanto a gestão pública (El Saifi e Castro, 2020, p. 13).

A cidade de Belo Horizonte, a começar por sua morfologia e topografia declivosa, não proporciona ambientes adequados para as pessoas com deficiência e com 60 anos ou mais circularem com segurança. Os gestores, com o olhar do planejamento urbano, apontam:

As nossas cidades, no caso falando de Belo Horizonte em específico, gera uma dificuldade tremenda de locomoção para as pessoas; pessoas mais idosas tendem a sofrer muito mais com isso do que as pessoas mais jovens. Tem uma questão morfológica, do sítio, à medida que a cidade vai se expandindo para as áreas mais íngremes; eu fui outro dia lá no bairro Concórdia, eu não conhecia e achei estranho pra caramba, porque as ruas sobem e descem os morros e, de carro, você fica com medo de subir e descer aquilo. E eu fiquei imaginando as pessoas andando, principalmente as pessoas idosas. Acho que isso é um grande problema.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

A questão da mobilidade é sempre uma questão que vem, acho que é a primeira, porque ela é limitadora da qualidade de vida, de uma maneira muito

direta, assim, porque as pessoas, quando elas têm dificuldade de se mobilizar, no mais essencial, que é a mobilidade ativa, que é o caminhar, é um impacto enorme, né? Porque é uma população que, nessa idade, já tem uma restrição econômica maior, né? Às vezes, não vai se deslocar por automóvel, já está numa fase, eventualmente, de aposentadoria, onde tem uma redução de rendimento. Então, é uma população que precisa de um atendimento especial disso, tanto pelos impactos que uma questão de uma queda, uma questão de um acidente pode dar, quanto para se manter ativa e saudável. Porque, caminhando, você se torna uma pessoa mais saudável, mais ativa, e isso posterga alguns efeitos negativos do envelhecimento biológico e até emocional.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Angico-Branco (G1) destaca também aspectos relacionados ao deslocamento pedonal, afirmando que:

Uma calçada desnivelada, uma calçada esburacada, para uma população com a mobilidade um pouco reduzida, influencia demais, assim, na qualidade de vida dela. É um outro exemplo. Então, assim, a gente vê isso muito aqui dentro do próprio centro da cidade, né? Calçadas estreitas, às vezes são insuficientes para a pessoa se deslocar, né? A pessoa tem mais dificuldade. Então, acho que são coisas que, em Belo Horizonte, são bem flagrantes, assim.

(Angico-Branco (G1 - 40 anos - M)

Entrevistados do Grupo 4 também relatam as dificuldades das calçadas, dos riscos, da insegurança e da falta de educação no trânsito:

Aqui mesmo, se você descer aqui a pé até na Pedro II, você vai ver se num vai ser obrigado a andar no meio da rua. Os passeios são muito ruins, todos eles, ou a maioria, entendeu? Muito desnível. Quem é cadeirante, a pessoa que tem dificuldade para locomover, a pessoa cega, o idoso, eles não vão conseguir andar direto aqui. Eles vão ter que sair do passeio pro meio da rua, do passeio pra rua! Não pode andar sozinho, nessa situação pode ser atropelado.

(Gavião, G4 - 73 anos - M)

Olha, eu acho que a coisa mais difícil de Belo Horizonte é a acessibilidade, né? E é um desafio, eu desafio você a falar comigo qual é o bairro aqui em Belo Horizonte que os idosos tem acesso para andar na rua. Os grandes centros, antigamente a elite ficava aqui. A elite foi embora. Agora, nos nossos bairros, eu desafio, eu não conheço um. Aí você vê lá os sinais de trânsito, eles não dão tempo do idoso atravessar. Muitos motoqueiros que passam em cima do passeio... É que tem uma outra questão, que é a educação.

(Bem-te-vi, G4 - 69 anos - M)

Envolvendo a autonomia e independência, Saí-Andorinha (G4) fala da realidade do bairro Santa Tereza: *“aqui muitos idosos são atropelados, tem também a questão de ficar perdidos, por conta da memória, vejo isso muito aqui no bairro”*.

Já outros dificultadores são lembrados pelos profissionais da área da ponta:

Eu acho que, nesse momento, ainda tem vários dificultadores, a própria infraestrutura, né? Por exemplo, a própria mobilidade urbana. É difícil, hoje em dia, para os idosos se locomover dentro de Belo Horizonte. A gente vê desde passeios com desnível, às vezes a pessoa tem dificuldade de visão ou de audição, então a gente poderia melhorar quanto essas questões, pensando na mobilidade, acessibilidade urbana como um todo.

(Figueira, G2 - 42 anos - F)

Eu acho que o pior do envelhecimento é você perder em mobilidade. Para mim, isso é o que mais impacta. Essa garantia gostosa de ir em vir. Esse ir, esse poder ir, transitar, eu acho que é complicado demais na nossa cidade. O transporte e a acessibilidade é um desafio grande, especialmente nas áreas de vilas.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Angico-Branco (G1) acentua a questão, narrando que:

É uma experiência que, né, poderia ser melhor, uma vivência melhor, à medida que algumas políticas públicas, né, cada vez mais sejam orientadas para essa população na questão da mobilidade, por exemplo, por ônibus, eu acho que aqui em Belo Horizonte já até houve uma política melhor para isso. Mas uma coisa que faz toda a diferença nos ônibus: as pessoas têm medo de embarcar. Isso é um exemplo que eu acho muito tácito, assim, de como que é uma coisa essencial, que as pessoas se deslocarem na cidade, a gente não está adequado para o idoso.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

É preciso repensar o planejamento da cidade, considerando a qualidade das calçadas e a grande quantidade e variedade de pessoas que caminham pelas ruas. A acessibilidade também está relacionada com questões psicológicas; uma calçada é acessível quando proporciona segurança física, boa infraestrutura e sensação de segurança (Carvalho e Costa, 2017). Uma senhora 60+ descreve que a infraestrutura da cidade não envelheceu junto à sua população:

As pessoas que construíram a cidade não sabiam que ia acontecer essa necessidade da acessibilidade. Então, fazia degraus para você subir na entrada de um Hospital, de algumas igrejas mais antigas, porque era comum naquela época. A população estava jovem, e quem eram as pessoas que executavam aquelas obras? Jovens também. Quem fez o desenho, para fazer

aquela arquitetura, ele não pensava nunca que 50 anos depois ia ter tanta gente na cadeira de roda, tanta gente com bengala, e não é só idoso, não.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Conclui-se que Belo Horizonte não é convidativa à caminhabilidade, como propõem Nanya (2016), Andrade e Linke (2017) e Carvalho (2018). Verifica-se que a declividade acentuada da cidade exige adequações para uma população que envelhece e se torna cada vez mais restrita ao ambiente residencial, devido à dificuldade de mobilidade e acessibilidade nas ruas e calçadas.

Cabe observar, também, a quantidade e velocidade dos veículos nas ruas da cidade. Além dos aspectos de segurança e risco à vida, outro fator relacionado à mobilidade são as grandes distâncias e deslocamentos intraurbanos, a má qualidade e frequência dos ônibus, e a falta de educação das pessoas não idosas.

A profissional da ponta traz o contexto da regional Barreiro, como exemplo, em consonância com as colocações anteriores:

Muito longe de tudo, porque Barreiro é desenvolvido, mas muita coisa não tem regionalizado. É difícil o deslocamento. Eu te falo porque quando eu comecei a trabalhar aqui, eu vinha de ônibus. Eu falei, eu preciso de dar os meus pulos. Porque tem as estações, mas é uma coisa que, para mim, não tem muita funcionalidade, porque você perde muito tempo, né? De um ônibus na baldeação. E eu vejo assim, entendendo que esse envelhecer não é aos 60, né? Que é diário, se você fizer um trabalho de campo nas estações, nesses horários de pico onde essa pessoa faz a baldeação, e a maneira que ela faz esse deslocamento é adoecedor. É simplesmente adoecedor.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Vários entrevistados relataram que o transporte público é inadequado para todas as idades, especialmente para os idosos que dependem dele para se deslocar na cidade. Observaram, ainda, um grande desrespeito por parte dos motoristas, que frequentemente evitam parar para os idosos nos pontos e arrancam os veículos sem assegurar que estejam devidamente acomodados. Além disso, muitos passageiros ignoram os assentos reservados para os idosos, exacerbando as dificuldades enfrentadas por essa população:

O transporte público é um problema, não precisa ter muita dificuldade, não, mas eu conheço pessoas que não dão conta de pegar ônibus por causa da altura dos ônibus, né? Na hora de descer, na hora de subir. Essa questão de sentar, tem os lugares reservados, mas não são respeitados. E, às vezes, a gente fala, pede o lugar que... Tem pessoas que até cedem o lugar sem problema, mas tem gente que até reclama. Os passeios em Belo Horizonte são

muito irregulares, né? Irregulares em todos os sentidos.

(Tangará, G4 - 68 anos - F)

Uns ônibus horrorosos, cada um mais horroroso que o outro. Um povaréu, as molecada ficam na porta dos ônibus em pé, onde nós velho ficamos. Tudo acumulado, um dia eu passei do ponto, não vi que era meu. Tinha que descer aqui, fui descer pra lá do shopping de noite e tive que vir andando sozinha pela rua até aqui.

(Estrelinha-ametista, G4 – 100 anos - F)

Ter direito a “uma cidade que seja realmente acessível, que ela possa atravessar com segurança, né? Porque o tempo de travessia ainda é de uma cidade que tem população jovem. Tem que repensar a cidade como uma cidade para todos, para o novo e para o velho” (Aroeira, G1 - 61 anos - F). Na escala intradomiciliar, os idosos são acometidos pela arquitetura das casas:

Ao construir ou planejar uma casa, geralmente não se pensa em adaptá-la para a velhice. O foco está no momento presente. No entanto, após perder minha avó no último final de semana, percebemos que nenhuma das casas dos filhos estava preparada para recebê-la na sua velhice. Isso me fez questionar se a minha casa, ou a casa da minha mãe, estaria pronta para recebê-la daqui a alguns anos.

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Além da atividade de lazer, de cultura, de arte, né? Tem a questão da... Que eu acho que é uma questão já dentro do espaço privado, que eu falei lá no começo, que é as habitações estarem cada vez mais adaptadas para a população de idade avançada, que é ter um desenvolvimento de projetos que cada vez mais vá incluindo isso. Desde a questão mais essencial, que é, por exemplo, elevadores, né? Até o próprio desenho da moradia. Que evite obstáculos, por exemplo. Tudo isso ajuda a melhorar a qualidade de vida e aí, no caso da habitação, naquele... naquela vivência mais imediata ali, que é o dia a dia, que é a casa da pessoa, né?

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Outra gestora pontua que “a moradia, o lugar, o contexto contam, sim, mas a casa é o mais gritante, tanto que isso é uma referência, pois boa parte dos acidentes são dentro de casa” (Quaresmeira, G2 - 47 anos - F). Muitas pessoas, ao envelhecerem, enfrentam desafios como quedas devido aos desníveis no piso, especialmente nos banheiros. Em alguns casos, há a perda de capacidade física para subir escadas e dificuldade de acesso a certos espaços de suas casas devido à falta de preparação do ambiente interno, como, por exemplo, com pisos antiderrapantes e corrimãos. Tais limitações frequentemente levam à necessidade de mudanças de residência, para aqueles que têm recursos financeiros disponíveis para essa possibilidade.

Nas vilas e favelas, essa situação se agrava ainda mais. As pessoas podem ficar literalmente presas dentro de casa, sobretudo se tiverem algum problema de saúde ou mobilidade reduzida. Um exemplo disso é o relato de Ipê Amarelo (G2) em um evento promovido para os cuidadores e familiares envolvidos no Programa Maior Cuidado, sobre uma estratégia que impactou positivamente no envelhecimento:

Nós fizemos, aqui no CRAS, um café da manhã com os familiares. Normalmente, ele ocorre três vezes ao ano. Nem todos podem vir, porque dessa vez nós convidamos os familiares e os cuidadores, então nós temos idoso que só tem um cuidador; se o cuidador sair, não tem quem fica. Aí, teve uma idosa que não podia vir, porque ela tá acima do peso, por vários problemas de saúde... o apartamento tinha escada, aí a família ficou temerosa de descer com ela. A gente faria uma força tarefa pra poder descer, mas como a família tava muito temerosa, ela não veio. Mas aí, ela me mandou uma cartinha, que ela sabia que tinha o café e ela não podia vir. Nesse contexto, eu liguei para o marido dela, perguntando se ele autorizaria, após o nosso evento, a gente ir para lá com a equipe e a cantora até eles. Para a nossa surpresa, ele autorizou e assim fizemos. Aí, quando nós chegamos, a gente avisou o marido novamente, ela começou a cantar no portão. Aí, subimos. Entrou a cuidadora primeiro, depois a cantora, depois a outra profissional do CRAS, depois os cuidadores, depois eu. Então, o primeiro rostinho que ela visualizou foi da cuidadora. Normal... Só que ela já estava ouvindo a música. Quando a cantora chegou, assim, ela se emocionou muito. Ela chorou muito, ela cantou. Ela não acreditava. Foi um dos momentos mais gratificantes do programa, tirando a declaração da idosa, né, com o marido. E aí, ficamos lá um período, né, não sei precisar quanto, mas, cantávamos várias músicas. É, então fizemos a foto, nos despedimos e viemos embora, sabe?

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

A profissional complementou com a reflexão de que *“é um trabalho contínuo, árduo, gratificante... que exige muito. E que a gente tem que aprender a valorar todos os pequenos detalhes que se tornam gigantes nessa vida”*.

Assim como na questão da mobilidade, também ouvimos a necessidade de adequar, ampliar e melhor localizar os espaços destinados à cultura e ao lazer. *“Sabendo que o idoso torna-se um ser mais contemplativo”*, pontua Ipê Branco (G1), *“precisamos, assim, de mais lugares para passear, para conviver, conversar com segurança e acessibilidade”*.

Outra preocupação é posta pelo médico e gerontólogo Alexandre Kalache, no documentário *“Quantos dias, Quantas noites”* (2023):

Estudos onde as pessoas tem uma longa vida e onde as pessoas tem uma vida feliz com qualidade de vida, invariavelmente, você chega a comunidades que são muito coesas, que tem muito contato entre as pessoas, elas tem trocas constantes e permanentes, é muito mais a qualidade de vida que vem desse capital social que vem

dessas relações e desses relacionamentos (Kalache, 2023 – trecho transcrito do documentário).

Um representante do grupo dos gestores levanta positivamente o potencial da cidade para atender essa demanda:

Os espaços culturais, a pessoa idosa precisa se apropriar mais dos espaços da cidade. E mais espaços como o próprio centro de referência, né, a gente precisa aí tá com outros centros de referência em outros locais. Hoje, Belo Horizonte tem o centro de referência aqui na Noroeste, mas a nossa ideia é levar para todas as regiões da cidade. E a gente tem os grupos de convivência, né. Nós temos os grupos de convivência, que estão espalhados nas nove regionais, que são coordenados pela DPEI. Nós temos 27 grupos que recebem recursos diretamente, e outros cerca de 70, mais ou menos, que recebem apoio técnico-metodológico. A gente leva palestra, né, a gente faz as visitas e mapeia o que que eles precisam.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

A capilaridade alcançada pode se deparar com obstáculos, como coloca uma moradora: “*Tem o Centro de Referência, nós temos um Centro de Referência da Pessoa Idosa que é ótimo, é ótimo, mas é fora de mão*” (Garça, G4 - 63 anos - F). A localização precisa ser adequada ao serviço, pois uma pessoa que está/vive em Venda Nova ou no Barreiro, por exemplo, não vai acessar com facilidade o CRPI que está na regional Noroeste, sabendo de antemão que a mobilidade na cidade é um dificultador amplamente discutido e relatado anteriormente.

Em algumas narrativas dentro dessa temática, os entrevistados relataram que o SESC é um bom ofertante de atividades, entretenimento e lazer para o público 60+, especialmente para que é sócio. Ipê Branco (G1), Cerejeira (G2) e Limoeiro (G2) pontuaram que ele tem bons espaços físicos, como clubes, espaços esportivos, espaço de saúde e profissionais que assessoram as pessoas.

Conforme afirma Sobral (2022), espaços públicos de qualidade, como espaços livres e verdes, estimulam o deslocamento a pé, bem como auxiliam no estabelecimento de conexões, impulsionam economia e comércio local e melhoram a percepção da área, uma vez que incentivam a mobilidade e acessibilidade. Diante dessa afirmação, outro gestor acentua que:

Outra coisa, por exemplo, que eu acho, que é carência de – no sentido não de não ter espaço público, mas a má distribuição desses espaços – praças ou coisa do tipo, né? As pessoas envelhecem, se elas tiverem sorte, elas aposentam, e elas vão ter mais tempo livre, mais ócio, mais direito ao lazer, direito a mais lazer, maior tempo para outras atividades além do trabalho. E, às vezes, eu sinto falta que poderia ter uma distribuição melhor de espaços

públicos e, obviamente, espaços públicos que contemplam esse tipo de população, com atividades para esse tipo de população.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

As profissionais da ponta, Pitangueira e Figueira (G2), também expressam:

A escassez de praças, parques, pistas de caminhada e ciclovias, aliada à topografia desfavorável da cidade, dificulta o envelhecimento saudável. Quando esses espaços existem, são segmentados, pouco seguros e, muitas vezes, mal mantidos, o que dificulta a prática de atividades físicas ao ar livre e gratuitas, essenciais para um envelhecimento ativo.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Porque o lazer é importante, ele trabalha tanto promoção da saúde, prevenção de doenças, quanto o psíquico, né? E o idoso precisa disso, dessas experiências, de estar em grupo, de se sentir parte. Porque a sensação que eu tenho em Belo Horizonte, hoje em dia, é uma visão de que a pessoa envelhece, ela não tem mais nada a contribuir para a sociedade. Mas não podemos continuar indo por esse caminho, não. É necessário mudar essas estruturas e cultura.

(Figueira, G2 - 42 anos - F)

Uma entrevistada 60+ recorda e reflete com seu esposo a respeito da mudança dos usos e da manutenção de espaços públicos:

A gente vê que tem lugares que poderiam melhorar, como o caso da Pampulha, que agora fez 80 anos. Então, eu fico olhando. A única coisa negativa que tem lá foi ter... com o passar dos anos, o esgoto cai dentro daquela água maravilhosa, que a gente lembra de parente da gente pescando ali, tudo limpinho né, Beija-Flor? A gente ia longe a pé da casa da gente até lá, porque não tinha tanto trânsito, tanta coisa, então além de ser um passeio, era uma caminhada. E a gente, de acordo com as condições financeiras que a gente tinha, a gente levava um lanche para fazer um piquenique, não era nem bem um piquenique, a gente sentava em qualquer lugarzinho, já tava bom, porque não tinha poluição, tanta violência. E, às vezes, levaram ali um pedaço de bolo, uma pipoca e uma fruta, era simbólico, as vezes uma pizza, um pedaço de pernil, sabe? Era muito bom poder estar ali, com tranquilidade.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Um gestor também apresenta pontos a favor e contrários à prática de esportes e lazer na mesma região:

Eu moro aqui perto da Pampulha, fico pensando, se toda região da cidade tivesse um espaço como temos no entorno da Lagoa da Pampulha, né? Com condições adequadas para a prática de atividades esportiva, de forma segura.

Você tem a pista de caminhada, você tem equipamentos para prática naquelas academias a céu aberto, tem ciclovia. Claro que tem situações em que você tem medo de andar de bicicleta, devido a cultura ou a falta de educação das pessoas, tem lá os triciclos, tem pessoas que querem andar na ciclofaixa, e se você vai pedalar na rua, tem também pessoas inadequadas para conviver com a bicicleta na rua, né, temos visto vários casos de atropelamento de ciclistas na região. É uma área muito boa para a prática da atividade física, mas gera esses conflitos todos.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos – M)

Em consonância, Embaúba (G3) afirma que “a cidade é cheia dessas lacunas, não foi pensada, lógico, mas ela não tem se preparado para a pessoa idosa, nem nesses detalhes de rotina e nem quanto aos equipamentos”.

Nesse momento, cabe resgatar um trecho da legislação do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741 de 1º de outubro de 2003, que regula os direitos das pessoas com 60 anos ou mais, e preza pelo fortalecimento da garantia, ao idoso, dos direitos fundamentais e da preservação da sua saúde física e mental. Em seu artigo 3º, a lei determina que:

É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária. Parágrafo único. A garantia de prioridade compreende, no §1º a garantia de prioridade compreende:

I – atendimento preferencial imediato e individualizado junto aos órgãos públicos e privados prestadores de serviços à população;

II – preferência na formulação e na execução de políticas sociais públicas específicas;

III – destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção ao idoso; [...] (BRASIL, 2003, s.p).

Essas proposições coadunam com a reflexão muito pertinente e conclusiva da gestora:

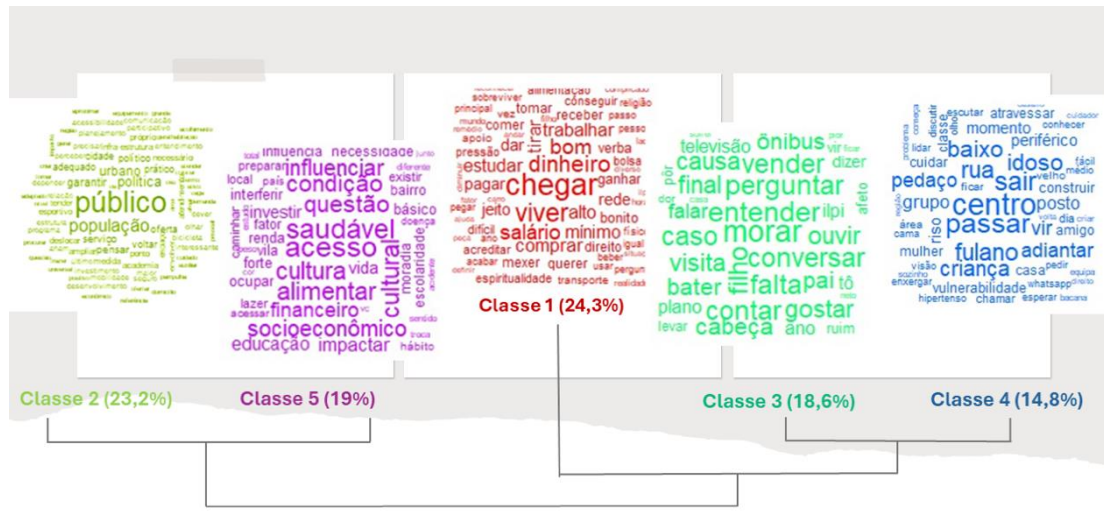
Temos que ser cautelosos na nossa atuação e percepção das realidades postas, porque senão a gente cai nesse lugar de culpabilizar a família. A família não dá conta. O Estado ainda aponta de novo para essa família que ela que é culpada de não prover esses cuidados, e sendo que o Estado é que... às vezes, é o que mais viola. Porque, na hora que precisa garantir serviços, que precisa garantir moradia adequada, saneamento básico, serviços públicos, nem sempre é garantido. Transporte com qualidade, né? Então, assim, quando a gente olha pro que mais viola, é o próprio Estado. A gente vê aí, pela demora de conseguir um atendimento especializado na saúde, a gente vê a demora pra acessar um benefício, né?

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Na tentativa de organizar os discursos e a tendência das respostas proferidas nessa categoria de análise, utilizou-se o *software* Iramuteq para essa categoria analítica, obtendo as saídas/resultados compilados nas Figuras 26 e 27.

O resultado da CHD (Figura 26) apresentou as respostas das entrevistas com maior consenso e de forma agrupada, por meio de *clusters*. O conteúdo analisado foi categorizado em 5 classes: Classe 2 (verde claro), com 23,2%, e Classe 5 (roxo), 19%, interconectadas entre si, formando uma ramificação dos discursos. A Classe 1 (vermelho), com 24,3%, concentrou a maioria dos discursos proferidos. Na sequência e interconectadas, a Classe 3 (verde) obteve 18,6%, e a Classe 4 (azul), 14,6%.

Figura 26: CHD representado na forma de um filograma com *clusters*, categoria 4: “quais outros fatores impactam no envelhecimento e porquê?”



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Essa pergunta resultou em respostas diversas, aportando fatores que impactam no envelhecer para além da saúde. Na Classe 2 (verde claro), tem-se o público, a população, a garantia de políticas urbanas, oferta de serviços, adequar a cidade e sua estrutura. A Classe 5 (roxo) destaca o discurso voltado para a condição da pessoa: as questões socioeconômicas, cultural, de lazer, alimentar, financeira, sua educação, escolaridade, moradia e bairro.

Na Classe 1 (vermelho), aparecem trechos semelhantes, abordando o dinheiro, o viver com salário-mínimo, trabalho, dar, estudar, tomar, comer, comprar, receber. Aparecem, também, o acreditar e a religiosidade. Na Classe 3 (verde claro), emergem discursos relacionados à oralidade e ao cuidado, como perguntar, ouvir, entender, visitar, contar, falar, conversar, a falta do pai, a relação com o filho. Em azul, na Classe 4, se sobressaem as iniquidades, o periférico, a classe, o centro, a mulher, o cuidar, o idoso sair na rua, a importância

do escutar, discutir, conhecer e o construir. Adicionalmente, se registram o amigo, o pedido, a espera e a vulnerabilidade.

Na tentativa de elucidar as análises, foi elaborada a Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (NP), apresentada na Figura 27. Nela, observa-se a multidimensionalidade dos temas, refletida nos diversos aspectos que influenciam o processo de envelhecimento. As palavras se destacam de forma semelhante em uma escala secundária de análise, o que tornou esse resultado particularmente interessante.

Figura 27: Nuvem de palavras, categoria 4: “quais outros fatores impactam no envelhecimento e porquê?”



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Predominaram as palavras: “idoso”, “pessoa”, “falar”, “questão”, “saúde”, “família”, “espaço”, “cultura”, “qualidade”, “condição”, “cuidado”, “social”, “mobilidade”, “acesso”, “olhar”, “política”, “cuidar”. Novamente, interligam-se com o estado/condição da pessoa, ações e aspirações, fatores esses que apresentam uma ligação direta com a próxima questão analisada, explicitando as principais demandas realizadas pelas pessoas idosas consultadas em Belo Horizonte.

4.2.5 Quais as principais demandas realizadas pelas pessoas idosas? [categoria 5]

Por meio desta pergunta, identificou-se que as demandas realizadas pelas pessoas com 60 anos ou mais são difusas. Ao longo das demais categorias analíticas, elas já aparecem recorrentemente, de maneira direta ou sutil. Contudo, optou-se por separar uma categoria para realçar as principais demandas recebidas pelos profissionais da ponta, suas reflexões e sugestões a respeito das realidades vividas, o que chega aos gestores e o que as pessoas 60+ continuam proferindo e demandando.

Foram identificados cinco eixos principais, os quais estão em completo alinhamento com o apontado por Giacomini e Maio (2016):

As políticas mais importantes para a população idosa seriam as da seguridade social, incluindo-se a de renda, para compensar a perda da capacidade laborativa, a previdência, a assistência social, a saúde, com cuidados de longa duração, a habitação, a infraestrutura, a acessibilidade, com a criação de um entorno favorável, a redução de preconceitos etc. (Giacomini e Maio, 2016, p. 136 e 137 *apud* Ipea, 2010a).

As autoras complementam ainda que

No Brasil, a importância da proteção social à velhice está refletida na Constituição Federal de 1988 (CF/1988). O seu art. 6º, além de assegurar como direito social a educação, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, garante, também, o direito à saúde e o reconhecimento à assistência social aos desamparados. Assim, todo o ordenamento jurídico brasileiro resguarda o direito à vida, sendo o envelhecimento reconhecido como um direito personalíssimo, e sua proteção um direito social (art. 3º do Estatuto do Idoso) (Giacomini e Maio, 2016, p. 136 e 137).

As análises neste estudo serão apoiadas sobre essas perspectivas, considerando, respectivamente, as demandas identificadas nos relatos proferidos direcionadas à saúde (SUS e Planos de Saúde); Planejamento Urbano (Espaços urbanos acessíveis); assistência social (CRAS, CREAS, ILPI); Programa Maior Cuidado (SUS e SUAS); e, por fim, ao Conselho do Idoso (Fundo do Idoso).

O contexto de transição demográfica, epidemiológica e nutricional está se tornando cada vez mais pronunciado e intenso. O país está passando por uma transição na morbimortalidade, com predominância de doenças crônicas, que são mais complexas e onerosas, exigindo cuidados contínuos (Lima-Costa et al., 2011). Neste contexto, várias dessas demandas recaem sobre o Sistema Único de Saúde. A começar pelas expressões dos entrevistados do grupo 60+:

O serviço do SUS é maravilhoso, a parte humana é fantástica. Uma pena é que falte recursos e, em alguns casos, de estrutura. Tem as pessoas que tem um coração do tamanho de um bonde lá, um coração maravilhoso e uma dedicação fora de série. Por isso é que funciona, tem que valorizar muito o pessoal que trabalha na saúde.

(Beija-Flor, G4 - 84 anos - M)

Os entrevistados 60+ relataram a lentidão das consultas especializadas, além de um aumento da disponibilidade e dificuldade de conseguir acessar alguns medicamentos via SUS. Aqueles que relataram terem condições pagam um plano de saúde para suplementar a assistência, principalmente em casos de agravamento da saúde após um infarto, um câncer ou a necessidade de uma cirurgia mais delicada; mesmo assim, relatam também que os agendamentos estão demorados.

O SUS é muito procurado por todos para vacinação, especialmente nos períodos de campanha, bem como para curativos e medicamentos. Muitos acessam para o acompanhamento anual de rotina, participam de alguns grupos de acompanhamento de doenças crônicas, como diabetes e pressão alta, e há algumas demandas associadas ao sistema respiratório, exame oftalmológico e mamografia, por exemplo.

Garça (G4) afirma que *“o SUS é o meu plano. Se eu precisar de internar, o plano é milionário, e acabo caindo no SUS, mesmo. Eu tenho SUS. E eu sou bem atendida”*. Ela conta que sua demanda é pontual, mas que seu marido é um frequentador assíduo: *“eu tenho um esposo que tem o apelido lá em casa de homem SUS, tudo ele consegue. Cirurgia, cateterismo, vista, coluna, atendimento de coluna, tudo no SUS”*.

Tangará (G4) também relata sua relação com o sistema:

Às vezes, a gente demora um pouco para conseguir uma consulta. No SUS, também, se for uma consulta com um especialista, dependendo da especialidade, demora muito. Eu não sou, assim, muito de procurar médico, e a minha demanda é um exame de controle anual, para acompanhar, faço todo ano, eu faço mamografia, essas coisas de rotina, de acompanhamento.

Outro 60+ faz uma comparação entre o SUS e o plano de saúde privado que possui:

Vacina, às vezes, você não consegue, porque o plano te "joga" pra escanteio. Por exemplo, você precisa de um exame, de uma consulta para daqui dois dias, mas só tem daqui um mês. Igual, por exemplo, esse médico aí, eu queria marcar para o dia 02, marcaram para dia 17. Quando eu estou sentindo alguma coisa, vou lá no SUS, eu tenho certeza que eu vou ser atendido na hora. No SUS você vai lá, faz um exame, alguma coisa, você tem... Já avalia, tudo direitinho.

(Sabiá do Campo, G4 - 70 anos - M)

Ele ainda complementa com elogios:

O SUS é muito bom. O SUS é muito bom, o problema do SUS é quando você vai fazer um exame ou alguma coisa é demorado. A realidade é essa, mas

mesmo assim, a gente tem que agradecer muito a Deus e agradecer ao SUS por tudo que ele faz, o SUS é importante na vida da gente. A gente tem a facilidade e as condições de ter um plano, é importante. Mas quem não tem, ele é fundamental.

(Sabiá do Campo, G4 - 70 anos)

Mas os profissionais da ponta refletem:

Eu acho que tem que colocar como pauta a discussão, não só em Belo Horizonte, mas no Brasil. A gente tem que começar a colocar como pauta de discussão o envelhecimento da população brasileira e, a partir daí, uma construção real. A saúde do idoso precisa ser vista, assim como tem o acompanhamento da criança, do adolescente e sua saúde, da saúde da mulher na prevenção, gravidez, na mamografia e no puerpério, da saúde do homem com a próstata. Então, eu acho que precisamos olhar com qualidade para a saúde do idoso, assim como precisa olhar, com qualidade, pra todas essas fases de vida.

(Jaboticabeira, G2 - 35 anos - F)

Precisa dessa articulação, realmente, e desse cuidado integral e ampliar essa visão, né, da promoção e da prevenção. Que a gente precisa começar a pensar no envelhecimento antes dele chegar, então, é ali, ó. Você tá ali ainda, não chegou aos 40 anos. Você precisa começar a trabalhar hábitos e mudanças de hábito para alcançar esse envelhecimento.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Neste contexto, é importante discorrer sobre o Pacto pela Saúde, que congrega o Pacto pelo SUS, o Pacto pela Gestão e o Pacto pela Vida (2006), sendo que o último retoma algumas normas operacionais básicas do SUS, estabelecendo priorização à atenção ao idoso. Giacomini e Maio (2016) resumizam que são sete as estratégias adotadas pelo Pacto pela Vida, sendo elas:

i) a implantação da caderneta de saúde da pessoa idosa; ii) a divulgação do Manual de Atenção Básica à Saúde da Pessoa Idosa; iii) a implantação do Programa de Educação Permanente à Distância na área do envelhecimento e da saúde do idoso; iv) a reorganização do processo de acolhimento na rede pública; v) a assistência farmacêutica dirigida ao público idoso; vi) a atenção diferenciada na internação hospitalar, com avaliação geriátrica global do idoso internado em hospital vinculado ao Programa de Atenção Domiciliar; e vii) a instituição de modalidade específica para a pessoa idosa no Programa de Atenção Domiciliar (Giacomini e Maio, 2016, p. 147).

Porém, as autoras discutem que o pacto estabelece seis prioridades acordadas entre as três esferas de governo, incluindo a saúde do idoso; que, ao contrário das outras prioridades, não são definidas metas concretas para o cuidado da população idosa, nem há incentivos ou sanções para os gestores. E reforçam: “isso, de certo, modo deixa o pacto sem efeito, pois sua

interpretação fica a cargo de cada gestor e do que ele considera uma atuação prioritária junto à população idosa” (Giacomin e Maio, 2016, p. 147).

Em Belo Horizonte, “*os serviços existem, mas precisam aumentar, precisam de mais frentes de trabalho, que acaba que é um pouco insuficiente pela demanda, a demanda é muito maior do que a gente pode ofertar, né?*” (Cerejeira, G2 - 55 anos - F).

Pitangueira (G2), profissional da ponta, diz que:

Há uma demanda por geriatria; no SUS, há apenas em dois PAM, na regional Noroeste e Oeste. O que eles falam é que, assim, que a geriatria é uma especialidade que ela, antes é o clínico; se o idoso está bem, ele não tem nenhuma demanda que justifique nenhum atendimento diferenciado dele, por exemplo. Um sonho seria ter geriatria no NASF.

Ela prossegue, dizendo de outras especificidades demandadas pelo público 60+:

A realização da densimetria óssea, por exemplo, deveria ser igual a mamografia para as mulheres, um direito a partir dos 60 anos. Ajudaria a diagnosticar, prevenir, cuidar e evitar muitas condições de risco à saúde, especialmente o risco de quedas, que para a pessoa idosa é tão agravante. Um avanço é que, antes, apenas duas especialidades podiam realizar o pedido: geriatria e neurologia, eu acho. Agora, os clínicos vão poder passar a solicitar. Se ele tiver com o IVCF dentro daqueles critérios e for o caso para essa necessidade.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

A profissional comenta sobre a adoção do IVCF em sua regional e a aplicação de um plano piloto de discussões e ações:

Aqui no Noroeste, nós vamos iniciar um piloto no Padre Eustáquio, dessa geriatria fazer visita domiciliar e avaliar, de acordo com o IVCF, a condição e o grau de vulnerabilidade desse idoso. E isso vai ter algum benefício, porque os clínicos, os médicos de PSF, eles ficam muito perdidos, e com essas visitas é feito um matriciamento.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

A minha atuação está muito direcionada a dar visibilidade à essa população, dar suporte para as equipes do território, dos centros de saúde, da UPA, que eu faço muito contato com a UPA Centro Sul, onde chegam os casos que ficam numa situação, assim, de vulnerabilidade, ou que ficam em internação social, ou ficam mais abandonados com relação à presença da família.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Além dos altos custos com hospitalização de idosos no SUS, a profissional da assistência social aponta um gargalo que tem aumentado, que é a atenção ao domicílio, a desospitalização e a hospitalização social:

Eu não posso falar pela saúde, mas o que está previsto para a saúde também de atenção ao domicílio, que ainda o município não tem implementado. Eu acho que precisamos avançar nisso. A questão, por exemplo, da desospitalização, é um problema para a saúde. Poderia existir algum serviço, algum programa, que pudesse ser implantado para apoiar isso também.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Na sequência, outra profissional da ponta relata os casos de hospitalização, a migração para a hospitalização social, a ocupação de leito, a judicialização do caso e a espera por uma vaga na ILPI:

O idoso, ele tá sendo cuidado ali, vai para uma UPA, por exemplo, e tem que internar, por questões clínicas, ele vai para o hospital. E aí, o hospital, aí cuida e ele tem condição de alta e a família não vai buscar. A gente tem muito isso, ou então ele não tem família, né, também não tem parente próximo, os irmãos são idosos e não vão buscar. Aí, a gente gera outro problema para a saúde, mais específico para saúde, né, porque aí ele tenta tudo, a família não vai, aí teoricamente ele tem que ir para uma ILPI, né. Aí você entra no gargalo da ILPI, não tem vaga. Aí, o hospital geralmente manda para o Ministério Público, para ir acompanhando essa vaga. Aí, a princípio, falam que não tem vaga, tem uma fila. E aí, o que que acontece, o hospital não vai dar alta para esse idoso, vai pra onde? Aí, a gente entra no outro problema, que é o idoso ficar no hospital para uma internação social, assim, sem necessidade clínica. Mas não tem como, o hospital vai levar ele para onde?

(Cerejeira, G2 - 55 anos - F)

Em um empasse entre a assistência social e a saúde, ouvimos o relato crítico da profissional da ponta:

Pois é, e eles falam que, por exemplo, os nossos idosos que ficam em internação social, eles podem ficar lá porque eles já têm um leito. Eu falei, “não, o hospital cumpriu sua função, a saúde cumpriu sua função, colocou ele nas melhores condições possíveis, tirou ele daquela fase crítica aguda, e ele está bom para ir para uma casa, que é o ideal”. A gente tem idealizações, mas a gente não tem a concretização, porque a verba não tá com a saúde para isso.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

É uma questão de demanda de investimentos financeiros e de alinhamento entre as entidades, para que os discursos e os acompanhamentos das pessoas sejam mais fluídos. O que

se vê, na realidade, são vários empasses:

Aí eles falam, “a saúde tem que ter esse leito”, porque eles trabalham com a questão de leito, é uma cama. A gente da saúde não entende assim, a gente entende que ele tem que ter o banho de sol, o passeio, o cinema e a pracinha. Porque a saúde é física, mental e social, ele tem que estar no meio. O ideal seria criar as casas de transição, com infraestrutura adequada, a saúde precisa de verbas para isso.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

A profissional reconhece que *“a pessoa recebe os cuidados, mas não é o lugar para se morar, há riscos de saúde, não há interação social, ele não vai ter contato com o mundo externo a instituição”* (Cerejeira, G2 - 55 anos - F).

De um relato vindo de um caso que chegou ao Conselho Municipal do Idoso:

A gente teve uma idosa em internação social, ela ficou cinco meses lá internada. O último relatório que eu recebi, que era para retirar, que ela tinha ido a óbito. Como que uma pessoa há cinco meses atrás estava apta para receber alta, e 5 meses depois ela tá morrendo? Alguma coisa aconteceu dentro desse Hospital pelo tempo que ela ficou lá.

(Copaíba, G3 - 34 anos - F)

Aqui, fica em evidência o Hospital Paulo de Tarso, que é uma instituição de transição, destinada a pacientes que necessitam de cuidados contínuos após condições críticas, como acidentes vasculares cerebrais (AVCs) ou outros eventos em saúde que exigem fisioterapia intensiva.

No entanto, há três casos de indivíduos que, embora ainda não tenham 60 anos, vivem na instituição e apresentam sinais físicos e emocionais de envelhecimento, debilidade e vulnerabilidade. Tive a oportunidade de conversar com uma profissional e conhecer melhor a instituição, além de dialogar com duas dessas três pessoas. Pude sentir de perto as dificuldades enfrentadas por elas. Esses indivíduos têm um histórico de vida complicado, marcado por excessos, problemas de saúde e a incapacidade da família de proporcionar o cuidado necessário, resultando em alcoolismo, tabagismo e vida nas ruas, até que, em um determinado período, entraram para a reabilitação e nunca mais conseguiram sair.

A profissional, que me concedeu entrevista na instituição, contou-me um pouco sobre como eles chegaram até lá:

A Ígnea tem exatos 60, né, então ela tá aqui há quase 12 anos, ela chegou aqui com 48. O Sedimentar tem 56, me recordo da história, ele perdeu todos

da rede familiar. Ele tinha um irmão que era a única rede de apoio, pessoal de família pequena, os pais já falecidos, tinha um irmão, mas o irmão acabou falecendo, então ficou sem ninguém, não tinha primo nem nada, ele está aqui por volta de 9 anos. O Metamórfica, 53 anos, tá aqui já há quase 9 anos. Ele veio de uma situação de rua, também bebia muito, tabagista pesado, teve um AVC. Foi diagnosticado com doença do neurônio motor, ela afeta o neurônio e a pessoa perde movimento. Então, você tem pacientes que foram abandonados muito jovens.

(Sucupira, G3 - 29 anos - F)

A profissional diz que o paciente social é estigmatizado e que, às vezes, a própria equipe deixa de dar a devida atenção:

Não que o cuidado deixa de acontecer, eles são cuidados. Mas fica tão automático, porque o paciente já tá ali há tantos anos, né, e o nosso perfil de internação é muito curto. E aí, eu falo com o pessoal: ele ainda é o nosso paciente, sempre vai ser, porque não tem perspectiva nenhuma de sair daqui.

(Sucupira, G3 - 29 anos - F)

Ela faz um balanço anual e levanta um apontamento muito importante e delicado dentro da perspectiva da psicologia:

As maiores demandas estão envolvidas com a elaboração do adoecimento, né? Então, a dificuldade que a pessoa tem de entender, de aceitar, de compreender, de se posicionar em relação ao processo de adoecimento, em relação ao agravo de saúde que ela teve. Então, essa é a maior demanda, elaborar a vivência de adoecimento e se posicionar para seguir a vida com o que ela tem, no seu contexto situacional. Luto por perda de funcionalidade, perder a funcionalidade, perder autonomia. É como se a pessoa vivesse um luto, como se ela perdesse alguém querido, só que na verdade ela tá perdendo uma parte dela, né? Então, é muito difícil, muito complicado para pessoa elaborar isso, né. Então, essa também é uma demanda muito importante.

(Sucupira, G3 - 29 anos - F)

E reforça, ainda, a questão da negligência da saúde emocional:

Eu recebo muitos pacientes, também, com algum transtorno psiquiátrico prévio, né, além do agravo físico, motor, neurológico, às vezes a pessoa já vem com transtorno prévio. Ou seja, como uma depressão, como ansiedade, como transtorno bipolar, com esquizofrenia, ou vem por tentativa de autoextermínio, devido a uma depressão muito grave, né. Então esse perfil também é bem percebido aqui, e aí, lá na sua pergunta anterior do perfil do belo horizontino, um perfil cada vez mais adoecido do ponto de vista emocional, uma prevalência de transtornos mentais muito grande.

(Sucupira, G3 - 29 anos - F)

A profissional da saúde faz uma sugestão de solução para esse tipo de demanda:

Talvez, o que poderia ter: casas de passagem, vamos dizer assim. Teria que ser residências, igual tem residência terapêutica, é uma residência normal, a pessoa poderia ficar lá até sair uma vaga definitiva para uma ILPI. Não um hospital, ele é feito para que você fique menos tempo possível.

(Cerejeira, G2 - 55 anos - F)

Dentro da seara de atendimentos da saúde, tem-se as pessoas em situação de rua. A profissional que atua nessa frente auxiliou no levantamento de algumas questões, sendo a primeira delas relacionada à consolidação do consultório na rua:

A gente ainda tem uma questão, que eu acho que é um adendo, assim. Nós, enquanto consultório na rua, deveríamos ter a possibilidade, por exemplo, de construir um cadastro nesse sistema. Porque tem muitas pessoas que não são atendidas no centro de saúde, mas que são atendidas pelo consultório na rua e estão tendo acesso de saúde através de nós. Está fazendo ali um curativo, a gente tá ali ofertando uma medicação, a gente tá ofertando ali uma redução de danos, uma atividade de arte e educação, que isso é saúde, essas ofertas. Mas ela não vai no centro de saúde, ela tá sendo atendida pelo consultório na rua. Então, a gente tem muito que construir pra essa população, através do consultório de rua, que é uma potência muito grande, mas por mais que tem 10 anos em Belo Horizonte, ainda é um serviço sucateado, é um serviço que mesmo a galera sendo profissionais de saúde, não conhecem direito e não dão o devido valor. Eu não tô falando do profissional, que é um profissional que tem que ter um perfil, que tem que ter um olhar diferente, que tem que ter uma qualificação diferente. Mas deste serviço, que é uma potência muito grande e que ainda não é visto como deveria ser visto, porque nenhum serviço vai numa cena de uso, igual o consultório vai.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

A profissional aponta, também, a necessidade de possibilitar espaço de ir e vir e de escuta dessa população, e relata algumas de suas ações:

Porque você não imagina, desce da van uma galera com caixa de música, entrega uma bala, que não é só uma bala, é uma glicose, chega dando água, oferta cuidado, oferta pintura, oferta passeio. Então, assim, que chega na cena com respeito. Aquela cena é o espaço do usuário, quem dita a regra ali não sou eu, é ele. Então, se ele falou assim, “hoje eu não tô legal, não quero papo”, você só fala assim, beleza, depois eu volto aqui pra gente trocar uma ideia. É isso, é o respeito. Eu acho que o diferencial do consultório na rua é entrar numa cena com cuidado, com respeito, valorizando o indivíduo e o espaço dele. Eu acho assim, aquele espaço é dele.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

A gente tem essas possibilidades de entrar nesses espaços, porque a gente conhece a galera, a gente sabe que é que vende, muitas vezes, e eu respeito assim. Tô aqui só pra sua saúde. No início, em alguns espaços, quando a gente tá começando, aí eles vêm e já perguntam, que que é isso aqui? Não, é saúde! Isso aqui é saúde, a gente não é prefeitura, a gente não é polícia, faz seus corres que a gente tá fazendo nossos corres aqui. A gente só quer fazer aquele curativo daquele joelho ali que não tá legal, a gente só quer dar uma medicação, a gente só quer ofertar uma água pra você dar uma hidratada, é só isso que a gente quer.

(Jaboticabeira, G2 - 35 anos - F)

Uma excelente notícia é que o atual diretor do Conselho Municipal do Idoso estreitou o laço com a equipe do Pop Rua e parceiros, possibilitando que as instituições que trabalham com os moradores em situação de rua se inscrevessem e enviassem projetos para captar recursos financeiros, para executar mais atividades e oferecer outros atendimentos a esse segmento da população. “*Então duas inscrições já chegaram*”, contou-nos Copaíba (G3), à época da entrevista.

A saúde atua também em atividades como a Academia da Saúde, o Liang Gong e o Vida Ativa, que foram pontualmente citados e que são de extrema importância para a vida saudável das pessoas com 60+ que usufruem delas. O educador físico fala da sua realidade e das principais demandas acolhidas:

Hoje, a gente tem as academias, que tem a demanda espontânea. Você pode mudar de hábitos, você consegue ser inserido na academia. O grupo mesmo de nutrição, “ah, eu tenho interesse, né, em mudança de hábitos alimentares”. O próprio lian gong. A academia tem uma restrição, né, de número ali de alunos, então às vezes tem academia que é difícil conseguir vaga. Mas o lian gong é aberto, você é acolhida e pode já começar a prática. Então, eu vejo isso na visão do NASF, da academia, da importância desses profissionais, pois ainda são profissionais que trabalham na lógica da prevenção.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Muita questão óssea muscular. Aí a gente tem as condições crônicas, né, não transmissíveis, aí: diabetes, hipertensão. A gente tem os eventos neurológicos, e aí a grande parte é dos restritos em domicílio ou acamados. Então, a visita domiciliar na lógica do NASF, isso com certeza grande maioria é de usuários com mais de 60 anos dos eventos neurológicos.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Nessa linha, uma das entrevistadas 60+ aborda uma demanda que ela observa na cidade, que abarca os espaços públicos

Por exemplo, explorar as praças, né? Tem tantas praças, aí poderia ter, em alguns horários do dia, profissionais para poder ofertar um acompanhamento de exercício... Colocaram as academias a céu aberto, mas muitas foram alvo de depredação, muitas (idosas) fazem o exercício errado. Eu acho que seria uma boa se conseguir um profissional que fizesse um acompanhamento.

(Garça, G4 - 63 anos - F)

Nessa sequência, estabelece-se uma conexão entre o Planejamento Urbano e a demanda por espaços urbanos acessíveis. Costa et al. (2016) reverbera que “em um mundo onde uma em cada quatro pessoas terá mais de 60 anos até o meio deste século, é essencial reformular a habitação humana de modo a contemplar as diferentes capacidades funcionais e os seus requisitos” (Costa et al., 2016, p. 295).

Em Belo Horizonte, “há muitos espaços da cidade que o idoso não se sente à vontade de ir. Se não tiver uma pessoa pra acompanhar, pra se sentirem protegidos. Seja porque é longe ou porque é caro, ou porque não tem acessibilidade mesmo” conta Pessegueiro (G2). Na sequência, o relato de uma profissional da ponta:

As tecnologias têm que ser feitas com os idosos, os espaços têm que ser construídos junto com os idosos. Isso é inclusão social, incluir essas pessoas nessa conversa. Mas, para além disso, eu acho que os espaços, espaços da rua, a acessibilidade nos locais, nos postos de saúde; a gente sabe que hoje tem rampas, mas assim, quanto mais melhorar pra que essas pessoas possam sair de dentro de casa, melhor. Ao mesmo tempo que a gente tem um perfil de idoso que vem se diferenciando, que vem sendo um idoso mais ativo, mas ainda a gente tem essas pessoas que ficam dentro de casa, muitas vezes não saem porque esses espaços não os possibilitam.

(Macieira, G2 - 46 anos - F)

Não só em Belo Horizonte, mas em outras escalas de análise, sabemos que as pessoas preferem “envelhecer no local onde vivem”; esse ambiente pode ser considerado sua casa, sua comunidade, seu bairro etc. Costa et al. (2016) destaca que:

Ainda que o processo de envelhecimento implique incapacidades físicas, com a consequente redução de mobilidade para os deslocamentos internos ou externos à residência ou ainda para ambos simultaneamente. Além disso, com o passar do tempo, a habitação planejada para uma família passa a ter menos moradores e se torna desnecessariamente espaçosa ou dispendiosa para manutenção (Costa et al. 2016, p. 295).

Nesse contexto, o gestor pontua sobre seu papel e envolvimento com adequações dos espaços urbanos para que eles sejam mais acessíveis. Segundo Angico-Branco (G1), as

adequações são no sentido amplo, de acessibilidade universal, não apenas para a população 60+:

A gente trabalha de subsidiar a Secretaria de Planejamento Urbano, a Subsecretaria de Planejamento Urbano, com informações, análises, que envolvam todo o processo de desenvolvimento da legislação urbanística do município. Então, a gente trabalha com análise de múltiplos critérios, questões desse tipo. E, assim, na revisão da Lei 11.181, que é a Lei de Parcelamento e Ocupação e Uso dos Solos, ela incorporou a nova agenda urbana, que é... Agenda Internacional Relativa aos Assentamentos Urbanos. E eu entendo que, dentro desse espectro, ela incorporou também, quando ela fala de espaços urbanos acessíveis, de toda essa discussão em relação à acessibilidade, à inclusão no espaço urbano, ela também, de certa forma, inclui o público 60+.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Ele complementa: *“a gente está mais no olhar mais macro relativo a esse acompanhamento das informações espaciais relativos às análises, e que são consumidas para o regramento urbanístico”*. E reforça o que está chamando de espaços públicos: *“a gente pode falar dos espaços urbanos, praças, parques, calçadas, que são a principal interface da mobilidade ativa, do caminhar, a gente pode pensar tanto a inclusão desse tipo de questão da acessibilidade”* (Angico-Branco, G1 - 40 anos - M).

O gestor, ainda, reitera que é necessário

Ter uma inclusão no sentido do desenho de projetos, de soluções que sejam amigáveis para a população com mais de 60 anos, também em relação aos projetos de edificações, e eu sinto que essa mudança será feita progressivamente, à medida que o tecido da cidade for se renovando.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

Na abordagem de espaços acessíveis, Pessegueiro (G2) conta sua experiência e aponta a demanda por atividades coletivas:

Porque o idoso quer sair, passear, conhecer e ver coisas diferentes. É ter um lazer, aqui no CRAS é o que muitos demandam. Eles adoram o cinema, vão ali fazer um piquenique, vão ali em hotel fazenda. Antigamente, a gente fazia muito e enchia de idoso aqui; agora, a gente não consegue mais promover, especialmente por conta do recurso, que reduziu muito, e esses passeios ficam caro. Ainda assim, conseguimos ir em alguns locais gratuitos, como o Sesc Palladium; o cinema, que é gratuito; o Palácio da Liberdade, o Mineirão, o Parque das Mangabeiras, sempre propondo alguma questão educativa de fundo.

(Pessegueiro, G2 - 39 anos - M)

Outro ponto que o profissional ressalta é conseguir espaços que sejam, de fato, acessíveis ao público 60+, com rampas, pouca escada, com banheiros, locais para se sentar, sombra. A entrevistada Tesourinha-da-mata (G4) faz considerações a respeito dessa demanda vinda dos idosos:

Eu acho que está faltando uns espaços para poder sair mais e passear, não só aqui dentro de Belo Horizonte, fora também. Você está entendendo? Porque há anos atrás, a gente tinha esse direito de sair em grupo passear. Eu mesma já fui em vários lugares aqui com os grupos, passeio em Rio das Pedras, em Hotel Fazenda, teve vários. Aí, hoje não tem mais verba, mas podiam ir com a gente aqui em BH mesmo, tem a Praça da Liberdade, tem os museus, os parques, né? Tem muitos colegas que não conhecem, nunca tiveram oportunidade de ir.

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

Quando perguntado sobre as regiões periféricas da cidade, Angico-Branco (G1) reflete que “a gente consegue perceber essas discrepâncias dentro da cidade, né? Essas desigualdades e discrepâncias em relação a uma cidade mais amigável para a população idosa e outra não”, mas não se estende nas declarações.

Este cenário está alinhado com a declaração de Costa et al. (2016), que levantam outras reflexões e direcionamentos:

Cada vez mais pessoas idosas vivem sozinhas, e o cotidiano mostra que muitos não reformaram ou adaptaram à moradia e também não dispõem de recursos financeiros para fazer isso, quando necessário. O aumento contínuo do custo de moradia faz com que haja cada vez mais necessidades de iniciativas como, por exemplo, o Casa Segura⁴¹ e de pesquisas que estudem as condições de vida e as necessidades de moradia dos idosos de todas as classes sociais (Costa et al., 2016, p. 304)

Angico-Branco (G1) prossegue em sua narrativa, dizendo que, recentemente, iniciaram uma discussão, em parceria com outras secretarias da PBH, para tentar trazer um indicador de caminhabilidade e de qualidade desse acesso a equipamentos na capital.

Porque eu acho que é uma questão que toca mais em relação ao objetivo aqui da sua pesquisa. Se essa população que se desloca até os equipamentos, até os pontos de interesse, a praça de convívio, que é uma coisa importante para a idade 60 e mais, o equipamento comunitário que ele vai poder fazer algum tipo de atividade cultural, que eu acho que faz parte desse envelhecer na cidade. O caminhar para esses lugares tem que ter uma calçada de

⁴¹ O projeto, vencedor da competição Casa Segura do Congresso de Ortopedia e Traumatologia, em 1999, foi também aprovado pelo Ministério da Saúde e fez parte do Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso – Paísi (Casa Segura, s.d.). A Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) criou este projeto em 1999, objetivando medidas simples e de baixo custo que aprimorassem o ambiente no qual o idoso vive (Costa et al. 2016, p. 304).

qualidade, tem que ter um transporte coletivo que seja acessível para ele, caso ele se desloque, transporte coletivo e não apenas com mobilidade ativa. E a gente, acho que a gente ainda está um pouco aquém aqui no município, de ter indicadores desse tipo para iniciar as ações e intervenções.

(Angico-Branco, G1 - 40 anos - M)

O tema da mobilidade e acessibilidade foi muito apontado, especialmente pelas pessoas 60+. Arara (G4) diz: *“Nossa! Eu ainda continuo com a questão da acessibilidade nos ônibus, sabe?”*, e reforça inúmeras situações de inadequação:

Os ônibus precisam ter mais segurança, porque realmente nós temos conhecido que já se machucou. O MOVE, por exemplo, nas suas estações é bastante seguro, mas de uns tempos para cá tudo vai desgastando. A gente anda nos ônibus e você vê tudo balançando, fazendo barulho, não funcionando direito, parece uma carroça antiga. E a culpa não é do motorista, agora não tem mais o agente de viagem, né? Muita gente reclama, também, de ter que passar na roleta para sentar nas cadeiras amarelas, você tem que segurar naquele apoio, esticar muito o braço. Às vezes, os braços da gente já estão com tanta dor no ombro, que antes da gente segurar no apoio, a gente já roda o corpo e bate na roleta, aí machuca, fica com dores. Quer dizer, tudo isso eu achava que podia ter uma solução, melhorar, né?

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Outro gestor, quando indagado sobre o tema das demandas, inicia sua fala indicando que:

Cada vez mais, há demanda de ter dados de indicadores para esse público, que tratem de questões que são importantes para esse público, que comecem com coisas simples, às vezes ter um indicador desagregado por faixa etária, né, que a gente consiga mensurar especificamente a população idosa 60+.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

A própria agenda ODS fala disso, né, que ao produzir os indicadores, a gente precisa pensar em todos os públicos, do ponto de vista não só etário, mas social, cultural. Então, acho que isso é um desafio, nem sempre a gente consegue atender, pois o município ainda é muito dependente dos dados do censo, né, que é a base mais completa que a gente tem informações atualizadas.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

Nessa perspectiva de ver as diferentes cidades dentro de uma Belo Horizonte e refletindo sobre estratégias de mobilidade, outro gestor conta:

Por isso que estou discutindo com o pessoal do Urbel, porque as calçadas do centro vão ser fácil. Quero estabelecer parâmetros, fazer o mesmo trabalho com a vila e favela, criar parâmetros, não é onde não tem dinheiro, e sim onde não tem espaço. Teve um lugar que eu vi com eles em uma foto, que aí a única solução possível é uma escala rolante. “Ah, mas não tem dinheiro”, e olha que coloquei barato, poderia ter sugerido teleférico, como existe em Hong Kong, como existe em La Paz, como existem em Medellín.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

“*A cidade está completamente desajustada*”, diz Jacarandá (G1); o gestor relata que está colaborando com a elaboração do Plano Municipal do Envelhecimento:

Estou preparando, com uma equipe multidisciplinar, todas as ações do Plano de Envelhecimento que têm a ver com mobilidade, e 90% delas são as mesmas para o plano para as pessoas com deficiência, porque o que atende um, atende ao outro. Cada um desses planos tem as atividades, cada atividade tem as metas e os indicadores, eu estou fazendo o caderno de indicadores.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

Outra gestora envolvida comenta sobre o plano:

A DPEI tá fazendo o primeiro Plano Municipal do Envelhecimento e ele será um instrumento potente. Não é um plano só pra quem tem 60+, estamos fazendo um plano de processo. Eu tenho lá o entendimento de que eu tenho que me preparar ao longo da vida, então vai ter ação lá que vai ter a ver com jovem, com adulto, com criança, focado no processo de envelhecimento. Ele tá sendo construído junto com conselho, junto com todas as secretarias municipais e principalmente pelas pessoas idosas.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

O plano tinha previsão de ser entregue em 2023, mas ainda não foi divulgado. (Sibipiruna, G1 - 52 anos - F) reforça que sua proposta é a de “*mapear quais são as estratégias que esse município quer ter, quais são as ações que são prioritárias, em qual o prazo que a gente tem de execução e, depois, a gente tem ainda que monitorar*”. Ela pontua ainda que:

O monitoramento vai ficar com a diretoria, com o conselho, com o GT; na verdade, não tem como ser só uma diretoria fazer um monitoramento. Esse mesmo GT, que hoje foi criado para construirmos o plano, a ideia é que esse GT seja permanente e ele possa a fazer um monitoramento, e sempre garantindo a presença da pessoa idosa. O que eu mais falo, e é verdade, é que a gente tem que garantir que as pessoas idosas possam participar dessas discussões.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Elaborar e publicar o plano é um grande passo, mas espera-se a execução e manutenção ao longo dos governos. Jacarandá (G1), que atua na área de mobilidade urbana, diz que “os idosos demandam muito pouco, e o pouco que demandam mal, mal é atendido. Porque se a BHTrans já cumprir aquilo que ela tem que cumprir, porque a lei determina, já tá muito bom”. Na sequência, ele exemplifica: “ou seja, o idoso não precisa pedir uma vaga reservada para o idoso; a BHTrans já tem que fazer e, ao fazer, tem que ser naquelas condições, naquela metragem. A pintura mudou, agora é 60+, a empresa tem 5 anos para fazer a adequação”.

O mesmo profissional comenta que, por conta própria, pelo seu conhecimento e área de atuação, tenta algumas ações, mas que nem sempre tem força suficiente para levar as propostas adiante:

Estou a um tempo propondo uma carteira metropolitana, porque aí a pessoa pode usá-la em qualquer cidade, porque, senão, cada momento vai fazer uma carteira diferente. Consegui fazer uma portaria, uma parceria com o Estado, foi publicado no DOM, mandando as empresas fazerem, elas não fizeram. Eu fui até onde eu poderia ir; mais que isso, eu não posso fazer.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

Na sequência, tece uma crítica ao Estatuto do Idoso a respeito da idade de gratuidade no transporte público:

O Estatuto do Idoso tentou passar a idade de 65 para 60 e não conseguiu, e para não ficar mal, uma grande englobada, eles escreveram lá que os municípios que quisessem poderiam passar para 60 anos. Autonomia para o município, sendo que ele já tem essa autonomia desde a Constituição de 88. Isso não é atribuição mais nem dos governos, nem da união, ele pode inclusive oferecer transporte gratuito para a população, você sabe que Ibirité e Caeté já é tarifa zero.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

Na linha de políticas, a profissional da saúde reforça que, como profissionais e como sociedade, nós utilizamos muito pouco dos nossos direitos e do que expõe as legislações:

Eu acho que, quando você vai ver a política do idoso, tem uma portaria do idoso. Eu acho que os profissionais de saúde não enxergam essa portaria. Por exemplo, a gente tem a caderneta da gestante, a gente tem a caderneta da criança e do adolescente e a gente tem a caderneta do idoso, que é pouco conhecida nesses espaços, é pouco utilizada. Então, nós temos portarias e regulamentações que são feitas e foram feitas pra se dizer que tem, elas não são utilizadas. Eu acho que, a partir disso, a gente já tem uma pauta. A gente precisa utilizar as portarias, as regulamentações, a gente precisa usar os documentos, a gente precisa usar o que a gente já tem, e construir a partir

disso também.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Quanto aos aspectos que tocam a assistência social, de acordo com Berzins, Giacomini e Camarano (2016), durante muitos anos, a assistência social foi vinculada a ações caritativas e filantrópicas, frequentemente relacionadas à caridade cristã, sem ser considerada um direito social. Muitas dessas instituições ainda continuam a desempenhar atividades nesse campo.

Na Constituição Federal de 1988, no art. 1º, a seguridade social compreende “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”, obedecendo a um conjunto de princípios e diretrizes. Conforme apontam Berzins, Giacomini e Camarano (2016)

No Brasil, essa política tem na sua história avanços e retrocessos, a noção de seguridade social está diretamente relacionada à cobertura universalizada de riscos e vulnerabilidades sociais e à garantia de um conjunto de condições que assegure uma vida digna a todos os cidadãos brasileiros (Berzins, Giacomini e Camarano, 2016, p. 108).

Os profissionais da ponta explicam sobre a realidade do serviço e as demandas que chegam:

A política de assistência social, ela precisa trabalhar dessa forma intersetorial; então, em todos os níveis de proteção, nós trabalhamos juntos com outras políticas, saúde, educação, cultura, esporte, lazer, geração de renda... não tem jeito de fazer assistência social sozinha.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

Ipê Rosa (G1) reverbera que “a gente, na assistência, a assistência olha para a família, né, ela não olha para o indivíduo em si”, e justifica “porque questões de desigualdade, de discriminação, a gente não olha para essas vivências no individual, mas de vivências que impactam uma geração, uma família, um território, um determinado lócus”. A profissional complementa que “essas situações que, às vezes, nós vivenciamos individualmente, quando a gente olha para elas, elas atravessam várias famílias; então, a assistência tem como metodologia de trabalhar essas questões no coletivo”.

Ainda sobre a metodologia de trabalho da assistência social, numa fala mais técnica, uma gestora explicita:

As nossas unidades se articulam com a saúde no território, então tem o centro de saúde de referência, tem a referência técnica da saúde do idoso, aqui no nível central, que tá junto com a gente no dia a dia do nosso serviço, pros

casos que chegam, mas também nas construções técnicas, no diálogo com os parceiros, nas formações, capacitações, pactuação de fluxo...

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

A gestora explana sobre a parceria que existe com a educação:

Educação é menos para o público idoso. A gente tem algumas ofertas de EJA que tem nos territórios, às vezes dentro da instituição, às vezes no espaço da comunidade, e o idoso se desloca pra fazer, mas tem que ser uma demanda do idoso também, né? Muitas vezes ele não quer, muitas vezes ele precisa ter autonomia pra ir frequentar a escola.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

Ipê Rosa (G1) traz que:

Na assistência, assim, falando da política de assistência social em Belo Horizonte, a gente tem ainda avanços para alcançar esse público da pessoa idosa, principalmente no que se diz do atendimento à pessoa idosa e para garantir a ela espaços de convivência, de convívio familiar e comunitário. E também avanços, aí, na atenção a pessoas idosas que demandam um atendimento mais no domicílio, atendimento mais sistemático, ações de cuidados para esse idoso.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

As pessoas 60+, quando perguntadas a respeito dos serviços da assistência social, pensam diretamente no equipamento público CRAS. Em um primeiro momento, não identificavam os serviços oferecidos, mas com o desenvolver da conversa, alguns associavam o local à solicitação do cartão de gratuidade no transporte público, outros com o BPC e outros disseram não ter precisado, mas que conheciam pessoas que já tinha ido ou auxiliaram colegas a acessarem seus serviços.

A respeito das atividades executadas dentro Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), Ipê Rosa (G1) explicita que a assistência promove ações para apoiar as famílias e garantir proteção aos idosos, seja qual for sua condição, e faz reflexões quanto ao contexto de cuidados:

Quando a gente olha para a família, e essa família ela tem que garantir proteção para os seus membros mais vulneráveis, e aí a gente está falando de criança, adolescente, gestante, pessoa com deficiência, pessoa idosa. De uma forma geral, as famílias da assistência social que são acolhidas, normalmente, são monoparentais femininas. E, se a gente pega um dado aí do CADÚnico, a gente vê que um número grande de famílias que a referência a mulher é maior. A gente percebe, assim, duas questões. Uma que perpassa a

família, e uma que perpassa a própria pessoa idosa. A gente hoje compreende que esta referência familiar, referência de cuidados, ela tem uma sobrecarga muito grande. Uma sobrecarga de prover os recursos para manter essa família e também os cuidados. Então, a gente depara muito com essa situação, assim: ou ela vai trabalhar, ou ela vai ficar em casa para prover esses cuidados.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

A profissional traz uma reflexão muito relevante no atendimento aos casos: “a gente tem que tomar um cuidado muito grande para não culpabilizar ainda mais essa mulher que não está cumprindo a sua função de proteção”. E prossegue:

O que a gente percebe, nas discussões com as equipes técnicas dos serviços, tanto do Programa Maior Cuidado, tanto do Serviço de Convivência, tanto do PAIF (Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família), é que as relações intrafamiliares, ali a gente chama de vulnerabilidades relacionais, elas são muito tensas, né? Seja pelas condições de vida, seja pelas relações estabelecidas com esse genitor, com esse pai, com esse avô, né? Então, a gente hoje se depara muito com essa questão sendo um problema, inclusive, para que a família garanta proteção para esse idoso, né?

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Às vezes é um idoso que foi o maior violador dessa família. Às vezes é um idoso que não teve uma convivência com essa família, ele retorna para a família. É agora, na fase idosa, né, que ele precisa de atenção. Às vezes, é um idoso que já passou aí pela questão da dependência química e tal. Então, isso tudo compromete, né, a qualidade de vida e a qualidade aí de atenção.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

A questão da mudança cultural também é um aspecto demandado constantemente. A profissional diz que “o envelhecimento no país tem um conceito de não valorização, a gente precisa também discutir isso, ampliar essa questão. Na assistência social, na política de assistência social, a gente trata muito de garantir algumas seguranças, e não faz um papel socio-educador”. E complementa:

Olhamos para os idosos que vivenciam determinado território, precisamos pensar em serviços de convivência e fortalecimento de vivência e de vínculo. Um espaço em que eles possam, também, fazer as discussões do que são esses atravessamentos na vida deles; que também possam partilhar, como forma de criar outras estratégias, como forma de fortalecer e ampliar a rede de proteção, pensar em uma rede de proteção para além da família. Porque a gente pode ter uma rede de proteção ali, territorial, de vizinhança, né? Então, essa é uma estratégia, principalmente também a gente considerando o

formato hoje de família, que são menores. A gente, mesmo, programar o cuidado. Tem vários idosos que não têm filhos, ou que moram sozinhos.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

A DPEI também tem seu papel em ações de integração e atividades para os idosos:

Fazemos um acompanhamento dos grupos de convivência de BH. Tem o centro de referência da pessoa idosa, que também é coordenado pela diretoria, então a gente que dá as diretrizes e o que vai ter aqui. Ah, eu quero fazer um projeto que passa pela diretoria; a diretoria avalia se tá dentro dos critérios que a gente entende que a população mais deseja, porque ele não sai da minha cabeça, né. Os fóruns existem é para isso, então as demandas elas chegam por esses caminhos. Aí, cabe a nós ouvir, fazer a triagem e propor uma política e, também, cabe à gente avaliar ao longo de determinado tempo.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Seguindo com a observação dos contextos e com as demandas, a profissional que atua na Centro-sul relata que:

Existe muito idoso morando sozinho, muito idoso com outros dependentes, por exemplo, portador de sofrimento mental ou dependência física, motora, intelectual, e que aí ele é o provedor. A gente tem muita demanda, a gente tem uma quantidade grande de demanda e muitas delas estão judicializadas, por exemplo, aciona a justiça, polícia, porque passou mal sozinho... e vem SAMU, polícia e ele tá sozinho. Aí, a gente judicializa, porque o Estado ou o Município vai ficar responsável.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Ela comenta que:

A saúde mental tinha o cuidador social, há um tempo atrás, era aquele que ia na casa do sujeito, fazia, por exemplo, o recebimento do salário, a compra do mês, mantinha as coisas dentro de casa, e para uma consulta ou alguma coisa. Agora, não tem mais. Tem essa proposta, mas não tem essa pessoa. É uma demanda que poderia voltar, por aqui na regional [Centro-sul] recebo muita demanda de sofrimento mental.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Muitos deles [os idosos] não acionaram no SUS antes, então a gente vai ter que conhecer, fazer investigação, fazer investigação daquilo, fazer o cadastro, investigar a situação de saúde, do adoecimento, buscar família, buscar a história. É um histórico. É, porque aí a gente vai entender, e muitas vezes a gente responde ao Ministério Público o que a gente conseguiu.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Outra profissional da ponta explica que a Centro-sul é uma regional que tem muitos idosos sozinhos, e observa que eles contam muito com a rede comunitária, os vizinhos, o porteiro, a pessoa da banca revista [para aqueles lugares que eles ainda existem], e isso ocorre especialmente para aqueles idosos robustos. A mesma profissional faz um contraponto de outro tipo de situação, que ocorre na mesma regional:

Chega denúncia de violação de direitos, como a de um idoso que alguém fez a denúncia para a polícia, ela foi ao local e o idoso tava abandonado, desnutrido, sujo, desidratado... e veio pra nós o caso. A primeira providência foi levar no hospital, porque tem que hidratar, ver o que tá acontecendo, aí a gente vai fazer acolhimento emergencial.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

A profissional da saúde afirma que esse tipo de contexto gera muita angústia:

Porque eles entram em contato, eles entram dentro da casa da pessoa e eles veem, assim, condições muito de necessidade, tanto na Vila quanto no apartamento lá em Lourdes, eles veem a mesma situação. Precariedade pessoal, que a gente fala, relacional; e a pessoa na vila pode até estar morando com mais pessoas, mas ela também está abandonada ali naquele meio.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

Cerejeira (G2) reflete que “a maior violência contra os idosos, muitas das vezes, não é física, e sim a negligência de todas as formas”. Outra profissional reforça que “são vários tipos de violação; as vezes violação física, ausência de vínculo afetivo, as vezes de insuficiência familiar”, sendo a última considerada, pela profissional, a mais grave, pois:

Tá sempre muito relacionado à vida que essa pessoa teve. Foi uma pessoa que bebeu muito durante a vida, que bateu nos filhos, que não criou, que... sei lá, que abandonou. Aí, depois, quando fica velho... aí, que a demanda ao cuidado, precisa de cuidado, e aí não há vínculo afetivo. Nesses casos, há sempre violação, porque aí, a violação é... não conseguir cuidar, mesmo. Às vezes, por não ter dinheiro, não ter estrutura, por não ter casa, por não ter condição. E, às vezes, é por não querer, ou por porque utiliza o dinheiro do idoso pra fazer empréstimo, pra tudo, pra tudo, tudo, tudo. Aí, fica... Não tem como sobreviver sem dinheiro. É... Tem de tudo. Tem vários casos.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Pitangueira prossegue, dizendo que “na regional que eu atuo [Noroeste], a maior demanda é violação, especificamente caracterizadas como negligência e os maus tratos”.

Copaíba (G3) diz: “*é muita denúncia, é muita ligação, é muita gente vindo aqui no conselho*”. Numa perspectiva mais radical, ela conta que, recentemente, até surgiram umas conversas dizendo que

A gente tinha que ter o Conselho Tutelar do Idoso e ter uma legislação que realmente obrigasse os filhos a cuidar dos pais, que hoje só o Estatuto do Idosos não cumpre esse papel, nenhum dispositivo legal nem nenhuma jurisprudência que vai obrigar ninguém a fazer nada.

(Copaíba, G3 – 34 anos – F)

Trata-se de uma sugestão delicada e imperativa, se refletirmos sobre a multiplicidade de contextos existentes e abordados até aqui. Sibipiruna (G1) conta sobre o Disque 100:

Então, o Disque 100 é nacional, e a ouvidoria avalia cada caso e distribui. Em Belo Horizonte, a gente fez um acordo junto ao Disque 100, depois que a gente criou um protocolo de atendimento, onde todas as demandas que o Disque 100 atenda relativa à violação de direitos, e aí amplia um pouco, ela passa não só para pessoa idosa, a pessoa com deficiência, igualdade social, a criança, tudo. O Disque 100 manda para a ouvidoria do município em Belo Horizonte e, na nossa secretaria criou, a Ouvidoria Municipal de Direitos Humanos. Então, existe um caminho direto, um fluxo que o Disque 100 já encaminha direto para ouvidoria, e a ouvidoria faz essa triagem. Aí, ela caminha ou pra saúde, ou pra assistência social, ou para gente, se for o caso. Depende da demanda.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Ainda dentro da rede de assistência social, tem-se a temática das institucionalizações e Instituições de Longa Permanência (ILPI). De acordo com Camarano e Barbosa (2016), “entre as alternativas não familiares para o cuidado do idoso, a mais antiga é a instituição asilar, cuja origem remonta à Grécia Antiga” (p. 479). As autoras contextualizam ainda que

Originalmente, essas instituições eram destinadas a pessoas carentes que precisavam de abrigo. Por isso, muitas delas no Brasil se autodenominam “abrigos”. A carência financeira e a falta de moradia são razões importantes para a busca por essas instituições, a maioria das quais é filantrópica. Com o envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com limitações físicas, cognitivas e mentais, e a necessidade de cuidados, é necessário que os asilos se integrem não apenas à rede de assistência social, mas também à rede de assistência à saúde (Camarano e Barbosa, 2016, p. 481).

Uma profissional da gestão explica como começou a demanda por ILPI em Belo Horizonte:

E por que as ILPIs foram criadas aqui na cidade, você sabe? Como é que surgiu a demanda? Surgiu no Santa Zita, lá na Boa Viagem, que era um abrigo, um acolhimento para as empregadas que ficaram velhas. Empregadas

domésticas da elite de BH. Não presta mais para trabalhar, vai para um local que não seja aqui na minha casa. Aí, as famílias de alta renda que organizaram, que precisavam de um lugar... e aí surgiu a demanda, e se criou o Santazita, que era para a empregada doméstica. E hoje, se você for ver, assim, a grande parte do público mesmo, das ILPIs, é ainda de empregada doméstica.

(Aroeira, G1 - 61 anos - F)

O mesmo acontecia no Instituto Geriátrico Afonso Pena (IGAP); antigamente, eles recebiam muitas empregadas domésticas que não tinham quem as cuidasse na velhice, segundo Paineira (G3).

Sabemos que muitas mulheres que foram empregadas domésticas, passadeiras, lavadeiras, iam morar com as famílias e passaram a vida inteira ali, numa condição de cuidados de uma outra família que não a sua. Muitas viviam em condições precárias e desumanas. Elas acabaram deixando seus filhos com parentes e perderam o vínculo pela distância, muitas conseguiam enviar apenas um dinheiro curto para ajudar na criação desses filhos, e muitos vínculos foram quebrados. Outras sequer formaram família, pois foram trabalhar muito novas, passaram a vida ali, dedicadas àquele nicho familiar. Não casaram, não tiveram filhos, foram desvinculadas da sua família.

(Aroeira, G1 - 61 anos - F)

Outra profissional relata sobre a mesma instituição, a trazendo como um exemplo positivo de acolhimento, longevidade e autonomia de muitas das moradoras; e diz que, apesar de seu contexto de criação, a instituição executa sua função social:

Nós temos uma ILPI perto da igreja da Boa Viagem, é uma instituição parceira nossa, e as idosas lá, todo mundo 90+, mas elas são ativas, fazem parte da comunidade, vão nas barraquinhas da igreja, vão na missa, tem grupo de conversa, grupo de oração. A gente vai lá e cada hora tem uma entrando e saindo, porque elas são ativas... então, quem tem acesso a saúde e alimentação vive bem, vive muito.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

No contexto belorizontino, a profissional da gestão na assistência social nos explica como funciona o fluxo de casos às instituições conveniadas com a PBH. Estas são entidades não governamentais, socioassistenciais com registro no conselho de assistência social, que fazem a execução do serviço.

Temos uma central de vagas na alta complexidade, que faz a gestão do acesso de todos os públicos da alta complexidade, e a gente identifica a maior demanda. Pra acolhimento institucional, tem sido grau 2 e 3; praticamente,

nós não temos demanda de grau 1, que são os idosos independentes com autonomia, o que pra gente é bom. É uma resposta que esse idoso, que tem condição de viver com autonomia, integrado na comunidade, ele não tá sendo acolhido, não tá sendo encaminhado para acolhimento. Por outro lado, isso pressiona nossa rede, atender um dos mais vulnerabilizados, e a vulnerabilidade é sempre social, relacional e também de saúde. Os grau 3 geralmente são pessoas acamadas, com agravos de saúde muito exigentes, que a família não consegue cuidar. Mas mesmo que essa pessoa esteja no acolhimento, se existe família, a equipe socioassistencial dentro do contexto vai trabalhar para convivência familiar não ser interrompida, mesmo que o idoso esteja no acolhimento, a gente trabalha pra que ele não haja ruptura de vínculos.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

A profissional relata, ainda, as dificuldades existentes para acolher pacientes de grau 3 nas ILPIs:

As nossas unidades ainda não conseguem atender esse grau 3 na complexidade que ele tem. Então, ainda temos dificuldade, porque é a questão da saúde que nos atravessa mesmo, porque às vezes tem os profissionais cuidadores, mas o cuidador tem limite de procedimento que ele pode fazer, tem procedimentos específicos da enfermagem e ele não pode executar... Essa demanda, pra gente, ainda é difícil, também pelos casos de saúde mental; porque o idoso portador de sofrimento mental, a gente tem que ofertar cuidados cobertos pela política de saúde mental. Ou seja, para o surto, o atendimento é ambulatorial; fora do surto, um acompanhamento pra estabilizar, mas ainda é muito difícil pra nossa rede, porque o idoso tá ali. Então, o cuidador, ele vai aprendendo a fazer leitura daquele idoso quando ele não tá alterado, mas assim, a referência do cuidado, da prescrição, de qual medicação, é sempre do profissional da saúde.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

Diversos argumentos surgem a partir desse relato, pois os idosos classificados no nível I⁴² nem sempre são totalmente independentes ou conseguem viver de forma saudável e digna na comunidade. Conforme evidenciado em vários depoimentos, eles desenvolvem estratégias de sobrevivência; muitas vezes, a espera por uma vaga é tão longa que esses idosos acabam sofrendo um declínio físico e emocional, sendo reclassificados para os níveis 2 ou 3. Isso tem

⁴² Os idosos de Nível I, conforme utilizados em classificações de atenção à pessoa idosa, referem-se àqueles que são considerados independentes ou com pouca necessidade de assistência nas atividades da vida diária (AVDs). Possuem baixo grau de dependência, não exigem cuidados contínuos, podem precisar de ajuda pontual para atividades mais complexas, como administração de medicamentos, pequenos ajustes no ambiente físico que habitam.

transformado as instituições em verdadeiros hospitais, o que representa um grande desafio para as políticas públicas. Evidências científicas apontam que

Os residentes constituem menos de 1% da população idosa brasileira, o que caracteriza essa modalidade de atendimento como de cobertura muito baixa. A comparação entre os anos de 2000 e 2010, quanto ao número de residentes em domicílios coletivos, aponta uma diminuição relativa. Além disso, inferiu-se que as instituições estão operando na sua capacidade total, o que tem feito com que hospitais públicos estejam se constituindo em espaços de abrigamento e exigido que famílias que não têm condições de cuidar assumam o cuidado de seus membros idosos frágeis, com maior risco de violência e negligência (Camarano e Barbosa, 2016, p. 508).

Outra argumentação, especialmente entre os profissionais de saúde na linha de frente, refere-se à dificuldade de restabelecer o vínculo familiar, ou de manter o idoso vulnerável dentro da família. Muitas vezes, esses casos envolvem histórico de violência, rupturas e desintegração das relações familiares; assim, as intervenções da assistência social podem servir apenas como paliativos. Manguiera (G2), profissional da ponta, relata um caso complexo de duas idosas que estão vivendo no CERSAM:

A gente tem duas idosas hoje, no CERSAM, há mais de dois anos sem uma resolução da política da assistência social. Elas têm que ir para uma ILPI. Elas estão lá no CERSAM, mas estáveis e estabilizadas, só que correndo o risco daqueles que chegam em crise. Elas estão com seus direitos violados porque, olha só, direitos violados dentro de um serviço público, porque elas não têm o direito de ir e vir. Elas não têm um lazer, elas estão lá dentro no serviço de saúde mental, que é para atender agudos, pessoas em crise com risco de sofrer violações, violências de todos os tipos, e em um lugar que não causa segurança para elas. Porque os outros equipamentos estavam online, ou tanto o judiciário, quanto a assistência social deixaram suas atividades durante esse período, e a saúde não deixou, então a gente continua com elas até hoje.

(Manguiera, G2 - 57 anos - F)

Tem caso de idoso que está há um ano e três meses no CERSAM esperando uma vaga em uma ILPI, ele está lá como se estivesse aguardando. Não aparece vaga, e ele tá sofrendo lá, por que ele não é caso de CERSAM e porque são pessoas graves que estão lá, né? E tá lá, esses idosos, já teve reunião, tem já uma ação do Ministério Público. Tá difícil. É difícil. A relação tá muito difícil.

(Pitanguiera, G2 - 63 anos - F)

Um exemplo, relatado por uma profissional da ponta, ilustra outra situação grave: uma senhora, que vivia sozinha em condições precárias e nunca cuidou dos filhos, não os reconhecendo mais, mas que ocasionalmente aceitava cuidados de um deles. Ela ficou cega e

chegou a viver como moradora de rua devido à extrema precariedade. A equipe de saúde regional [Noroeste] estava acompanhando-a e, após muitas reuniões e esforços, conseguiu-se que a assistência social aceitasse seu caso como institucionalização. Na sequência, a profissional entrevistada relata o desfecho do caso:

Ela foi para a ILPI quarta-feira. Você não faz ideia do tanto de reunião que teve para chegar nisso. Quando ela chegou na ILPI, que o filho e a técnica do CRAS foram embora... a senhora agitou lá.... a ILPI não queria ela lá. Aceitou, não sei por quê. Aí, já ligaram para a técnica, que não tinha condição de ficar com ela lá. Tal, tal, tal, ... isso foi na quarta-feira. Agora, antes do feriado, final da tarde, seis horas da tarde. Aí, conseguiu, o Samu também não estava querendo levá-la. Aí uma, que é daqui, ligou para o Samu. O Samu levou ela, levou para a UPA. Ela na UPA... a profissional técnica ficou ligando para o assistente social do Odilon, para ficar com ela lá. Até que ela foi agora para o Célio de Castro. E agora ela está sem ILPI, porque essa ILPI não quer ela e passou por todo esse stress e situação delicada.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Pitangueira (G2) comentou outro caso, também na Noroeste, que se relaciona muito com a estrutura familiar e com a longevidade, e que no cenário atual, pode se tornar cada vez mais recorrente:

Às vezes, tem um idoso, ele é cuidado por uma filha. Essa filha tem casa, assim, tem dois casos, assim. Essa filha fica debilitada por câncer, ou porque teve um AVC, aí não consegue mais cuidar. Então fica os dois sem cuidar, debilitados, em casa. E aí?

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Em Venda Nova, a profissional não destaca nada que diferencia dos fatos até aqui relatados: negligência familiar, o viver sozinho, a necessidade de cuidados e idosos cuidando de idosos. Na regional Norte, Cajueiro (G2) diz: “*Eu vejo um pouco entristecido, assim, esse olhar para o idoso. Nós fizemos um mutirão do diabetes do ano passado, e aí, foi no centro de saúde, foram 99 diabéticos, mas muitos deles idosos, e o número de idosos que moravam sozinhos é muito grande*”, evidenciando essa realidade na vida da pessoa idosa na cidade. Aroeira (G1), então, reforça que

É interessante, e a gente precisa trazer a concepção de moradia, de acolhimento, que não precisa ser necessariamente família, porque muitos idosos, hoje, não tem família. Então ele tem que criar uma república que ele possa ficar com um grupo de amigos, morar juntos, dividir o espaço.

(Aroeira, G1 - 61 anos - F)

Nessa linha de pensamento, surge a necessidade e a demanda por casas dia ou centro-dia públicos:

Então, hoje, por exemplo, a experiência que eu tive lá em São Paulo, de conhecer o Centro-Dia, isso diminui muito a questão da possibilidade de institucionalização. Aí, quando você não tem, você vai ver hoje aí, algumas ILPI particulares oferecem essa modalidade, mas não é a mesma ideia, a mesma filosofia de um Centro-Dia municipal, que existe todo um arcabouç.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

Não precisa ser só da ampliação das ILPI, não. Se tivesse Centro-Dia, que o idoso pudesse passar o dia com atividades, em todas as regionais, que seja um espaço de cuidado. Até porque a família também precisa de cuidado para poder cuidar.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

E, nesse espaço, a pessoa vai passar o dia. Se ela já tiver uma autonomia, uma estrutura familiar um pouco melhor, já vai de banho tomado, chega e toma café, vai para as atividades, né? Manhã, almoço. Tarde, vai para outras atividades. À noite, a família retorna. Lá em São Paulo, em questão, alguns casos tinham até vinculação com o transporte sanitário, que levava e buscava.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

A profissional do Conselho do Idoso, durante a entrevista, traz uma boa notícia a respeito do tema: “o conselho investiu dinheiro com assistência para gente ter o primeiro centro de dia, então a gente tá movimentando isso, já tá aprovado o plano de aplicação, quase 5 milhões pra dar start no primeiro Centro-Dia de Belo Horizonte” (Copaíba, G3 - 34 anos - F).

Na sequência, são abordadas considerações a respeito do Programa Maior Cuidado, sendo a principal delas a de que ele precisa ser expandido, em área e em quantidade de atendimento. Atualmente, o programa ainda fica muito restrito às áreas de abrangência do CRAS. Ipê Rosa (G1) aponta que:

O Programa Maior Cuidado, que é uma estratégia inovadora, porque ela agrega a política de assistência articulada com a política de saúde, é uma oferta de um programa que tem uma gestão de duas políticas públicas, né? E isso, querendo ou não, faz com que as duas políticas estejam empenhadas em desenvolver uma ação conjuntamente estabelecida, aí, por um programa.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Mas sabe-se que:

O impacto do programa é muito pequeno, né, se a gente considerar a cidade inteira. Mas aí, eu acho que a gente precisa fazer, talvez, um recorte, assim. Qual que é o impacto do programa Maior Cuidado no território de abrangência que ele atua? Porque ele não atua na cidade inteira, e nem tem como ele atuar na cidade inteira, para isso a gente precisa ampliar o CRAS.

Ipê Rosa (G1 - 51 anos - F)

Pitangueira (G2) elogia o programa e diz que *“ele evita bastante o abrigamento, né? Porque na hora que você tem o cuidador lá, você melhora um pouco aquela relação que já tá desgastada”*. Mas, ao mesmo tempo, a profissional destaca que:

Precisa ter também mais cuidador, né? Porque, como tem pouco, tem lugar que eles estão ficando muito pouco tempo. E, às vezes, precisavam de ficar mais tempo, porque os idosos vão ficando mais grave, acontece alguma coisa, uma internação, precisaria de mais acompanhamento... o ideal seria ir todos os dias. No Califórnia, por exemplo, tem 22 idosos com 5 cuidadores. Eles têm que se deslocar de um lugar pro outro, não dá pra ficar muito tempo.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

A gente não tem um estudo, mas a hipótese que leva a gente ter certeza que o programa, ele prolonga esse idoso dentro da convivência familiar, né? Ele prolonga, ele evita o acolhimento institucional, né? Ele promove um atendimento a esse idoso. Há ações que vão prevenir do isolamento, da exclusão, né, e das violações de direitos. Então, a gente sabe que aquele idoso, que está no programa Maior Cuidado, a permanência dele na família maior é ampliada por conta da oferta do programa.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Copaíba (G3) disse que *“houve um movimento para tentar suplementar o Maior Cuidado, mas a legislação do fundo não permite, não pode pegar dinheiro do fundo e custear atividade continuada de programas da prefeitura”*. Ela reforça, ainda, como ela enxerga e como deve ser o CMI: *“eu acho que o conselho seria esse lugar que a gente tem possibilidade de ver a política realmente acontecer, esse é o lugar de discussão, de perguntar, tipo, de como que eu posso dizer, de pensar, propor e agir”* (Copaíba, G3 - 34 anos - F).

De acordo com a Prefeitura de Belo Horizonte (2020), o Fundo Municipal do Idoso (FUMID) foi criado pela Lei nº 8.288, de 28 de dezembro de 2001, com o objetivo de captar recursos para financiamento de programas, projetos e ações que visem a promoção, a inserção e o desenvolvimento da cidadania dos idosos nos termos da Política Municipal do Idoso. A entrevistada, Copaíba (G3), expõe algumas impressões que teve sobre a composição do Conselho Municipal do Idoso (CMI), em outras gestões e na atualidade, em relação ao fundo:

Hoje, a galera vê o conselho como fundo, então eles são interessados no recurso que o fundo tem. Ele é o segundo maior captador do Brasil. A maioria das pessoas quer o recurso. E o que que na verdade o conselho faz? É controle social, é lutar pelo cuidado, e isso, às vezes, acaba ficando em segundo plano.

(Copaíba, G3 - 34 anos - F)

Ela relata, também, sob uma ótica mais crítica, que “os projetos são terríveis. Muito mal escritos, muito mal pensados, isso para todo mundo. Instituições que captam 4 milhões, 5 milhões, 6 milhões, aí tem instituições que captam 50 a 20 mil reais”.

A profissional da assistência social conta que “o pessoal do CEMAIS é sempre muito presente com a gente, então eles trabalham, sim, dão apoio, fazem apoio jurídico, articulam entidades pra mobilizar demandas endereçadas à política pública, são muito parceiros” (Copaíba, G3 – 34 anos – F).

Ainda sobre o CMI e suas atribuições, Sibipiruna (G1), afirma que ele investe de recurso também na diretoria:

Isso é bom para nós, porque nos dá oportunidade de fazer projeto; então, por exemplo, a Rede de Empoderamento da Pessoa Idosa, que é um projeto da diretoria, nós conseguimos executar e vamos fazer a edição 2 com recurso do fundo. A Casa Segura da pessoa idosa, vamos fazer com recurso do fundo.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

A profissional comenta que a Diretoria também tem a possibilidade de desenvolver e executar projetos com recurso da própria prefeitura, e esclarece que, para todas as áreas, há um fundo, um orçamento específico. Explica, ainda, que está tudo muito bem discriminado no site da Prefeitura, se consultar pelo título Orçamento do Idoso⁴³, onde é possível ver detalhadamente as ações realizadas com o valor, e a prefeitura monitora mensalmente.

Sibipiruna (G1) explica, também, que a DPEI faz um relatório mensal do PPAG para inserir no sistema, a fim de verificar o cumprimento de metas estabelecidas e prestação de contas. Ela só não detalhou qual a melhor fonte, se os recursos são suficientes e quais são os valores disponibilizados, mas quis sinalizar que existem outras fontes de financiamento a serem usadas para o público 60+.

Por fim, o entrevistado 60+, que já atuou como conselheiro, relata o papel crucial dos conselheiros no CMI, e conta sobre a realidade das atuações na atualidade:

⁴³ Link de acesso: <https://prefeitura.pbh.gov.br/transparencia/contas-publicas/orcamentos-tematicos/orcamento-idoso>. Acesso em 25 out. 2024.

O conselho, eu não sei o que que tá acontecendo com eles; tanto faz, o estadual ou municipal. Eles têm que sentar uma hora com os conselheiros, mas sem fazer discurso; explicar a eles o trabalho do conselheiro, o que que o conselheiro deve fazer, a sua função de fato. Tem muitos que participam e estão perdidos, eles vão lá pra assinar papel, só pra falar amém? Ah fulano, tem isso aqui, tem que dar quórum pra isso, só pra dar quórum, pra assinar? Poxa! E as comissões, alguém participa das comissões? São ali das comissões que tem que sair o debate, os fóruns, não pode ser isso, não pode ser aquilo. Quantas vezes a gente foi chamado, participava de comissões, pra visitar asilos e averiguar as condições denunciadas ali.

(Sabiá Laranjeira, G4 - 83 anos - M)

Ele complementa com uma reflexão muito importante de atuação social, de responsabilidade com a função e de compromisso com a população idosa que é acolhida pelo CMI:

Você é do conselho, você vota pra dar um dinheiro pra um determinado grupo, vai ter direito a uma determinada cota ali. Depois, você vai lá pra fiscalizar o que que foi feito, ou vai outras pessoas pra fiscalizar e trazem o relato. Quando sai um dinheiro do conselho, pra uma entidade, pra um projeto que uma entidade montou, por que que só vai uma pessoa pra saber se gastou tudo certinho na prestação de contas? Não é prestar só no papel, não! Tem que acompanhar.

(Sabiá Laranjeira, G4 - 83 anos - M)

Berzins, Giacomini e Camarano (2016) refletem que “embora o envelhecimento da população brasileira tenha se tornado uma realidade incontestável, ainda estamos longe de alcançar o estado de direito pleno para as pessoas idosas” (p. 131). Entretanto,

Observa-se que o governo e a sociedade brasileira não tratam essa realidade como um fato prioritário e emergente. Isso explica a inexistência, na agenda política nacional, de uma discussão consistente sobre a velhice que inclua a efetivação dos direitos dos idosos, especialmente os direitos sociais (Berzins, Giacomini e Camarano, 2016, p. 131).

Alinhados a essa reflexão, evidenciam-se trechos das narrativas em que os entrevistados apontam o que precisa avançar:

Se a gente pensa no que está posto para uma política pública, ela poder ofertar, poder garantir integralidade de proteção, quando a gente pensa em integralidade de proteção, aí a gente ainda tem muito que avançar. Porque quando a gente fala de integralidade, a gente está falando de políticas de saúde, de assistência, de educação, de cultura, de moradia, habitacional, e elas tinham que caminhar juntas, para que elas pudessem, de fato, garantir proteção integral às famílias.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

A fim de possibilitar uma vida longa e de qualidade, com saúde e dignidade, para os cidadãos brasileiros, Pau Brasil (G1), da área de planejamento, reverbera:

O orçamento público vai ser um grande desafio para os próximos anos. Ampliar esses serviços que atendam a população 60+, para que tenham qualidade. Lembro que um secretário antigo nosso, da área de educação, disse: 'nós estamos construindo UMEI e as EMEI com toda a acessibilidade, para que no futuro elas pudessem se transformar em casas para idosos'. Pois, no futuro, iríamos precisar menos de UMEI do que precisamos hoje, e mais equipamentos para idosos. Acho que foi bem interessante essa sacada deles, e essa reflexão também. E, realmente, talvez no futuro, a gente tenha que transformar UMEI em casa-dia ou coisas desse tipo.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

São extremamente necessários equipamentos para a pessoas idosa que sejam regionalizados e acessíveis à população, pois a mobilidade da cidade e, muitas vezes a topografia, prejudicam o deslocamento, como já visto. As profissionais da saúde e assistência trazem, de maneira complementar, que:

A gente precisa pensar no nascer e em todo esse processo pra gente pensar em qualidade de vida. Então, acho que, no Brasil, a gente tem muito pra fazer ainda, a gente tem que ralar muito, tem que pensar muito, e a gente tem que pensar não só em órgãos, a gente tem que pensar em estrutura, em corpo, mente, físico, espírito.

(Jaboticabeira, G2 - 35 anos - F)

Precisamos naturalizar que envelhecer é um processo cíclico. É tudo junto... tem que ter investimento em política pública, investimento em educação e investimento em saúde, é um pacote... E, quando você consegue combinar, você vai ter daqui um tempo uma qualidade melhor de uma população... um envelhecimento saudável, uma juventude mais bem cuidada... É pra todos.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

Os depoimentos mostram que as entrevistadas têm uma relação de uso intenso dos serviços do SUS e SUAS, em especial de alguns que, muitas vezes, são de desconhecimento de boa parte da população. Tal desinformação reitera a observação de Giacomini (2016) de que, embora existam leis que garantam direitos e assistência aos idosos e, ainda que essas sejam aprimoradas ao longo dos anos, as pessoas idosas continuam a ser um segmento que ainda precisa ser orientado, conduzido e auxiliado na sua especificidade.

De forma complementar, Kalache e Giacomini (2021) refletem que

Mais do que nunca, é preciso buscar valores que nos tragam de volta a perspectiva da vida e da longevidade. Não faz nenhum sentido imaginar que uma população que

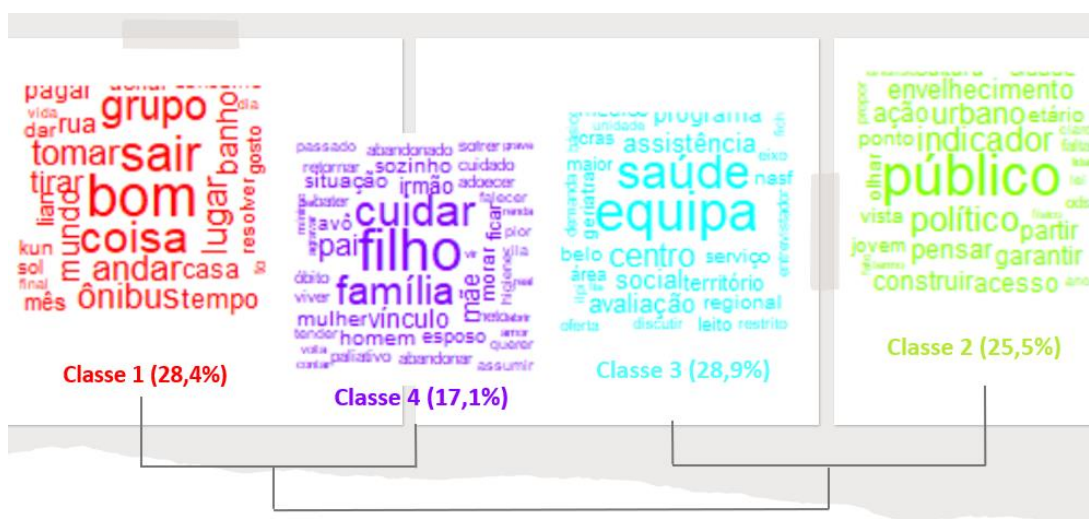
envelhece seja um ônus para o país. A economia e a previdência social brasileiras somente se sustentarão se apostarmos na vida, na educação, na saúde de qualidade, no cuidado ao longo da vida, em programas sociais de inclusão que reduzam a desigualdade e aumentem as oportunidades (s.p.).

Os discursos dominantes em torno do envelhecer invisibilizam a pessoa idosa e suas necessidades, “ora reduzidos a números, a pura estatística, ora somente prezam pelo aumento dos anos nos índices de expectativa de vida, não preconizando a análise da realidade concreta deste grupo populacional em determinados contextos” (Costa, 2015, p. 29). Tratam-se de violências variadas, principalmente a institucional. Giacomini (2016) cita que o Conselho Nacional do Idosos (CNDI), em 2010, alertava que

A violência contra a pessoa idosa, tanto no espaço doméstico quanto institucional, e aquela produzida pela ação ou falta de ação do próprio Estado estão de certo modo banalizadas, em um país que se recusa a envelhecer e para o qual ser velho é ser decadente, doente, sem valor. Diante disso e talvez por isso, apesar de o envelhecimento da população exigir um redimensionamento de todas as políticas do país, este processo não tem sido considerado como elemento estruturante do planejamento e, consequentemente tem ficado de fora do orçamento do atual governo e de seus antecessores (Brasil, 2012, p. 10).

Na análise textual, realizada a partir da Classificação Hierárquica Descendente (CHD), os resultados são distribuídos em quatro classes (Figura 28). Na forma de *clusters*, o conteúdo analisado apresenta a Classe 1 (vermelha), com 28,4%, e a Classe 4 (roxa), com 17,1% interconectadas. Na sequência, tem-se a Classe 3 (azul claro), com 28,9%, e Classe 2 (verde), com 25,5%, formando outra ramificação dos discursos.

Figura 28: CHD representado na forma de um filograma com *clusters*, categoria 5: “quais as principais demandas realizadas pelos idosos?”



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

população envelhecida permanecem ainda periféricas (Giacomin e Maio, 2016, p. 167).

Aqui, se evidencia o familismo arraigado em nossa sociedade e em nosso Estado. O que se observa é que não é o Estado que assume uma responsabilidade; é a família que garante, a duras penas, a saúde e o cuidado necessário a muitos dos idosos.

4.2.6 Como a sindemia da Covid-19 se apresentou no contexto do envelhecimento? [categoria 6]

Diante dos impactos multidimensionais da sindemia da Covid-19, foram necessárias ações exaustivas dos profissionais da área da saúde, a presença ativa de toda a comunidade científica e dos movimentos sociais, a fim de mitigar os efeitos da crise. Isso ocorreu devido ao descaso do Estado, caracterizado por omissões e negligências, evidenciando um completo desgoverno vivenciado pela população.

Neste contexto, a análise da categoria 6 é iniciada pelos profissionais da ponta, os profissionais da saúde e assistência social, muitos dos quais estiveram na linha de frente a todo tempo, colocando sua própria saúde em risco, honrando suas profissões e seu papel social no compromisso com a vida do outro: *“Foi um período de trevas, de trevas”* (Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F). *“A pandemia foi atípica para todos, né, especialmente para a saúde. A gente não parou um minuto! Eu trabalhei todos os dias presencial, né, os Centro de Saúde e os Hospital o tempo todo recebendo pessoas. Foi um momento muito difícil!”* (Cerejeira, G2 - 55 anos - F). A mesma profissional prossegue quanto ao cotidiano vivido naquela sindemia:

Não tinha muito o que planejar, né, então foi muito no dia a dia, no conhecimento; hoje pode, amanhã não pode, vamos mudar. A gente fazia, planejava assim numa semana, o outra já era um outro protocolo. Às vezes, era de um dia pro outro, mesmo; já mudava.

(Cerejeira, G2 - 55 anos - F)

Em entrevista com uma profissional da saúde, pertencente ao grupo 4, o relato relembra uma condição/situação de guerra:

E você sabia que as equipes médicas não sabiam nem como contratava? No início, e especialmente no pico, o sistema estava instável, incapaz de resolver o problema. Porque teve muita gente, por exemplo, esse treinamento na época da pandemia, por exemplo, meningite. Eu era aluna. Então, você imagina, eu nem tive treinamento, era de fazer lá no pronto socorro, eu dava plantão lá de 12 horas duas vezes na semana. Aí, eu fico imaginando entubar. Entubar, muita gente morreu, eu imagino, nesse processo de entubar. E você consegue,

se não tem um treinamento, porque não é fácil, a traqueia e o esôfago... então, assim, você via que as pessoas não tinham um protocolo de medicamento para tratar daquilo, e aí ia no ensaio e erro, e tinha muito erro, infelizmente.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Houve, também, momentos de incerteza: *“a assistência social ficou um tempo parada, né? Então, os casos de violência, a gente notificava, mas não caminhava nada. Eles ficaram muito só pelo telefone, né”* (Pitangueira, G2 - 63 anos - F). O profissional do CRAS confirma: *“na pandemia, a gente literalmente trocou o pneu com o carro andando, porque a gente perdeu todo o acesso com os usuários”* (Pessegueiro, G2 - 39 anos - M). De fato, *“um período muito intenso, em que, para muitos casos, faltou perna, até mesmo para que conseguíssemos executar as coisas com efetividade, pela quantidade de profissionais disponíveis e pelo tamanho da demanda e incertezas”* (Limoeiro, G2 - 37 anos - M).

Em defesa dos profissionais da saúde e do SUS, a profissional da ponta reverberou:

Então assim, lógico, né, a gente teve que aprender a lidar com isso, então a gente inventou alguns protocolos, fluxos institucionais...mas assim, nós sobrevivemos. Eu acho que... o bacana é realmente que a rede SUS faz toda diferença, e o SUS-BH, em especial, é muito robusto! Ele é muito robusto! Eu falo mesmo, são as pessoas que estão nele que fazem toda a diferença.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

Outra profissional relata sobre as mudanças que foram feitas na equipe e atendimento do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF):

Todas as atividades coletivas do NASF foram contingenciadas, já vinha num processo, sabe, de fragmentação grande, assim, desse cuidado. E aí, com a pandemia, agravou ainda mais, porque tivemos que voltar o olhar só para os sintomas, né, então era meio que protocolizado ali; o sintomático respiratório são tantos dias de afastamento, esse medicamento, protocolos e isso. Aí, se esqueceu do diabético, do hipertenso e de todas as outras condições crônicas da população atendida.

(Goiabeira, G2 - 42 anos - F)

“A sindemia da Covid-19, expôs um Brasil ainda mais idadista, uma vez que escolhas economicistas determinam a exclusão dos mais idosos aos serviços de saúde” (Kalache *et al.*, 2020, p. 1-2). Camarano (2020, 2021) discute também como a pandemia da Covid-19 descortinou, novamente e mais intensamente, a fragilidade dos idosos, tornando-os “grupo de risco” grave, reforçando a necessidade de solidariedade intergeracional e de cuidados.

O telemonitoramento foi uma estratégia muito usada tanto pela saúde, quanto pela assistência social, dadas a distância, acesso e necessidade de isolamento das pessoas:

Eu estava nessa linha de frente também, na recepção mesmo, e o NASF teve um trabalho bem interessante, que era do telemonitoramento. A cada 72 horas, todos os sintomáticos respiratórios que eram avaliados pelo Centro de Saúde, ele recebia ligação do Centro de Saúde para verificar se esses sintomas persistiam, se haviam melhorado ou piorado.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

No início, a gente usava nosso próprio telefone; depois, a PBH conseguiu um chip corporativo. A gente também tinha algumas listas, que eram tratadas para a gente fazer o contato com algumas famílias que não era do nosso conhecimento, falar da questão das ofertas da Cesta Básica, orientar a sobre o auxílio. Especificamente das famílias de acompanhamento ou do serviço de convivência do programa "Maior Cuidado". Cada técnico, com a sua família de acompanhamento, fez esse monitoramento de maneira online, remota.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Uma entrevistada 60+, que vive em um dos quilombos urbanos da capital, afirmou que esse apoio do CRAS e dos programas sociais foi um ponto positivo da pandemia. Eles auxiliaram na sobrevivência: *“através de políticas a gente conseguiu alguns benefícios, que foi a cesta básica... auxílio emergencial, alguns receberam”* (Saí-Andorinha, G4 - 75 anos - F). Outro entrevistado 60+ disse que:

Nós vimos aí que houve mais fraternidade, a pessoa, sabe? A gente via isso, pessoas organizando grupos para poder fazer marmita, para levar para aquelas pessoas que estavam passando fome e que não podiam sair de casa. Então, eu acho que nesse ponto aí, foi a única coisa que mais ou menos positivo que ela deixou; foi isso, foi despertar a cada um de nós a fraternidade, a pensar no outro como um ser humano e que o ser humano, que a carência de todos nós, é a mesma. Isso, então, foi importante. Surgiram em grandes grupos aí, associação, e que até hoje ainda continua fazendo, principalmente nas grandes cidades, né, fornecendo aí comida para quem tem fome.

(Beija-Flor, G4 - 84 anos - M)

Nessa linha, destaca-se o papel da Central Única das Favelas (CUFA), que realizou, em várias favelas do Brasil, trabalhos de mapeamento, captação e distribuição de alimentos, em parceria com a sociedade civil e grandes redes de supermercado.

A profissional complementou que, para além dessas atividades, eles efetuaram no âmbito das ligações o *“Apoio na vacinação, na organização das vacinas. Assumimos uma parte*

burocrática de inserção de dados no sistema, das notificações, mesmo, porque todos os casos sintomáticos respiratórios, eles eram notificados no site do Ministério da Saúde” (Goiabeira, G2 - 42 anos - F).

Outro profissional, agora da área da assistência social, conta como foi abrupta a forma como eles tiveram que parar de trabalhar, e como foi difícil o retorno às atividades presenciais:

Então, assim, foi processual pra gente compreender o que estava acontecendo, embora a gente tivesse milhões de informações na palma da mão, com o celular. Mas, dentro da gente, internalizar isso aí, o tempo é outro. E é subjetivo, porque é de cada um, é da sua religião, é da sua prática, é da sua vivência, é do que você espera, é do que você concorda. Não discordar da medicina, mas concorda no sentido de você estar integrado.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

Ela ainda complementa que “*não tinha cartilha, não tinha uma lei, não tinha um seminário, não tinha algo que explicasse, um coordenador esclarecido. Isso aqui não se explica o que vai ser feito e como vai ser, não existiu isso*” (Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F). Ressalta, ainda: “*foi feito no mesmo tempo em que o usuário te solicitava um atendimento, com todas essas nuances atravessadas, de violência de gênero, violência contra o idoso, de tudo. Porque tudo acentuou, né?*” (Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F).

Vários ataques aos direitos humanos e aos princípios da saúde pública e coletiva foram cometidos por meio de frase esdrúxulas do ex-presidente Jair Bolsonaro, como a veiculada em notícia de BBC NEWS (2020):

“Gripezinha”: ao se pronunciar no dia 24 de março de 2020, quando o país já registrava mais de 10 mortes pelo vírus, o presidente criticou o fechamento de escolas e comércios; outra banalização foi dizer que “*tomos nós iremos morrer um dia*” após causar aglomeração em um passeio no final de março de 2020; no final de abril, o ex-presidente foi perguntado por um repórter o que ele tinha a dizer sobre o recorde diário de mortes notificadas naquele dia e o mesmo respondeu: “*e daí? Lamento. Quer que eu faça o quê? Eu sou Messias, mas não faço milagre*”, junho, enquanto conversava com apoiadores em frente ao Palácio da Alvorada, Bolsonaro mandou uma mulher que o questionava sobre o número de brasileiros mortos pela pandemia de Covid-19 “*cobrar do seu governador*” (BBC NEWS, 2020, s. p.).

Essa declaração teve reverberação no depoimento de uma profissional da ponta:

Se o nosso chefe maior da nação tivesse a postura digna, ética, correta de um chefe de Estado, de dizer assim: “é... vocês precisam e nós vamos juntos usar máscaras, nós vamos usar o álcool, se cuidem, se preservem”. Mesmo que chegassem em casa e queimassem as máscaras e jogassem o álcool fora. Faltou ética, faltou essa postura. E a outra postura que me causa muita indignação: a pessoa vacinou, mas escondeu de todos.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

A entrevistada 60+ pontuou que, além do contexto de crise sanitária, somava-se a presença do Presidente, que jamais lamentou a morte de um só brasileiro decorrente da Covid:

Ainda tinha Bolsonaro, né? E pra mim, você vendo ele acabando com o sistema de saúde, aquelas pessoas morrendo sem necessidade de morrer, sabe como? Roubando o dinheiro, corrupção na área da saúde... o que que o hospital, o plano de saúde fez em São Paulo com os idosos? Aquilo... eu chorei muito, também, com a situação de crise de Manaus.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Ficou claro que “quando não tinha vacina, os hospitais ficaram muito sobrecarregados, os centros de saúde muito cheios. A gente fazia aquele atendimento imediato; depois, veio a vacina, e começamos a planejar a vacinação. Fomos vacinando e tudo, e aí as coisas foram melhorando” (Cerejeira, G2 - 55 anos - F).

No entanto, nesse período, a aquisição da vacina foi demorada, e exigiu conscientizar a população para se vacinar, especialmente por conta da onda antivacina, das *fake news* e outras injúrias divulgadas. Muitas notícias falsas foram disseminadas, como a ilusão de que alguém tomando a vacina teria a chance de “virar jacaré”, ou ao questionamento quanto a eficácia do “kit Covid” e do “tratamento precoce”, baseado em cloroquina, hidroxicloroquina e outros medicamentos. A profissional complementa:

A gente sofreu muito com isso, né? Eu falo a saúde, porque a gente entende e sabe que a vacina salva vidas e salva mesmo, né! A gente fazia todo o movimento quando tinha a vacina, vamos vacinar, e tinha aquele movimento contrário. Muitas pessoas morreram por não vacinar, né, se negaram a vacinar, até hoje a gente vê isso, infelizmente. Enquanto saúde pública, saber que você pode salvar uma vida vacinando e a pessoa não quer, foi muito duro.

(Cerejeira, G2 - 55 anos - F)

Em meio aos entrevistados do grupo 60+, Bem-te-vi (G4) relatou a história de seu pai, de 103 anos. Ele começa rememorando que seu pai tinha uma saúde ótima, mas que, com a idade avançada, começou a sofrer quedas e a reclamar de dores, recorrentemente:

Eu falava com a minha irmã: “não fique correndo com ele para o hospital, uma hora eles seguram ele lá”. E um dia, aconteceu. Levaram ele para o hospital, aquela briga: “não, ele tá com Covid. Não, é inflamação”. O médico: “você sabe mais do que nós?”. Aí isolaram o velho, tiraram ele de Santa Luzia e enviaram para a Santa Casa. O deixaram 15 dias isolado. Quando confirmou que não era Covid, ele infartou e faleceu.

(Bem-te-vi, G4 - 69 anos – M)

Na sequência, o mesmo entrevistado, com posicionamento negacionista, manifesta quanto aos impactos da pandemia:

Eu nunca liguei muito para esse negócio, não; eu usava porque era obrigado usar. Nunca procurei, sempre usei medicina alternativa, aquele coquetel lá, sempre tive lá em casa, por exemplo, um comprimido que usava muito na África para verme, a cloroquina, a ivermectina.

(Bem-te-vi, G4 - 69 anos – M)

Algumas de suas falas, ao longo da entrevista, estavam carregadas de preconceitos; em outro momento, quando perguntei se ele contraía a doença, ele negou:

Meu filho mais velho teve e ele disse que, se não fosse por esse coquetel, ele tinha morrido. Isso aí é porque nós fomos manipulados... negacionista, é isso e aquilo... talvez a minha ideologia. Igual eu falei do caso do meu pai, foi uma covardia o que fizeram com ele. Agora, essas coisas vêm mesmo para tirar um pouco de gente... idoso está aumentando, criança não está nascendo mais... e como faz? Tem que matar um pouco de gente.

(Bem-te-vi, G4 - 69 anos – M)

Confesso que, naquele momento da entrevista, foi muito difícil para mim manter a calma e não iniciar uma conversa combativa diante da enxurrada de mentiras que estavam sendo ditas, especialmente após a afirmação “*essas coisas vêm para matar um pouco de gente mesmo, e você viu que foram os idosos os primeiros. Essa coisa vem para isso...*”, vinda de um homem negro, retinto, com quase 70 anos, morador de região da periferia de Belo Horizonte e líder religioso em uma igreja cristã da comunidade. Essas menções foram combinadas a outra reflexão ainda mais estarrecedora:

Outra coisa, isso aqui (aponta para a cabeça), matou mais que a doença em si (indicando desequilíbrio emocional). Eu não tive medo de nada, não vou nessa... não vou arriscar, mas também não vou ficar refém disso, não. Eu tenho uma filha que ficou: "pai, você tem que fazer isso". Eu disse que não tenho que fazer nada, não. Não, ela já é adulta, esquentar a cabeça, não. E eu conheço pessoas que estavam bem, e que entraram em um descontrole emocional violento e foi embora mesmo, por conta disso.

(Bem-te-vi, G4 - 69 anos – M)

Relatos e pensamentos como esses, que permearam toda a sociedade brasileira durante o período da pandemia e no seu pós, foram e ainda são um grande desafio para a nossa sobrevivência como um todo. Trouxeram e ainda trazem relações ainda mais desgastantes para o contexto vivido, com miopias de consequências graves, para a saúde e vida das pessoas.

A profissional que atua com a população de rua da cidade falou, também, dos desafios enfrentados na vacinação desse grupo populacional:

Da vacina, teve negacionismo muito grande. Até que a gente ia orientar e o diferencial quando a gente ia vacinar, a gente precisava sentar-se e conversar sobre o que que era. Porque uma coisa é você ir ao posto sabendo que você precisa tomar essa vacina, você vai lá por vontade própria. Outra coisa é você se sentar com essa população, explicar o que tava acontecendo, orientar e falar da importância desse processo, dessa vacina, no ambiente ali, externo.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Como sobreviventes, pudemos vivenciar o primeiro semestre de 2020, marcado pelo fechamento dos serviços públicos e a falta de informação. Essa conjuntura resultou no agravamento das desigualdades e da violência para diferentes regiões e classes sociais. As pessoas 60+ relataram:

Ai, pandemia foi um choque. Eu lembro que, no dia, ele falou comigo assim, será que isso vai durar um mês, dois? Eu falei assim, nossa, tomara que acabe logo, porque tinha uma semana já que a gente não pisa fora do portão, e nesse drama, olhando na televisão, via só falar coisas tristes e foi um choque.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Essa pandemia foi um problema sério para mim. Não poder sair foi o principal... o medo de sair, agrupamento de gente, até hoje eu não vou, minha filha. É, ficar parada, ficar presa no apartamento, né?

(Cambacica, G4 - 89 anos - F)

Eu quase enlouqueci. Até hoje, eu não entendo como que eu sobrevivia aquilo. E olha que eu tava lá no condomínio fechado, numa região privilegiada, com minha filha, minhas irmãs, tinha piscina, a gente cozinhava juntas, a gente fazia um entretenimento com filmes. Mas, mesmo assim, esse período todo foi muito ruim, muito, eu até hoje não sei dimensionar tudo que foi ruim, até hoje ainda fico assim, sabe como? Meio com medo. Muito medo.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

O gestor comenta como foi sua atuação nesse período:

Durante a Covid, eu integrei um grupo daqui da secretaria de planejamento, que cuidava diretamente dessa parte de monitoramento. Muitas discussões sobre protocolos, a parte do monitoramento, dos indicadores, utilizar e publicar essas informações.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

O profissional continua seu relato, refletindo sobre a população-alvo no início das ações estratégicas:

Eu acho que era os cuidados, que a gente, na verdade, tudo que foi feito, foi para proteger a população idosa. Se a gente não tivesse idoso na população, se tivesse no máximo 50 anos, não tivesse nenhum indivíduo com mais de 50 anos, a pandemia não teria sido um problema. Se você pegar a taxa de mortalidade, quem morria, acho que 80%, quando você pega a pirâmide etária dos óbitos, ela é lá em cima uma barra grande e vai afunilando até chegar em quase zero nas idades menores. Então, o grande problema era, de fato, a população idosa. A gente pode dizer que o que foi feito, em termos de restrições de mobilidade na cidade, tudo foi feito pra proteger a população idosa, que era a população mais afetada. Isso foi o grande conflito, porque a população adulta, jovem, à medida que a pandemia foi avançando, deixou de temer a pandemia.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

No seu entendimento, “quem tinha idoso na família tinha muito mais sensibilidade a isso e entendia a importância das restrições”. Os profissionais de saúde já estavam cientes dessa situação, mas estavam sobrecarregados com as demandas provenientes de todas as idades e localidades, além de lidarem com os adoecimentos dentro da própria equipe ou família: “Logo no início, ficou muito claro que era um público muito mais afetado, e o principal público afetado em termos de mobilidade e de mortalidade pela Covid. As demais faixas etárias, a taxa de mortalidade era infinitamente menor” (Pau Brasil, G1 - 44 anos - M).

O estudo de Romio (2021) apontou que “o domicílio foi cenário de muito sofrimento, silenciado pela subnotificação do avanço do desemprego nos setores mais informais de trabalho e também das mães” (p. 38). As profissionais da ponta mencionam:

Tivemos situações do familiar adoecido, com idosos dentro de casa. Então, assim, o isolamento idoso foi muito sentido por todo mundo relatando esse tipo de situação. A gente teve agravamento da situação de violência dentro de casa, psicológica. Tem mais crianças em casa, adolescentes, todo mundo tá dentro de casa. E aí a gente teve mais notificações, psicológica e física. A gente chegou na física.

(Mangueira, G2 - 57 anos - F)

A pandemia sobrecarregou os 60 mais, com certeza, na questão familiar, porque muitos dos seus filhos perderam os empregos, foram morar com pais, com os avós, e aí houve um empobrecimento, né? A renda do idoso já é complicada, aí de repente esse filho, esse neto, tá indo morar com ele porque não tem pra onde ir. Uma sobrecarga emocional e financeira desse idoso mesmo.

(Copaíba, G3 - 34 anos - F)

Segundo Romio (2021), outros agravantes foram

A fome e o descontrole dos preços dos itens da cesta básica foram problemas recorrentes, causando insegurança alimentar a longo prazo, assim como a situação do público infante-juvenil, que ficou sem escolas e sem acesso ao ensino remoto devido à falta de internet ou computador, impactando os processos de escolarização e aprendizagem. As famílias enfrentaram grande sofrimento psicossocial diante do medo de contaminação e morte dos familiares e especialmente dos idosos, além da preocupação com os jovens que não tiveram a opção de parar de trabalhar e ficaram expostos ao vírus (Romio, 2021, p. 38).

No âmbito da composição domiciliar, estrutura ocupacional e suas relações com a COVID-19, houve realidades distintas de como a população brasileira passou pela síndrome. Dos Santos (2021, p. 144) sustenta que “os mais ricos puderam fazer um isolamento social mais efetivo sem expor seus familiares idosos, enquanto os mais pobres precisaram sair para trabalhar e correm o risco de trazer o vírus para seus familiares idosos com quem residem”. O autor reforça também que

Além de contribuir para a explosão do número de casos e mortes por Covid-19 no Brasil, a desigualdade pode incrementar os efeitos socioeconômicos da pandemia no país. Segundo a PNAD Contínua de 2019 (IBGE, 2020a), a renda dos idosos correspondia a 63% da renda dos domicílios intergeracionais (com pelo menos uma pessoa com mais de 60 anos e uma com menos de 25 anos) entre as famílias 20% mais pobres, mas 46% da renda entre as famílias ricas. Assim, se houver uma maior mortalidade dos idosos mais pobres em comparação aos mais ricos, o impacto econômico será mais forte em termos relativos para as famílias mais pobres (Dos Santos, 2021, p. 144-145).

A profissional que atua na gestão na área de assistência social pontuou que:

Nesse período, que foi um ano e pouco, os orientadores perceberam, assim, situações muito agravadas nas relações do idoso com a família, na questão da falta de renda, de pessoas que perderam o emprego; situações de adoecimento desses idosos, por conta do afastamento das ações que eles faziam. Então, assim, inclusive, a gente notou um número também maior de adoecimento, tanto para cuidadores de idosos, quanto para os orientadores do serviço de convivência, por conta de toda essa sobrecarga.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

A cientista social Ana Amélia Camarano (2020) indaga:

Como as famílias brasileiras com idosos estão se organizando para fazer face ao envelhecimento populacional, à maior dependência econômica dos filhos adultos, ao enxugamento do papel do Estado e à recente pandemia? (Camarano, 2020, p. 7).

Ainda no cenário do Brasil, as ações de prevenção e mitigação dos impactos do Covid-19 não alcançaram adequadamente os grupos sociais de pessoas negras, como empregadas domésticas, pessoas em situação de rua, moradores de favelas, quilombolas, pessoas privadas

de liberdade e idosos que vivem sozinhos (Santos et al., 2020). O drama das famílias e dos moradores da periferia numa rede de apoio e no adoecimento de toda família foi relatado por uma entrevistada 60+:

Eu não deixei de sair, eu ia no supermercado, na farmácia...o marido da minha filha ajudava os vizinhos quando faltava luz, os idosos ali embaixo com oxigênio, ele passava álcool na mão, botava a máscara e ia. Graças a Deus, ninguém ficou doente no período mais crítico da pandemia sem vacina. As duas netinhas que estavam sempre comigo, minha filha e filho e meu esposo. Minha filha que contraiu mais pro final, e ela estava toda protegida, mas ela atendeu um paciente que estava com Covid e contraiu... aí ela pegou, pegou o marido, passou para a filha, filho e genro. Quem ficou pior foi ela, a preocupação dela era com o marido que era diabético, aí eu acho que essa preocupação deixou ela pior. Aí pronto, ela fez aniversário no sábado, ficamos com ela, abraçamos, fizemos uma surpresa de uma foto de quando ela era pequena. No outro dia, ela disse que quando foi deitar já não estava se sentindo muito bem, ela avisou que não passou bem, aí fomos todos nós fazer a testagem.

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

Destacam-se relatos importantíssimos da profissional da ponta que atua diretamente com a população de rua, com reflexões quanto à situação deles durante a pandemia e a destreza necessária para lidar com o contexto:

Para todo mundo, era tudo muito novo, como se comportar, o que fazer, então, nós também não tínhamos protocolos de como se comportar e o que fazer. E aí, era muito louco, assim, como que é na população de rua, as pessoas estão muito fora da realidade, porque muitas pessoas não sabiam o que estava acontecendo. A gente chegava, todo mundo de máscaras, as pessoas na rua de máscara e a população de rua, naquele espaço” que que tá acontecendo aqui? Por que que vocês estão usando máscara?” Algo muito doido, a pessoa tá vivendo aquilo ali e ela não saber o que que ela tá vivendo. E aí, a gente foi tentando muito orientar nesse sentido, pra evitar espaços aglomerados.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Na sequência, ela reproduz a fala desses moradores, cujo comportamento evidencia a sua percepção quanto à negligência da sociedade em relação à sua presença:

A população de rua teve essa questão, “eu não vou pegar porque as pessoas me evitam mesmo, ninguém vai chegar perto de mim, então não vou pegar isso, não”. Mas a gente orientava muito nesse sentido, de usar a máscara, possibilitar uma higienização, apesar que eles têm uma resistência pra muitas coisas, porque eles são imersos nesses espaços que vão acontecendo muitas coisas com eles, já tem uma resistência muito grande. A gente tentou muito a

questão do abrigamento também, de eles estarem abrigados, para estarem em espaços que pudessem possibilitar uma higienização mais adequada.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

O consultório na rua fazia um acompanhamento de avaliação de dados vitais, de como essa pessoa estava ficando, se ela tava tendo algum sofrimento respiratório. Houve uma subnotificação muito grande, porque as pessoas passam mal na rua e ficam ali, passam esse processo e se curam ali.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Uma ação exitosa com essa população foi relatada por Jabuticabeira (G2), que fala sobre a estrutura que foi montada para receber essa população na Serraria Souza Pinto, na região Centro-sul de Belo Horizonte:

A cidade teve um espaço na pandemia, mais acessível, e foi o que possibilitou um maior cuidado. Foi o espaço da Serraria Souza Pinto, muito bacana e, infelizmente, agora já não tem mais, foi só no momento da pandemia, que eles iam, poderiam se alimentar, lavavam roupa, eles dormiam, eles podiam acessar esses espaços com seus animais. Também foram criados, caso a pessoa tivesse Covid, a gente tinha um espaço que a pessoa era encaminhada pra esse local, ela ficava em observação lá e em acompanhamento. Quando ela não queria ficar nesse espaço, nós acompanhávamos na rua a pessoa que não queria ir para o hospital, ou era confirmada e não queria ficar nessas estruturas.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

A exemplo de ativismos sociais durante a pandemia, podem ser citados: movimentos sociais de favelas em todo o país, que criaram suas próprias campanhas de informação sobre medidas de proteção ao vírus e distribuição de alimentos (Romio, 2021); os grupos de femininos de atenção às mulheres vítimas de violência; um maior acompanhamento das instituições de longa permanência e das pessoas idosas institucionalizadas vulneráveis ao vírus; e a vacinação prioritária dos idosos e pessoas consideradas em grupos de risco. Dessa abordagem, tivemos diversos relatos a respeito das Unidade de Acolhimento para a Pessoa Idosa (UAPI):

Foi uma proposta que funcionou, superbacana, integrada, com a participação da saúde e assistência. A assistência tinha uma assistente social e um psicólogo, e nós da saúde, a médica geriatra. Ficava com o idoso lá, cuidava dele até que ele pudesse retornar pra ILPI.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

Na UAPI, nós fizemos o acolhimento para a pessoa idosa, o acolhimento emergencial para isolamento da pop de rua e vinculado ao serviço que atendem o pop de rua. Fizemos isolamento para os idosos, dentro das ILPI,

que estavam com suspeita ou confirmação de Covid. Isso foi uma oferta híbrida, então a assistência, como parte da equipe, e a saúde, com a equipe da saúde e os cuidados de saúde, funcionou durante 3 anos. Começamos lá no SESC Venda Nova; depois, tivemos na UPA Norte; depois, no final, foi lá no Barreiro, onde era caso suspeito ou confirmado, o idoso era retirado para fazer isolamento em outro espaço. Essa estratégia foi um sucesso, uma experiência muito rica pra gente trabalhar junto, porque a gente conseguiu evitar uma tragédia nas unidades.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos – F; Mangueira, G2 - 57 anos – F; e Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

Outro ponto interessante levantado quanto aos serviços foi:

Inclusive, na pandemia essa oferta foi disponibilizada tanto nas unidades socioassistenciais, como pras ILPIs privadas, aquelas que são SUS dependentes. Então, a saúde fez esse fluxo; a gestão do acesso era pela saúde, inclusive, tinha uma geriatra responsável que ficava no acesso, atendendo demanda o dia inteiro, e foi um trabalho que a gente tem muita alegria, teve muita agilidade e foi muito eficiente.

(Ipê Branco, G1 - 60 anos - F)

Para efetivar tais alternativas, Pitangueira (G2) explica que:

As instituições de longa permanência foram mapeadas e graus de vulnerabilidade foram identificados, para que as ILPI pudessem receber assistência, mesmo as privadas. Tiveram quatro óbitos no início, mas depois começaram a receber orientação, vigilância, isolando, então foi uma ação muito importante e de muito sucesso. Foi um sucesso em Belo Horizonte, mas no Brasil por conta da frente, né, da frente, esse grupo que orientou muito todo mundo, né? Então, no Brasil inteiro, os óbitos em ILPIs foram poucos.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

No âmbito das Instituições de Longa Permanência, houveram algumas reflexões importantes e valiosas para essa pesquisa. As unidades básicas de saúde continuaram dando apoio às instituições dentro da sua área de abrangência:

Aqueles casos internados ali a gente acompanhava tudo; usuários das instituições de longa permanência, diariamente a gente fazia contato. Então, eu lembro que, na época que eu tava no centro de saúde Heliópolis e a gente tinha uma instituição de longa permanência no território, todos os dias a gente tinha que ligar e perguntar sobre cada um dos idosos residentes na instituição, de sintomas, de alguma alteração clínica.

(Goiabeira, G2 - 42 anos - F)

O Conselho Municipal do Idoso (CMI) teve papel crucial no apoio a essas instituições. Um gestor que atua na área de mobilidade e atuava como membro do CMI à época da pandemia afirmou:

Eu participei foi do conselho do idoso, nunca pararam com as reuniões online, e tô achando que elas nem vão voltar mais pro presencial. CMI conseguiu se manter funcionando e trabalhando, e deram um apoio muito interessante para as ILPI, que estavam ferradas se não fosse o dinheiro do fundo do idoso. E aí, foi sorte nossa que quem estava na presidência do conselho era a sociedade civil, que estava mais atenta a isso, e proporcionou algumas frentes de trabalho e apoio às instituições.

(Jacarandá, G1 - 63 anos - M)

A profissional do CMI acrescenta detalhes:

O que o conselho fez foi tentar manter o máximo os seus projetos acontecendo, então o que era possível transformar as atividades em online, foi transformado. O que dava para às vezes entregar na casa do idoso, com muito cuidado, também foi entregue. Às vezes um kit, um instrumento, um kit de higiene mesmo, de alguns projetos que teve, ou empresta um instrumento para ele, que ia usar na aula e deixar na casa dele de empréstimo para fazer as aulas virtuais. Os fóruns, a DPEI, por exemplo, tentou não parar, mantendo a galera ali, pensando alguma coisa, e outras ações educativas.

(Copaíba, G3 - 34 anos - F)

Uma profissional do grupo CEMAIS informa experiências exitosas de obtenção de recursos para os atendimentos:

No período da pandemia, a gente conseguiu, enquanto CEMAIS, enquanto projeto, uma articulação com o conselho para um atendimento às ILPI, com um recurso que foi bastante significativo para a maioria delas, porque o recurso do fundo, ele é direcionado para dois tipos de editais diferentes, mas na emergência a gente conseguiu respaldar junto às instituições a necessidade deles receberem um recurso, para aplicar em insumos e necessidades emergenciais daquele período. Então foram kits, foram compras de equipamentos para atender aquela demanda, né, o público de maior risco.

(Embaúba, G3 - 44 anos - F)

A profissional complementa quanto ao suprimento de necessidades:

Uma coisa foi a gente pensar em recursos emergenciais e financeiros mesmo, porque foi um grande impacto. Porque as instituições, as filantrópicas, principalmente, que é esse recorte de público que a gente trabalha, trabalha muito com a questão da doação, da visitação, das pessoas irem lá e doarem, às vezes, um produto ou serviço, que faz a diferença para essa dinâmica.

Porque a gente tá falando de pessoas e de relações ali no ambiente, onde já passa por diversos percalços.

(Embaúba, G3 - 44 anos - F)

Outro aspecto importantíssimo foi a reflexão de Embaúba (G3), de que *“além do muro físico, existe um muro muito grande entre as instituições e a sociedade, da comunidade até do entorno. Esse muro foi reforçado com a pandemia, que as pessoas distanciaram mais ainda, e isso impactou muito as instituições”*. Então:

Como projeto CEMAIS, a gente deu subsídios ou criou, junto com as ILPI, estratégias de subsídios para que elas conseguissem dar manutenção ao que era recurso de infraestrutura e de atendimento a essas pessoas idosas. Principalmente ligada aos cuidados diretos mesmo, né, que a pandemia impôs; e a estrutura, mesmo de ter recurso para compra de medicamentos, ter recurso para contratação, para manutenção de equipe, para todos os imprevistos que teve com a equipe também adoecendo, os cuidados, o redobramento, na verdade, com essa equipe.

(Embaúba, G3 - 44 anos - F)

A profissional da ponta na área da saúde, Mangueira (G2), recordou que, no contexto de pandemia, *“a gente trabalhou muito mais próximo das ILPI, porque a Prefeitura assumiu junto com a Secretaria de Saúde, determinação estadual inclusive, a priorização da vacinação das ILPI, porque era considerado setor fechado, igual os presídios e os abrigos de menores”*.

Ademais, Quaresmeira (G2) aponta *“que a Frente Nacional das Instituições de Longa Permanência foi um movimento social muito bacana da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia, que segurou muito essa ideia do monitoramento e preservou essa fatalidade de óbito nas nossas instituições”*. Ela expõe que o conjunto de orientações organizadas auxiliou muito na tomada de decisões, e exemplifica:

O idoso começou lá, um idoso sintomático respiratório, orientação: isolar. Aí, mais outro apareceu dentro dos dias, então a gente fazia, então caracterizava surto quando um idoso dava positivo, e aí você tinha que testar os idosos, os sintomáticos, os cuidadores/profissionais. Então, a gente teve época aqui que, por exemplo, a ILPI Caminhos para Jesus tem 300 funcionários. A gente teve uma mobilização para montar uma... "cabaninha" lá na ILPI, fazendo teste rápido em todo mundo para poder... para avaliar quem tinha que isolar. Então, a gente teve esse momento de monitoramento de surtos também.

(Quaresmeira, G2 - 47 anos - F)

Da experiência de gestão de uma ILPI bem estruturada, localizada na regional Centro-sul, os relatos de Paineira (G3) abordam os desafios enfrentados na administração da instituição e na coordenação da equipe de profissionais:

Difícil demais, né? Assim, a gente ainda conseguiu manter uma condição, porque a gente tem médico geriatra aqui, a gente tem uma equipe de enfermagem. Então, a gente tinha uma área de isolamento aqui dentro, a gente teve perdas por causa da Covid, mas assim, hoje eu vejo que a gente conseguiu gerenciar bem essa questão, mas não foi fácil. A gente tinha também a estrutura da Santa Casa, que nos ajuda; então, se eu precisasse internar um idoso, eu pulava a parte de ir pra UPA, pra procurar uma vaga no hospital, eu encaminhava direto para Santa Casa, né. Mas não foi fácil não.

(Paineira, G3 - 50 anos - F)

Ela continua contando sobre as adaptações implementadas:

Tivemos que cortar tudo, visita da família, tivemos que arrumar tablet, pedir internet para poder fazer ligação de vídeo chamada, adaptar as ações que a gente tinha, por exemplo. Aí, a gente teve que trabalhar com os idosos, porque eles não tavam acostumados a mexer nas tecnologias, às vezes a gente reproduzia na televisão: “ué, ele tá me vendo, como assim?”. Então foi muito difícil, precisou de um empenho da equipe toda, era muita novidade pra gente. E hoje, isso vale, amanhã não vale mais, amanhã tem que mudar. E adocece funcionário, e a gente pode repor ou não, quem pode dobrar, quem não pode. Então foi muito desgastante, foi bem pesado.

(Paineira, G3 - 50 anos - F)

Em relação ao idoso institucionalizado e às famílias, ela conta que:

Foi muito difícil pra entender essa necessidade de distanciamento, né? Muito difícil para os idosos essas coisas: “poxa, ninguém mais vem me ver? Eu não posso sair? Eu posso ir na casa do meu filho?”. A gente conseguiu, assim, com as ações aqui, a gente conseguiu tentar manter aquilo que era possível. Então os funcionários se reuniam e faziam lanche para os idosos, alguma coisa, faziam um bingo, faziam alguma coisa para poder tentar movimentar, porque aqui na instituição viviam e vivem muitos idosos independentes, que saiam durante o dia, que podia ir na casa de seus parentes, fazer alguma compra em uma loja próximo.

(Paineira, G3 - 50 anos - F)

Na regional Norte, outra gestora relatou fatos bem representativos da organização executada:

Com uma semana de pandemia, nós instauramos o comitê de monitoramento da Covid. Então, participou desse comitê os nossos dois médicos do trabalho,

a nossa médica geriatra, a nossa médica clínica geral, os nossos dois cirurgiões dentistas, eu participei desse comitê, que hoje ele é nomeado como comitê de saúde. Então, esse comitê criou estratégia de saúde para que a gente se antecipasse à Covid dentro da casa. Nós tivemos vários protocolos, nós trabalhamos mais internamente. Nós tivemos a parceria, principalmente quando veio a vacina, né, tivemos uma parceria com o SUS, principalmente nas testagens dos empregados.

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Ela complementa ainda que:

Além disso, nós tivemos uma equipe multiprofissional que trabalhou com estratégias pra gente não ter o adoecimento emocional, né, no isolamento social. Então, nós tivemos que investir muito em ferramentas tecnológicas mesmo, pra que a gente minimizasse essa distância, né, a visitação à distância de idosos na casa e os familiares na praça. Os aniversários acontecerem ao ar livre, com o idoso do lado de dentro e a família do lado de fora. Teve situações que nós colocamos os idosos dentro do carro para poder dar uma volta e ver como que tava a cidade, mas dentro de um contexto, dentro de uma bolha né?

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Nessa lógica de cuidados extremos, a gestora refletiu que houve um momento quando:

Nós começamos a perceber que a gente tava caindo no exagero. E aí, isso bateu muito latentemente, assim na cara da gente, quando nós recebemos um pedido de aniversário que era ficar na praça durante 20 minutos. “Meu presente de aniversário poderia ser ficar na praça durante 20 minutos?” Poxa! Então nós percebemos que realmente a gente precisava começar a flexibilizar um pouco mais.

(Ipê Roxo, G3 - 43 anos - F)

Outro aspecto comentado, diretamente conectado às próximas reflexões, foi a questão dos impactos da sindemia sobre a saúde mental das pessoas e, especialmente, o adoecimento dos profissionais:

Foi importantíssimo ter contratado uma psicóloga pouco antes da pandemia. A gente promoveu algumas palestras para funcionários, sabe, mesmo depois da pandemia. A gente viu a necessidade de manter isso, tipo de cuidado paliativo sabe, porque muitos tiveram muita dificuldade, a gente perdeu alguns idosos que eram muito queridos aqui, idosos independentes, sabe? Então, as pessoas tiveram muita dificuldade de lidar com isso, então a gente viu a necessidade de voltar mais esse atendimento para equipe. Promovíamos palestras, alguns encontros, alguns eram atendidos individualmente. Foi essencial esse cuidado.

(Paineira, G3 - 50 anos - F)

Outros profissionais contam das suas dificuldades naquele período. Ipê Amarelo (G2) relatou: *“eu estar aqui com meu crachá, do outro lado, falando de vidas, das dores alheias. Das dores também. A pandemia eu falava da dor alheia, eu trabalhava a dor alheia. E a minha dor? Foi o maior desafio nosso, como pessoa, ser humano, profissional”*. O temor os acometeu:

Nossa, quase adoeci, muitas ligações por dia, muitas mesmo! E ficar ouvindo a lamúria, a tristeza, o medo, “meu filho saiu, estou preocupado”. Essa questão mais terapêutica, de ouvir desabafo. Isso aí teve demais, mas é o que era possível falar, a gente não sabe se foi o mais correto, se tinha estratégia, porque na época a gente também nunca passou, tudo era muito novo.

(Pessegueiro, G2 - 39 anos - M)

Embaúba (G3) reforçou essa percepção, pois estava acompanhando as ILPI de maneira geral, ao relatar que foi um desafio para os profissionais *“a questão de lidarem, mais iminentemente, com a questão da morte e da finitude, que para as equipes também foi muito difícil, né? As equipes também estavam muito fragilizadas e foram muito sobrecarregadas com a pandemia”*.

Sobre a ausência de vivenciar o luto, a profissional da gestão na atuação com as famílias aborda que *“a questão mesmo do luto, que eu acho que é algo que a gente precisa discutir, né? Teve famílias que perderam tantas pessoas que não vivenciaram o luto, que não conseguiram processar essa perda, e vai passando, a vida vai seguindo como se nada tivesse acontecido”*. Ela aprofunda:

A questão de óbito, o não viver o luto, não ter despedida, o quanto que isso impacta na família. A questão do desemprego, que perdeu o emprego, que a pessoa teve que se reinventar. A questão das relações, horas aproximadas, horas não. A questão da violência doméstica, o aumento que teve de pessoas que ali começaram a vivenciar a questão da violência. Então, assim, é ainda muito presente esse impacto, e por muitos anos que ainda isso fica, e a gente precisa cuidar disso.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Ela extrapola a reflexão, pontuando outros aspectos relevantes e que irão impactar na trajetória de vida:

A própria escola também, né? Percebeu isso com os adolescentes? A questão do aumento de adolescentes e crianças se automutilando. Tinha até um projeto recente que eles estavam falando, acho que se chamava Janela da Escuta, pra tentar ouvir um pouco desses adolescentes, dessas crianças, do que que tá acontecendo, né? Então, isso é impacto de pandemia.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Assim, os depoimentos informam sobre como a Covid-19 incidiu nos diversos âmbitos de sofrimento da vida e para distintas faixas etárias e contextos de vida:

A Covid-19 afetou todas as pessoas e idades, mas apresentou um fator de risco de letalidade mais alto para populações acima de 60 anos, e também para aqueles com complicações em saúde, como, por exemplo, diabetes, doenças cardiovasculares, doenças respiratórias crônicas e câncer, sendo fundamental pensar nas relações entre o racismo estrutural, a violência de gênero já alta (o Brasil é o 5º país no ranking dos feminicídios) somada à sobrecarga de trabalhos para as mulheres devido à ineficiência das políticas públicas de cuidado e saúde destinadas aos idosos (Romio, 2021, p. 39).

Voltando o olhar para a saúde do idoso, Figueira (G2) e Saí-Andorinha (G4) avaliam alguns impactos:

Da saúde mental da sociedade como um todo, mas no caso dos idosos, a questão da saúde, porque como eles ficaram muito no domicílio, eles não procuraram a saúde, aí algumas doenças ficaram ali mais agravados. Por exemplo, hipertensão, diabetes, às vezes uma ferida que ele tinha ali, que ficou maior, progrediu de forma negativa, ele pode até ter procurado o centro de saúde, mas a prioridade era atender a pessoa com Covid-19.

(Figueira, G2 - 42 anos - F)

Os idosos... Eles ficaram muito restritos ao domicílio... com medo de morrer... sair e pegar um vírus mortal... ninguém quer... Ninguém é bobo, qualquer idade. Então assim, o isolamento social aumentou desses idosos, depois disso, adoecimento, acho que de todos, né? Porque... acabam que sofreram muito com esse isolamento também social, porque o idoso ele ia na igreja, andava na comunidade como um todo, passeava, ia para o supermercado, isso também faz parte do bem viver da pessoa e, né, ficaram restritos.

(Figueira, G2 - 42 anos - F)

Durante a pandemia, foi o psicológico que ficou bem abalado. Teve gente que ficou muito deprimida, muita ansiedade. Agora Covid ninguém pegou, durante o auge, não... só pegamos depois... eu peguei Covid ano passado, mas no quilombo mesmo, não teve nenhum caso de internação e, depois da vacina, foi brando.

(Saí-Andorinha, G4 - 75 anos - F)

Macieira (G2), com olhar fisioterapêutico conclui, que o contexto pandêmico “*fragilizou muito, assim, de questão geral, de tudo, do cognitivo, do medo de sair de casa, da dificuldade de socializar, do físico mesmo, da dificuldade de mobilidade*”, reforçando o impacto causado nesse grupo populacional em diferentes situações e condições de envelhecimento.

Quanto aos relatos dos entrevistados 60+:

Na pandemia, nós paramos com tudo que a gente tinha costume de fazer, porque era um medo que a gente tinha. Não o medo da morte, mas o medo de morrer daquela maneira horrível que tantos foram, com falta de ar, com aquele negócio na garganta, entubado, sem poder dar a mão a pessoa, a amiga ou da família, para morrer em paz, como é o costume da gente, principalmente do interior. Então, é um tipo de morte dolorosa, ninguém queria.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Para mim, uma das piores mortes que tem é afogamento, afogamento é barra, entendeu? E, ali, você tava afogando em terra, né? Ao contrário de uma pessoa que tem DPOC. O DPOC você tem o oxigênio, a primeira pessoa que eu vi morrendo foi assim, lá no pronto-socorro. O oxigênio tá ali, mas não entra, não passa, já tá tudo assim aberto de uma tal maneira os alvéolos, que você não tem, ele não faz o movimento pra jogar pra fora, respiração e inspiração, entendeu. E ali você podia, ali tinha jeito de você pôr o oxigênio na pessoa. É que não tinha o oxigênio. Aquele desespero da família, aqui, não é coisa de gente, não.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Nossa senhora, que a gente não podia sair, aquela coisa na cara. A máscara sufocando a gente, que coisa horrorosa. Matou muita gente, né? Nossa senhora, tanta gente, cadê fulano? Muita gente foi embora. Era uma tristeza tão grande, né? Ah, a maior parte do povo, povo antigo que compreendia a gente, foi tudo embora.

(Estrelinha-ametista, G4 – 100 anos - F)

Me atrapalhou, eu viajava sozinha para o exterior, para todo o canto. Eu fiquei depressiva. Antes, eu gostava muito de viajar, de dançar, fazia ginástica. Com essa pandemia, você não pode ficar no meio de agrupamento. Aí, por exemplo, estava tendo festa aqui na semana passada, aí eu desci e fiquei lá, uns poucos minutos, já cheguei, tomei banho, lavi a cabeça para a bactéria sair de tudo. Não tinha medo. Agora, se eu for para ir, eu já fico com medo da doença. Tá lá e tudo.

(Cambacica, G4 - 89 anos - F)

Beija-Flor (G4) narra sobre a privação que a pandemia trouxe, junto ao adoecimento, não por Covid, como foi complicado e como a esposa acabou ficando sobrecarregada:

Na minha vivência, eu fui privado de muitas coisas, principalmente a liberdade de sair, ainda mais somado com a época em que eu estive muito doente. Então, é, então, tirou muito... o que me privou muito foi a liberdade. A liberdade de sair, de fazer o que precisa, daquilo que precisava de fazer. Até hoje, ainda é... hoje sobrecarrega ela, né? Vai fazer um serviço de banco,

eu já a peço para fazer; ela que vai no supermercado, é ela que vai na padaria, na drogaria. Ela fica o dia todo fora de casa.

(Beija-Flor, G4 - 84 anos - M)

Outro aspecto importantíssimo foi a manutenção do programa Maior Cuidado para algumas famílias mais vulneráveis. Os profissionais da gestão de ponta comentaram sobre esse processo decisório:

Então, as equipes de saúde e de assistência avaliaram quais os idosos que manteriam o atendimento, aquelas que a suspensão traria um agravamento da vulnerabilidade, e o atendimento do programa Maior Cuidado, isso desde o início da pandemia, sem vacina, sem nada, mas garantindo o acompanhamento. Reduzindo, né, um pouco, o horário. Às vezes, era um atendimento de três horas, aí passava para uma hora, uma hora e meia, para reduzir a exposição também. Nesse processo, foi feita uma equipe técnica para trazer todas as orientações de prevenção e da contaminação do Covid pra esses cuidadores e para as famílias.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos - F)

Então, a gente criou horários estratégicos, de que o cuidador viria e atenderia somente aquela família e voltaria. Com todas as orientações que eram dadas pela empresa e pela saúde em relação à proteção: máscara, álcool. E, também, exigia que a família usasse a máscara. Foi um desafio, porque a gente via os idosos totalmente desprovidos.

(Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Nos casos em que não foi possível substituir o cuidador por outro tipo de rede de apoio, a assistência foi mantida. Entretanto, para aqueles que não foram selecionados com base na vulnerabilidade, foi oferecido um outro tipo de acompanhamento, conforme relatam as profissionais da ponta: *“para aqueles que não ficaram com o cuidador, os técnicos faziam um acompanhamento por telefone, e a assistência monitorava esse atendimento. Eles faziam contatos diários, semanais, com os familiares”* (Pitangueira, G2 - 63 anos – F e Cerejeira, G2 - 55 anos - F).

Outra atividade de exercícios físicos oferecida pela Prefeitura, que buscou ser reformulada com a chegada da sindemia, foram as Academias da Cidade. Conforme os relatos, de maneira geral, as academias organizaram-se inicialmente para funcionar de maneira remota, cada uma com autogestão e diretamente ligada ao centro de saúde de referência.

A princípio, a gente fazia o telemonitoramento; a gente ligava para os usuários da academia, perguntava da situação de saúde, perguntava como é que tava, se tava cuidando direitinho, se tava tomando remédios, se tinha tido

Covid, se não tinha. Para tomar os cuidados na época de isolamento, de EPI, de segurança, de higiene, a gente fazia essas orientações. E, depois, como a pandemia foi avançando, a gente foi ficando no centro de saúde, auxiliando no atendimento por lá.

(Limoeiro, G2 - 37 anos - M)

O mesmo profissional prosseguiu, dizendo que:

Lá no posto são 5 equipes. Aí, uma delas se preocupou em mapear as pessoas com comorbidades e fazer um grupo de monitoramento; aí, por lá avisamos sobre funcionamento do posto, agendávamos teleconsultas, passávamos informes, teve uma ação da farmacêutica, pois eles tinham muita preocupação com renovação de receitas e pegar os remédios, tentamos passar algumas atividades físicas, teve um dia de orientação alimentar.

(Limoeiro, G2 - 37 anos - M)

Outro profissional faz o relato de um caso exitoso:

Lá na Academia, eu conversei com a minha gerente do Centro de Saúde de São Tomás a respeito disso, e nessa conversa, eu acordei com ela que iria iniciar um trabalho à distância com os usuários. Então, foi feito um trabalho de aulas virtuais, em várias academias isso aconteceu, mas no Campo Alegre foi a experiência, talvez a experiência mais exitosa do município, que foi um trabalho em que nós criamos gifs com exercícios e eu utilizava esse material para passar os exercícios para os alunos.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

O processo seguiu assim:

A gente na academia, né, e o aluno de casa; a gente deu uma série de orientações, utilizamos o aplicativo Google Meet, né? Passamos para ele algumas instruções em relação ao posicionamento da câmera, né? Em relação até à observação dos exercícios, porque a gente ficava disponível para poder observar o aluno, porque como ele se filmava, a gente conseguia observar, corrigir. E a gente conseguiu uma participação muito boa. Além disso, foram enviadas cartilhas com exercícios, também, para o público que não tinha acesso à internet.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Ele complementou que “durante esse período, de agosto de 2020 até fevereiro de 2022, foram quase 8 mil participações em aula, e foram mais de 1.300 aulas virtuais que nós passamos nesse período”. De maneira conclusiva, ele sintetiza:

Foi muito bacana esse trabalho, a gente percebeu que o público que estava fazendo essas atividades virtuais voltou com muito mais força, com um condicionamento físico melhor, e observamos que o público que não

conseguiu participar, realmente tiveram mais dificuldade no início de readaptação. Inclusive, tivemos casos de pessoas que nem voltaram, tivemos algumas senhoras com acima de 80, 90 anos que não conseguiram retornar, devido à debilidade promovida pelo sedentarismo.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Junto à Academia da Cidade, teve participação da psicóloga, pensando nessa questão também mais emocional, de depressão. Teve participação também da odonto, da UFMG, em que os alunos criaram uma série de vídeos com orientação também, e aí nós distribuimos para os usuários que tinham WhatsApp. Orientações em várias áreas também, tanto de alimentação, como de autocuidado, como de orientação também sobre a vacinação, sobre os locais, sobre a importância da vacinação, dos cuidados com a COVID também, de prevenção. Tivemos também grupos com a nutricionista, tudo isso por meio virtual e com a participação bem ativa. Então a gente continuou mantendo esse cuidado integral, né? Não só da prática do exercício físico.

(Cajueiro, G2 - 40 anos - M)

Os entrevistados, especialmente os do Grupo 4, relataram o impacto do isolamento social e do cerceamento das atividades coletivas, culturais e artísticas:

Essa questão da pandemia, o cultural e o lazer, fez muita falta, né? Não poder encontrar as pessoas, não poder jogar um baralho com as pessoas, rir, entendeu, eu gosto muito dessa coisa de, até jogar baralho. Aqui, por exemplo, o grupo de mulheres, que a gente é muito próxima, a feijoada sempre foi na minha casa... tivemos que encerrar por um longo tempo. Aí onde que ia comprar, já não ia na rua comprar nada.

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Ela complementa:

Cinema, sentia muita falta... show, que ninguém fazia mais nenhum show. E olha que a gente tinha cinema em casa. A gente escolhia o filme entre nós quatro, fazia comida junto. Internamente, tava legal, entendeu?

(Coruja, G4 - 72 anos - F)

Gralha (G4) contou: “eu gostava de sair pra dançar, tinha casa de show que a gente ia. Acabou, eu não voltei ainda. As pessoas afastaram e eu acho que tá difícil de reorganizar”. Gavião (G4), que também frequentava outras atividades e dança nos bailes, disse “É, logo, logo que começou e deu aquela febre mesmo, aí parou o SESC foi esse aqui [Desportivo], o de lá também parou [Santa Quitéria], entendeu, aí ficamos sem nossa atividade por um longo tempo”. A limitação das interações sociais gerou impactos a curto e longo prazo:

Então, a gente realmente começou a ficar dentro de casa, e aí a gente parou tudo e percebemos que a nossa saúde foi decaindo, sim, porque acabou as caminhadas, acabou a academia, porque a gente tentava fazer o exercício em casa, mas nunca é igual quando a gente tem um professor na frente.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Outro 60+ declarou que *“a pandemia foi muito difícil para a gente, porque tirou toda a liberdade da gente, né? Mas nós, com muito esforço, fomos criando estratégias para ir conseguindo viver. Porque foi uma tragédia, perdemos muitos amigos”* (Beija-Flor, G4 - 84 anos - M). Arara (G4) reforça:

Agora, amigos nossos aqui do bairro, que eram do grupo da terceira idade, nós perdemos... aí foi realmente deprimente, porque não podia ir, não podia ver, só mandava o vídeo ou simplesmente a foto, mas foram muitos. Tanto que eu tava olhando os retratos ali, aí dá um pouquinho de tristeza, porque ele foi falando assim esse, esse, esse, esse, esse já foi. Aí a gente vê que foi muita gente. Foi uma perda.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Em relação aos grupos de convivência organizados pela sociedade civil, foram selecionados dois relatos das coordenadoras. Gralha do Campo (G4) aponta:

Foi difícil retornar aos encontros, né? Foi muito difícil, no início foi meio... foi lento, as pessoas estavam com muito medo, e eu também não sei se era medo ou se foi comodidade, porque acostumou com a casa, né? Outro ponto foi a memória das pessoas também, parece que afetou muito, prejudicou demais. A questão da interação também. Você vê que ainda não tá normal e em várias faixas etárias, não só 60 mais.

(Gralha do campo, G4 - 64 anos - F)

Tangará (G4) conta que *“mudou assim, como, por exemplo, eu dava aula lá no centro cultural, aula da dança sênior, aí parou; e depois, assim, eu retornei, depois tornou parar, e aí eu não consegui, até hoje eu não consegui voltar. Assim quebrou, eu ainda não consegui voltar”*.

Graça e Tesourinha-da-mata (G4) narram alguns impactos observados:

Assim que veio a pandemia, tivemos que paralisar as atividades. Nós tentamos manter os encontros on-line, mas eu mesma tinha dificuldade de acessar e coordenar. Ao retornar, nós perdemos alguns membros. Nós tivemos três perdas de diagnóstico de Covid e, assim, elas estão muito assustadas ainda. Assim, eu acho que trouxe um quadro depressivo, né? Sem entusiasmo. A gente não... acho que ninguém foi o mesmo. A pandemia não deixou ninguém da mesma forma. A coisa perdeu um pouco o colorido, sim. Às vezes a gente

depara com elas fazendo comparativa: "Ah, era assim, né?", "a gente tinha mais acesso assim". Até que hoje não, está quase com uma normalidade, mas perdeu aquele brilho, aquela energia, sabe?

(Garça, G4 - 63 anos - F)

Mas assim, falar a verdade, eu não senti medo em nenhum momento. Eu senti foi falta das atividades demais... a Igreja parou... eu pegava o telefone e ligava para as colegas e perguntava como elas estavam, e a gente marcava de ir e fazia caminhada todos os dias na rua. Outra hora eu ia com as colegas aqui em cima também, aqueles exercícios da prefeitura [equipamentos da academia da cidade], a gente levava álcool e passava nos aparelhos, passava álcool nas mãos, onde precisava sentar, e aí eu não fiquei parada não... eu ocupei a mente e fiquei fazendo chá e suco aqui em casa, e ficava de olho na alimentação, higieniza tudo bonitinho.

(Tesourinha-da-mata, G4 - 73 anos - F)

Relacionado a essa temática, foram obtidas algumas reflexões afeitas aos Serviços de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), que são atividades desenvolvidas no âmbito da assistência social. Elas possuem o objetivo de promover a integração, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários, prevenindo situações de risco social e isolamento, e são direcionadas para diferentes faixas etárias, incluindo crianças, adolescentes, adultos e idosos.

Uma gestora comentou que durante a pandemia, o SCFV foi mantido: *“a equipe do PAIF fez visita domiciliar e o serviço de convivência, eles desenvolveriam coletivamente algumas atividades e foi feita a entrega dos materiais no domicílio dos participantes”* (Ipê Rosa, G1 - 51 anos – F).

O serviço de convivência que a gente executa, com um olhar específico pro idoso, também foi mantido, não presencial, mas adequando as ofertas pro virtual. Os orientadores sociais começaram a criar grupo de WhatsApp com aqueles idosos que tinham condições de ter o grupo, teve idoso que conseguiu entrar em reuniões de meet, aí eles faziam reuniões, encontros. E aí, aqueles idosos que não tinham isso, o contato era telefônico, semanal, ligava pro idoso semanalmente, e aí nos contatos, uma das tarefas de todos os orientadores sociais era falar da Covid, sobre a prevenção da doença, o que é que eles precisavam fazer, do uso do álcool, da máscara, de evitar de sair, de ficar no isolamento, essas coisas.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos – F; Macieira, G2 - 46 anos – F; Cajazeira, G2 - 44 anos - F)

Em alguns territórios foi possível, por exemplo, desenvolver uma atividade lá dentro; o grupo ia na porta das casas e fazia uma seresta. Eles passavam na porta do idoso e cantavam uma música para ele, principalmente para aqueles

idosos que estavam no período de aniversário. Eles adoravam, assim, porque reveria o orientador, uma pessoa tocando uma viola, alguém cantando uma música que era do tempo deles, né?

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos)

Teve a atividade com os adolescentes de alguns CRAS, deles saírem de casa com proteção e passar na porta ou janela de alguns idosos, para falar um oi, saber como estavam; cada adolescente ficava responsável por um idoso, pelo menos. Teve a atividade de troca de cartas, e aí o pessoal ia para buscar essas cartas, para depois trocar.

(Ipê Rosa, G1 - 51 anos)

Outra profissional contou, emocionada, ao lembrar um dos seus usuários e as suas vontades à época:

Eu ligava toda semana, conversava com o senhor Nelson, que não tinha as pernas, para fazer o acompanhamento. E toda semana, quando eu desligava o telefone, eu falava com o meu esposo: “já pensou se eu tivesse o carro, pegava o senhor Nelson e dava um passeio com ele pela cidade. A gente não para em lugar nenhum, só andar. Ele vai ver a árvore, ele vai ver o sinal, o cachorro, ele vai ver o pessoal correndo, a lagoa, sentir uma brisa. Ele vai ver, ouvir, sentir e volta pra casa”. O senhor Nelson só saía de casa, carregado pelo vizinho, pra ir na UPA ou pra um hospital. Ele já tava no contexto dele de isolamento, por não ter a locomoção, o isolamento fazia parte da vida dele e agora ele tinha um mundial, e que o afetava de alguma maneira, e isso era notório na voz dele.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

Pitangueira (G2) lembra de um caso exitoso que ocorreu durante e no pós-pandemia:

No CRAS da Sumaré, foi feito um trabalho muito interessante de resgate da memória da trajetória individual do idoso. Foram passadas tarefas durante a pandemia para os idosos, seus familiares e para aqueles que tinham cuidadores participarem. Realizaram colagens, resgate de fotografias, fazer uma memória mesmo, o que aquela idoso gostava de fazer, objetos, casos e histórias. Alguns conseguiram participar ativamente; outros, já dementes, a família cooperou. Aí, depois do período de flexibilização, eles reuniram as pessoas e fizeram as apresentações. Foi uma atividade bem legal, que estou me recordando aqui.

(Pitangueira, G2 - 63 anos - F)

No âmbito da Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa (DPEI), outras ações também foram instauradas, como o Fórum Municipal Ampliado de Direitos da Pessoa Idosa:

Eu achei que o fórum foi muito importante para dar informação do que estava acontecendo, de localizar temas, para informar melhor... O grupo de convivência virtual. O encontro marcado também foi importantíssimo, você vê que nós funcionamos no Natal, pra você ter uma ideia. Natal e Réveillon estava tudo funcionando, porque eu não podia deixar ninguém sozinho.

(Aroeira, G1 - 61 anos - F)

Na mesma linha de atuação, Sibipiruna (G1) e Goiabeira (G2) afirmam:

Durante a pandemia, a gente fez todo o nosso trabalho, desde março de 2020, online. Tudo. A gente atendia todos os grupos, a gente tinha reunião mensal com todos os coordenadores. Então, o contato nunca deixou de existir; criamos alternativas, fizemos as trilhas, os fóruns virtuais, com as nove regionais juntas, porque o fórum, ele funciona desde 1997. A gente tem as pessoas idosas participando, tem profissionais da área, tem profissionais da própria prefeitura, tem os coordenadores de grupo de interesse.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Essa proposta virtual foi uma garantia de cuidado para esses usuários que não estavam com nenhuma questão clínica e ele estava sendo assistido, sabe? E a gente escutou muito de como faz mal o isolamento social e quanto isso incomoda o idoso ali, que gosta de conversar, que gosta de interagir. Acho que isso fez uma diferença muito grande.

(Goiabeira, G2 - 42 anos - F)

E um projeto nosso que foi muito importante durante a pandemia foi a rede de empoderamento, que a gente fornecia material, né? Então a gente levava livros de colorir, pincel atômico, lápis de cor, tinha oficina. Pra você ter uma ideia, durante a pandemia a gente levou para as pessoas idosas pilates online, e tivemos um retorno muito positivo.

(Sibipiruna, G1 - 52 anos - F)

Entrevistados 60+ relataram sobre o acesso à essas atividades remotas; uma delas contou do desafio enfrentado na adaptação a uma nova modalidade de comunicação:

A gente tentou ofertar, mas eu mesmo tenho muita dificuldade com... o digital, sou analfabeta digital, então tive que recorrer à ajuda dos meus filhos, então eu sentia dificuldade. E muitas não tiveram acesso, foram muitas. Hoje mesmo, tem muita coisa que ainda é ofertada online que muitas não têm interesse. É, são pouquíssimas que participam. Os fóruns, mesmo online, têm pouca adesão.

(Garça, G4 - 63 anos - F)

Eu não sabia porque eu não domino o celular, eu só sei ligar e desligar, então é terrível, mas aí os netos, que têm um muro onde separa a nossa casa do filho que mora aqui, que tem um tanto de neto aí, aí eles vinham no muro e eu fiz

uma roupa especial pra mim mais ele [o esposo]. Toda de TNT, cobrindo da cabeça aos pés, e colocamos uma coisa que dava para enxergar, e eles mostraram para gente como fazer a vídeo chamada. Isso para nós era o nosso refúgio, e... aí a gente passou também, eu e ele passamos a ouvir mais músicas... e desligar a televisão, porque as notícias estavam deprimindo muito a gente, de ver tantas mortes e tanta tristeza.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

Quando ela foi se familiarizando e ganhando mais autonomia, pode até produzir material audiovisual para enviar para o grupo dos fóruns. As temáticas tratadas eram específicas, demandadas pela equipe da DPEI, gerando sentimentos de motivação e alegria:

E aí, o pessoal lá, dos idosos... do departamento lá, inventou esse negócio do fórum para os idosos, né? Ai meu Deus, foi uma salvação. Quando pediram para a gente fazer um videozinho, de um a dois minutos, sobre o que significava a força que a gente encontrava para sair fora dessa pandemia. E eles continuam com fórum até hoje. Foi e é o que dá força para a gente. Porque um minutinho que a gente para pensar no que você vai fazer, você já está levando a sua memória com o nível de que não vai ter Alzheimer tão depressa. E, nisso, a gente começa a viver uma etapa natural, como se não tivesse pandemia, e também houve vários projetos que eles ligavam e falavam: "Escreva aí uma mensagem sobre o que você vai fazer quando acabar a pandemia". Isso para nós foi uma saída, foi ótimo... Nós participamos de um que foi escolhido por um projeto, trinta e duas escritas que foram mandadas para lá e eles vão fazer um livro que vai ser lançado agora, dia 30 de junho.

(Arara, G4 - 78 anos - F)

A diretoria criou alguns materiais virtuais, como o Boletim EnvelheSer, do qual foram publicadas algumas edições (até onde foi possível localizar, até a 4ª edição, de dezembro de 2021). Implementaram o Outubro Prateado em Belo Horizonte, “*mês dedicado à valorização da pessoa idosa, em que a Prefeitura de Belo Horizonte realizou e realiza diversas atividades e ações de valorização da pessoa idosa*” (Sibipiruna, G1).

A profissional complementou com outra atividade criada pela diretoria, que expressa “*um momento ao final do ano de prestação de contas para essa cidade, chamado Envelhecer em BH, aí vem o envelhecer na Pampulha, na [regional] Centro-sul e cada regional mostra o que foi feito naquele ano*”.

Verifica-se que são estratégias interessantes e importantes para dinamizar as relações e o modo de pensar a vida das pessoas com 60 anos ou mais na cidade, levando em consideração as características específicas de cada regional. Embora não seja possível avaliar a efetividade dessa e outras estratégias mencionadas, por não ter tido a oportunidade de acompanhá-las tão

de perto, fica evidente que o movimento gerado e o *feedback* recebidos são valiosos para a sociedade e continuidade das iniciativas.

Em relação à presença ativa da comunidade científica nos comitês montados em municípios e estados, a exemplo do criado em Belo Horizonte, este foi crucial para o acompanhamento da evolução do contexto pandêmico na cidade. Os dados foram trabalhados e analisados em todo o país, com muitas produções acadêmicas e boletins epidemiológicos elaborados, fomentando ações e reflexões sobre o tema e seus impactos.

O Protocolo de Manejo Clínico para o Novo Coronavírus (2019-nCoV) foi estabelecido, proveniente de evidências e orientações. O Plano Nacional de Contingência para o Cuidado às Pessoas Idosas Institucionalizadas em situação de extrema vulnerabilidade social (Brasil, 2020) foi instituído, visto que “a maior parte dos casos em que ocorreu óbito por Covid-19 foi em pacientes com alguma comorbidade pré-existente (10,5% doença cardiovascular, 7,3% diabéticos, 6,3% doença respiratória crônica, 6% hipertensos e 5,6% com câncer) e/ou idosos” (Brasil, 2020).

Segundo Lopes *et al.* (2022), “Belo Horizonte destacou-se no combate à doença, em grande parte devido à robustez do SUS-BH. Mesmo subfinanciado, o SUS demonstrou sua relevância na assistência aos casos graves, sendo responsável pela maior parte dos atendimentos realizados na capital mineira” (p. 20).

Um gestor pontuou a respeito da sua percepção, que consoa com o mencionado:

Belo Horizonte foi a cidade que mais acertou, em termos de como lidar com a pandemia. Quando a gente pega um dado comparativo de Belo Horizonte com outras cidades do Brasil, e aí não pode fazer isso sem considerar... quando a gente pega a taxa de mortalidade, considerando a estrutura etária diferenciada, Belo Horizonte teve uma das menores taxas do Brasil e, se eu não me engano, perdeu apenas para Florianópolis.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

A cidade contou com a criação do Comitê de Enfrentamento à Epidemia da Covid-19, cuja equipe multidisciplinar reunia profissionais da administração municipal atuantes na educação, planejamento e assistência social. Sua criação tinha como objetivo monitorar a evolução do quadro epidemiológico e implementar medidas de saúde pública para prevenção, controle do contágio e tratamento das pessoas contaminadas pela Covid-19. Ele apoiava a produção e emissão de boletins municipais semanais sobre o comportamento da pandemia na cidade. Um dos membros do comitê e entrevistado neste estudo afirmou que

Esse acompanhamento foi feito pela secretaria de saúde. A gente continua publicando dados na internet, mas não de forma tão intensiva como a gente fazia naquela época, que a gente publicava diariamente os boletins com os dados atualizados da pandemia.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

Em Belo Horizonte, houveram outras publicações, a exemplo do InfoCovid⁴⁴, um informativo no qual a autora dessa tese teve participação na autoria de 12 edições. O InfoCovid é um boletim informativo sobre o progresso da COVID-19 no município de Belo Horizonte, desenvolvido pelo Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte da Universidade Federal de Minas Gerais (OSUBH/UFGM), que utiliza dados fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA-BH).

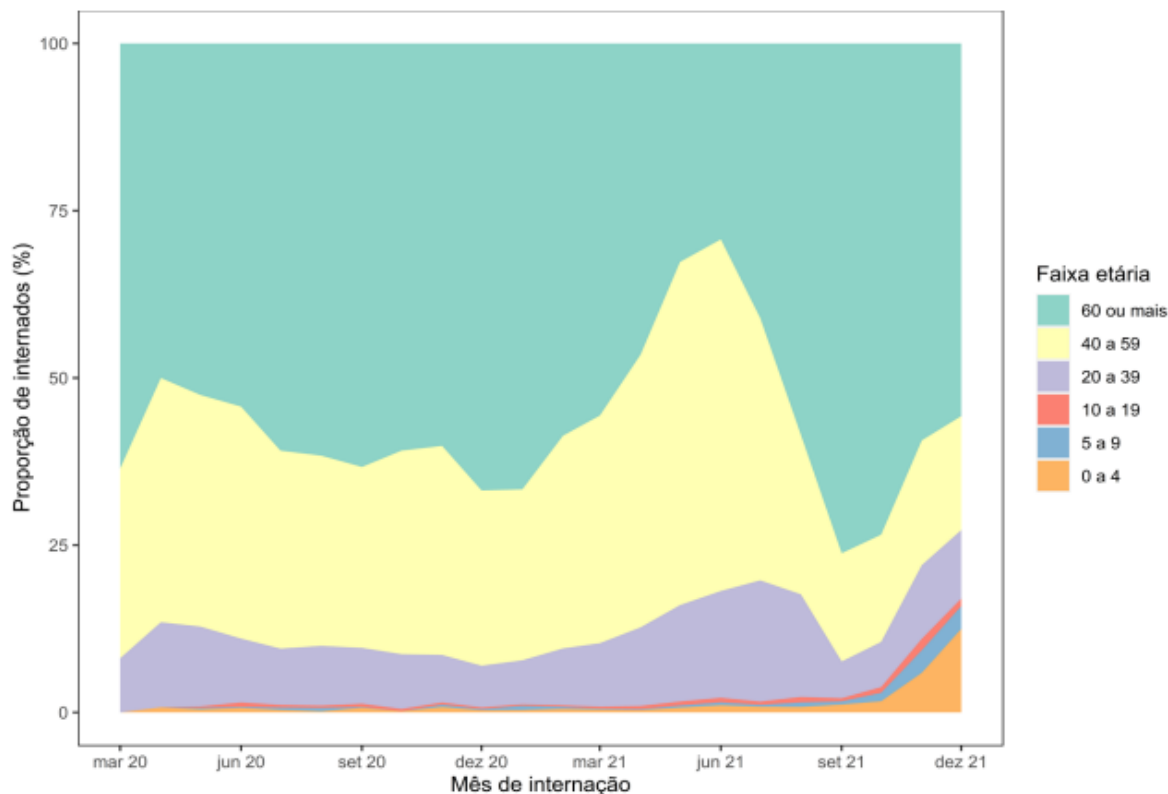
O objetivo do informe era examinar a dinâmica socioespacial intraurbana da doença, por meio de análises sistemáticas do perfil dos casos e óbitos por Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG) confirmados ou suspeitos de COVID-19. Além disso, visava fornecer informações que pudessem auxiliar na condução de ações relacionadas ao manejo dos casos e à mitigação da epidemia no município (OSUBH/UFGM).

Em sua 16ª edição, o material apresentou a dinâmica temporal e os perfis das internações e óbitos por faixa etária (Figura 29). De acordo com o 16º InfoCovid:

Analizando a distribuição proporcional das internações e óbitos por faixa etária, observamos o que é esperado pela história natural da COVID: pessoas mais velhas e com comorbidades, em maior proporção que os demais grupos populacionais, apresentam quadros mais graves da doença. No entanto, observamos mudança na dinâmica de internações no ano de 2021. Entre os meses de junho e setembro, dentre o total de internações por SRAG-COVID, evidenciou-se um elevado percentual entre indivíduos de 40 a 59 anos, que pode estar relacionado ao esquema vacinal incompleto ou de não vacinados nesse período, mas que logo reestabeleceu nos meses subsequentes (Lopes et al., 2022).

⁴⁴ OSUBH. Informativo InfoCovid. Disponível em <https://www.medicina.ufmg.br/coronavirus/informacao/infocovid/>. Acesso em: 03 jul. 2024.

Figura 29: Distribuição percentual das internações por SRAG-COVID segundo faixa etária em Belo Horizonte.



Fonte: Lopes *et al.* (2022) - InfoCovid OSUBH informe de 03/03/2022, 16ª edição.

Esse foi um dos exemplos bem-sucedidos da produção de informações científicas sérias, baseadas em evidências, para compor a tomada de decisões no cenário vivido.

Então, acho que esse resultado que ficou, mostrou que Belo Horizonte trilhou o caminho certo pra evitar as mortes. Do lado de lá, né, quem discorda, vai falar da questão da economia, né, do impacto social severo. Isso foi em todo Brasil, tinha que fazer o que foi feito, e agora a gente começa a discutir a retomada da economia, das atividades econômicas. Com o fim do comitê, esse grupo que eu participava com a secretaria de planejamento, esse monitoramento é feito mais como uma doença normal, assim, no sentido de saúde básica, como dengue, gripe.

(Pau Brasil, G1 - 44 anos - M)

Os desafios foram muitos; após o período mais crítico da pandemia, com a flexibilização e o restabelecimento de algumas atividades, iniciou-se a fase conhecida como pós-pandemia, embora ainda houvesse um receio significativo entre muitos da sua presença. Em relação a essa fase, foram obtidos alguns relatos importantes dos profissionais da saúde, que trouxeram a percepção de uma nova sobrecarga do sistema, agora com novas demandas:

O pós-Covid foi muito desafiador, né, porque a gente sabe de todos os problemas que foram gerados, que o vírus gerava essa questão de memória, do paladar, olfato, questões físicas e respiratórias. Então, foi muito desafiador, porque o número era muito grande de casos, e a rede ambulatorial de reabilitação não tava dando conta de acolher todos esses casos para reabilitação. A gente teve que se reinventar, mas houve o lado bom, que foi de uma aproximação das equipes da saúde da família.

(Goiabeira, G2 - 42 anos - F)

Ouando a pandemia já estava mais controlada, o centro de saúde começou a chamar as pessoas, e muitos eram idosos. Aí, nesse mutirão, o paciente vinha e passava por vários profissionais, uma avaliação multidimensional do paciente com diabetes. Aí, para mim, eu fiquei com a avaliação do pé, fazia aquela avaliação do cuidado com os pés e tudo. E aí, eu perguntava assim, aí foi uma coisa que eu levantei, essa questão da depressão, de como poderia intervir nisso. Então eu perguntava: “Ah! Tá com alguma queixa, alguma dificuldade?” Vários desabavam a chorar, vários, sabe porquê? “Eu perdi minha mulher, porque eu perdi minha filha, porque está difícil, eu tive Covid e fiquei com medo”. Então, muitos traziam isso; eu nem perguntava de pandemia em si, mas o emocional estava tão abalado já, que eles já expunham essa realidade.

(Macieira, G2 - 46 anos - F)

Em consonância com a abordagem da psicologia, Sucupira (G3) relata que

O pós-pandemia gerou muito isso, né, idosos com prevalência de depressão e ansiedade ainda maior. As relações ficaram muito superficiais, então quando a gente pensa no contexto social do idoso, muitas vezes a gente se depara com idosos que já têm alguma fragilidade familiar, social, e aí no pós pandemia, isso ficou muito mais explícito, muito mais aparente para gente, um número.

(Sucupira, G3 - 29 anos - F)

Na atuação da assistência social, tem-se a observação de que

O pós-pandemia, a gente não é da saúde, não é médica, a gente não tem dados pra isso, mas a gente percebe, nos atendimentos, o quanto a população adoeceu. Isso impactou, principalmente, na vida dessas pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade, de pouca renda, né? Então, pra eles é mais difícil, assim, a educação é mais precária, o rendimento que eles têm, muitos são aposentados, recebem benefício de pensão continuada, mas a gente sabe que não é o suficiente pra suprir a alimentação... algumas medicações a saúde de oferta, outras não. Uma realidade bem difícil.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

Que se emaranha com a declaração da profissional que atua junto à população de rua:

Depois da pandemia, teve um impacto muito grande de famílias irem pra rua. Você conversa com a galera, e é uma família que ficou desempregada, que não consegue pagar mais o aluguel, que começa a vender os móveis da casa pra pagar o aluguel, e aí chega um momento que não tem mais móveis, não tem emprego, aí eu preciso ir pra rua. Vai uma família pra uma barraca na rua, com um casal, com filhos... é muito doído, a percepção do impacto que essa pandemia trouxe pra população. Muitas pessoas em situação de rua, que perderam o emprego, pessoas idosas, pessoas gestantes, casais com crianças, foi muito grande esse aumento.

(Jabuticabeira, G2 - 35 anos - F)

Quatro entrevistados do Grupo G4 surpreenderam, num primeiro momento, ao dizerem que não sentiram ou sofreram os impactos da sindemia da Covid-19 de maneira direta. Saíra-amarela (G4 - 74 anos - F) disse: *“não houve muito impacto, não”*; Japu (G4 - 97 anos - M): *“Não teve, nós passamos tudo dentro dos limites, não impactou”*, Estrelinha-ametista (G4 - 100 anos - F): *“Não passei por nenhum perrengue, graças a Deus, né? Porque Deus falou assim, aquela velha ali não viveu esse tempo todo à toa, vou deixar ela viver aí um pouco mais. Não tive medo de morrer porque eu tenho Deus no coração, então ficou por conta Dele”*; e Gavião (G4 - 73 anos - M): *“assim, eu respeitava e tudo, não foi muito difícil, não me atingiu quase nada, sabe? Eu cuidava, evitava aglomeração de gente, né? Eu moro sozinho, então pra mim era mais fácil. Eu não peguei, não contrái nada de Covid não”*. Porém, todos eles revelaram, ao longo da conversa, aspectos, fatos, vivências que os atravessaram de alguma maneira durante aquele período.

Outros tentaram relatar respostas mais otimistas em relação à aprendizagem alcançada, especialmente aqueles que estavam dispostos às mudanças:

A pandemia, vamos dizer assim, ela trouxe coisas ruins, porque morreu muita gente, a gente ficou muito em pânico com tudo que aconteceu, mas num certo ponto ela nos alertou para muita coisa. Por exemplo, mudar de estilo de vida. Você tinha uma vida corrida, você tinha uma vida assim, e você teve que mudar essas maneiras de viver. Eu saía muito, a gente já ficou mais restrito, você não podia muito "abrir o leque", como se diz, para você pegar uma doença, alguma coisa. Ela foi um alerta para toda a população e, por exemplo, fala assim: "Ah, mas tem muito idoso morrendo". Morreu mais gente jovem, porque os idosos têm a cabeça boa, falaram assim: "Opa, peraí, eu tenho que fazer o que é certo”.

(Sabiá do Campo, G4 - 70 anos)

Ele ainda complementa, com resiliência:

Na pandemia, você aprendeu a conviver com pessoas, mesmo com as que não tivesse essa convivência. Tudo é processo, na vida tudo é processo. Então, se você tem um propósito, ele vai acontecer. Se você quer esse propósito, ele vai acontecer. Independente de tempo, idade, de tudo, é só você fazer o melhor que você pode fazer. Os esforços e o caminho, e foi assim sobreviver nesse período.

(Sabiá do Campo, G4 - 70 anos)

Tangará (G4) conta como ela se sentiu e quais foram as estratégias que realizou e como adotou zonas de escape – a chácara e atividades online:

Oh, foi um desafio, né? No início não foi nada tranquilo, foi bem intenso. O medo de contagiar e a preocupação com ela [mãe de mais de 90 anos], mas aí depois foi acalmando, mesmo a convivência com o marido. Ele saía para trabalhar, eu saía para as minhas atividades. Aí os dois dentro de casa, teve que ir adaptando... então teve que ser flexível... foi um aprendizado. Nós tínhamos essa questão de ir para a chácara, que ajudava muito, e aí chegava lá e ficava despreocupado lá dentro, e não precisava usar máscara nem nada, isso nos ajudou demais. E, depois disso, ele trabalha, mas é home office, porque ele é representante comercial. Então, antes ele saía todos os dias e agora ele não sai todos os dias mais. É... eu fui adaptando com as atividades online e depois voltei para o presencial. Então, assim, teve desafios, mas deu para se adaptar.

(Tangará, G4 - 68 anos - F)

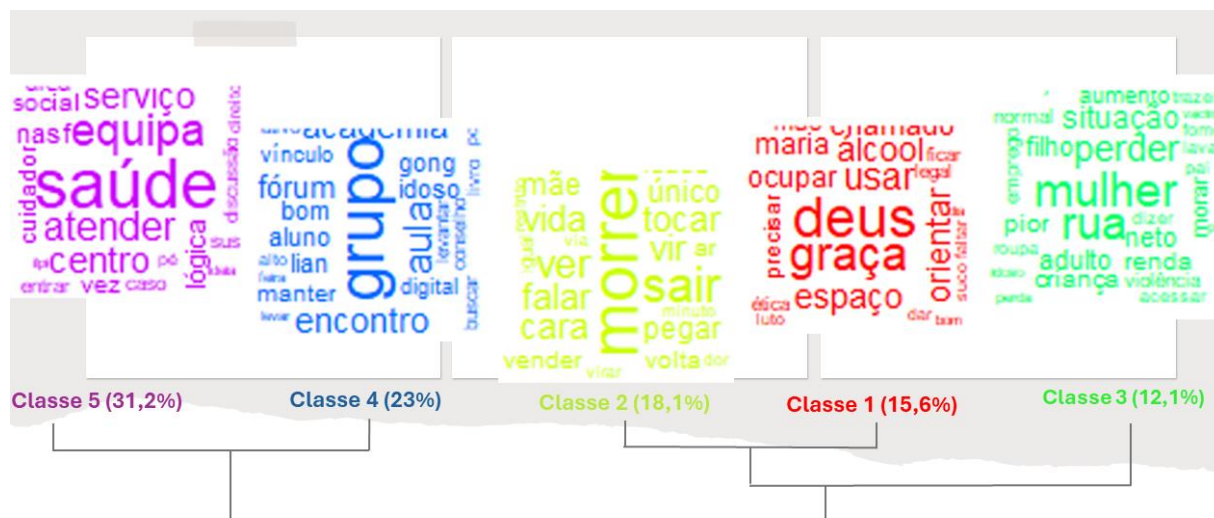
Em uma abordagem introspectiva e também de fechamento para essa categoria, a profissional da assistência social concatena suas reflexões sobre os impactos da sindemia da Covid-19, como:

A gente não tem noção do que isso vai ser pra nossa humanidade. Pra humanidade do mundo e pra nossa humanidade, em termos de tempo e individualidade. Nunca mais seremos os mesmos. Mudou tudo drasticamente. E a gente não sabe as consequências a longo prazo, sobre o que que esse confinamento de fato fez com a gente.

(Ipê Amarelo, G2 - 51 anos - F)

O CHD trouxe como resultado o apresentado na Figura 30. O conteúdo analisado foi categorizado em 5 classes: Classe 5 (roxo), com 31,2%, e Classe 4 (azul), com 23% interconectadas entre si, formando uma ramificação dos discursos. A Classe 2 (verde claro), com 18,1%, interconectada a Classe 1 (vermelho), com 15,6%. E, por fim, a Classe 3 (verde água), obteve 12,1% e está ligada às Classes 1 e 2.

Figura 30: CHD representado na forma de um filograma com *clusters*, categoria 6: “como a síndrome da Covid-19 se apresentou no contexto de envelhecimento em Belo Horizonte?”



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Essa pergunta, tão necessária, resultou em 5 agrupamentos sintáticos. O primeiro deles, em roxo, no qual obteve-se um enfoque na saúde e seus equipamentos. Muito foi falado sobre a saúde e o papel do NASF, na mudança de lógica do serviço, nas discussões dos casos e decisões que foram tomadas, no papel do cuidador, aqui muito associado ao Programa Maior Cuidado, e nas demandas que tinham também relação com o serviço social.

Na Classe 4 (azul), tem-se a abordagem que reforçou a necessidade de manter os grupos, os vínculos, os encontros que passaram a ser virtuais, como as aulas de *lian gong*, a necessidade de se adaptarem ao digital. Na seguinte, a Classe 2 (verde claro), registrou-se o medo de morrer, de sair, de tocar, de pegar a doença; indiretamente, há palavras que tocam no tema do distanciamento.

A Classe 1 (vermelho) aborda a fé como um esteio para romper com as dificuldades impostas pelo contexto, fala do auto cuidado, do uso do álcool como hábito, a necessidade de orientações, a forma de ocupar e usar os espaços. E a Classe 3 (verde água), composta por um mix de sentimentos, inicialmente vividos com normalidade, relacionados à convivência no lar, no cuidado do netos, dos filhos, o idoso cuidando das crianças, a piora na condição da renda e o medo da perda de entes queridos e amigos. Na Figura 31, tem-se a Análise de Similitude e Nuvem de Palavras (NP).

Essa incapacidade política se mostrará um obstáculo ao não atender eficazmente, de fato, ao público demandante, reverberando a seguinte indagação: como e onde a lógica assistencialista do Estado tem decidido quem vai viver, sob quais condições e quem pode morrer? Tudo atrelado a quando, como e onde?

Em síntese, as ações do ex-governo, por vezes (des)coordenadas, evidenciaram a invisibilidade de alguns grupos sociais, causando maior adoecimento e mortes. Essas susceptibilidades podem ser caracterizadas como necropolítica, conceito desenvolvido pelo filósofo camaronês Achille Mbembe. O pesquisador se refere ao uso do poder social e político para determinar como algumas pessoas podem viver e como outras devem morrer. A necropolítica analisa a forma como governos e outras instituições decidem quem é exposto à morte e à violência e como isso se manifesta em políticas de estado, práticas militares, econômicas, e outras formas de controle social (Mbembe, 2018). Vale realçar que a necropolítica foi claramente praticada no governo Bolsonaro, especialmente durante a sindemia da Covid-19.



questão

pessoa

olhar
garantir
idoso

socioeconômico

saúde
cultura

família
envelhecer

assistência

política

vida
mobilidade

falar

direito
inclusão

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFLEXÕES EM CURSO: ESTRATÉGIAS PARA CORRIGIR A MIOPIA

O caminho percorrido até aqui vai ao encontro com a necessidade de identificar e realizar reflexões quanto às múltiplas formas de envelhecer na cidade de Belo Horizonte (MG). Os resultados alcançados auxiliam a sociedade, a academia, os setores públicos e privados, os atores políticos e as instituições a buscar corrigir a miopia diante de um tema tão urgente: estamos vivendo uma geração com uma velhice mais prolongada, o que demanda uma análise profunda sobre a qualidade e dignidade de vida.

A procura por respostas mobilizou o pensar geográfico e o eixo central dessa pesquisa, com o intuito de descobrir em que medida o olhar e os conceitos geográficos e de outros campos do conhecimento tornam-se essenciais para entender a manifestação da saúde (ou das doenças) nos idosos de distintos espaços urbanos. Interessou-nos, ainda, distinguir essencialmente quais redes conectam-se, ou não, para proporcionar um envelhecimento digno e saudável as pessoas na cidade de Belo Horizonte.

Foi possível repensar os impactos do envelhecimento nos corpos, nos tempos e nos espaços, bem como interpretar o espectro do tempo e o espaço refletindo nas múltiplas formas de envelhecer. O intuito deste estudo foi trazer, na pesquisa da metrópole belorizontina, uma gama de variáveis espacializadas e modeladas, contemplando saúde urbana, elementos socioeconômicos, políticos, culturais, serviços, de saúde e doença.

Para tanto, foi necessário realizar um exercício multiescalar de análise, adaptado à pergunta central e à disponibilidade das informações, começando pela escala do município de Belo Horizonte, numa perspectiva mais ampla, para entender o contexto geral. Em seguida, foram adotadas as unidades de desenvolvimento humano, devido à disponibilidade dos dados censitários. Para facilitar a análise dos resultados e estabelecer uma comunicação com uma das divisões espaciais utilizadas pela saúde e pelo planejamento urbano, considerou-se as regionais administrativas da cidade. Algumas observações também foram feitas a nível dos bairros e, por fim, a nível individual, especialmente com os relatos específicos dos entrevistados, que forneceram percepções inseridas em seus contextos de atuação, faixas etárias e experiências vividas.

Objetivou-se, ainda, entender mais a fundo a qualidade e a dignidade dessas velhices mais longas na metrópole belorizontina, e avançar no sentido de como essas condições de envelhecimento, nichos de segregação socioespacial e contextos de iniquidades intraurbanas

interferem na vida da população com 60 anos ou mais. Na mesma medida, foi possível refletir sobre como esse conjunto de fatores se entrelaça com as suas trajetórias de vida, conferindo melhor qualidade ou não.

O suporte metodológico adotado foi importante para verificar suas manifestações territoriais e identificar nexos com características socioeconômicas e demográficas que revelem discrepâncias no envelhecimento populacional e individual. Um primeiro resultado foi o de caracterizar e espacializar a população de 60 anos ou mais, conforme os dados demográficos, socioeconômicos, ambientais e local de moradia.

Foi possível espacializar, identificar e discutir os equipamentos de saúde e assistência social que prestam serviços às pessoas com 60 anos ou mais, como: os centros de saúde, os CRAS, as ILPI, as academias da cidade e os equipamentos de cultura e lazer. As características geográficas da cidade auxiliam na modificação da forma de envelhecer, como: a declividade, a topografia e a divisão territorial de bairros formais, favelas, ocupações urbanas e comunidades quilombolas. Foram contempladas, ainda, suas relações espaciais com o IVS, buscando averiguar uma variável associada à saúde.

Os resultados cartográficos e as análises espaciais, adotando os dados do censo demográfico de 2010, revelaram que as maiores taxas de envelhecimento e os melhores indicadores socioeconômicos estão predominantemente na região Centro-Sul. Já Venda Nova, Norte e Barreiro apresentaram os piores indicadores, assim como algumas vilas, favelas e bairros periféricos. Tais resultados possibilitaram a discussão de questões relacionadas à distribuição, a condição da população 60+ e as diferenças de raça/etnia e sexo, como a desigualdade e a iniquidade. Essas constatações foram entrelaçadas e reforçadas com trechos de narrativas que refletiam diretamente a discussão em curso.

A Geografia nos permite visualizar onde algo acontece, quem vive naquela escala de análise, a quais condições contextuais estão expostas, bem como contribui para que invisibilidades sejam realçadas. Tudo isso decorrente dos campos e entrevistas realizados que nos forneceram pistas quanto às condições de vida e demandas dos idosos nas diferentes regiões da cidade. No campo do vivido, foram ouvidas e analisadas as narrativas de diversos atores sociais que representaram as pessoas com 60 anos ou mais, os profissionais da ponta e os gestores em Belo Horizonte. Foi possível vivenciar e observar que as trajetórias de vida estão conectadas com contextos sociais, políticos e econômicos, criando diversas formas de envelhecimento, que requerem adaptações, recursos financeiros, assistências e cuidados necessários para um envelhecer com mais dignidade.

As narrativas dos entrevistados trouxeram os múltiplos contextos de envelhecimento e desafios enfrentados pelos idosos, incluindo desigualdade social, violência, solidão, rompimento de vínculos, abandono e isolamento exacerbados pela COVID-19. O papel das redes de apoio, do acesso à informação, à saúde, à assistência social, à cultura e ao lazer, a fé e a religiosidade e boas práticas são cruciais para um envelhecimento ativo e saudável.

Os entrevistados mencionaram a inadequação do espaço físico, destacando que melhorias poderiam proporcionar mais autonomia para toda a população, especialmente para pessoas com deficiência física e idosos. Foram apontadas precariedades da infraestrutura urbana, dos serviços públicos, da mobilidade e a distribuição extremamente desigual das ditas facilidades de infraestrutura e contexto.

A análise dos diferentes discursos e a relação com a fase de vida de cada entrevistado possibilitou a constatação de que os mais jovens, surpreendentemente, apresentaram propostas abrangentes para uma vida melhor. Eles desenvolveram uma visão mais global sobre temas como qualidade de vida, saúde, assistência social, infraestrutura urbana e melhorias para uma cidade em processo de envelhecimento, com foco no que precisa ser transformado. Isso pode estar relacionado às suas áreas de atuação profissional e/ou com sua convivência com uma pessoa idosa.

Já as pessoas mais próximas dos 60 anos expressaram receios, dúvidas e, repetidamente, a necessidade de adaptação às condições existentes, refletindo a aproximação desse marco temporal – completar 60 anos – e a influência de uma cultura idadista no cotidiano, gerando preocupações sobre a capacidade de manter uma vida ativa.

Em contrapartida, os entrevistados com idades mais avançadas, 80 anos ou mais, mencionaram um pouco a necessidade de mudanças ou adaptações, mostrando um caminho mais voltado para a sobrevivência e um certo conformismo em relação à situação de vida atual.

Cabe pontuar que, ao longo das falas, percebemos que a infantilização do idoso ainda está muito presente, manifestando-se no uso frequente de termos no diminutivo, o que reforçam estereótipos pré-estabelecidos, revelando preocupação e reforçando a cultura idadista.

Com a combinação das duas metodologias adotadas (quantitativa e qualitativa), foi possível entender melhor a qualidade e dignidade dessas velhices mais longas na metrópole belorizontina. Foram obtidos avanços, também, nas ponderações no sentido de como essas condições de envelhecimento, nichos de segregação socioespacial e contextos de iniquidades intraurbanas incidem na vida da população com 60 anos ou mais, e estão entrecruzadas com suas trajetórias de vida.

As inferências foram totalmente confirmadas, incluindo: i) a existência de um padrão na distribuição espacial das taxas de envelhecimento em Belo Horizonte; ii) o papel crucial das condições contextuais e de vizinhança no aumento das desigualdades e iniquidades no envelhecimento na cidade (ambos no capítulo 2); iii) a influência transversal das políticas públicas nos níveis individual, social e contextual ao longo da vida, afetando a velhice; iv) a forte influência da cultura idadista ou etarista no país, exacerbada por um terrorismo econômico, psicológico e midiático que impacta as condições de envelhecimento (ambos no capítulo 3).

Foi constatado que algumas políticas públicas são mais conhecidas e destacadas, como o Programa Maior Cuidado, que tem tido uma repercussão eficiente, sendo bem-vindo nas famílias que atende. Todavia, o programa necessita urgentemente de investimentos financeiros e ampliação para cobrir novas áreas e público. Os idosos e os trabalhadores entrevistados apontaram diversas demandas, incluindo a necessidade de casas-dia, a expansão da rede de apoio e serviços, abertura de vagas em ILPIs em parceria com a PBH, banheiros públicos, melhorias na mobilidade, acessibilidade e segurança urbana.

Belo Horizonte, uma cidade que insiste em não revelar seu envelhecimento, ainda necessita de muitas adequações. É imperativo ampliar as áreas de abrangência dos CRAS, e também qualificar e valorizar as equipes do SUS para atender e conhecer melhor a população idosa.

Além da avaliação do índice de vulnerabilidade clínico-funcional (IVCF-20), é essencial implementar uma rotina/prontuário ou um matriciamento da população já a partir dos 50 anos. Esta atitude proporcionaria o acompanhamento cuidadoso do histórico de ciclo de vida do paciente, tratando a saúde de maneira preventiva, de modo que a população tenha mais chances de chegar a uma idade de 60+ com mais saúde e qualidade de vida. É preciso atuar na prevenção, e não apenas em resposta ao adoecimento e agravamento da situação de doenças crônicas, como hipertensão e diabetes.

Deste modo, torna-se urgente promover campanhas de prevenção de quedas, cuidados com a saúde emocional e manutenção das relações sociais e redes de apoio. É igualmente importante destacar a relevância das atividades culturais e de lazer, bem como das atividades físicas, para uma boa manutenção do ciclo de vida e um envelhecimento mais saudável.

Outro aspecto muito interessante, especialmente apontado por profissionais do setor, foi a necessidade de qualificar e treinar os servidores para o seu próprio processo de envelhecimento e aposentadoria. Essa preparação deve abranger aspectos financeiros,

emocionais e físicos, permitindo que os servidores se ajustem melhor à transição de hábitos e rotinas. Os entrevistados destacaram que muitos servidores enfrentam dificuldades para se aposentar e transferir responsabilidades, o que frequentemente resulta em desequilíbrio e adoecimento emocional. Essas debilidades se agravam e muitas vezes tornam-se depressão, devido à sensação de falta de utilidade (aposentadoria) e à ausência de tarefas diárias para ocupar seu tempo, corpo e mente.

É importante ressaltar que os resultados relatados aqui não esgotam a possibilidade de conclusões acerca das interrelações entre os elementos que compõem a cidade, sua organicidade e o envelhecimento. É sempre necessário estabelecer discussões mais profundas e constantes a respeito das condições de grupos que ainda são invisibilizados, mesmo em idades mais jovens, como pessoas da comunidade LBGTQIA+, imigrantes, população em situação de rua, pessoas com deficiência e as mulheres.

Outra limitação, que se transforma em uma recomendação para pesquisas futuras, é a inclusão de variáveis relacionadas à saúde, assim como o acesso a dados censitários mais recentes (2022) na escala espacial escolhida, os quais não puderam ser explorados neste estudo. Com esses dados, seria possível realizar uma comparação do comportamento das variáveis selecionadas ao longo desse intervalo de 10 anos, o que resultaria em análises mais abrangentes e alinhadas com os resultados obtidos na análise qualitativa (2023/2024), permitindo assim observar avanços ou retrocessos no território e em seus contextos.

Ainda, verificou-se que há correntemente um descompasso entre o que é proposto nas legislações e políticas públicas e o que de fato é colocado/executado na prática. Destaca-se a necessidade de maior rigor na identificação e repreensão dos casos de violência contra idosos e idosas, além do cuidado e rigor na reformulação da estrutura e regimento das instituições de longa permanência. Estas instituições não podem ser estruturadas para funcionarem apoiadas na lógica mercadológica, pois as pessoas merecem um espaço de convivência e cuidados adequados nessa fase da vida. Na sociedade capitalista em que vivemos, é fundamental ter essas premissas em conta e colocadas efetivamente em prática.

Em busca de alternativas, defende-se que a mudança comece no campo social, nas formas de perceber e costurar a vida, seu curso, percursos e velhice. As construções precisam ser feitas ao longo da vida; todos precisamos de cuidados em todas as fases, a fim de se viver uma vida mais saudável, dentro das limitações de cada contexto. Um dos caminhos é investir culturalmente em uma sociedade que se prepara para o envelhecimento, desde o ensino básico nas escolas, perpassando por todos os níveis de escolarização e fases da vida.

Pensando em uma construção a longo prazo, que invista em diversos setores, é possível vislumbrar uma medicina centrada no estilo de vida, com abordagens mais humanizadas. A implementação de diálogos terapêuticos e intergeracionais mediados pela assistência social são salutar, e novas maneiras de se pensar as famílias, suas estruturas e cooperações também são necessárias.

Por fim, torna-se essencial incentivar cada vez mais parcerias entre a academia e os setores públicos e privados, para que interajam a partir de uma linguagem comum na elaboração de diagnósticos e proposição de novas alternativas de intervenções. É necessário pensar de forma conjunta em reduzir as desigualdades e iniquidades, democratizar atendimentos, hospitalizações, tratamentos, prevenções, a fim de atingir-se a promoção de um envelhecimento saudável e de uma cidade para todas as idades e pessoas, em suas diversidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBINO, I. L. R.; FREITAS, C. I. R.; TEIXEIRA, A. R.; Gonçalves, A. K; SANTOS, A. M. P. V; BÓ, A. J. G. Influência do treinamento de força muscular e de flexibilidade articular sobre o equilíbrio corporal em idosas. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 15, p. 17-25, 2012.
- ALCÂNTARA, A. O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. organizadores. **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro, RJ: IPEA. 2016.
- ALMEIDA, A. V. MAFRA, S.C.T.; SILVA, E.P.; KANSO, S. **The Feminization of Old Age**: a focus on the socioeconomic, personal and family characteristics of the elderly and the social risk. *Textos & Contextos [Internet]*, v. 14, n. 1, p. 115-131, 2015.
- ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** SciELO-Editora FIOCRUZ, 2011.
- ATLASBR. Plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil. **Consulta por tabelas, utilizando indicadores de população, educação e renda por unidade de desenvolvimento humano, dados do censo demográfico de 2000 e 2010**. Disponível em: www.atlasbrasil.org.br. Acesso em: 12 jun. 2021.
- ARAUJO, L. C. S. M.; RIBEIRO, S. M. P. DESAFIOS E PARADOXO DO ENVELHECER NA CONTEMPORANEIDADE: REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Ibero-Americana de Humanidades, Ciências e Educação**, v. 10, n. 3, p. 2086-2096, 2024
- ARCAYA, M. C.; ARCAYA, A. L.; SUBRAMANIAN, S. V. Desigualdades em saúde: definições, conceitos e teorias. **Ação global de saúde**, v. 1, pg. 27106, 2015.
- BARCELLOS, C. C.; SABROZA, P. C. Socio-environmental determinants of the leptospirosis outbreak of 1996 in western Rio de Janeiro: a geographical approach. **International Journal of Environmental Health Research**, v. 10, n. 4, p. 301-313, 2000.
- BARCELLOS, C. C.; SABROZA, P. C.; Peiter, P.; ROJAS, L. I. Organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, 11(3), p. 129 – 138, 2002.
- BAILEY, T. C. Spatial statistical methods in health. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1083-1098, set./out. 2001.
- BAUMAN, Z. **O mal-estar da pós-modernidade**. Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 1998.
- BARATA, R. B. Iniquidade e saúde: a determinação social do processo saúde-doença. **Revista USP**, ed. 51, p. 138-145, 2001.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, R. M. **Caminhabilidade em grandes centros urbanos: uma proposta metodológica para o município de Belo Horizonte (Minas Gerais)**. Monografia (Trabalho de conclusão de curso em Engenharia Ambiental), Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2018.

BARROZO, L. V. Contribuições da cartografia aos estudos de geografia da saúde: investigando associações entre padrões espaciais. **Revista do Departamento de Geografia – USP**, Volume Especial Cartogeo, p. 413-425, 2014.

BELASCO, A.G.S.; OKUNO, M.F.P. Reality and challenges of ageing. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Edição suplementar 2, p. 1 – 2, 2019.

BBC NEWS. **Relembre frases de Bolsonaro sobre a Covid-19**. 7 julho 2020. Disponível em: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-53327880> Acesso em: 21 jun. 2024.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de belo horizonte. Gerência de Epidemiologia e Informação. **Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2003**. Disponível em <<http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/gabinete/risco2003>> Acesso em: 03 out. 2022.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde de belo horizonte. Gerência de Epidemiologia e Informação. **Índice de Vulnerabilidade à Saúde 2012**. Disponível em <<https://prefeitura.pbh.gov.br/estatisticas-e-indicadores/indice-de-vulnerabilidade-da-saude>> Acesso em: 03 out. 2022.

BEN-SHLOMO, Y.; KUH, D. A life course approach to chronic disease epidemiology: conceptual models, empirical challenges and interdisciplinary perspectives. **International journal of epidemiology**, v. 31, n. 2, pp. 285-293, 2002.

BERZINS, M. A. V. S.; GIACOMIN, K. C.; CAMARANO, A. A. A assistência social na política nacional do idoso. In.: *Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões*. Rio de Janeiro: **IPEA**, p. 107-133, 2016.

BLANE, D.; HIGGS, P.; HYDE, M.; WIGGINS, R.D. Life course influences on quality of life in early old age. **Social Science & Medicine**, v. 58, n. 11, pp. 2171-2179, 2004.

BONDÍA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Revista brasileira de educação**, p. 20-28, 2002.

BORDE, E. **Notas para uma reinterpretação dos processos de determinação social das iniquidades étnico-raciais em saúde**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2014.

BORIM, F. S. A.; FRANCISCOI, P. M. S. B.; NERI, A. L. Fatores sociodemográficos e de saúde associados à mortalidade em idosos residentes na comunidade. **Revista Saúde Pública**, v. 51, n. 42, p. 1 – 12, 2017.

BORBA, V. R. **Processo de envelhecimento da população de Juiz de Fora/MG: condições de vida e segregação sócio-espacial**. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2008.

BHMAP. Prefeitura de Belo Horizonte (PBH). **Portal BHMap**. Belo Horizonte: 2021. Disponível em: <http://bhmap.pbh.gov.br/v2/mapa/idebhgeo>. Acesso em: 21 jan. 2021.

BJORNSTROM, E. E. S.; RALSTON, M. L.; KUHL, D. C. Social cohesion and self-rated health: the moderating effect of neighborhood physical disorder. **American journal of community psychology**, v. 52, n. 3, p. 302-312, 2013.

BRAGA, L. S.; MACINKO, J.; PROIETTI, F. A.; CESAR, C. C.; LIMA-COSTA, M. F. Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2307-2315, dez. 2010.

BRAGA, L. S.; LIMA-COSTA, M. F.; CESAR, C. C.; MACINKO, J. Social Inequalities on Selected Determinants of Active Aging and Health Status Indicators in a Large Brazilian City (2003-2010). **Journal of Aging and Health**, v. 28, n. 1, p. 180-196, 2016.

BRAGA, L. S.; CAIAFFA, W.T.; COELIN, A. P. R.; ANDRADE, F. B.; LIMA-COSTA, M. F. F. **Perceived discrimination among older adults living in urban and rural areas in Brazil: a national study (ELSI-Brazil)**. BMC geriatrics, v. 19, n. 1, p. 1-11, 2019.

BRASIL. Lei n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília; 1994. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8842.htm. Acesso em: 13 de julho de 2022.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Organização de Alexandre de Moraes. 16.ed. São Paulo: Atlas, 2000.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Estatuto do Idoso. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm> Acesso em: 13 de julho de 2022.

_____. **Plano nacional de contingência para o cuidado às pessoas idosas institucionalizadas em situação de extrema vulnerabilidade social**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <https://www.mpma.mp.br/arquivos/CAOPID/nota_plano_nacional_contingencia_cuidado_pessoas_idosas_v1-MS.pdf> Acesso em: 21 jun. 2024.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa** / Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. – Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005.

_____. Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. **Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa** / Presidência da República. Subsecretaria de Direitos Humanos. – Brasília: Subsecretaria de Direitos Humanos, 2008.

_____. **Relatório de gestão do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – gestão 2010-2012**. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2012. Disponível em: <<https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/relatorio-de-gestao-conselho-nacional-dos-direitos-do-idoso-gestao-2010-2012/>>. Acesso em: 01 de janeiro de 2023.

BRITO, Fausto. Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 25, p. 5-26, 2008.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Revista Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007.

CAMARGO, B.V.; JUSTO, A.M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ**. Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires [Florianópolis]: Universidade Federal de Santa Catarina, 2021. 73p.

CARSTAIRS, V. Índices de privação: sua interpretação e utilização em relação à saúde. **Revista de Epidemiologia e Saúde Comunitária**, v. Suplemento 2, pág. S3-S8, 1995.

CAETANO, A. J.; RIGOTTI, J. I. GT3-678 Dinâmica e Crescimento Demográfico da Região Metropolitana de Belo Horizonte-1960/2000. **Anais ENANPUR**, v. 12, n. 1, 2007.

CAMARANO, A. A. Vidas Idosas Importam, Mesmo na Pandemia. **Políticas Sociais (IPEA)**, v. 1, p. 509-537, 2021.

CAMARANO, A. A. Novo Regime Demográfico uma nova relação entre população e desenvolvimento. In: **Novo regime demográfico uma nova relação entre população e desenvolvimento**. 654 p. 2014.

_____, A. A. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, p. 4169-4176, 2020.

_____, A. A. Envelhecimento e consumo: o que mudou com a pandemia. **Diálogo com a Economia Criativa**, v. 6, n. 16, p. 26-34, 2021.

CANETTIERI, T. Uma nova segregação metropolitana: as periferias fractais—evidências encontradas na Região Metropolitana de Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 17, n. 2, p. 25-25, 2015.

CARVALHO, I. R. V. D. Caminhabilidade como instrumento de mobilidade urbana: Um estudo de caso em belo horizonte. (Dissertação de mestrado em Geotecnia e Transportes) Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte. 2018.

CASTELLANOS, P. L. Los modelos explicativos del proceso salud-enfermedad: los determinantes sociales. In: **Salud pública**. McGraw-Hill Interamericana de España, p. 81-102, 1997.

CASTELLS, M. **A Questão Urbana**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2000.

CASTRO, I. De. O problema da escala. In: CASTRO, I. de; GOMES, P. C. Da C.; CORRÊA, R. L. (org.). **Geografia: conceitos e temas**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2005.

CASTRO, C. M. S.; LIMA-COSTA, M. F.; CESAR, C. C.; NEVES, J. A. B.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JUNIOR, P. R. B.; SAMPAIO, R. F. Curso da vida e capacidade para o trabalho entre adultos mais velhos: ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.11606/S1518-8787.2018052000648>>. Acesso em 10 Jul 2022.

CARLOS, A. F. A.; LEMOS, A. I. G. de (Org.). **Dilemas Urbanos**: novas abordagens sobre a cidade. São Paulo: Editora Contexto, 2003.

CEPAL - Comisión Económica para América Latina y el Caribe. **Panorama Social de América Latina 2021**. 247 p. CEPAL: Jan. 2022.

CECCON, R. F.; VIEIRA, L. J. E. S.; PRAÇA BRASIL, C. C.; Soares, K. G.; PORTES, V. M.; GARCIA JÚNIOR, C. A. S.; SCHNEIDER, I. J. C.; CARIOCA, A. A.F. Envelhecimento e dependência no Brasil: características sociodemográficas e assistenciais de idosos e cuidadores. **Ciência e saúde coletiva [online]**, v. 26, n. 1, p. 17-26, jan. 2021.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 21, pp. 1586-1594, 2005.

COHEN, D. A.; INAGAMI, S.; FINCH, B. The built environment and collective efficacy. **Health & place**, v. 14, n. 2, p. 198-208, 2008.

COMISSÃO NACIONAL SOBRE DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE (CNDSS). **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 220 p., 2008. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/sites/portal.fiocruz.br/files/documentos/livro_determinantes.pdf Acesso: 10/02/2021.

COSTA, J. S. **Velhice, ideologia e crítica**: uma análise sobre a participação, protagonismo e empoderamento dos (as) velhos (as) nos espaços das conferências. (Dissertação de Mestrado em Serviço Social), Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2015.

COSTA, H. S. M. **Habitação e produção do espaço em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: espaços e tempos em construção. Belo Horizonte: CEDEPLAR/PBH, p. 51-77, 1994.

COSTA, S.; PLOUFFE, L.; VOELCKER, I.; KALACHE, A. Habitação e Urbanismo. In.: Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: **IPEA**, p. 296-322, 2016.

CUNHA, M. A.; WAJNMAN, S.; TURRA, C. M. Patrones de coresidencia con familiares en el Brasil, **Notas de Población**, 107, 41–69. 2018.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. “The main determinants of health” model, version accessible. **European strategies for tackling social inequities in health: Levelling up Part**, v. 2, 1991.

DOS SANTOS, M. M. Composição domiciliar, estrutura ocupacional e COVID-19: um exercício de simulação aplicado ao Brasil. In: **População e desenvolvimento em debate [livro eletrônico]: impactos multidimensionais da pandemia da Covid-19 no Brasil**. -- 1. ed. -- Campinas, SP: Traço Publicações e Design: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2021.

DYSON, T. 2010. **Population and development**: the demographic transition. London: Zed Books, 2010.

DUARTE, Y. A. O.; NUNES, D. P.; ANDRADE, F. B.; CORONA, L. P.; BRITO, T. R. P.; SANTOS, J. L. F.; LEBRÃO, M.L. Fragilidade em idosos no município de São Paulo: prevalência e fatores associados. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 21, p. 1 - 16, 2018.

FALEIROS, V. de P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Ser social**, Brasília, n. 20, p. 35-62, 2007.

FARINATTI, P. T. V. Teorias biológicas do envelhecimento: do genético ao estocástico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 8, p. 129-138, 2002.

FERNÁNDEZ, R. P. El proceso de envejecimiento y la intervención social. In: **RBCEH**, Passo Fundo, v. 4, n. 1, p. 57-75, jan./jun., 2007.

FERREIRA, A. A. **A Experiência, a metrópole e o velho**. Tese (Doutorado em Geografia). Instituto de Geociências, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2013.

FERREIRA, C.R. ISAAC, L. e XIMENES, V.S. Cuidar de idosos: um assunto de mulher? **Est. Inter. Psicol.** vol.9, no.1, Londrina jan./abr. 2018, 18p. Acesso em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072018000100007>

FELIPE, L. K ; ZIMMERMANN, A. Doenças crônicas degenerativas em idosos: dados fisioterapêuticos. **Revista Brasileira de Promoção à Saúde**. Fortaleza, p. 221-227, jul./set. 2011.

FIGUEIREDO, M. M.; MAIA, M. F. C. Centro de Referência da Pessoa Idosa: Reflexões sobre o processo de envelhecimento e a experiência de atendimento intersetorial. In: **Revista Pensar BH/Política Social**, nº 31, março de 2012, p.37 – 41, 2012.

FIOCRUZ - Fundação Oswaldo Cruz. **Cuida-COVID: pesquisa nacional sobre as pessoas cuidadoras de idosos na pandemia de COVID-19 – principais resultados**. Coord. Daniel Groisman e Dalia Elena Romero. Rio de Janeiro: EPSJV; ICICT, 65p., 2021.

FREITAS, D. M. **Desvelando o campo de poder dos grandes projetos urbanos da região metropolitana de Belo Horizonte**. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo), Escola de Arquitetura da Universidade Federal de Minas Gerais, 2016.

GATRELL, A. C.; ELIOTT, S. **Geographies of health: An introduction**. John Wiley & Sons, 2014.

GEERTZ, C. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, LTC, Antropologia Social, 213p, 1989.

GIACOMIN, K. C. Considerações finais. In: ALCÂNTARA, A. O. CAMARANO, A. A. GIACOMIN, K. C. (orgs.) **Política Nacional do idosos: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, p. 615-615, 2016.

GIACOMIN, K. C. Desconstrução de políticas de Estado precisa ser denunciada. Folha de São Paulo. **Jornal Virtual**, folha 100, 16 fev. 2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/folha-100-anos/2022/02/desconstrucao-de-politicas-de-estado-precisa-ser-denunciada.shtml>>. Acesso em: 17 de fev. 2022.

GIACOMIN, K. C.; DUARTE, Y. A. O.; CAMARANO, A. A.; NUNES, D. P.; FERNANDES, D. Cuidado e limitações funcionais em atividades cotidianas – ELSI-Brasil. **Revista Saúde Pública**, v. 52, p. 1 – 12, 2018.

GIACOMIN, K. C.; MAIO, I. G. A PNI na área da Saúde. In: Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: **IPEA**, p. 135-174, 2016.

GUIMARÃES, R. B. Regiões de saúde e escalas geográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1017-1025, 2005.

GUIMARÃES, R. B.; CATÃO, R. de C.; MARTINUCCI, O. da S.; PUGLIESI, E. A.; MATSUMOTO, P. S. S. O raciocínio geográfico e as chaves de leitura da Covid-19 no território brasileiro. **Estudos Avançados**, v. 34, p. 119-139, 2020.

GUIMARÃES, R. B.; CATÃO, R. de C.; NOSSA, P. N. Geografia a serviço da emergência em saúde pública. Hygeia - **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, ed Esp, p. 1-4, 2020.

GUIMARÃES, R. B.; PICKENHAYN, J. A.; LIMA, S. C. **Geografia e Saúde sem Fronteiras**. 1ª ed. Uberlândia: Assis Editora, 2014.

GUIMARÃES, R. B. **Saúde**: fundamentos de Geografia humana [online]. São Paulo: Editora UNESP, 2015.

GUIMARÃES, R. B. Dupla Determinação geográfica da saúde: um olhar franco-brasileiro. In: GURGEL, H.; BELLE, N. (org.). **Geografia e saúde**: teoria e método na atualidade. Brasília: Universidade de Brasília, 2019.

GURGEL, H.; BELLE, N. (org.). **Geografia e saúde**: teoria e método na atualidade. Brasília: Universidade de Brasília, 2019.

GOMES, L. I.; LIMA, S.C. A construção de territórios saudáveis: o indivíduo no contexto da vida. **Revista Espaço e Geografia (UnB)**, v. 18, p. 457-474, 2015.

GOMES, P. C. da C. **A condição urbana**: ensaios de geopolítica da cidade. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2002.

GOTTDIENER, M. **A produção social do espaço urbano**. São Paulo: EDUSP, 1993.

GROSTEIN, Marta Dora. Metrópole e expansão urbana: a persistência de processos "insustentáveis". **São Paulo em perspectiva**, v. 15, p. 13-19, 2001.

HAIR, J., BLACK, W.C; BABIN, B. J.; ANDERSON, R.E.; TATHAM, R. L. **Análise multivariada de dados**. Bookman editora, 2009.

HALL, S. A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções culturais do nosso tempo. **Educação & Realidade**, v. 22, n.2, jul./dez., 1997, p. 15-46.

HARVEY, D. HARVEY, D. **A Justiça Social e a Cidade**. São Paulo: Hucitec, 1980.

HAYFLICK, L. **Como e porque envelhecemos**. Rio de Janeiro: Campus; 1997. 366p.

HEES, C. A. **Fórmula 85/95 e a efetividade na prestação da aposentadoria por tempo de contribuição no RGPS diante da vedação de retrocesso e da transição demográfica. 2016**. Tese. (Doutorado em Direito) Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2016.

HEES, C. A.; HEES, L. W. B. A dignidade da vida humana: o envelhecimento e as políticas públicas dos países com iniciativas bem-sucedidas. **Conjecturas**, v. 22, n. 2, p. 1680-1704, 2022.

HORTON, R. Offline: COVID-19 is not a pandemic. **The Lancet**, v. 396, n. 10255, p. 874, 2020. Disponível em: <[www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)32000-6/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)32000-6/fulltext)>. Acesso em 18 out 2020.

ITDP, Instituto de Políticas de Transporte e Desenvolvimento do Brasil. **Índice de Caminhabilidade: Ferramenta versão 2.0**. Rio de Janeiro. 2018.

IPEA. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. **Infraestrutura social e urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas**. Brasília: Ipea, v.2, 912p, 2010.

KALACHE, A. Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova. **Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)**, v. 3, p. 217-220, 1987.

_____, A. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. Posfácio. **Cadernos de Saúde Pública (ENSP. Impresso)**, v. 23, p. 2503-2505, 2007.

_____, A. O mundo envelhece: é imperativo criar um pacto de solidariedade social. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 13, p. 1107-1111, 2008.

KALACHE, A.; SILVA, A.; GIACOMIN, K. C.; LIMA, K. C.; RAMOS, L. R.; LOUVISON, M.; VERAS, R. Envelhecimento e desigualdades: políticas de proteção social aos idosos em função da Pandemia Covid-19 no Brasil. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 23, 2020.

KALACHE, A.; GIACOMIN, K. C. Declarações de Paulo Guedes soam sinistras. **Folha de São Paulo**. Jornal Virtual, folha 100, 28. abr. 2021. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/folha-100-anos/2021/04/declaracoes-de-paulo-guedes-soam-sinistras.shtml>> Acesso em: 04 de fev. 2022.

KALACHE, A. Mundo com 8 bilhões é, sobretudo, mais envelhecido e desafiador. **Folha de São Paulo**. Jornal Virtual, 09 nov. 2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/mundo/2022/11/mundo-com-8-bilhoes-e-sobretudo-mais-envelhecido-e-desafiador.shtml>>. Acesso em: 10 de jan. 2023.

_____, A. A oportunidade ímpar do novo governo: preparar o futuro da longevidade. **Folha de São Paulo**. Jornal Virtual, 09 nov. 2022. Disponível em: <<https://www1.folha.uol.com.br/cotidiano/2022/11/a-oportunidade-impar-do-novo-governo-preparar-o-futuro-da-longevidade.shtml>>. Acesso em: 10 de jan. 2023.

KAWACHI, I.; SUBRAMANIAN, S. V.; ALMEIDA-FILHO, N. Um glossário para desigualdades em saúde. **Revista de Epidemiologia e Saúde Comunitária**, v. 56, n. 9, pg. 647-652, 2002.

LAM, J.; VIDAL, S.; BAXTER, J. Condições crônicas, factores ao nível do casal e dissolução da união. **Avanços na pesquisa do curso de vida**, v. 45, p. 100340, 2020.

LAREAU, Annette. Invisible inequality: Social class and childrearing in black families and white families. **American Sociological Review**, pp. 747-776, 2002.

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

LEFEBVRE, H. **La production de l'espace**. 4ª Ed. Paris: Ed. Anthropos, 2000.

_____, H. **A revolução urbana**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 1999.

LESTHAEGHE, R. The unfolding story of the second demographic transition. **Population and Development Review**, v. 36, n. 2, p. 211-251, Jun. 2010.

LEMOES, C. B. **Construção simbólica dos espaços urbanos**. In: **Belo Horizonte: espaços e tempos em construção**. Coordenado por Roberto Luís Monte-Mór. Belo Horizonte: CEDEPLAS/PBH, 94 p. : il – Coleção BH 100 anos, 1994.

LIMA, I. F. de; GOIS, O. P. de; ARAUJO T. M. S. de; SOUTO FILHO, J. M.; ROCHA, P.E. C. P. da; e NASCIMENTO, M. A. M do. Apreciação da qualidade de vida de idosos praticantes de exercício físico. **RMS [Internet]**. 30º de junho de 2022 [citado 12º de julho de 2022]; Disponível em: <<https://revistamultisert1.websiteseuro.com/index.php/revista/article/view/408>>

LIMA, W. R.; GIUSTI, B.B.; NIWA, L.M.S.; VAN AANHOLT, P.J.; CIOSEK, S.I. Idosos muito velhos: perfil sociodemográfico, de saúde e longevidade. **Revista de Enfermagem (UFPE) on-line**, p. 1-14, 2021.

LIMA-COSTA, M. F. A escolaridade afeta, igualmente, comportamentos prejudiciais à saúde de idosos e adultos mais jovens? (Inquérito de Saúde da Região Metropolitana de Belo Horizonte). **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 13, n. 4, p. 201-208, 2004.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S.; GIATTI, L. A situação socioeconômica afeta igualmente a saúde de idosos e adultos mais jovens no Brasil? Um estudo utilizando dados da Pesquisa Nacional por Amostras de Domicílios PNAD/98. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 7, p. 813-824, 2002.

LIMA-COSTA M. F.; MAMBRINI, J. V. M.; PEIXOTO, S. W. V.; MALTA, D. C.; MACINKO, J. Socioeconomic inequalities in activities of daily living limitations and in the provision of informal and formal care for noninstitutionalized older Brazilians: National Health Survey, 2013. **International Journal for Equity in Health (Online)**, v. 15, p. 1-8, 2016.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; MACINKO, J. Tendências em dez anos das condições de saúde de idosos brasileiros: evidências da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (1998, 2003, 2008). **Ciência & saúde coletiva**, v. 16, p. 3689-3696, 2011.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; MAMBRINI, J. V. de M. Informal and paid care for Brazilian older adults (National Health Survey, 2013). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, p. 1-9, 2017.

LIMA-COSTA, M. F., DE ANDRADE, F. B., DE SOUZA, P.R.B., NERI, A. L., DUARTE, Y. A. O., CASTRO-COSTA, E., et al. The Brazilian Longitudinal Study of Aging (ELSI-Brazil): Objectives and Design. **Encyclopedia of Gerontology and Population Aging**, v. 187, n. 7, p. 1345-1353, jul. 2018.

LIMA-COSTA, M. F.; MACINKO, J.; ANDRADE, F. B.; SOUZA JÚNIOR, P. R. B.; VASCONCELLOS, M. T. L.; OLIVEIRA, C. M. ELSI-COVID-19 initiative: methodology of the telephone survey on coronavirus in the Brazilian Longitudinal Study of Aging. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, p. e00183120, 2020.

LOPES, A. A. S.; SALES, A. D. F.; MAGALHÃES, A. S.; FRICHE, A. A. L.; VIEGAS, A. M., COELHO, D. M.; LIMA, L. L.; DIAS, M. A. S.; ROCHA, S. C.; SILVA, U.M.; CAIAFFA, W. T. InfoCOVID OSUBH: Informe 16. Belo Horizonte: Observatório de Saúde Urbana de Belo Horizonte; 2022. Disponível em: <<https://www.medicina.ufmg.br/coronavirus/wp-content/uploads/sites/91/2022/03/InfoCOVID16.pdf>>

MACINKO, J; MULLACHERY, P.; PROIETTI, F. A.; LIMA-COSTA, M.F. Quem sofre discriminação no Brasil? Evidências de uma grande região metropolitana. **International Journal for Equity in Health Int J Equity Health**, p. 1 - 11, 2012.

MACINKO, J.; MAMBRINI, J. V. M. ; ANDRADE, F. B.; ANDRADE, F. C. D.; LAZALDE, G. E. ; LIMA-COSTA, M. F. Life-course risk factors are associated with activity of daily living disability in older adults. **European journal of public health**, v. 31, n. 3, p. 520-527, 2021.

MATSUDO, S. M. Atividade física na promoção da saúde e qualidade de vida no envelhecimento. **Rev. bras. Educ. Fís. Esp., São Paulo**, v. 20, p. 135-137, 2006.

MARCELINO, A. C.; CARDOSO-FILHO, C.; MACHADO, H.; ZEFERINO, L. C.; VALE, D. B. Race disparities in mortality by breast cancer from 2000 to 2017 in São Paulo, Brazil: a population-based retrospective study. **BMC Cancer**, v. 21, n. 1, pp. 1-8, 2021.

MARICATO, E. Metrôpoles desgovernadas. **Estudos avançados**, v. 25, p. 7-22, 2011.

MARISCO, L. M. Revisitando autores sobre os conceitos de segregação socioespacial e exclusão social na análise da produção desigual do espaço urbano. **Revista Contexto Geográfico**, v. 5, n. 9, p. 45-56, 2020.

MARTINE, G.; MCGRANAHAN, G. **Brazil's early urban transition: what can it teach urbanizing countries?** IIED, 2010.

MARMOT, M.; ALLEN, J.; BELL, R.; BLOOMER, E.; GOLDBLATT, P. Revisão europeia da OMS sobre os determinantes sociais da saúde e a divisão na saúde. **The Lancet** , v. 9846, pg. 1011-1029, 2012.

MBEMBE, A. **Necropolítica** – biopoder, soberania, estado de exceção e política de morte. Tradução de Renata Santini. São Paulo: N-1 edições, 2018.

MESSY, J. **A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice**. Aleph, 1999.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 12. ed. São Paulo: HUCITEC; 2014.

MINAYO, M. C. S. Envelhecimento demográfico e lugar do idoso no ciclo da vida brasileira. **Nós e o Outro: envelhecimento, reflexões, práticas e pesquisa**. São Paulo: Instituto de Saúde, p. 7-17, 2011.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2012.

MINAYO, M. C. S.; FIRMO, J. O. A. Longevidade: bônus ou ônus? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, p.1, 2019.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de saúde pública**, v. 9, p. 237-248, 1993.

MINGOTI, S. A. Análise de dados através de métodos estatística multivariada: uma abordagem aplicada. In: **Análise de dados através de métodos estatística multivariada: uma abordagem aplicada**. p. 297, 2007.

MIRANDA, G. M. D. **Saúde e desigualdade: o desafio brasileiro em um cenário de transição demográfica, epidemiológica e mudanças sociais**. 2015. Tese de Doutorado. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães.

MONTE-MÓR, R. L. **Belo Horizonte: espaços e tempos em construção**. Coordenado por Roberto Luís Monte-Mór. Belo Horizonte: CEDEPLAS/PBH, 94 p. : il – Coleção BH 100 anos, 1994.

MONTEIRO, S. R. R. P. O marco conceitual da vulnerabilidade social. **Sociedade em Debate**, v. 17, n. 2, p. 29-40, 2011.

MOREIRA, J. C. **Qualidade de Vida de Idosos Residentes em Instituições de Longa Permanência no Município de Belo Horizonte**. Dissertação (Mestrado em Promoção de Saúde e Prevenção da Violência). Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2017.

NANYA, L. M. **Desenvolvimento de um instrumento para auditoria da caminhabilidade em áreas escolares**. Dissertação (Mestrado em Engenharia Urbana) Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2016.

NASCIMENTO, M. M. A velhice segundo Simone de Beauvoir: Considerações para uma gerontologia do envelhecimento. **Corpoconsciência**, p. 237-250, 2021.

NERI, A. **Memória e sociedade: lembranças de velhos**. São Paulo: Companhia das Letras, 2001.

NERI, A. L.; YASSUDA, M. S.; ARAÚJO, L. F.; EULÁLIO, M. do C.; CABRAL, B. E.; SIQUEIRA, M. E. C.; SANTOS, G. A.; MOURA, J. G. de A. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p.778-792, 2013.

NERI, A. L. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. **Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional**, p. 17-42, 2013.

NÓBREGA, P. R. da C. Revisão e aportes sobre a Geografia do Envelhecimento. **Revista Formação (online)**, v. 1; n. 24, p. 34-62, jan./abr. 2017.

NÓBREGA, P. R. da C. Envelhecimento, cotidiano e geografia: Algumas Reflexões. **Journal of Management and Primary Health Care**, v. 4, n. 2, p. 136-142, 2013.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde (UFU)**, v. 15, n. 32, p. 69-79, jun. 2019.

OLIVEIRA, E. A. M. **A imigração italiana e a organização operária em Belo Horizonte nas primeiras décadas do século XX**. Monografia (especialização em História) – faculdades integradas de Pedro Leopoldo, centro de Pós-graduação, Pedro Leopoldo, 93p., 2004.

OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, Nova Iorque, v. 49, n. 4, p. 509-538, out. 1971.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Brasil adota recomendações da OMS e lança estratégia para melhorar vida de idosos**. [Brasília, DF]: Nações Unidas Brasil, 4 abr. 2018. Disponível em: <https://brasil.un.org/pt-br/79590-brasil-adota-recomendacoes-da-oms-e-lanca-estrategia-para-melhorar-vida-de-idosos>. Acesso em: 28 ago. 2021.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento**. Madrid, Espanha. (Resolución 57/167), 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento**: Relatório da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. Viena, Áustria; 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Report on the 2nd WHO global forum on innovation for ageing populations**. Kobe, Japan: World Health Organization, 2015

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. [Genebra]: Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 20 de julho de 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Estado de desigualdade: saúde reprodutiva materna, neonatal e infantil: visualização interativa de dados de saúde**. Organização Mundial da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/health-equity/state-of-inequality/state-of-inequality-reproductive-maternal-new-born-and-child-health.pdf>. Acesso em: 24 de abril de 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Manual sobre monitorização das desigualdades na saúde: com especial enfoque nos países de baixo e médio rendimento**. Organização Mundial da Saúde, 2013. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default->

source/gho-documents/health-equity/handbook-on-health-inequality-monitoring/handbook-on-health-inequality-monitoring.pdf. Acesso em: 24 de abril de 2024.

PALLONI, A., PINTO-AGUIRRE, G., PELÁEZ, M. Demographic and health conditions of aging in Latin America and the Caribbean. **International Journal of Epidemiology**, v. 31, edição 4, p. 726-771, ago. 2002.

PEÑA, A.; MACHADO, A.; MUR, T.; SAIZA, M. Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras de pacientes dependientes. **Atencion primaria**, v. 50, n. 1, p. 66, 2018.

PINHO, B. A. T. D. **População e pobreza**: uma análise da Região Metropolitana de Belo Horizonte. Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Belo Horizonte, 2016. 266 p.

POPKIN, B. M.; CORVALAN, C.; GRUMMER-STRAWN, L. M. Dynamics of the double burden of malnutrition and the changing nutrition reality. **The Lancet**, [s. l.], v. 395, p. 65-74, dez. 2019.

REIS, C. B.; JESUS, R. S.; SILVA, C. S. O.; PINHO, L. Condições de saúde de idosos jovens e velhos. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 17, n. 1, p. 120-127, 2016.

REIS, M. C.; RAMOS, L. Escolaridade dos pais, desempenho no mercado de trabalho e desigualdade de rendimentos. **Revista Brasileira de Economia**, v. 65, pp. 177-205, 2011.

REZENDE, S., WAJNMAN, S., CARVALHO, J. A. M. D.,

HELLER, L. Integrando oferta e demanda de serviços de saneamento: análise hierárquica do panorama urbano brasileiro no ano 2000. **Engenharia sanitária e Ambiental**, v. 12, p. 90-101, 2007.

REYMÃO, A.E.; SABER, B.A. Acesso à água tratada e insuficiência de renda: duas dimensões do problema da pobreza no nordeste brasileiro sob a ótica dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio. **VII Encontro da Sociedade Brasileira de Economia Ecológica**. Fortaleza, 2007.

RIGOTTI, J. I. R.; MACHADO, C. J. Esperança de vida e causas de morte em Belo Horizonte e Região Metropolitana. In: X Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 1994, Caxambu. **Anais do X Congresso Nacional de Estudos Populacionais**. Belo Horizonte, v.4, p. 2017 – 2052, 1994.

RIOS-NETO, E.; MARTINE, G.; ALVES, J. E. D. Oportunidade perdidas e desafios críticos: a dinâmica demográfica brasileira e as políticas públicas. Belo Horizonte: **ABEP; UNFPA; CNPD**, 2009.

RODRIGUES, C. de S.; DIAS, M. A. de S. O Município de Belo Horizonte. In: FRICHE, Amélia Augusta de Lima et al (Org.). **Saúde Urbana em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: UFMG, p. 17-31, 2015.

RODRIGUES, D. E., CÉSAR, C. C., XAVIER, C. C., CAIAFFA, W. T., PROIETTI, F. A. The place where you live and self-rated health in a large urban area. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 246-256, 2015.

ROJAS, L. I. La diferenciación territorial de la salud en la recuperación de los contextos. In: BARCELLOS, C. (Org.) **A geografia e o contexto dos problemas de saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, p.87-106, 2008.

ROJAS, L. I. Geografia e saúde: o antigo, o novo e as dívidas. In: GURGEL, H.; BELLE, N. (Org.) **Geografia e Saúde: Teoria e Método na Atualidade**. Brasília: Universidade de Brasília, 2019.

ROJAS, L. I.; PÉREZ, O. E. Territorio y espacio en las desigualdades sociales de la provincia Ciudad de La Habana. **Revista Economía y Desarrollo**, v. 138, n. 2, 2019.

ROMA, C. M.; VIEIRA, A. B.; MOTA, A. A.; GUIMARÃES, R. B. (org.) **Geografia e saúde: conceitos, teorias e metodologias**. Dourados: UFGD, 275 p. 2020.

ROMERO, D. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 37, 31 mar. 2021.

ROMIO, J. A. F. Relações entre a violência de gênero e o racismo estrutural em tempos de pandemia. In: **População e desenvolvimento em debate [livro eletrônico]: impactos multidimensionais da pandemia da Covid-19 no Brasil**. -- 1. ed. -- Campinas, SP: Traço Publicações e Design: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2021.

ROSE, G.; MARMOT, M. Social class and coronary heart disease. **British Heart Journal**, v. 45, n. 1, p. 13-19, 1981.

ROSS, C. E.; MIROWSKY, J. Neighborhood disadvantage, disorder, and health. **Journal of health and social behavior**, p. 258-276, 2001.

SAFE, S. M. de S.; PEREIRA, D. B. Paisagem salutogênica: a cidade como abordagem da vida. Curitiba: **Anais 7º Congresso Internacional de arquitetura da paisagem**, et 02: Dimensão humana do projeto, do planejamento e da gestão da paisagem. 16p., 2024.

SALES, B. M. **Caracterização dos determinantes da exclusão sanitária dos domicílios rurais brasileiros**. Dissertação (Mestrado em Saneamento, meio ambiente e recursos hídricos), Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2018.

SALES, D. M.; SALES, B. M.; PEREIRA, D. B. O envelhecimento na cidade: condições socioeconômicas e disposição de serviços de promoção à saúde em Belo Horizonte (MG). In: X Encontro Nacional de Pós-Graduação em Geografia. **Anais do XIV Encontro Nacional de Pós-Graduação em Geografia**. Campina Grande: Realize Editora, p.1-20, 2021. Disponível em: <<https://www.editorarealize.com.br/index.php/artigo/visualizar/78038>>.

SANTOS NETO, A. B. dos. O discurso do envelhecimento da população como ideologia. **Argumentum**, Vitória, v. 5, n. 2, p. 216-234, jul./dez, 2013.

SANTOS, M. **A natureza do espaço: técnica e tempo, razão e emoção**. Edusp, 2002.

SANTOS, M. **Espaço e método**. São Paulo: Nobel, 1988.

SANTOS, M. P. A. dos et al. População negra e Covid-19: reflexões sobre racismo e saúde. **Estudos Avançados**, v. 34, n. 99, p. 225-244, ago. 2020.

SCHÜNEMANN, J.; STRULIK, H.; TRIMBORN, T. The gender gap in mortality: How much is explained by behavior?. **Journal of health economics**, v. 54, pp. 79-90, 2017.

SCHRAMM, J. M. A. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, out. 2004.

SHARKEY, Patrick. The intergenerational transmission of context. **American Journal of Sociology**, v. 113, n. 4, p. 931-969, 2008.

SILVA, A. A população negra e Covid-19: crises e conflitos pelo direito de respirar. In: **População e desenvolvimento em debate [livro eletrônico]: impactos multidimensionais da pandemia da Covid-19 no Brasil**. -- 1. ed. -- Campinas, SP: Traço Publicações e Design: Associação Brasileira de Estudos Populacionais, 2021.

SILVA, E. T. **Estrutura urbana e mobilidade espacial nas metrópoles**. Tese (doutorado) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, 2012.

SILVA, H.; MONTE-MOR, R. Transições demográficas, transição urbana, urbanização extensiva: um ensaio sobre diálogos possíveis. In: XVII ENCONTRO NACIONAL DE ESTUDOS POPULACIONAIS. Anais... Caxambu, 2010.

SILVA, N. M.; PORTES, F. A.; MONTEIRO, L. C. A. Cidade: Lugar de Envelhecer. **Interfaces Científicas-Humanas e Sociais**, v. 9, n. 2, p. 625-642, 2021.

SALVIATI, M. E. **Manual do Aplicativo Iramuteq**. Compilação, organização e notas. Versão 0.7 Alpha 2 e R Versão 3.2.3. Planaltina, março 2017.

SILVA, J. de S. **O que é favela, afinal?** – Rio de Janeiro: Observatório de Favelas do Rio de Janeiro, 2009.

SILVA, I. C. M. et al. Mensuração de desigualdades sociais em saúde: conceitos e abordagens metodológicas no contexto brasileiro. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 27, p. e000100017, 2018.

SOARES, B. R.; COSTA, N. M.; LIMA, S.C.; COSTA, E. M. **Construindo cidades saudáveis: utopias e práticas**. 1a. ed. Uberlândia: Assis Editora, 544 p. 2017.

SOUZA, M. L. **Os conceitos fundamentais da pesquisa sócio-espacial**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2013.

SORRE, M. Complexes pathogènes et géographie médicale. **Annales de Géographie**, n.235, p.1-18, jan. 1933.

SUISSE, Credit. Supertrends – One year on, The future now – Investing for the long term. 2017.

THERBORN, G. Os campos de extermínio da desigualdade. **Novos estudos CEBRAP**, p. 145-156, 2010.

THIOLLENT, Michel J. M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária**. 5ed. São Paulo: Polis, 1987.

TONUCCI FILHO, J.; FREITAS, D. M. Planejamento metropolitano e grandes projetos urbanos: concepção e descaminhos da política de novas centralidades na RMBH. **Cadernos Metrópole**, v. 22, p. 61-84, 2019.

TORRES, J.L.; BRAGA, L.S.; MOREIRA, B.S.; CASTRO, C. M. S.; VAZ, C. T.; ANDRADE, A. C. S.; ANDRADE, F.B.; LIMA-COSTA, M. F., CAIAFFA, W. T. Loneliness and social disconnectedness in the time of the pandemic period among Brazilians: evidence from the ELSI COVID-19 initiative. **Aging & Mental Health**. vol. 26, edição 5, p. 898-904, 2021.

VAZ, C. T, ANDRADE, A. C. S., PROIETTI, F.A., XAVIER, C.C., FRICHE, A. A. L., CAIAFFA, W.T. A multilevel model of life satisfaction among old people: individual characteristics and neighborhood physical disorder. **BMC Public Health**. v. 19 p . 1–12. 2019.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.

VERAS, R.P; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

VILLAÇA, F. **Espaço intra-urbano no Brasil**. São Paulo: Studio Nobel, 1998.

VILASANTI, V. S. e PACÍFICO, M. Corpo feminino, envelhecimento e Indústria Cultural: uma análise de propaganda à luz da Teoria Crítica. **Revista Mídia e Cotidiano**, 16(1), 179-200. <https://doi.org/10.22409/rmc.v16i1.51624> (Original Work published 19º de janeiro de 2022)

VITORINO, J. P. F. **Envelhecimento, trabalho e aposentadoria**: expectativas e planejamento para a vida pós-trabalho. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2017.

WONG, L. L. R. (coord.); CARVALHO, J. A. M.; CAMARGOS, M. C. S. **Diagnóstico sobre o envelhecimento da população do Município de Belo Horizonte**: relatório final. Belo Horizonte: Cedeplar; UFMG, 2017. 53 p. v. 1.

WONG, L. R.; CARVALHO, J. A. M. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: Sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos da População**, São Paulo, v.23, n.2, jul./dez. 2006.

ZANUTTO, D. M. L. e RIBEIRO, D. M. G. **Ageísmo e estereótipos da velhice**: a proteção à imagem na Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos e os reflexos no direito brasileiro. São Paulo: Ed. Dialética, 2022, e-book.

Outras referências

Filmes

O CURIOSO caso de Benjamin Button. Direção: David Fincher. Produção: Ceán Chaffin, Kathleen Kennedy, Frank Marshall. Intérpretes: Brad Pitt, Cate Blanchett, Tilda Swinton, Julia Ormond, Elle Fanning, Elias Koteas, Jason Flemyng, Patrick Holland, Spencer Daniels, Chandler Canterbury, Peter Donald Badalamenti II, David Jensen, Madisen Beaty, Charles Henry Wyson. Roteiro: Eric Roth. Warner Bros e Paramount Pictures, 2009. 1 DVD (159 min), color.

AMOR. Direção: Michael Haneke. Produção: Stefan Arndt, Veit Heiduschka, Michael Katz, Margaret Menegoz. Intérpretes: Jean-Louis Trintignant, Emmanuelle Riva, Isabelle Huppert, Alexandre Tharaud, William Shimell, Ramón Agirre, Rita Blanco, Carole Franck, Dinara Droukarova, Laurent Capelluto, Jean-Michel Monroc, Suzanne Schmidt, Walid Afkir, Damien Jouillerot. Roteiro: Michael Haneke. Imovision, 2013. 1 DVD (127 min), color.

QUANTOS dias, quantas noites. Direção: Cacau Rhoden. Produção: Luana Lobo, Mariana Oliva, Marcos Nisti, Estela Renner, Ana Lucia de Mattos Barreto Villela. Participação: Alexandre Kalache, Sueli Carneiro, Ana Claudia Arantes, Mona Rikumbi, Ana Michelle Soares, Tom Almeida, Mórris Litvak e Alexandre Silva. Maria Farinha Filmes, 2023, (90min), color.

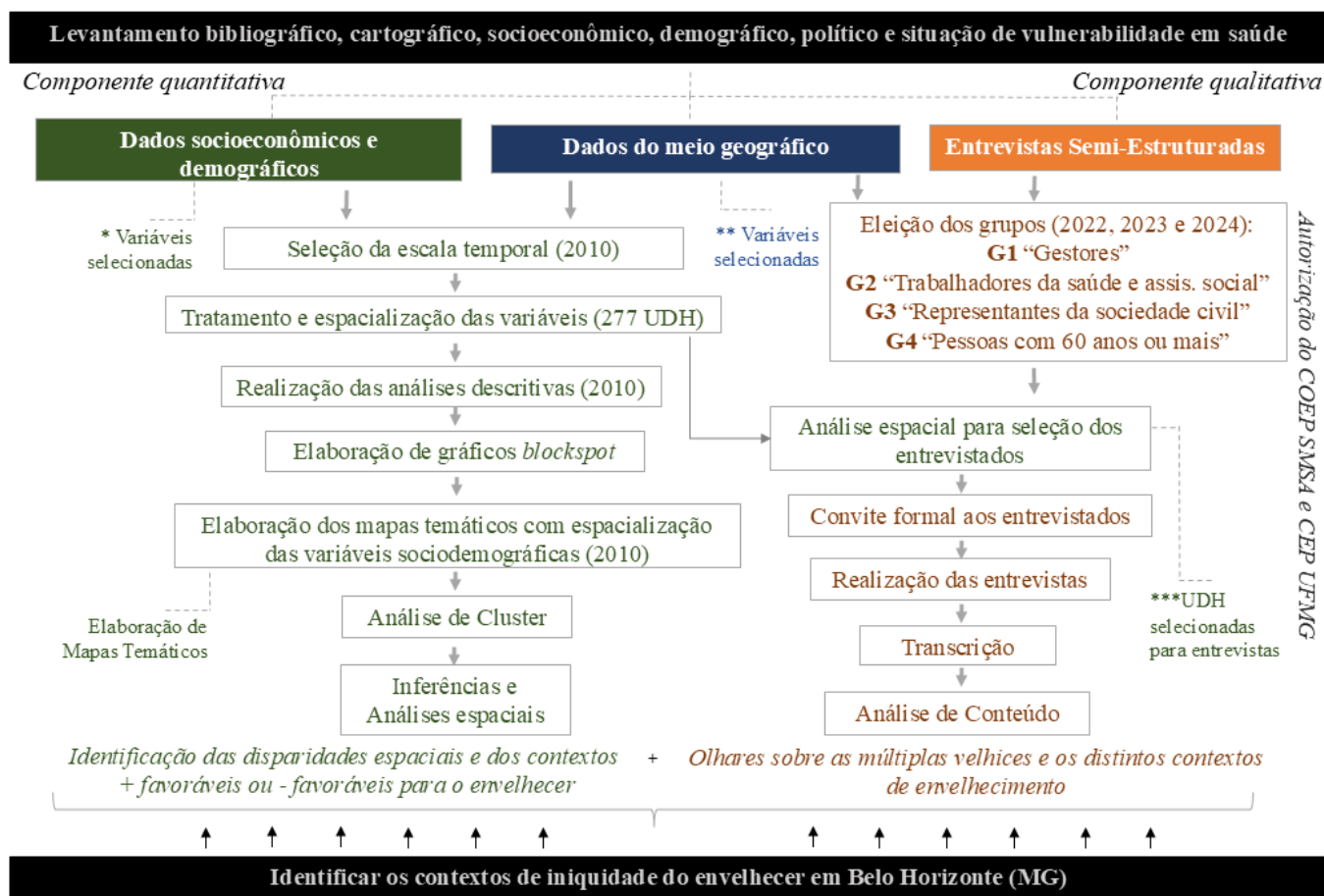
Música

MAYRA ANDRADE. Tenpú ki bai.: Lovely Difficult, 2013. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=CtrqHN7gnKg> Acessado em: 09 de fevereiro de 2023.

Podcast

Histórias Soterradas: Um Passeio Identitário Pelo Largo do Rosário [Locução de]: Robert de Andrade. Local: Belo Horizonte, 2022 e 2023. Podcast. Disponível em: <https://open.spotify.com/show/7lx0bLiAehJPZRfVvz3RKu?si=AhVAubywSPi0haqxXZQCLw/>. Acesso em: 10 de fevereiro de 2024.

APÊNDICE A - Fluxograma da metodologia aplicada



Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

***Variáveis selecionadas:**

(1) renda per capita média, (2) taxa de analfabetismo da população de 25 anos ou mais de idade, (3) percentual da população de 25 anos ou mais com ensino superior completo, (4) percentual da população que vive em domicílios com densidade superior a 2 pessoas por dormitório, (5) percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos, (6) percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e que gastam mais de uma hora até o trabalho no total de pessoas ocupadas, vulneráveis e que retornam diariamente do trabalho, (7) taxa de envelhecimento, (8) densidade demográfica, (9) razão de dependência, e (10) esperança de vida ao nascer.

**** Variáveis de contexto/meio geográfico:**

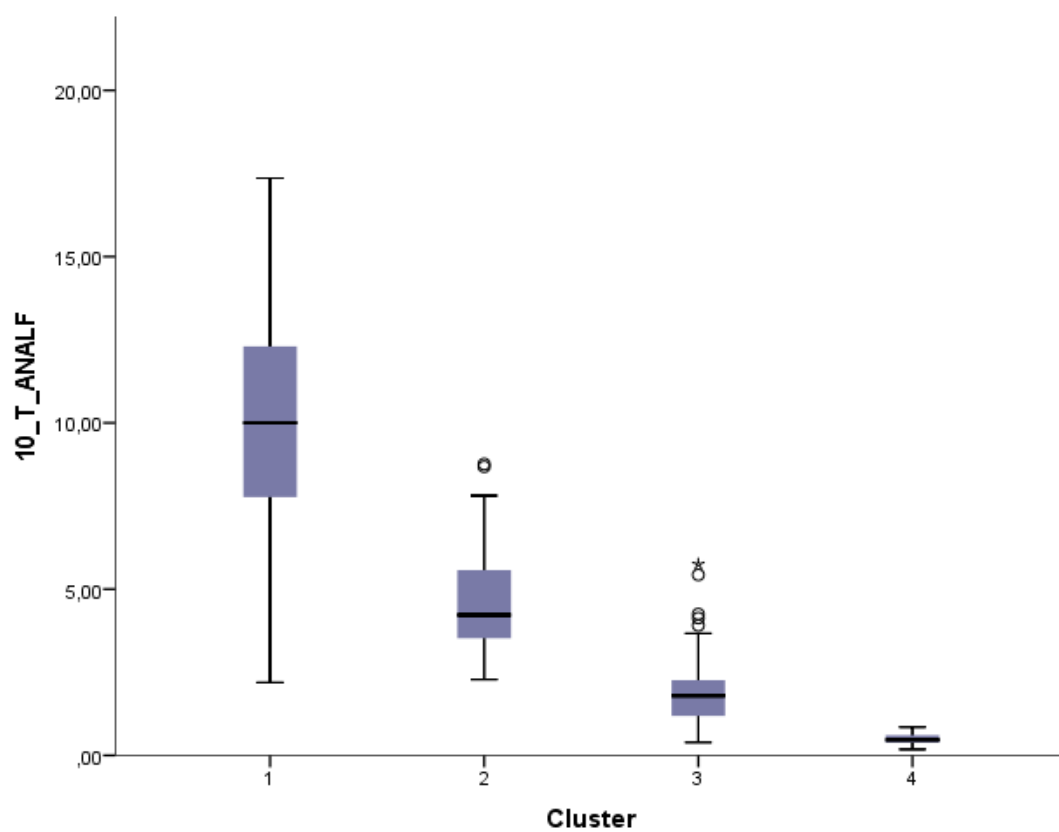
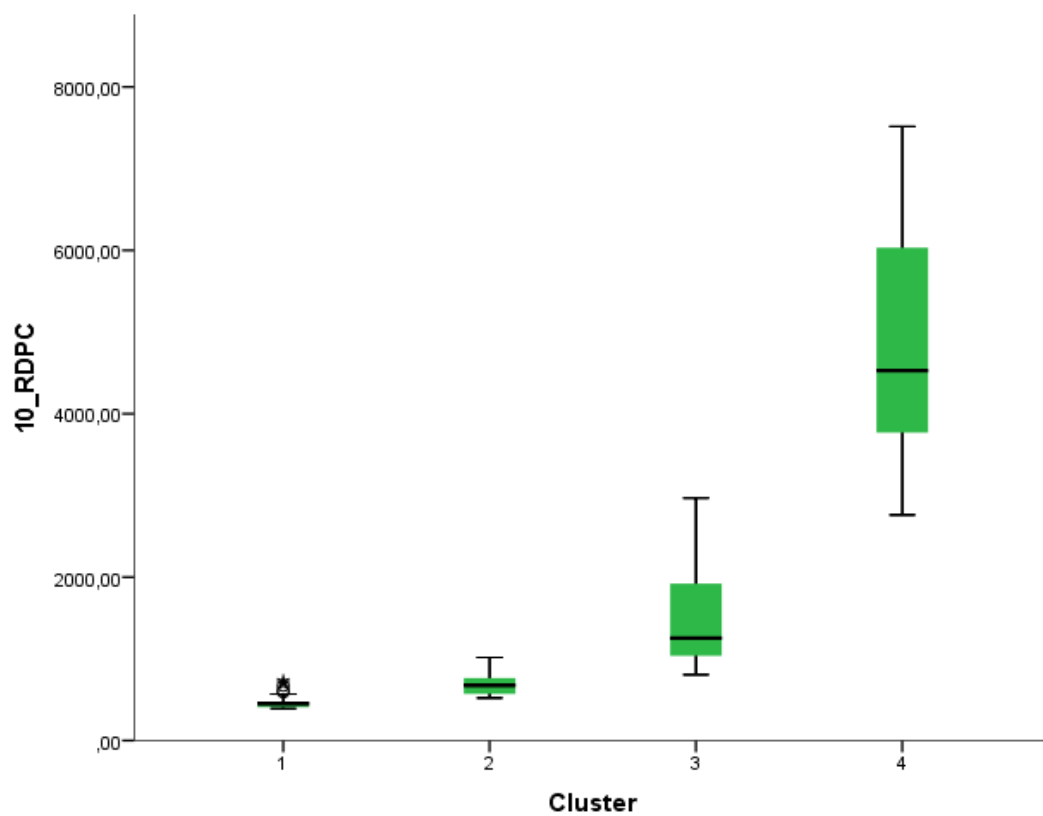
(1) academia_cidade, (2) area_abrangencia_saude, (3) centro_saude, vila_favela, (4) aeis_2, (5) conjunto_habitacional, (6) comunidade_quilombola, (7) cpri_bh, (8) equip_cevae, (9)

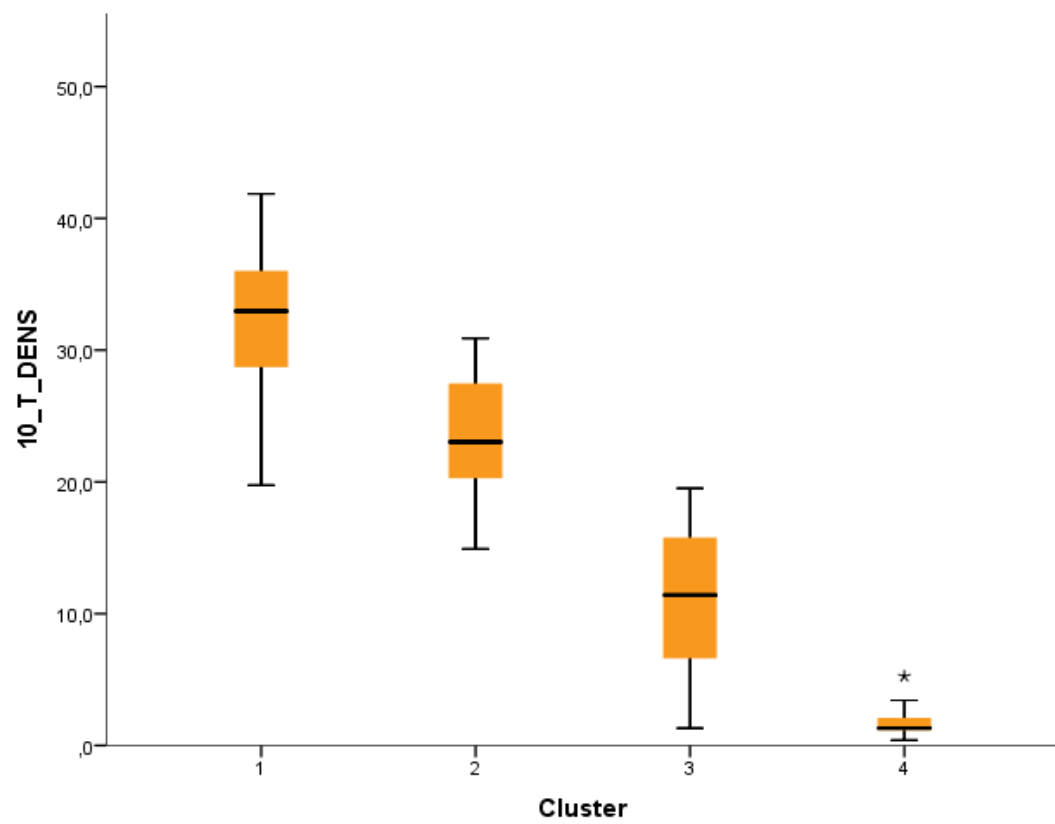
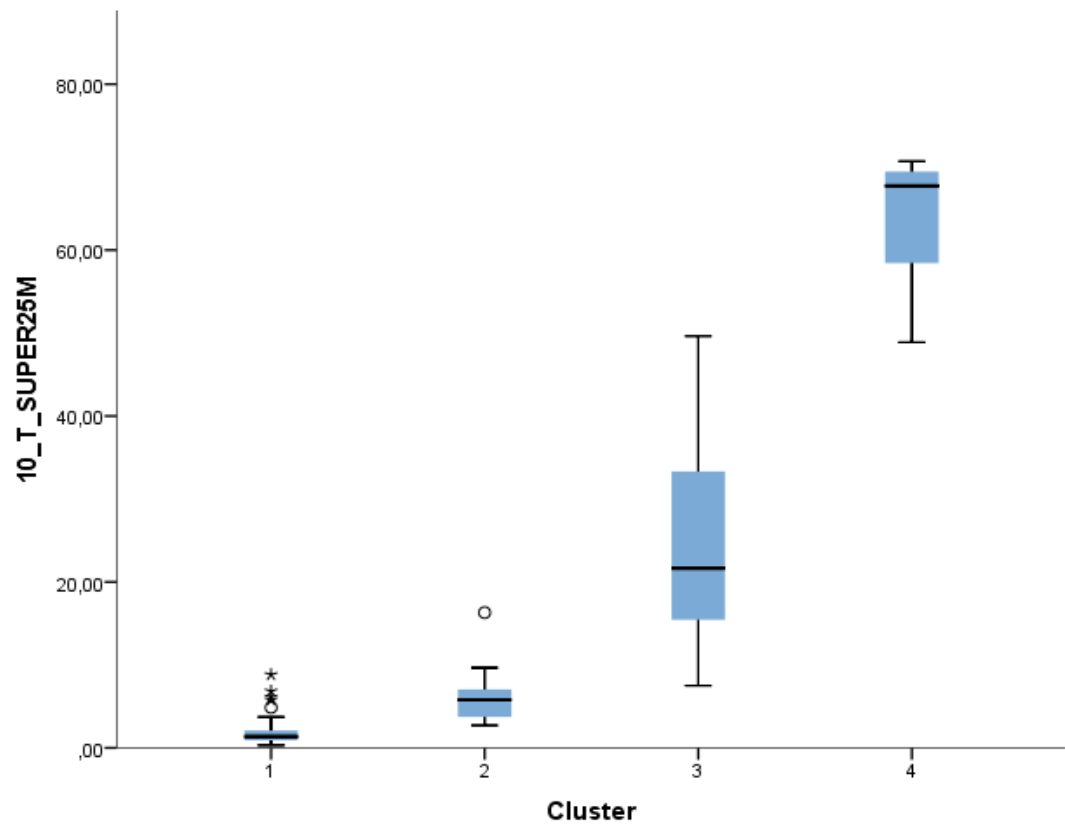
distrito_sanitario, (10) regionais, (11) equip_saude, (12) equip_saude, (13) equipamento_cras, (14) equipamentos_culturais, (15) metro, (16) municipio_rmbh, (17) mancha_urbana1918, 1935, 1950, 1977, 1999, 2007 e 2018, (18) parque_municipal, (19) praca, (20) territorio_cras, (21) unidade_pronto_atendimento, (22) ivs_2012, (23) unidades_conservacao, (24) areas verdes relevantes, (25) ilpi, (26) principais vias, (28) declividade do trecho, (29) centralidades regionais, (30) escadarias e (27) mdt.

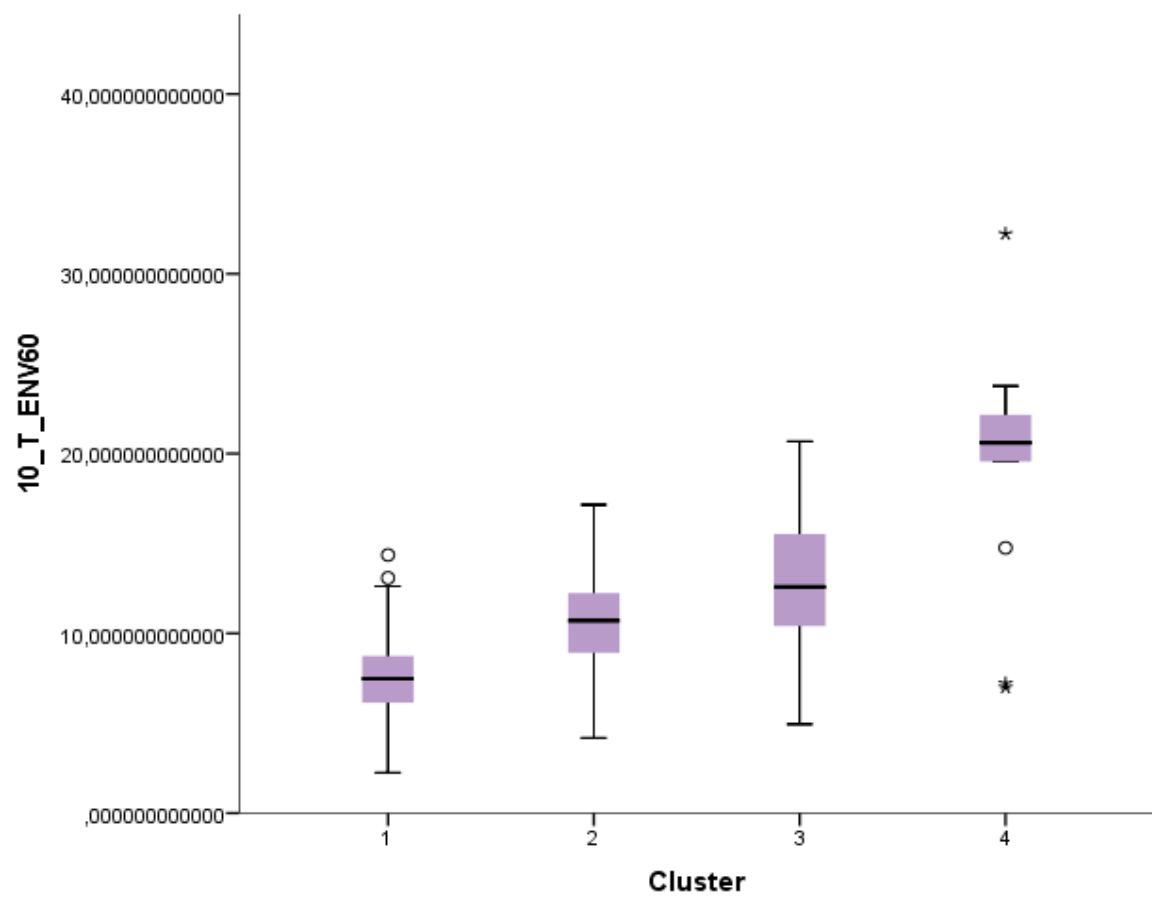
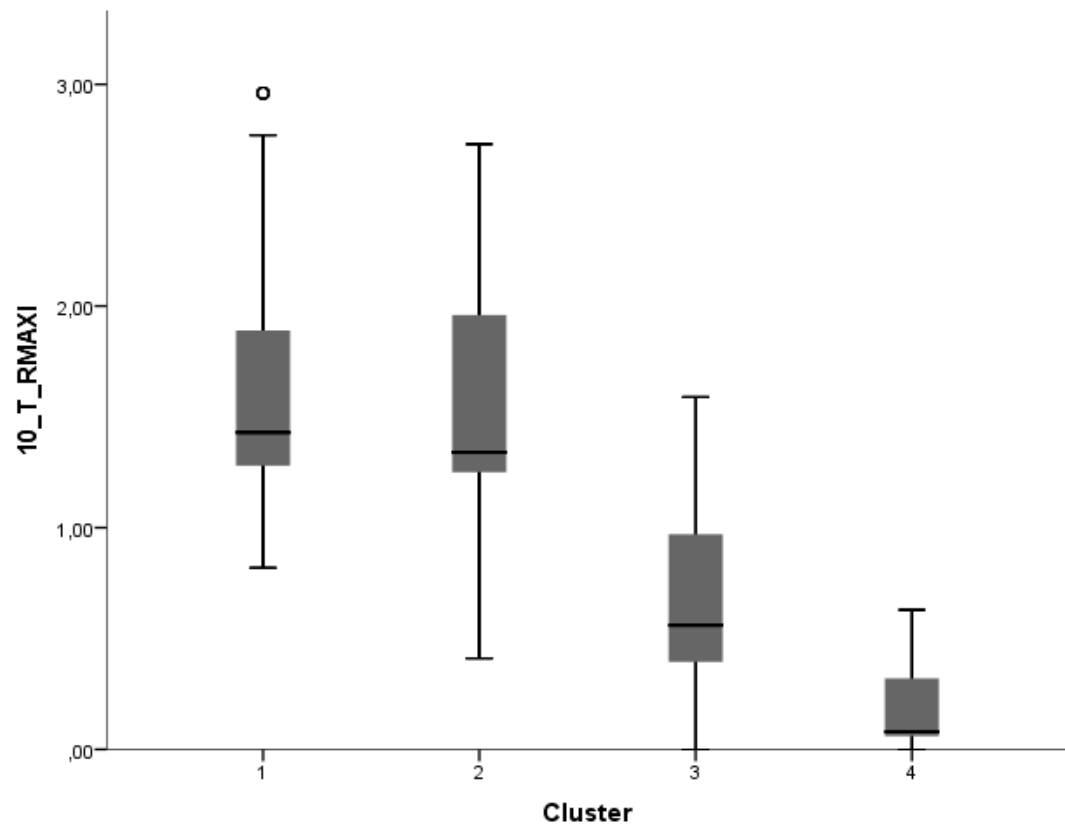
*****UDH selecionadas para entrevistas**

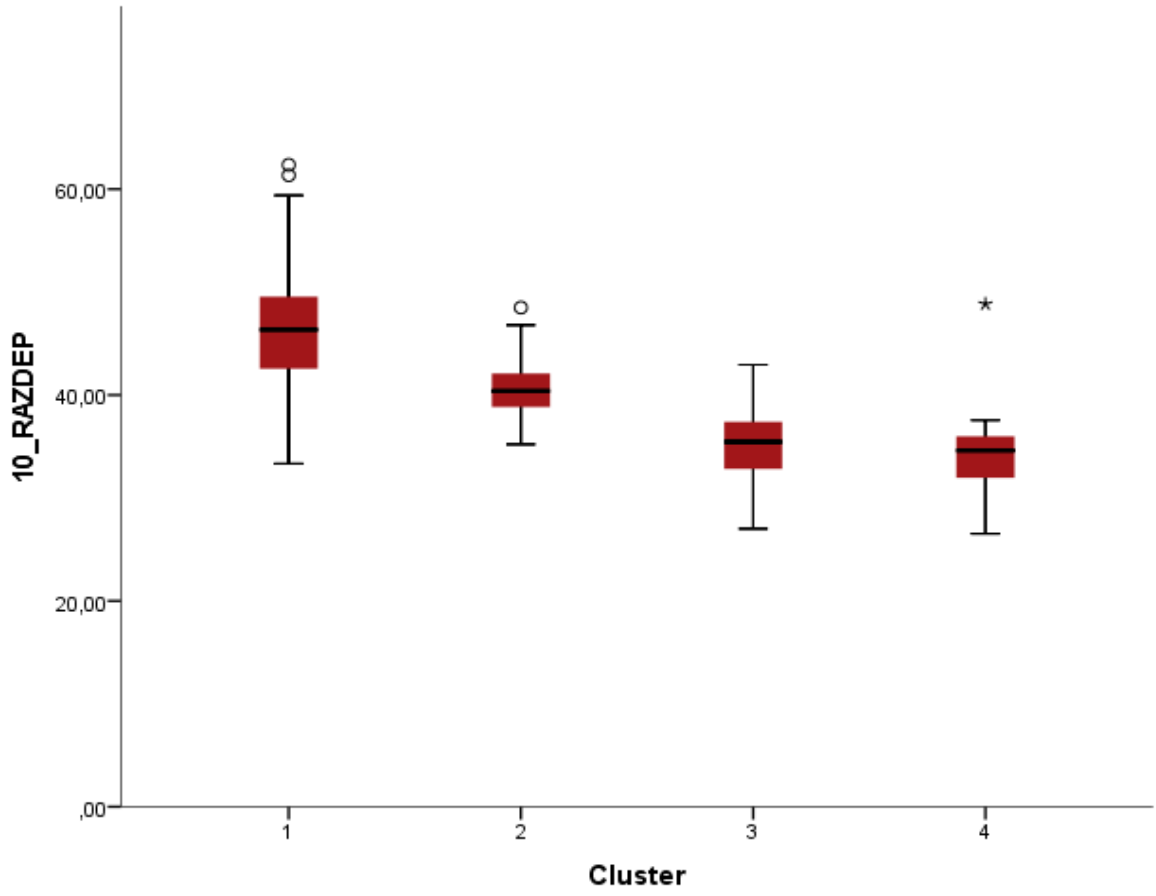
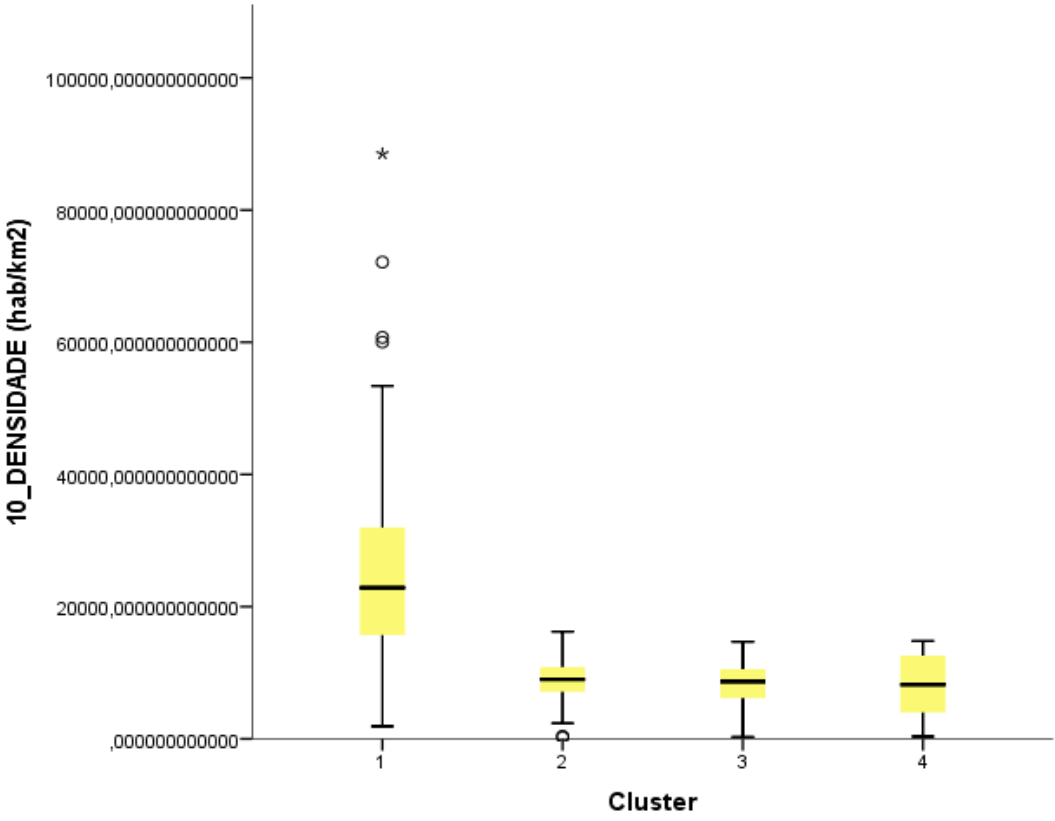
Buscou-se eleger pessoas representantes dos 4 grupos nas 9 regionais da cidade, entre cidade formal, vilas e favelas, ocupações e quilombos urbanos.

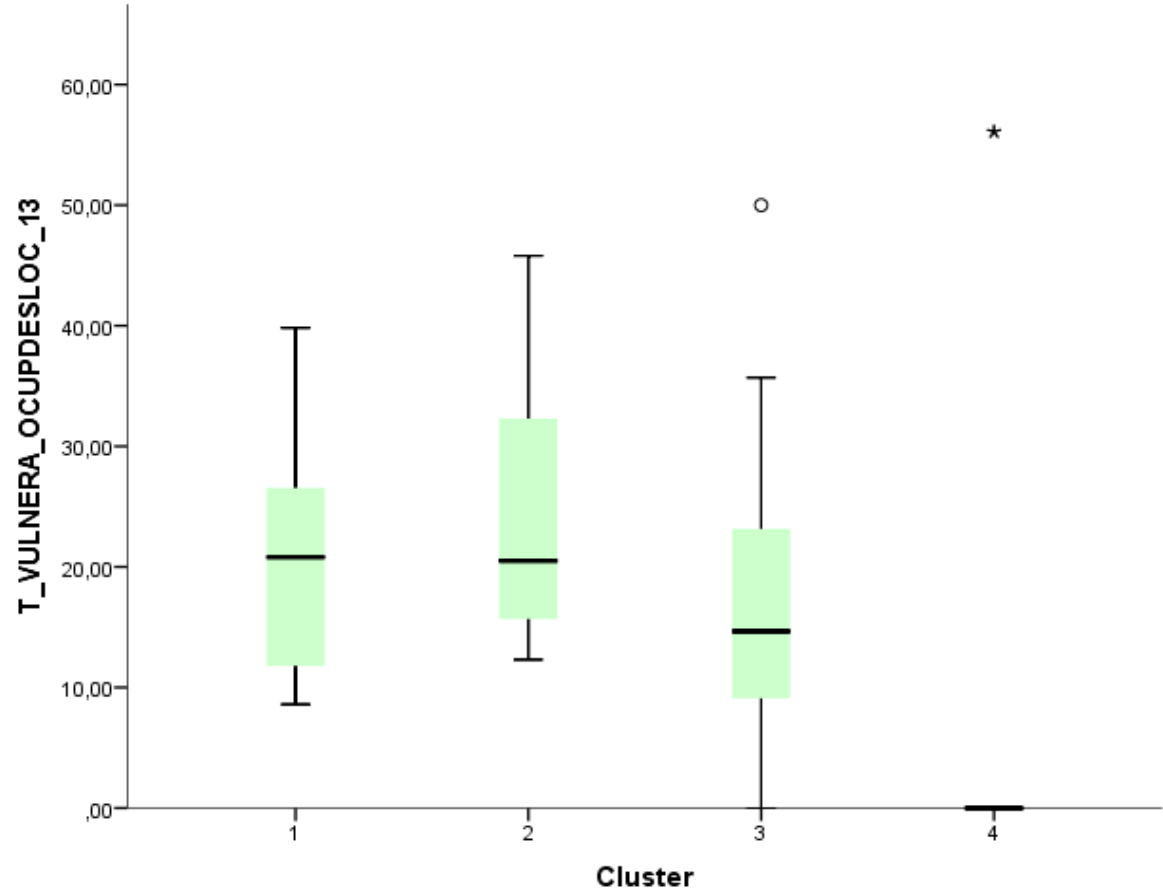
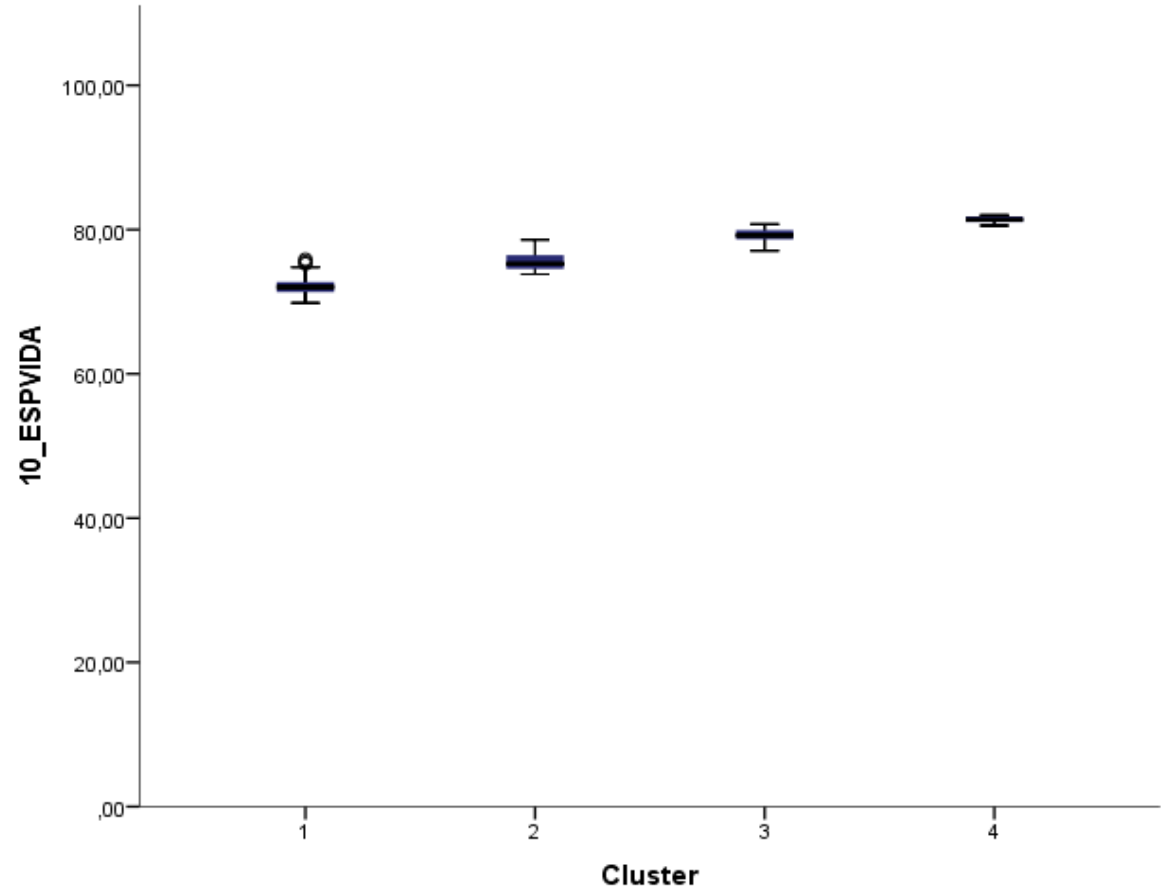
APÊNDICE B - Gráficos de *boxplot* para as dez variáveis da componente quantitativa na análise de Cluster











APÊNDICE C - Roteiros de entrevistas para os Grupos 01, 02 e 03

Universidade Federal de Minas Gerais
Instituto de Geociências
Programa de Pós-Graduação em Geografia

Discente: Denise Marques Sales

Área de concentração: Organização do Espaço

Linha de pesquisa: Produção do espaço, ecologia política, cultura, educação em geografia

Orientadora: Profa. Dra. Doralice Barros Pereira

Título da Pesquisa: “Mosaicos da vida urbana: Envelhecer (es) em Belo Horizonte e suas iniquidades intraurbanas”

Roteiro de Entrevista

Grupo 01: “Gestores Municipais” ()

Grupo 2 “Trabalhadores municipais da saúde e assistência social” ()

Grupo 3 “Representantes da sociedade civil” ()

Bloco I - Características Sociodemográficas

Nome completo: _____ **Data:** ____/____/____

Endereço da entrevista: _____

1) Idade: _____

2) Gênero:

0.() feminino 1.() masculino 3.() outro/ qual? _____ 4. () Prefiro não dizer

3) Como você se auto-declara quanto à sua raça/cor:

0.() branca 1.() parda 2.() preta 3.() amarela 4.() indígena

4) Grau de escolaridade:

0. () sem escolarização 1. () ensino fundamental incompleto

3. () ensino fundamental completo 4. () ensino médio incompleto

5. () ensino médio completo 6. () graduação 7. () especialização

8. () mestrado 9. () doutorado 10. () outro

Área de formação _____

5) Ocupação atual: _____

6) Atua/atuou há quanto tempo nesse cargo/função?: _____

7) Atua/atuou há quanto tempo nessa secretaria? : _____

8) Fale-me um pouco sobre a sua atuação

Bloco II – Reflexões sobre a temática

1 - Na sua percepção, o que é viver com saúde?

2 - Pensando na sua experiência e na experiência das pessoas que conhece, o que é envelhecer?

3 - Na sua vivência, como é envelhecer na cidade de Belo Horizonte? Por quê?

Bloco III – Gestão, Serviços e Demandas

4 - Na sua área de atuação, quais as principais demandas realizadas pelos idosos?

5 - Quando você pensa em políticas públicas e serviços voltados para as pessoas idosas, o que você acha que precisaria ser feito? (oferta/acesso/desigualdades/iniquidades)

Bloco IV - Aprofundamento na Temática

6 - Para além da saúde, quais outros fatores você acredita que impactam no envelhecimento das pessoas? (Infraestrutura urbana, mobilidade, segurança alimentar, local de moradia, fatores socioeconômicos)

7 - Qual deles você entende ter maior importância para a depreciação da condição do envelhecimento? Por quê?

8 – O que você acha que precisa melhorar?

Bloco V – Contexto Pandêmico (Covid-19)

9 – Houve alguma estratégia pensada para a população de 60 anos ou mais, no período da pandemia da Covid-19?

10 - Quais as estratégias atenderam essa população durante a pandemia da Covid 19?

Bloco VI - Expansão do Tema

11 – Você planeja o seu envelhecimento? Como?

12 - Você gostaria de acrescentar outras informações nessa colaboração?

13 - Você gostaria de indicar outras pessoas com as quais podemos conversar?

APÊNDICE D - Roteiros de entrevistas para o Grupo 04

Universidade Federal de Minas Gerais Instituto de Geociências Programa de Pós-Graduação em Geografia

Discente: Denise Marques Sales

Área de concentração: Organização do Espaço

Linha de pesquisa: Produção do espaço, ecologia política, cultura, educação em geografia

Orientadora: Profa. Dra. Doralice Barros Pereira

Título da Pesquisa: “Mosaicos da vida urbana: Envelhecer (es) em Belo Horizonte e suas iniquidades intraurbanas”

Roteiro de Entrevista

Grupo 04 “Pessoas com 60 anos e mais”

Bloco I - Características Sociodemográficas

Nome completo:

Data: ____/____/____

Endereço de moradia:

1) Idade: **Data de nascimento:** ____/____/____ **Local de nascimento:**

2) Gênero:

0.() feminino 1.() masculino 3.() outro/ qual?_____ 4. () Prefiro não dizer

3) Como o sr. (a) se auto-declara quanto à sua raça/cor:

0.() branca 1.() parda 2.() preta 3.() amarela 4.() indígena

4) Situação Conjugal:

0.() solteiro (a) 1.() casado (a) () separado (a)/desquitado (a)/ divorciado(a)

2.() viúvo (a) 3.() moro com companheiro (a)/união estável 4. Outro_____

5) Tem filhos:

0.() não 1.() sim Se sim, quantos: _____

6) Grau de escolaridade:

0. () Não sabe ler nem escrever/nunca estudou

1. () Primário completo 2. () Primário incompleto 3. () Ginásio completo

4. () Colegial completo (normal, científico, clássico, técnico de nível médio, fez madureza)

5. () Curso Superior 6. () outro 7. () Não soube responder

7) Em qual bairro de Belo Horizonte o(a) sr(a) mora?

8) Há quanto tempo mora nesse lugar?

9) Sempre morou nesse bairro? () sim () não

10) Em caso negativo, qual foi o motivo que te levou à mudança?

11) Atualmente onde e como você mora?

0. () em casa ou apartamento, sozinho

1. () em casa ou apartamento, com cônjuge e/ou filhos

2. () instituição de longa permanência

3. () morador (a) de rua

12) Quantas pessoas moram com você na mesma casa/lote?

13) O(a) senhor(a) trabalha?

0. () sim 1. () não

14) Seu trabalho é remunerado? 0. () sim 1. () não

15) Qual é/foi a sua profissão? _____

16) No que você trabalha atualmente? _____

17) Por que continua a trabalhar?

18) Qual sua renda aproximada? (Salário-mínimo R\$1.212,00)

() até um salário mínimo (até R\$1.212,00)

() entre 1 e 3 salários mínimos (R\$1.212,00 a R\$3.636,00)

() entre 4 e 5 salários mínimos (R\$ 4.848,00 a R\$6.060,00)

() acima de 6 salários mínimos (acima de R\$7.272,00)

19) Essa renda é só do trabalho ou de alguma outra fonte?

Bloco II – Reflexões sobre a temática

1 - Na sua percepção, o que é viver com saúde?

2 - Pensando na sua experiência e na experiência das pessoas que conhece, o que é envelhecer?

3 – Em algum momento o(a) senhor(a) já se pegou pensando: “opah, acho que agora estou envelhecendo”? Me conte um pouco sobre isso.

4 – Aconteceu na sua vida, algum fato/evento que impactou sua condição atual de envelhecimento?

5- Se sim, pode me contar um pouco sobre isso?

6 – O que mudou em sua vida a partir dos 60 anos?

7 – Na sua vivência, como é envelhecer na cidade de Belo Horizonte? Por quê?

Bloco III – Gestão, Serviços e Demandas

8 – Quando você tem algum problema de saúde, você busca atendimento? Onde?

9 – Se não, por quê?

10 – Atualmente, quando você vai a esses locais o que você geralmente procura?

11 – Qual é a sua opinião quanto ao que é ofertado?

12 - Você acessa ou já acessou o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (Ex.: Centro de Referência de Assistência Social [CRAS], CAD único, solicitar a carteira de gratuidade em ônibus, programa da prefeitura etc.?)

13 – Para quais demandas?

14 - Em termos de políticas públicas para quais áreas você acredita que existem maiores demandas?

15 - Quando você pensa em políticas públicas e serviços voltados para as pessoas idosas, o que você acha que precisaria ser feito? (oferta/acesso/desigualdades/iniquidades)

Bloco IV - Aprofundamento na Temática

16 - Para além da saúde, quais outros fatores você acredita que impactam no envelhecimento das pessoas? (Infraestrutura urbana, mobilidade, segurança alimentar, local de moradia, fatores socioeconômicos)

17 - Qual deles você acredita ter maior importância para a depreciação da condição do envelhecimento? Por que?

18 – O que precisa melhorar?

Bloco V – Contexto Pandêmico (Covid-19)

19 - Quais foram as mudanças que o contexto de pandemia da Covid-19 trouxe para a sua vida?

Bloco VI - Expansão do Tema

20 – Você planejou o seu envelhecimento? Como?

21 - Você gostaria de acrescentar outras informações nessa colaboração?

22 - Você gostaria de indicar outras pessoas com quem eu possa conversar?

APÊNDICE E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa de doutorado intitulada “Mosaicos da vida urbana: Envelhecer (es) em Belo Horizonte e suas iniquidades intraurbanas”, desenvolvida pela doutoranda Denise Marques Sales, sob a orientação da Profa. Dra. Doralice Barros Pereira/Instituto de Geociências (IGC) do Programa de Pós-Graduação em Geografia/UFGM.

Esta pesquisa tem como objetivo “identificar as diferentes condições de envelhecimento, da população com 60 anos ou mais, na cidade de Belo Horizonte (MG)”. Assim, os aspectos de natureza socioeconômica, demográfica, geográfica, de saúde e assistência social, ao nível de agregação territorial das Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH) serão verificados por poderem proporcionar várias condições de envelhecimento e contextos de iniquidade intraurbana a partir das narrativas de quatro grupos (- os gestores; - os trabalhadores da saúde/assistência social; - os representantes da sociedade civil; e, - as pessoas com 60 anos ou mais) sobre as distintas maneiras de envelhecer em Belo Horizonte (MG). Pretendemos entender as relações com os sistemas de saúde, os locais onde eles trabalham/vivem e circulam. Para isso, a seleção dos sujeitos entrevistados será feita em 30 UDH com as maiores, médias e menores taxas de pessoas com 60 anos ou mais. Para os critérios de inclusão dos gestores e os representantes da sociedade civil (esses irão responder pelo município como um todo e que estejam envolvidos com as temáticas da pesquisa), os trabalhadores da saúde/assistência social (que atuam nessas UDH) e as pessoas com 60 anos ou mais (moradoras das UDH, que têm 60 anos ou mais e condições cognitivas adequadas para responder às perguntas). A metodologia de análise reunirá todas as respostas que serão estudadas a partir da análise de conteúdo proposta por BARDIN (1997).

Esclareço que toda participação em entrevistas pode gerar o risco de constrangimento ao entrevistado havendo liberdade dele recusar e de desistência em qualquer momento. Nessa pesquisa, outros riscos são desconhecidos, pois as perguntas se referem às práticas profissionais e aspectos da condição de vida e saúde de modo geral, mas caso o(a) sr. (a) se sentir desconfortável com alguma questão, poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade ou eventuais danos decorrentes da pesquisa. Considerando o teor da participação na pesquisa, não haverá ressarcimento financeiro, nem necessidade de indenização. Seu anonimato e seus dados pessoais serão preservados, assegurando o sigilo de sua participação. Os dados obtidos e as gravações serão confidenciais e ficarão armazenados por 5 anos aos cuidados da pesquisadora. As informações repassadas pelo(a) sr. (a) somente serão tornadas públicas nos meios acadêmicos e científicos através de pseudônimos.

Sua participação não é obrigatória nesta pesquisa, nem remunerada e sem gasto financeiro. Ela consistirá em responder verbalmente a um roteiro de perguntas. Suas respostas serão transcritas e lidas para você ao final da entrevista. A duração de sua participação é de aproximadamente 50 minutos. O tempo poderá ser reduzido ou ampliado conforme sua disponibilidade e interesse.

Caso você esteja de acordo, favor assinar no final deste documento, cuja 2ª via que ficará sob sua guarda. A qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento.

O sr. (a) poderá ser contactado, em caso de dúvidas de aspecto ético, pelo CEP/UFMG, localizado à Av. Presidente Antônio Carlos, 6627, Pampulha - Belo Horizonte - MG - CEP 31.270-901 Unidade Administrativa II - 2º Andar - Sala: 2005, Telefone: (031) 3409-4592 - E-mail: coep@prpq.ufmg.br. Horário de atendimento: 09h às 11h e de 14h às 16h. Poderá também ser contactado pelo CEP/SMSA localizado à Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02, Padre Eustáquio – Belo Horizonte/MG - CEP 30.130-007 - BH/MG - Telefone: (31) 3277-5309 E-mail: coep@pbh.gov.br. Os contatos da pesquisadora responsável são: 9 8477-5882 (Celular/ *WhatsApp*) e denise.marques.sales@gmail.com (e-mail). Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e:

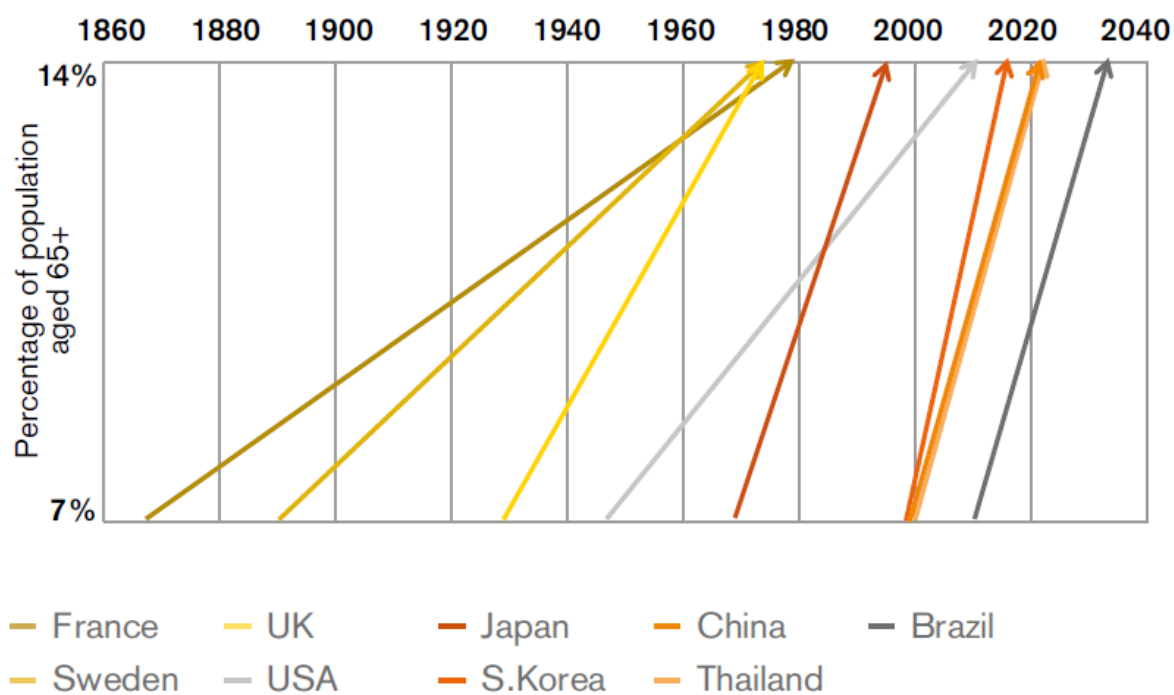
Autorizo a utilizar minhas respostas somente para finalidade acadêmica	
Autorizo a gravar a entrevista para fins acadêmicos	

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora

Belo Horizonte, ____ de _____ de 202__.

ANEXO I - VELOCIDADE DO ENVELHECIMENTO POPULACIONAL EM PAÍSES SELECIONADOS



Fonte: Credit Suisse, 2017.

**ANEXO II - INDICADORES SELECIONADOS EM CADA UMA DAS
DIMENSÕES, IVS (2012)**

Dimensão	Indicador
<i>Saneamento</i>	Percentual de domicílios particulares permanentes com abastecimento de água inadequado ou ausente.
	Percentual de domicílios particulares permanentes com esgotamento sanitário inadequado ou ausente.
	Percentual de domicílios particulares permanentes com destino do lixo de forma inadequada ou ausente.
<i>Socioeconômica</i>	Razão de moradores por domicílio.
	Percentual de pessoas analfabetas.
	Percentual de domicílios particulares com rendimento <i>per capita</i> até ½ SM.
	Rendimento nominal mensal médio das pessoas responsáveis (invertido).
	Percentual de pessoas de raça/cor preta, parda e indígena.

Fonte: SMSA (2012)

ANEXO III - TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMSA-BH)



TERMO DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL

Declaramos conhecer o projeto de pesquisa 'Envelhecer(es) em Belo Horizonte: Diferenças Intraurbanas Socioeconômicas, Ambientais e de Acesso à Assistência Social e Saúde', sob a responsabilidade da pesquisadora **Doralice Barros Pereira**, CPF 578.455.306-20, cujo objetivo é 'identificar as diferentes condições de envelhecimento, da população com 60 anos ou mais, na cidade de Belo Horizonte (MG)' e autorizamos que este estudo seja executado nas Unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte – SMSA-BH.

Esta autorização foi subsidiada por uma apreciação institucional das gerências responsáveis pela temática da pesquisa e está condicionada ao cumprimento pelos (a/o) pesquisadores (a/o) dos requisitos das Resoluções 466/12, 510/16 e suas complementares.

A SMSA-BH deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Solicitamos que, ao término da pesquisa, a data da apresentação do trabalho seja informada à Assessoria de Educação em Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, assim como a referência do mesmo, em caso de publicação.

A utilização dos dados pessoais dos sujeitos da pesquisa se dará exclusivamente para os fins científicos propostos, mantendo o sigilo e garantindo a utilização das informações sem prejuízo das pessoas, grupos e ou comunidades.

O início do estudo dependerá de sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA de BH. Os documentos apresentados para fins de autorização deste TAI, deverão estar em coerência com os protocolos inseridos na Plataforma Brasil para submissão ao CEP da SMSA de BH.

Este Termo de Anuência terá validade de 24 (vinte e quatro) meses, a partir de sua assinatura.

Belo Horizonte, 01 de novembro de 2022


Edmundo Gustavo C. de Araújo
BM 109.972-X
Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
DIAS/SUASA/SMSA/BH

Edmundo Gustavo Cipriano de Araújo
Gerência de Integração do Cuidado à Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA


Janaína de Souza Aredes
BM 312.148-6
Assessora de Educação em Saúde
ASEDS-SA/SMSA-BH

Janaína de Souza Aredes – BM 312.148
Assessoria de Educação em Saúde
Secretaria Municipal de Saúde/SMSA

ANEXO IV - CARTA DE ANUÊNCIA INSTITUCIONAL DA SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUASS/BH)



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

CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos, para os devidos fins, que a Subsecretaria de Assistência Social (SUASS) autoriza Doralice Barros Pereira a desenvolver, em seu âmbito institucional, o projeto de pesquisa “Envelhecer (es) em Belo Horizonte: Diferenças Intraurbanas Socioeconômicas, Ambientais e de Acesso à Assistência Social e Saúde”.

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

Antes de iniciar a pesquisa de campo e a coleta de dados prevista no projeto, a pesquisadora deverá apresentar à Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente, da Diretoria de Gestão do SUAS, o parecer consubstanciado – devidamente aprovado – emitido por Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos credenciado pelo Sistema CEP/CONEP. O envio das informações sobre a aprovação do projeto no Comitê de Ética será de responsabilidade da pesquisadora interessada.

A SUASS deverá constar como coparticipante da pesquisa.

Belo Horizonte, 19 de janeiro de 2023.

Gerência de Gestão do Trabalho e Educação Permanente
Maria Aline Gomes Barboza – BM 105.896-5

Portal da Assinatura - PBH

2 página(s) assinada(s) - Datas e horários baseados em Brasília, BR

Certificado de assinaturas gerado em Quinta-feira, 19 de Janeiro de 2023 às 16:24

Documento assinado eletronicamente, de acordo com Decreto 17.710 de 13 de Setembro de 2021

Carta de Anuência Denise Sales.pdf

Documento assinado digitalmente, por assinatura simples, em Quinta-feira, 19 de Janeiro de 2023 às 16:25
Assinante: MARIA ALINE GOMES BARBOZA Matrícula: PR105898
Hash da assinatura: 90BD157F4E960E1340F7C8310781674166304124 Para validar utilize o QR Code ao lado.



ANEXO V - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP UFMG

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Envelhecer(es) em Belo Horizonte: Diferenças Intraurbanas Socioeconômicas, Ambientais e de Acesso à Assistência Social e Saúde

Pesquisador: Doralice Barros Pereira

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 60209822.5.0000.5149

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 6.683.255

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma pesquisa de doutorado, que, segundo as pesquisadoras, buscará identificar diferentes condições de envelhecimento na cidade de Belo Horizonte (MG), será adotada como escala espacial: os 277 territórios das Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). Como escala temporal adotaremos quatro momentos no tempo, ou seja, 2010 (último censo demográfico), 2019 (pré-pandêmico) para os dados secundários e 2022 e 2023 (realização das entrevistas). Para o cumprimento dos objetivos da pesquisa, a abordagem será dividida em uma parte qualitativa e outra parte quantitativa a serem entrecruzadas. Para a etapa quantitativa, análises estatísticas serão realizadas envolvendo características socioeconômicas, demográficas, geográficas, de saúde e assistência social, da população com 60 anos ou mais, com o nível de agregação territorial das UDH. A etapa qualitativa será realizada mediante entrevistas semiestruturadas, as percepções de quatro grupos de interlocutores - gestores, trabalhadores da saúde e assistência social, representantes da sociedade civil e pessoas com 60 anos ou mais - quanto ao envelhecer na cidade de Belo Horizonte.

Objetivo da Pesquisa:**OBJETIVO GERAL**

Analisar a distribuição de idosos na cidade de Belo Horizonte (MG) e entender os cenários de envelhecimento conforme fatores sociais, econômicos e contextuais.

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Página 01 de 04

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.683.255

OBJETIVO ESPECÍFICOS

1. Descrever e espacializar a população de 60 anos ou mais, conforme de dados demográficos, socioeconômicos, meio geográfico e local de moradia;
2. Conhecer e analisar as narrativas que quatro grupos, os gestores, trabalhadores da saúde/assistência social, representantes da sociedade civil e as pessoas com 60 anos ou mais, elaboram a respeito das condições de envelhecimento em Belo Horizonte;

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: os participantes podem ter constrangimento ao serem entrevistado havendo liberdade dele recusar e de desistência em qualquer momento. Nessa pesquisa, outros riscos são desconhecidos, pois as perguntas se referem às práticas profissionais e aspectos da condição de vida e saúde de modo geral, mas caso do participante sentir-se desconfortável com alguma questão poderá pausar o preenchimento, não responder à questão ou desistir da participação, sem qualquer penalidade.

Benefícios: Os resultados obtidos pelo estudo podem propiciar interpretações que conduzam a diretrizes propositivas para a elaboração de políticas, implementação e melhoramento de serviços públicos, que busque um envelhecimento bem sucedido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa de importância na área da saúde

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A emenda ao projeto de pesquisa visa alterar o título da pesquisa após qualificação do doutorado: "Mosaicos da vida urbana: Envelhecer (es) em Belo Horizonte e suas iniquidades intraurbanas". O projeto foi aprovado parecer consubstanciado CEP (n. 6470562-versão 3 em 30/10/2023), o projeto não sofreu alteração, a sugestão de mudança do título do trabalho foi realizada pela banca de qualificação devido a maior aderência ao texto e trabalho desenvolvido até o momento.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Conforme as considerações apresentadas, sou, S.M.J. favorável à aprovação da emenda.

Tendo em vista a legislação vigente (Resolução CNS 466/12), o COEP-UFMG recomenda aos Pesquisadores: comunicar toda e qualquer alteração do projeto e do termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, informar imediatamente qualquer evento adverso ocorrido durante o

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
UF: MG Município: BELO HORIZONTE
Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Página 02 de 04

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS



Continuação do Parecer: 6.683.255

desenvolvimento da pesquisa (via documental encaminhada em papel), apresentar na forma de notificação relatórios parciais do andamento do mesmo a cada 06 (seis) meses e ao término da pesquisa encaminhar a este Comitê um sumário dos resultados do projeto (relatório final).

Considerações Finais a critério do CEP:

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

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_2262782_E2.pdf	12/12/2023 10:30:21		Aceito
Outros	Projeto_Pesquisa_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:27:04	Doralice Barros Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DeniseMarquesSales_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:22:33	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6470562_E1.pdf	12/12/2023 10:07:43	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Roteiros_entrevistas_G01_02_03_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:06:40	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Roteiros_entrevistas_G04_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:05:38	Doralice Barros Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Doutorado_DeniseMarquesSales_IGC_UFMG_2022_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:04:39	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	TCUD_CEP_SMSA.pdf	12/12/2023 10:04:17	Doralice Barros Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido_TCLE_DeniseMarquesSales_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 08:52:41	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_COEP_SMSA.pdf	12/12/2023 08:52:31	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Emenda_Assinada_Final.pdf	31/08/2023 19:33:22	Doralice Barros Pereira	Aceito

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha
 Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901
 UF: MG Município: BELO HORIZONTE
 Telefone: (31)3409-4592 E-mail: coep@prpq.ufmg.br

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE
MINAS GERAIS**



Continuação do Parecer: 6.683.255

Outros	Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP_a assinada_Final.pdf	31/08/2023 19:33:10	Doralice Barros Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TAI_COEP_SMSA.pdf	11/01/2023 10:26:14	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_COEP_DeniseMarq uesSales.pdf	11/01/2023 10:25:16	Doralice Barros Pereira	Aceito
Cronograma	Cronograma_REVISADO.pdf	16/12/2022 16:27:58	Doralice Barros Pereira	Aceito
Folha de Rosto	FolhadeRosto_COEP_Assinada_2022.p df	30/06/2022 14:30:32	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Parecer_Consubstanciado_Camara_De partamental_Portaria4706_s.pdf	30/06/2022 14:28:41	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	SEI_UFMG_OficioAprovacaoParecerCo ep.pdf	30/06/2022 14:26:51	Doralice Barros Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Doutorado_DeniseMa rquesSales_IGC_UFMG_2022.pdf	24/06/2022 22:11:09	Doralice Barros Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 04 de Março de 2024

Assinado por:
Corinne Davis Rodrigues
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Presidente Antonio Carlos, 6627 2º. Andar Sala 2005 Campus Pampulha

Bairro: Unidade Administrativa II CEP: 31.270-901

UF: MG Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3409-4582

E-mail: coep@prpq.ufmg.br

ANEXO VI - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP SMSA

SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Envelhecer(es) em Belo Horizonte: Diferenças Intraurbanas Socioeconômicas, Ambientais e de Acesso à Assistência Social e Saúde

Pesquisador: Doralice Barros Pereira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60209822.5.3001.5140

Instituição Proponente: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/ SMSA-BH

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA EDUCACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.066.273

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado Envelhecer(es) em Belo Horizonte:Diferenças Intra urbanas Socioeconômicas, Ambientais e de Acesso à Assistência Social e Saúde.

CAAE 60209822.5.0000.5149,obteve sua aprovação junto ao CEP UFMG na data de 06 de fevereiro de 2023, sob parecer de n.5.877.765.O objetivo primário da pesquisa é o de identificar as diferentes condições de envelhecimento, da população com 60 anos ou mais, na cidade de Belo Horizonte(MG). A pesquisa adota uma escala espacial constituída pelos 277 territórios das Unidades de Desenvolvimento Humano (UDH). Como escala temporal serão adotados quatro momentos: 2000 (censo demográfico), 2010 (censo demográfico), para os dados secundários e 2022 e 2023 (realização das entrevistas). A abordagem da pesquisa será dividida em uma parte qualitativa e outra parte quantitativa a serem entrecruzadas. Para a etapa quantitativa, análises estatísticas serão realizadas envolvendo características socioeconômicas, demográficas, geográficas, de saúde e assistência social, da população com 60 anos ou mais, com o nível de agregação territorial das UDH. Por meio de entrevistas semiestruturadas serão aferidas as percepções de quatro grupos de interlocutores - gestores, trabalhadores da saúde e assistência social, representantes da sociedade civil e pessoas com 60 anos ou mais - quanto ao envelhecer na cidade de Belo Horizonte. Esta emenda teve como objetivo a inserção da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/SMSA-BH, como instituição coparticipante no projeto de pesquisa e realizar a alteração do título da pesquisa

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio **CEP:** 30.130-007

UF: MG **Município:** BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH**



Continuação do Parecer: 7.066.273

após a realização do exame de qualificação. Esta emenda teve como objetivo a inserção da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/SMSA-BH, como instituição coparticipante no projeto de pesquisa e realizar a alteração do título da pesquisa após a realização do exame de qualificação. Conforme Parecer Consubstanciado do CEP da SMSA de BH de Número 6.698.644 12/03/2024

Objetivo da Pesquisa:

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP da SMSA de BH de Número 6.698.644 12/03/2024

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP da SMSA de BH de Número 6.698.644 12/03/2024

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP da SMSA de BH de Número 6.698.644 12/03/2024.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Conforme Parecer Consubstanciado do CEP da SMSA de BH de Número 6.698.644 12/03/2024

Recomendações:

Não se aplica

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Pelo exposto, somos favoráveis a aprovação da EMENDA.

Considerações Finais a critério do CEP:

- Salienta-se que o sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado e deve receber uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado.
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado e descontinuar o estudo somente após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou, aguardando seu parecer, exceto nos casos previstos na Resolução CNS 466/12.
- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser previamente apresentadas para apreciação do CEP através da Plataforma Brasil, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas.
- Notificações podem ser apresentadas ao CEP através da Plataforma Brasil. As notificações de início e término da pesquisa devem ser apresentadas tão logo os eventos ocorram.

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE - SMS/BH



Continuação do Parecer: 7.066.273

- Relatórios semestrais, a partir da data de aprovação, devem ser apresentados ao CEP para acompanhamento da pesquisa. Ao término da pesquisa deve ser apresentado relatório final.
- Tendo em vista a legislação vigente, Resolução CNS 466/12, recomendamos aos Pesquisadores que sejam comunicadas toda e qualquer alteração do projeto e no termo de consentimento via emenda na Plataforma Brasil, assim como informar qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento da Pesquisa.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Projeto_Pesquisa_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:27:04	Doralice Barros Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_DeniseMarquesSales_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:22:33	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	PB_PARECER_CONSUBSTANCIADO_CEP_6470562_E1.pdf	12/12/2023 10:07:43	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Roteiros_entrevistas_G01_02_03_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:06:40	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Roteiros_entrevistas_G04_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:05:38	Doralice Barros Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Doutorado_DeniseMarquesSales_IGC_UFMG_2022_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 10:04:39	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	TCUD_CEP_SMSA.pdf	12/12/2023 10:04:17	Doralice Barros Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermodeConsentimentoLivreeEsclarecido_TCLE_DeniseMarquesSales_REVISADO_SMSA.pdf	12/12/2023 08:52:41	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_COEP_SMSA.pdf	12/12/2023 08:52:31	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Emenda_Assinada_Final.pdf	31/08/2023 19:33:22	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Carta_de_Encaminhamento_ao_CEP_Assinada_Final.pdf	31/08/2023 19:33:10	Doralice Barros Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de	TAI_COEP_SMSA.pdf	11/01/2023 10:26:14	Doralice Barros Pereira	Aceito

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

**SECRETARIA MUNICIPAL DE
SAÚDE DE BELO HORIZONTE -
SMS/BH**



Continuação do Parecer: 7.066.273

Ausência	TAI_COEP_SMSA.pdf	11/01/2023 10:26:14	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	CARTARESPOSTA_COEP_DeniseMarquesSales.pdf	11/01/2023 10:25:16	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	Parecer_Consubstanciado_Camara_Departamental_Portaria4706_s.pdf	30/06/2022 14:28:41	Doralice Barros Pereira	Aceito
Outros	SEI_UFMG_OficioAprovacaoParecerCoep.pdf	30/06/2022 14:26:51	Doralice Barros Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa_Doutorado_DeniseMarquesSales_IGC_UFMG_2022.pdf	24/06/2022 22:11:09	Doralice Barros Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELO HORIZONTE, 10 de Setembro de 2024

Assinado por:

Sandra Cristina Paulucci Cavalcanti de Andrade
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Frederico Bracher Júnior, 103/3º andar/sala 02

Bairro: Padre Eustáquio

CEP: 30.130-007

UF: MG

Município: BELO HORIZONTE

Telefone: (31)3277-5309

E-mail: coep@pbh.gov.br

ANEXO VII - Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional para Atenção Básica (IVCF-20)

NOME:

DN:

ESF/ACS:

ÍNDICE DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL PARA A ATENÇÃO BÁSICA (IVCF-AB)						
MARCADORES DE VULNERABILIDADE CLÍNICO-FUNCIONAL				Pontuação		
- Todas as respostas devem ser confirmadas por alguém que conviva com o idoso. - Nos idosos incapazes de responder, utilizar as respostas do cuidador.						
IDADE		1. Qual é a sua idade?	60 a 74 anos	0		
			75 a 84 anos	1		
			≥ 85 anos	3		
AUTO-PERCEPÇÃO DA SAÚDE		2. Em geral, comparando com outras pessoas de sua idade, você diria que sua saúde é:	Excelente, muito boa ou boa	0		
			Regular ou ruim	1		
ATIVIDADES DE VIDA DIÁRIA	AVD Instrumental <i>Respostas positivas valem 4 pontos cada. Todavia, a pontuação máxima é de 4 pontos, mesmo que o idoso tenha respondido sim para todas as três atividades de vida diária.</i>	3. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de fazer compras?				
		() Sim			4	
		() Não ou não faz compras por outros motivos que não a saúde			0	
		4. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de controlar seu dinheiro, gastos ou pagar as contas de sua casa?				
		() Sim			4	
		() Não ou não controla o dinheiro por outros motivos que não a saúde			0	
		5. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de realizar pequenos trabalhos domésticos, como lavar louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve?				
		() Sim			4	
	() Não ou não faz mais pequenos trabalhos domésticos por outros motivos que não a saúde			0	Máximo 4 pts	
	AVD Básica <i>Resposta positiva vale 6 pontos.</i>	6. Por causa de sua saúde ou condição física, você deixou de tomar banho sozinho?				
() Sim			6			
() Não			0			
				Sim	Não	
COGNIÇÃO		7. Algum familiar ou amigo falou que você está ficando esquecido?	1	0		
		8. Este esquecimento está piorando nos últimos meses?	1	0		
		9. Este esquecimento está impedindo a realização de alguma atividade do cotidiano?	2	0		
HUMOR		10. No último mês, você ficou com desânimo, tristeza ou desesperança?	2	0		
		11. No último mês, você perdeu o interesse ou prazer em atividades anteriormente prazerosas?	2	0		
MOBILIDADE	Alcance, preensão e pinça	12. Você é incapaz de elevar os braços acima do nível do ombro?	1	0		
		13. Você é incapaz de manusear ou segurar pequenos objetos?	1	0		
	Capacidade aeróbica e /ou muscular	14. Você tem alguma das quatro condições abaixo relacionadas? - Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano ou 6 kg nos últimos 6 meses ou 3 kg no último mês () ; - IMC menor que 22 kg/m² () ; - Circunferência da panturrilha < 31 cm (X) ; - Tempo gasto no teste de velocidade da marcha (4m) > 5 segundos (X).	2	0		
	Marcha	15. Você tem dificuldade para caminhar capaz de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano?	2	0		
		16. Você teve duas ou mais quedas no último ano?	2	0		
	Continência esfincteriana	17. Você perde urina ou fezes, sem querer, em algum momento?	2	0		
	COMUNICAÇÃO		18. Você tem problemas de visão capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de óculos ou lentes de contato	2	0	
		19. Você tem problemas de audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano? É permitido o uso de aparelhos de audição	2	0		
COMORBIDADES MÚLTIPLAS		20. Você tem alguma das três condições abaixo relacionadas? - Cinco ou mais doenças crônicas; - Uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, todo dia; - Interação recente, nos últimos 6 meses.	4	0		
Pontuação Final				40 pontos		

O IVCF-AB apresenta caráter multidimensional e avalia oito dimensões consideradas preditoras de declínio funcional: a idade, a auto-percepção da saúde, as atividades de vida diária (três AVD instrumentais e uma AVD básica), a cognição, o humor/comportamento, a mobilidade (alcance, preensão e pinça; capacidade aeróbica/muscular; marcha e continência esfincteriana), a comunicação (visão e audição) e a presença de comorbidades múltiplas, representadas pela presença de polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente.

Cada seção é avaliada através de perguntas simples, que podem ser respondidas pelo idoso ou por alguém que conviva com ele (familiar ou cuidador). É recomendável que todas as respostas sempre sejam confirmadas por alguém que conviva com o idoso, pois, muitas vezes, o idoso portador de quadros demenciais, não percebe o problema e não traz nenhuma queixa de memória (cognição) ou de declínio funcional (atividades de vida diária). Deve-se ter clareza que, nestes casos, o idoso não está mentindo, mas sim, está incapaz de lembrar-se daquilo que faz ainda ou deixou de fazer. Algumas medidas foram inseridas para aumentar o valor preditivo do instrumento, como o perímetro da panturrilha, a velocidade da marcha e peso/IMC. O cuidado de fazer as perguntas para alguma pessoa próxima do idoso permite evitar a obtenção de respostas erradas, situação que pode ocorrer em idosos portadores de demência. Cada pergunta recebe uma pontuação específica, de acordo com o desempenho do idoso, como veremos a seguir.

Como preencher o IVCF-AB

O questionário é constituído de 20 perguntas rápidas e simples, abordando vários aspectos da condição de saúde do idoso, a saber:

1. **Idade:** perguntar a idade do idoso, pontuando 0 se a idade for entre 60 e 74 anos; 1 ponto se a idade for 75 e 84 anos; 3 pontos se a idade for igual ou maior que 85 anos. Sabe-se que, quanto maior a idade, maior o risco de dependência funcional. Assim, os idosos muito idosos são mais vulneráveis e devem ser acompanhados com maior atenção.
2. **Auto-percepção da saúde:** perguntar ao idoso como ele diria que sua saúde é, quando comparada com outras pessoas da mesma idade. Se boa, muito boa ou excelente, não pontuar. Se regular ou ruim, marcar 1 ponto. A auto-percepção da saúde é um bom preditor de morbimortalidade nos idosos.
3. **Atividades de vida diária:** o envelhecimento por si só não compromete a capacidade de fazer as tarefas do cotidiano, como controlar o dinheiro e as despesas da casa, fazer compras e pequenos trabalhos domésticos, como lavar a louça, arrumar a casa ou fazer limpeza leve. Estas tarefas recebem o nome de atividades de vida diária (AVD) instrumentais, por serem mais complexas que as AVD básicas, que se referem ao auto-cuidado, como tomar banho sozinho, por exemplo. A perda destas atividades recebe o nome de declínio funcional, que traduz a perda da

autonomia e independência do indivíduo. A detecção de declínio funcional é o dado mais relevante na avaliação da saúde do idoso, pois, quando presente, é sempre patológico e merece uma investigação minuciosa.

No questionário, esta seção é constituída de quatro perguntas, com respostas “sim” ou “não”, sendo três perguntas referentes às AVD instrumentais (fazer compras, controlar o dinheiro e realizar pequenos trabalhos domésticos) e uma pergunta referente à AVD básica (tomar banho sozinho). No ítem AVD instrumentais, respostas positivas recebem quatro pontos cada. Contudo a pontuação máxima neste critério é de quatro pontos, mesmo que o idoso tenha respondido “sim” para todas as três perguntas. No ítem AVD básica, a resposta positiva, ou seja, o idoso não consegue mais tomar sozinho, sem ajuda de terceiros, vale seis pontos. Observe que a valorização é maior, pois quando o idoso perde a capacidade de cuidar de si mesmo, é sinal de um comprometimento funcional mais avançado. Normalmente, há uma certa hierarquia no declínio funcional, de tal forma que, quando o idoso não consegue mais cuidar de si mesmo (AVD básica), é sinal de que ele já não consegue também cuidar de sua casa ou morar sozinho (AVD instrumental).

Deve-se ter o cuidado de afastar outras causas de não realização destas tarefas, que não a saúde ou condição física do paciente. Por exemplo, pode ser que o idoso nunca controlou o dinheiro, gastos ou pagou contas, pois o cônjuge sempre o fez. Assim, não houve perda ou declínio funcional, pois a pessoa nunca fez aquela tarefa anteriormente. Nestes casos, a resposta é negativa, pois a pessoa não faz aquela tarefa por outros motivos que não sua saúde ou condição física.

4. **Cognição:** esta seção avalia o funcionamento da memória, utilizando três perguntas relacionadas ao esquecimento, podendo receber resposta “sim” ou “não”. A presença de esquecimento, por si só, não é tão importante, pois, a maioria das pessoas tem esquecimento, sem que isso represente qualquer problema de saúde. Todavia, quando o esquecimento é percebido pelas outras pessoas ou quando somente as outras pessoas percebem o esquecimento, deve-se ficar mais preocupado com a possibilidade de um esquecimento patológico, sugestivo de doença de Alzheimer. Outros dados relevantes são a piora progressiva do esquecimento e, principalmente, quando o esquecimento impede que a pessoa continue fazendo algumas tarefas do cotidiano, que sempre fez. O esquecimento associado com declínio funcional nas atividades de vida diária é bastante sugestivo de problemas de memória que merecem investigação.
5. **Humor:** ítem composto por 2 perguntas, podendo receber resposta “sim” ou “não”. Cada resposta positiva vale 2 pontos. Se o idoso apresentar respostas positivas neste ítem, isto pode sugerir a presença de depressão.
6. **Mobilidade:** ítem subdividido em 4 aspectos, a saber:

- a. **Alcance, preensão e pinça:** constituído de duas perguntas, tem por objetivo verificar a capacidade do idoso de executar tarefas diárias, que dependem dos membros superiores.
- b. **Capacidade aeróbica e/ou muscular:** permite verificar o risco do idoso de perda de massa muscular (sarcopenia), que pode ser indicada por:

- Perda de peso não intencional de 4,5 kg ou 5% do peso corporal no último ano **ou** 6 kg nos últimos 6 meses **ou** 3 kg no último mês;
- Índice de Massa Corporal (IMC) menor que 22 kg/m²;
- Perímetro da panturrilha menor que 31 cm;
- Tempo maior do que 5 segundos para percorrer 4 metros caminhando em velocidade normal.

A presença de qualquer uma destas possibilidades é sugestivo de sarcopenia e recebe dois pontos. Não é necessário que todos os itens estejam presentes e, tampouco, os pontos são cumulativos. O valor máximo da pontuação neste item é dois pontos. Esta seção já foi pesquisada anteriormente na caderneta, nas páginas 11 (3.4 Velocidade da marcha), página 12 (3.5 Dados antropométricos) e página 13 (controle do peso).

- c. **Marcha:** item composto por duas perguntas que permitem verificar o grau de dificuldade de caminhada apresentado pelo idoso e o seu risco de quedas. Se o indivíduo cai mais de duas vezes ao ano, isto é um sinal de alerta de que algo não vai bem. Este item já foi pesquisado anteriormente na caderneta, na página 14 (3.6 Quedas). Da mesma forma, a presença de dificuldade para caminhar que impeça a realização de alguma atividade do cotidiano é sempre patológico e deve ser melhor investigada. Cada pergunta deste item recebe dois pontos, caso esteja presente.
 - d. **Continência esfinteriana:** a perda do controle da urina ou fezes nunca pode ser atribuída ao envelhecimento normal. Este item recebe dois pontos, se a resposta for positiva. A presença de incontinência urinária é frequente nos idosos, mas não é normal “da idade” e deve sempre ser investigada.
7. **Comunicação:** a visão e a audição são essenciais na manutenção da independência dos indivíduos, pois são essenciais na execução das atividades do cotidiano. Estas funções devem ser sempre investigadas no idoso. Este item é constituído por duas perguntas, que avaliam problemas de visão e/ou audição capazes de impedir a realização de alguma atividade do cotidiano. O item só recebe a pontuação de dois pontos, se o idoso não consegue mais fazer alguma atividade do cotidiano, mesmo com a ajuda de óculos ou prótese auditiva.
8. **Comorbidades múltiplas:** seção que permite verificar se o idoso apresenta polipatologias (cinco ou mais doenças crônicas), polifarmácia (uso regular de cinco ou mais medicamentos diferentes, diariamente) ou tem história de internação recente (há menos de seis meses), o que sugere maior vulnerabilidade. Na presença de qualquer resposta positiva, o item recebe quatro pontos, que não

são cumulativos. Esta seção já foi pesquisada anteriormente na caderneta, na página 4 (3.1 – Diagnósticos e Internações Prévias) e na página 6 (3.3.1 – Medicamentos, Fitoterápicos, Suplementos e Vitaminas em Uso)

Como interpretar o IVCF-AB:

A pontuação total do teste varia entre 0 e 40 pontos, sugerindo o direcionamento mais apropriado ao indivíduo em questão:

- a) Se a **pontuação total encontra-se entre 0 e 6 pontos**, o idoso é considerado **robusto**, podendo ser acompanhado pela atenção básica de saúde;
- b) Se a **pontuação situar-se entre 7 e 14 pontos**, há indícios de que o idoso apresenta **risco de fragilização**, merecendo atenção diferenciada para a identificação e tratamento de condições crônicas de saúde;
- c) Se a **pontuação total é igual ou maior do que 15 pontos**, há suspeita de que o idoso já está em **condição de fragilidade**, devendo ser encaminhado à atenção secundária para avaliação multidimensional e acompanhamento especializado, visando uma abordagem preventiva, curativa ou paliativa.