



O ENVELHECIMENTO NA CIDADE: CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS E DISPOSIÇÃO DE SERVIÇOS DE PROMOÇÃO À SAÚDE EM BELO HORIZONTE (MG)

Denise Marques Sales¹
Bárbara Marques Sales²
Doralice Barros Pereira³

RESUMO

O envelhecimento tem se ampliado e demandado urgência nas reflexões sobre o tema. Este estudo busca identificar as diferentes condições de envelhecimento na cidade de Belo Horizonte (MG) analisando os nexos entre a concentração da população acima de 60 anos, suas condições socioeconômicas e a disposição dos equipamentos de saúde e assistência social. Utilizaram-se dados dos censos demográficos de 2000 e 2010, camadas vetoriais disponibilizadas na plataforma IDE BHMap, e as Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs) para as análises. Os indicadores analisados mostram que há diferenças entre dois grupos, principalmente em relação à renda média e escolaridade. O grupo 1 apresentou os melhores indicadores, neles estão as UDHs com maior proporção de pessoas acima de 60 anos, e situam-se bairros “nobres”, com maior oferta de serviços e infraestrutura em relação ao grupo 2. Há uma certa homogeneidade na distribuição de equipamentos de saúde pela cidade embora os centros de especialidades médicas, hospitais e equipamentos da rede de assistência social estejam mais concentrados na regional Centro-Sul; as Instituições de Longa Permanência para a Pessoa Idosa são insuficientes para atender aos idosos vulneráveis em quantidade e disposição espacial. Concluímos que há mudanças nas distribuições espaciais e aumento da população acima de 60 anos na cidade, de 2000 para 2010, e que as variáveis socioeconômicas incidem de forma relevante na possibilidade de prolongamento de vida das pessoas para os dois grupos. Identificar esses diferenciais intraurbanos contribui para construir políticas públicas mais precisas e eficientes para uma melhor qualidade de vida urbana.

Palavras-chave: Envelhecimento, Condições Socioeconômicas, Disposição de serviços de saúde e sociais, Unidades de Desenvolvimento Humano, Determinantes de saúde.

RÉSUMÉ

Le vieillissement s'étend et exige des réflexions urgentes sur le sujet. Cette étude cherche à identifier les différentes conditions de vieillissement dans la ville de Belo Horizonte (MG) en analysant les liens entre la concentration de la population de plus de 60 ans, leurs conditions socio-économiques et la disponibilité des équipements de santé et d'assistance sociale. On a utilisée des données des recensements démographiques de 2000 et 2010; les couches vectorielles disponibles dans la plateforme IDE BHMap; et les Unités de Développement Humain (UDHs) pour faire les analyses. Les indicateurs analysés montrent des différences entre deux groupes, principalement par rapport au revenu moyen et à l'éducation. Le groupe 1 a présenté les meilleurs indicateurs, n'y se trouve les UDHs avec la plus grande proportion de personnes de plus de 60 ans, ainsi que les quartiers « riches », qu'ont une offre de services et d'infrastructures plus expressif par rapport au groupe 2. Il y a une certaine homogénéité dans la

¹ Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Geografia do Instituto de Geociências da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, denise.marques.sales@gmail.com.

² Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Demografia do Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional da Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, barbamarcas.7@gmail.com.

³ Professora Titular do Instituto de Geociências da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG, pereiradb@yahoo.com.br.



distribution d'équipements de santé partout dans la ville, même si les équipements des centres de spécialités médicales, des hôpitaux et des réseaux d'aide sociale sont plus concentrés dans la région Centre-Sud; les institutions de long séjour pour personnes âgées sont insuffisantes pour servir les personnes âgées vulnérables en termes de quantité et d'aménagement spatial. On conclut qu'il y a de changements dans les distributions spatiales de la population de plus de 60 ans dans la ville qu'a grandi de 2000 à 2010, et que les variables socio-économiques ont eu un impact important sur la possibilité de durée de vie des personnes pour les deux groupes. Identifier ces différences intra-urbaines contribue à construire des politiques publiques plus précises et efficaces pour une meilleure qualité de vie urbaine.

Mots-clés: Vieillesse, Conditions socio-économiques, Disposition de services de santé et de services sociaux, Unités de développement humain, Déterminants de la santé.

INTRODUÇÃO

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): “Pela primeira vez na história, a maioria das pessoas pode esperar viver além dos 60 anos. 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 seis anos dessas colocações, a situação em diversas partes do mundo é inquietante e comprometida, sobretudo no Brasil.

Em 2016, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) revelou que 14,4% da população brasileira tinha 60 anos ou mais de idade, ou seja, 29,6 milhões de pessoas. A previsão é que o Brasil alcançará a sexta posição como país com o maior montante de pessoas idosas até 2025 e uma estimativa de 22,7% da população total em 2050 (ONU, 2018). Pensando nos rumos demográficos e na complexidade do envelhecer, a OMS lidera a Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030), visando a promover a longevidade e vidas saudáveis, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

Concomitantemente a essa iniciativa, torna-se urgente atentar para processos que impõem severos limites e comprometem a qualidade de vida da população acima de 60 anos. Isso envolve reformular o sistema de saúde (VERAS, 2009), que ainda se apoia num modelo voltado para a doença, essencialmente as crônicas. É fundamental considerar os problemas urológicos, de visão e audição, a perda de massa muscular, HIV, saúde das mulheres mais velhas e evitar demências e incapacidades físicas e mentais resguardando a manutenção ou melhoria da capacidade funcional do indivíduo (PEDRO, 2013).

O envelhecimento humano faz parte do curso de vida e, portanto, é um processo natural. Com o avançar do tempo, as principais doenças que acometem as pessoas e que as levam à



morte se modificam. Três conceitos auxiliam o entendimento dessas modificações, que ocorrem em conjunto com outras transformações sociais, econômicas e culturais (OMRAN, 1971; SCHRAMM, 2004; BRAGA *et al.*, 2010; DYSON, 2010; RIBEIRO; SANCHO; LAGO, 2015; POPKIN, 2019):

- **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 degenerativas⁴ com deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos – 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 obesidade (associados a uma alta incidência de doenças cardiovasculares, câncer e diabetes), influenciadores do perfil de morbimortalidade das populações; e
- **a transição demográfica**, caracterizada pela diminuição das taxas de mortalidade, seguida da diminuição das taxas de fecundidade, conduzindo a uma mudança de composição etária da população, de jovem para uma estrutura de idade avançada (velha), com conseqüente envelhecimento populacional; a valorização do capital humano; e a alteração da estrutura das famílias.

As alterações advindas dessas dinâmicas demográficas, nutricionais e epidemiológicas têm fortes repercussões no Sistema Único de Saúde (SUS) e na assistência social. No âmbito organizacional do SUS, a Atenção Primária à Saúde (APS) equivale à principal porta de entrada no sistema. Ali o primeiro contato dos usuários com os serviços e os profissionais de saúde, de forma longitudinal, visa à integralidade do cuidado, pautado em ações de prevenção e promoção da saúde (SCHENKER, 2019). Na reorientação do modelo assistencial em saúde na APS, a Estratégia Saúde da Família (ESF) protagoniza a atenção voltada para a família e direcionada à comunidade. Então, a atenção básica e as hospitalizações exigem uma adequação completa da rede de assistência à saúde (OLIVEIRA, 2019).

Este estudo busca evidenciar fatores que se expressam nas redes territoriais conectando ou não a assistência à saúde (SUS), a assistência social (SUAS), os locais de moradia e as condições socioeconômicas das pessoas mais longevas. Para identificar diferentes condições de envelhecimento na cidade de Belo Horizonte (MG) da população acima de 60 anos foram

⁴ Com destaque para doenças como a hipertensão, diabetes mellitus, câncer e doenças neurológicas, nos idosos (PAES-SOUSA, 2002).



utilizados como escala espacial: os 277 territórios das Unidades de Desenvolvimento Humano (UDHs), suas condições socioeconômicas, sua distribuição nas regiões administrativas e a disposição dos equipamentos de saúde e assistência social da cidade. Uma caracterização socioeconômica foi feita a partir do Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), escolaridade, renda e sexo; prosseguimos correlacionando-os à distribuição espacial de equipamentos de saúde ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e Assistência Social (SUAS), parques municipais, academias da cidade e centros de vivência agroecológica (CEVAE).

As seguintes questões norteadoras embasaram as análises: onde se concentram, em Belo Horizonte, as pessoas com 60 anos de idade ou mais? Quais são as condições socioeconômicas dos territórios onde elas vivem? Como a disposição espacial de equipamentos de saúde, assistência social e espaços de lazer podem beneficiar a vida dessas pessoas que ali vivem?

Para este artigo, correlacionamos parte das seis dimensões propostas pela OMS (2015): os determinantes econômicos (a partir da renda per capita no domicílio); determinantes sociais (informações sobre escolaridade e IDH); e a proximidade com os serviços sociais e de saúde (localização e distribuição dos equipamentos de saúde e assistência social, das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), academias da cidade, centros agroecológicos e parques), nos 277 territórios das UDHs.

O ENVELHECIMENTO SAUDÁVEL

Envelhecer corresponde a um conjunto de fases sucessivas que perpassa as esferas físicas, psicológicas e sociais, pelas quais uma pessoa atravessa até chegar à velhice (FERNANDEZ, 2007).

No final dos anos 1990, a OMS passou a adotar o termo “envelhecimento ativo” por englobar o reconhecimento dos direitos humanos da população mais velha e contemplar os princípios da assistência, participação, independência, dignidade e autorrealização. Tal conceito, segundo a OMS (2008) 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); 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). Tal condição exigiu da OMS lançar o *Guia global: cidade amiga do idoso*, em 2008. Ele objetiva mobilizar cidades para procederem a adaptações de suas estruturas e serviços e serem mais acessíveis na promoção da inclusão de idosos, com distintas necessidades e graus de capacidade (OMS, 2008). O reconhecimento “Cidade Amiga do Idoso” é concedido pela OMS às cidades que estimulam o envelhecimento ativo ao otimizarem oportunidades para saúde, participação e segurança e elevarem a qualidade de vida no envelhecimento, diante das múltiplas necessidades e capacidades dos idosos.

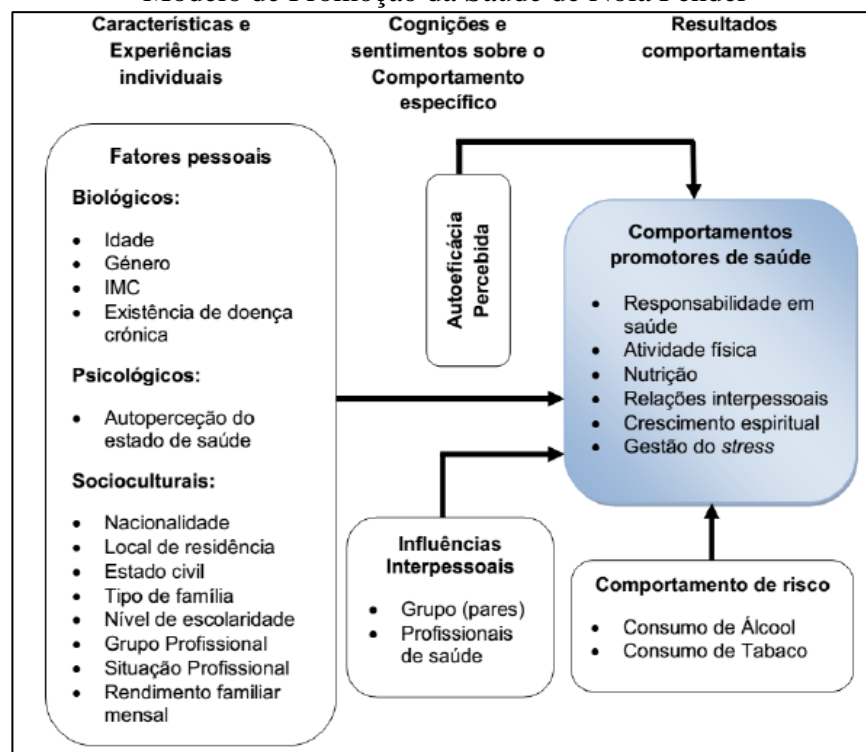
Ainda no cenário das políticas públicas, outro conceito contemporâneo, o *Ageing in Place*, emerge. No relatório do 2º Fórum Global da Organização Mundial de Saúde sobre Inovação para Populações Envelhecidas (OMS, 2015), foram identificadas as cinco principais áreas de intervenção no processo de *ageing in place*: 1) pessoas, 2) lugares, 3) produtos, 4) serviços personalizados e 5) políticas de apoio social. Também nesse relatório para esse conceito são pontuadas quatro dimensões: 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 a 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. Ele traduz o desejo de envelhecer, num ambiente familiar que se adapte às modificações que o processo de envelhecimento requer.

Canestro (2018), ao discutir o envelhecimento saudável com base no conceito de concepção de saúde de Nola Pender⁵ e de promoção de saúde da OMS (2015), considera que as características e experiências individuais (fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais) juntamente com as cognições e sentimentos sobre o comportamento (Figura 1) influenciam a ação individual. Assim, podem ser ocasionados ou não comportamentos promotores de saúde, voltados à promoção de um envelhecimento saudável, em um contexto

⁵ A concepção de saúde de cada indivíduo muda ao longo do processo de desenvolvimento humano, pois as pessoas têm diferentes concepções de saúde de acordo com a sua idade, gênero e condição social. Elas ainda são influenciadas pelas concepções de saúde que predominam no contexto social e cultural em que vivemos (CANESTRO, 2018).

de ações coletivas e profissionais expressas em intervenções comunitárias, preventivas e promotoras de saúde.

Figura 1 – Modelo de análise do estudo quantitativo, baseado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Fonte: Canestro (2018)

Tais proposições corroboram com o relatório da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, de que “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” (CNDSS, 2008, p. 52). Assim, condições socioeconômicas, culturais e ambientais de uma dada sociedade conferem aos indivíduos posições sociais distintas que lhes proporcionam diferenciais de saúde (CNDSS, 2008; BRAGA *et al.*, 2010).

Pensando a distribuição não aleatória da saúde e da doença, já em 2001, Bailey (2001) alertava para o crescimento e desenvolvimento intraurbanos desiguais das cidades. Assim, vale buscar uma “epidemiologia geográfica” que captasse mais e melhor as semelhanças e desigualdades existentes no território (BAILEY, 2001).

Para ilustrar a observação de Bailey, em Belo Horizonte, por exemplo, a esperança de vida ao nascer, em 1991, era de 68,6 anos, chegando em 2000 aos 72,0 anos, e em 2010 correspondia a 76,4 anos (ATLASBR, 2021), elevações significativas. Em termos de gênero na



cidade, em 2010, a esperança de vida ao nascer das mulheres era de 80,6 anos; a dos homens de 71,8 anos (ATLASBR, 2021).

O Estatuto do Idoso, que visa a assegurar garantias legais e direitos mínimos necessários para uma vida razoável na velhice (BRASIL, 2003), serviu de modelo para um bom número de países latino-americanos (WONG; CARVALHO; CAMARGOS, 2017). Sua construção foi impulsionada pela elaboração do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento (PAIME), formulado durante a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas referente ao Envelhecimento, também realizada em Madrid em 2002.

No Brasil, o envelhecimento também será influenciado pela Reforma da Previdência, discutida desde 2016 e que teve mudanças efetivas na legislação em 2019. Ela revela que o Estado tem considerado a ampliação da longevidade e os aposentados como um ônus (TRAVASSOS; COELHO; ARENDES-KUENNING, 2020 *apud* CORREA; STERZA JUSTO, 2021, p. 52).

Todo suporte de que o idoso necessita, no caso brasileiro, é delegado à família. O estado limitadamente promove o convívio e o bem-estar dessas pessoas. As políticas públicas ainda caminham em marcha lenta em relação a outros países. Ademais, Saltarelli *et al.* (2019) asseveram que elevadas taxas de mortes evitáveis indicam deficiência no sistema de saúde, tidos como “eventos sentinelas”. Eles possuem a capacidade de sinalizar que a atenção integral à saúde da população está deficitária e que a qualidade dos cuidados e atenção requer ações.

O ENVELHECIMENTO EM BELO HORIZONTE

A capital mineira encontra-se no processo de envelhecimento populacional, uma vez que a população com 60 anos ou mais vem ganhando representatividade relativa, no contexto redução das taxas de fecundidade (WONG; CARVALHO; CAMARGOS, 2017). Esses 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).

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 em 2017, alerta 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 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 (*idem*).

As políticas e a atenção ao idoso em Belo Horizonte se apoiam nas principais legislações registradas no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Linha do tempo das políticas e legislações existentes em Belo Horizonte (MG)

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
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	Prefeito Alexandre Kalil comprometeu-se, 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	Iniciam-se as ações da Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa (DPEI)	https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/sudc/politicas/pessoa-idosa

Fonte: Prefeitura de Belo Horizonte (2021)

Em 2021, 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 e, para isso, iniciou uma série de ações. Ela enfoca três pilares: 1) década do envelhecimento, 2) idadismo e 3) cidade amiga do idoso. As ações da DPEI estão voltadas para acompanhamento dos Fóruns Regionais da Pessoa Idosa (frequência bimestral) e Grupos de Convivência, bem como a realização de eventos para a pessoa idosa e gestão do Centro de Referência da Pessoa Idosa.

A DPEI empenha-se na divulgação de políticas e ações em prol do idoso e interlocução entre as secretarias da prefeitura e a sociedade civil. Os exemplos são: o projeto “Trilhas para uma BH Amiga da Pessoa Idosa”, que conta com uma série de capacitações preparatórias para a construção do Plano Municipal do Envelhecimento; 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.

A escolha de Belo Horizonte para a análise aqui realizada advém da disponibilidade de dados espaciais e sociodemográficos, do aumento da população longeva e do papel da metrópole regionalmente. Somam-se a essas condições a proposta de um novo olhar para o envelhecer na cidade, acima pontuada, e a sua abertura ao diálogo e participação colegiada.

METODOLOGIA

A identificação espacial das diferentes condições de envelhecimento na cidade de Belo Horizonte (MG) foi realizada a partir das UDHS, averiguadas para dois momentos: 2000 e 2010. Adotaram-se dados dos censos demográficos compilados pela Fundação João Pinheiro (FJP) junto às camadas vetoriais disponibilizadas pela Prefeitura de Belo Horizonte (MG); e ainda os indicadores demográficos e socioeconômicos da plataforma Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil (ATLASBR), por faixa etária, também baseados nos censos demográficos de 2000 e 2010, últimos censos efetuados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) referentes ao: Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) e seus subíndices (Renda, Escolaridade e Longevidade); População Total, População Feminina Total; População Feminina acima de 60 anos; População Masculina Total; População Masculina acima de 60 anos; Nível de escolaridade da população adulta; Renda per capita média; Esperança de vida ao nascer; e Probabilidade de sobrevivência após 60 anos.

As localizações espaciais dos sete equipamentos de saúde, obtidas da plataforma IDE BHMap da Prefeitura de Belo Horizonte (PBH), foram: os Centros de Saúde, o Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI), Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os Hospitais, os Parques Municipais, os Centro de Vivência Agroecológica (CEVAE) e as Academias da Cidade (PAS); e, ainda foram levantadas as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) de Belo Horizonte que possuem parceria com a PBH. Para as análises, técnicas de geoprocessamento foram aplicadas como ferramentas de apoio. Utilizaram-se os softwares Excel, ArcGis 10.5 e QGIS 3.14 nas análises.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados da tabela 1 mostram que a população de 60 anos ou mais passou de 204.975 pessoas em 2000, para 299.572 em 2010, representando 9,2% e 12,6% da população total de



Belo Horizonte (BH), respectivamente. A população idosa feminina supera a masculina, em ambos os anos. Tais dados significam que, além de haver maior quantidade de idosos, eles também estão em maior proporção na população, quando comparamos os anos de 2000 com 2010.

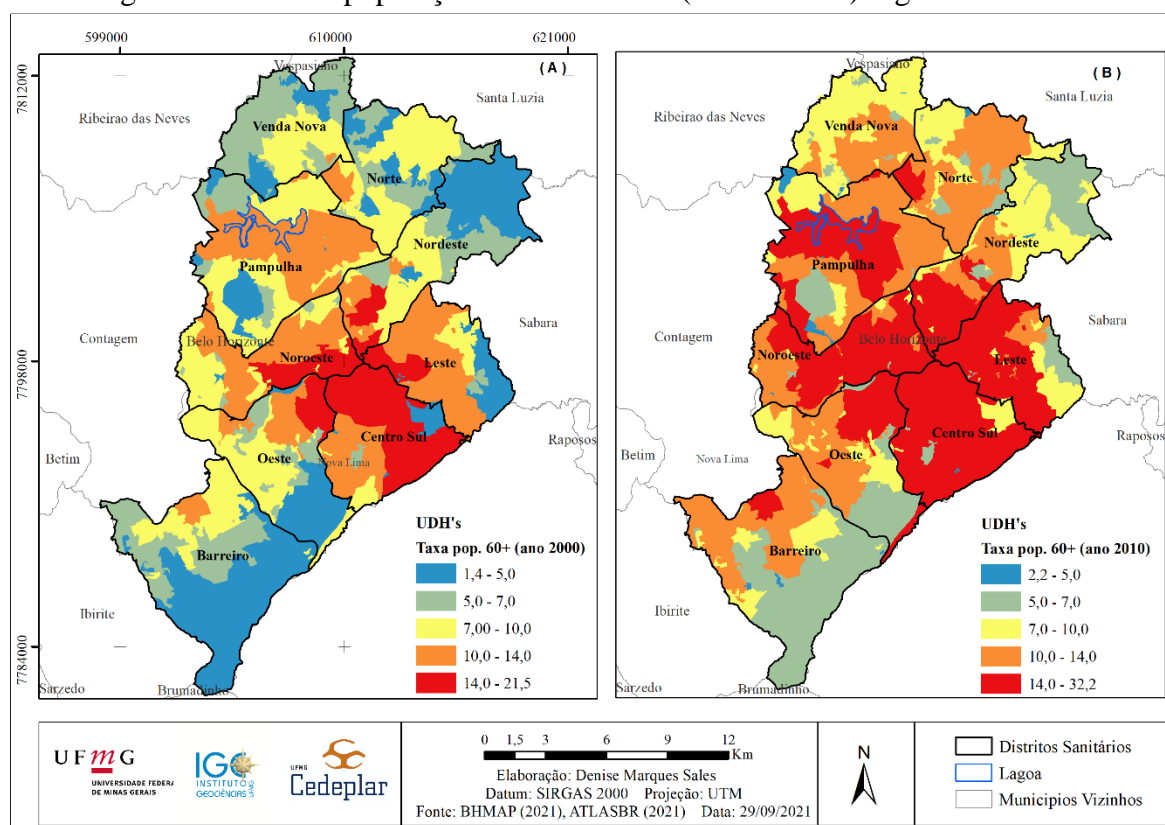
Tabela 1 – População de Belo Horizonte com 60 anos ou mais

CATEGORIA	2000		2010	
	nº	%	nº	%
Homens_60+	80.810	7,64	119.144	10,70
Mulheres_60+	124.165	10,51	180.428	14,30
População 60+	204.975	9,16	299.572	12,61

Fonte de dados: censos demográficos de 2000 e 2010 (ATLASBR, 2021)

O mapa da Figura 2, com as nove Regionais (administrações regionais de Belo Horizonte, criadas em 1983), expõe as taxas de população com 60 anos ou mais, para os anos de 2000 (A) e 2010 (B) por UDH. Nele, percebem-se acréscimos e mudanças nas distribuições espaciais da população idosa na cidade. De 2000 (A) para 2010 (B), as regiões Centro-Sul, Leste, Noroeste e Pampulha, tiveram a maior concentração de população longeva (expansão da cor vermelha). Concomitantemente, as regiões Venda-Nova, Barreiro e Norte detiveram taxas menores (tons de azul, amarelo a laranja) nos dois anos analisados. Ou seja, quanto mais próximo à região Centro-Sul, mais pessoas envelhecidas e, quanto mais periférico, menor a quantidade de pessoas com idade mais avançada.

Figura 2 – Taxa da população 60 anos e mais (2000 e 2010) segundo as UDHs



Fonte: BHMMap (2021), AtlasBR (2021), 2021

Das 277 UDHs, selecionaram-se para o ano de 2010 as 15 UDHs com as maiores (Grupo 1) e as menores (Grupo 2) taxas de pessoas com 60 anos ou mais (Tabela 2), cuja descrição das variáveis se encontra na tabela 3, e o resumo dos indicadores analisados encontra-se nas tabelas 4 e 5 a seguir.

Tabela 2 – Identificação das UDHs com as 15 maiores (Grupo 1) e as 15 menores (Grupo 2) taxas de pessoas com 60 anos ou mais

(continua)

GRUPO 1		GRUPO 2	
UDH	Nome_UDH	UDH	Nome_UDH
2018	Mangabeiras / Parque das Mangabeiras	1002	Solar do Barreiro / Corumbiara
2002	Savassi: Boa Viagem / Funcionários	8242	Unidas
2005	Novo São Lucas / Serra	4103	Vila da Luz
2015	Cruzeiro / Comiteco	9301	Serra Verde Especial
2016	Santo Agostinho / Lourdes	4100	Ouro Minas / Vila São Gabriel
2014	Carmo / Sion	7189	Vila Havaí
2003	Barro Preto / Centro / Santa Efigênia	6161	Zilah Sposito Especial
5119	Bonfim	8245	Conjunto São Francisco / Trevo
7191	Prado / Grajaú / Barroca	2006	Acaba Mundo
5147	Carlos Prates	5130	Califórnia / Conj. Hab. Via Expressa I



Tabela 2 – Identificação das UDHs com as 15 maiores (Grupo 1) e as 15 menores (Grupo 2) taxas de pessoas com 60 anos ou mais

(conclusão)

GRUPO 1		GRUPO 2	
UDH	Nome_UDH	UDH	Nome_UDH
2004	Santo Antônio / São Pedro	1005	Vila Pilar
7225	Gutierrez	1012	Petrópolis / Vila Petrópolis Especial
2001	Cidade Jardim / Santa Lúcia / São Bento	8235	Vila Jardim São José
3047	Floresta / Santa Tereza	8237	Vila Paquetá
8227	Bandeirantes: Campus da Pampulha / Lagoa da Pampulha / Zoológico	8232	Manacás

Fonte: ATLASBR (2021)

Tabela 3 – Variáveis socioeconômicas e demográficas utilizadas

Sigla	Variável
UDH	Código da UDH
T_ENV	Taxa de envelhecimento
T_ENVf	Taxa de envelhecimento feminino
T_ENVm	Taxa de envelhecimento masculino
RDPC	Renda per capita média
ESCO	Escolaridade da população adulta - IDHM Educação
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
T_RD	Percentual de pessoas em domicílios vulneráveis à pobreza e dependentes de idosos
ESP	Esperança de vida ao nascer
SOBR60	Probabilidade de sobrevivência até 60 anos

Fonte: ATLASBR (2021)

Tabela 4 – Características socioeconômicas e demográfica das UDHs com as maiores proporções de pessoas com 60 anos ou mais, em Belo Horizonte, 2010 (Grupo 1)

(continua)

UDH	T_ENV	T_ENVm	T_ENVf	RDPC	ESCO	IDH	T_RD	ESP	SOBR60
2018	32,2	33,7	31,0	7.517	93,5%	0,951	32%	82,0	91,8
2002	23,8	20,6	26,1	6.033	94,6%	0,954	0%	81,8	91,6
2005	22,0	19,8	23,7	3.864	91,2%	0,939	63%	81,1	90,7
2015	22,2	20,3	23,7	5.155	94,1%	0,951	19%	81,6	91,3
2016	21,4	19,8	22,7	6.153	94,8%	0,955	46%	81,9	91,6
2014	20,5	18,8	21,9	4.989	94,0%	0,946	9%	81,4	91,1
2003	22,4	17,0	26,4	2.762	89,3%	0,913	7%	80,6	90,0
5119	20,7	15,5	25,0	1.368	76,3%	0,831	136%	79,6	88,8
7191	20,7	17,1	23,6	3.242	93,0%	0,929	6%	80,8	90,4
5147	19,7	15,2	23,4	2.205	87,9%	0,890	50%	80,4	89,8
2004	19,6	17,2	21,4	4.069	94,9%	0,939	6%	81,4	91,0
7225	19,7	17,6	21,4	3.242	93,0%	0,929	6%	80,8	90,4
2001	19,6	18,8	20,2	5.577	94,6%	0,944	17%	81,6	91,3



Tabela 4 – Características socioeconômicas e demográfica das UDHs com as maiores proporções de pessoas com 60 anos ou mais, em Belo Horizonte, 2010 (Grupo 1)

(conclusão)									
UDH	T_ENV	T_ENVm	T_ENVf	RDPC	ESCO	IDH	T_RD	ESP	SOBR60
3047	19,5	15,5	22,7	2.767	88,4%	0,907	56%	80,6	90,1
8227	18,0	16,9	19,1	2.876	89,0%	0,905	60%	80,7	90,2
Média	21,7	19,1	23,8	4.210	91,4%	0,927	32%	81,1	90,7

Fonte: dados do censo demográfico de 2010 (ATLASBR, 2021)

Tabela 5 – Características socioeconômicas e demográfica das UDHs com as menores proporções de pessoas com 60 anos ou mais, em Belo Horizonte, 2010 (Grupo 2)

UDH	T_ENV	T_ENVm	T_ENVf	RDPC	ESCO	IDH	T_RD	ESP	SOBR60
1002	2,2	2,1	2,4	409	46,4%	0,653	65,8	71,3	76,9
8242	3,3	3,6	2,9	452	44,7%	0,661	43,2	72,0	78,0
4103	3,4	3,5	3,2	397	37,3%	0,617	44,8	69,9	74,5
9301	2,5	1,7	3,2	704	61,5%	0,749	52,7	75,5	83,2
4100	3,5	3,2	3,8	409	46,4%	0,653	65,8	71,3	76,9
7189	4,9	6,1	3,8	435	39,9%	0,650	43,4	71,9	77,7
6161	3,6	3,1	4,1	397	37,3%	0,617	44,8	69,9	74,5
8245	4,4	4,6	4,3	452	44,7%	0,661	43,2	72,0	78,0
2006	4,3	4,0	4,5	397	37,3%	0,617	44,8	69,9	74,5
5130	3,7	2,6	4,7	570	43,2%	0,683	72,6	74,5	81,8
1005	4,0	3,0	4,9	409	46,4%	0,653	65,8	71,3	76,9
1012	4,2	3,3	5,0	522	50,8%	0,685	84,6	73,8	80,8
8235	4,6	3,6	5,5	397	37,3%	0,617	44,8	69,9	74,5
8232	4,9	3,5	6,2	1.255	76,1%	0,832	100	79,2	88,3
8237	4,6	3,7	5,4	435	39,9%	0,650	43,4	71,9	77,7
Média	3,8	3,4	4,2	514	46,4%	0,668	58,3	72,3	78,3

Fonte: dados do censo demográfico de 2010 (ATLASBR, 2021)

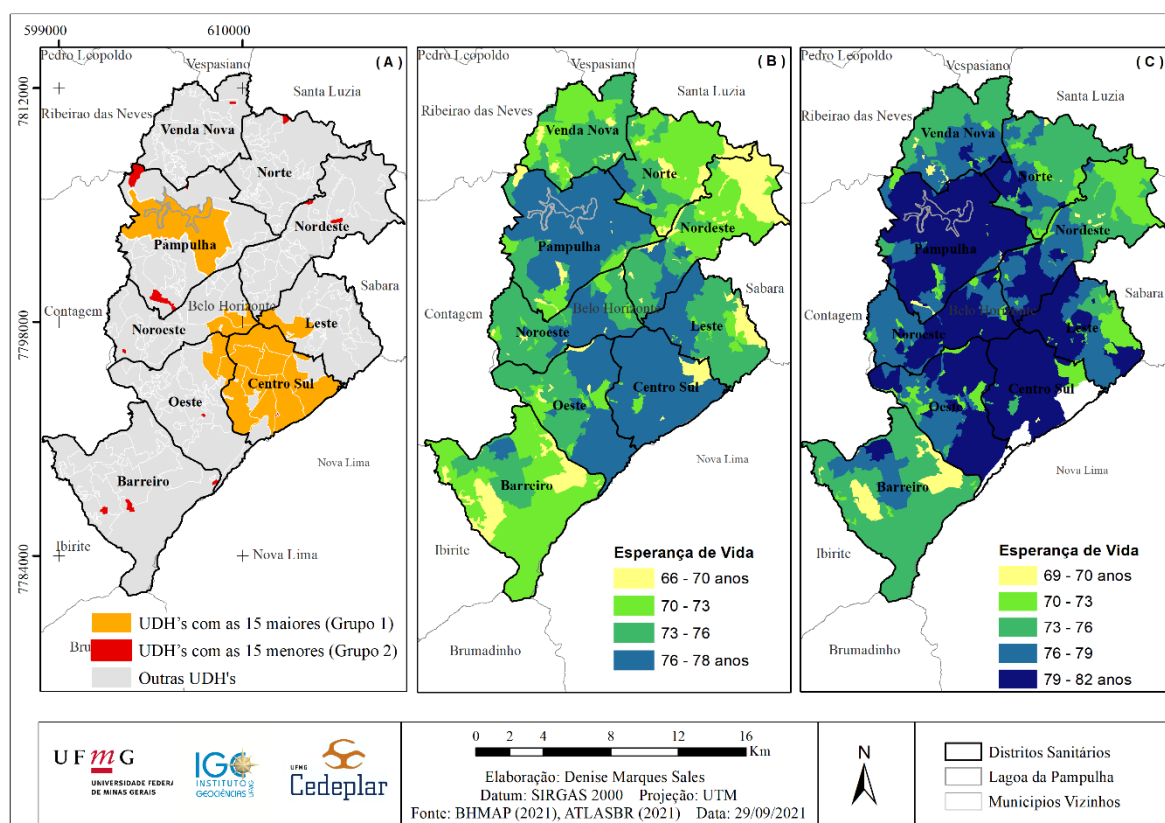
Ao comparar as características socioeconômicas das UDHs, observou-se que as unidades do Grupo 1 (maior proporção relativa de pessoas com mais de 60 anos) se concentram em bairros mais nobres da região Pampulha e Centro-Sul, contemplando algumas UDH's limítrofes nas regiões Oeste, Leste e Noroeste (Figura 3A). Esses locais apresentam maior oferta de serviços e têm melhor infraestrutura. Já as unidades do Grupo 2 (com menor proporção relativa de pessoas com mais de 60 anos) estão dispersas pela cidade, essencialmente em vilas e conjuntos habitacionais (Figura 3A).

Os indicadores analisados mostraram que as UDHs do Grupo 1 detêm valores médios, superiores aos das unidades que registraram as menores taxas (Grupo 2). Por exemplo, a diferença entre a renda média dos grupos é de R\$ 3.695,79 (R\$ 4.210,25 – grupo 1 e – R\$

514,46 – grupo 2); o IDH das unidades com maior taxa de idosos é classificado em média como “muito alto”, enquanto o das UDHs com menores taxas está na categoria “médio” (ATLASBR, 2021). O nível de escolaridade é discrepante para os grupos, no Grupo 1, em média 91% da sua população detinha ensino fundamental completo, enquanto, para o Grupo 2, esse valor nem atingiu a metade, foi de 46%. Já o indicador “percentual de pessoas vulneráveis e dependentes de idosos, no total de pessoas em domicílios [particulares prementes]”, foi o único indicador superior no Grupo 2.

A probabilidade de sobrevivência após os 60 anos, no Grupo 1 é de 90,7%, já no Grupo 2 ela atinge 78,3%, apontando para uma diferença de 12%, em média. A esperança de vida ao nascer, que em média foi de 81 anos para o grupo 1 e de 72 anos para o grupo 2, uma diferença média de 9 anos, e, ao comparar os anos de 2000 (Figura 3B) e 2010 (Figura 3C) nos territórios das UDHs, observa-se que a cidade está envelhecendo de maneira robusta.

Figura 3 – Esperança de vida ao nascer da população 60 anos e mais (2000 e 2010) segundo as UDHs em Belo Horizonte



Fonte: BMAP (2021), ATLASBR (2021), 2021

Essa breve análise nos sugere que as variáveis socioeconômicas incidem de forma relevante na possibilidade de prolongamento do tempo de vida das pessoas, como já assinalado por outros estudos.



Tendo esses cenários em vista, como nossas cidades têm lidado com suas populações acima de 60 anos? Essa colocação é oportuna, pois vivemos em uma sociedade na qual o prolongamento da expectativa de vida incita o ageísmo. De modo pejorativo, múltiplas negligências afetam os idosos que tanto contribuíram com suas biografias para a construção e produção histórico-espacial e social de que nos beneficiamos atualmente.

A seguir, na tabela 6, elencamos dados concernentes à distribuição das UDHs, de Instituições de Longa Permanência para Idosos (de natureza filantrópica), parques municipais, CEVAE, PAS, Rede de Assistência Social, CPRI.

Tabela 6 – Distribuição dos equipamentos, urbanos e assistência social

Regional Administrativa	Nº de UDHs	ILPIs Filantrópicas	Número de Parques	CEVAE	PAS	Rede Assistência Social	CRPI
Barreiro	32	3	4	-	13	6	-
Centro-Sul	14	3	18	-	6	24	-
Leste	24	4	3	1	7	17	-
Nordeste	35	1	16	1	10	9	-
Noroeste	31	6	1	1	9	13	1
Norte	34	2	5	-	9	16	-
Oeste	42	4	11	1	8	19	-
Pampulha	33	3	16	-	7	10	-
Venda Nova	34	2	5	1	9	7	-
Total	277	28	77	5	78	121	1

Fonte: BHMAP (2021), ATLASBR (2021), 2021

Segundo a tabela 6, o maior número de UDHs ocorre na regional administrativa Oeste, que também congrega a segunda melhor rede de assistência social dentre as regionais administrativas. Em termos de Instituições de longa permanência para idosos de natureza filantrópica (ILPIs) as regionais Leste e Noroeste possuem seis e com apenas uma instituição há quatro regionais (Centro-Sul, Norte, Venda Nova e Nordeste), alertando quanto à insuficiência desse serviço para a população idosa, na modalidade filantrópica. Quanto à extensão de área, os parques predominam na regional Centro-Sul seguida das Nordeste e Pampulha. A distribuição dos Centros de Vivência Agroecológica (CEVAEs) é bastante limitada, pois somente 5 regionais hospedam um equipamento dessa modalidade. No que concerne ao Programa Academias da Cidade⁶ (PAS), a maior regional (em área 53,6km² e bairros 72), o Barreiro,

⁶ O Programa Academia da Saúde (PAS) surgiu em 2002 e compõe os serviços de saúde oferecido pelo SUS. Ele foi criado a partir da necessidade do desenvolvimento de estratégias multiprofissionais para melhorar a saúde da população e atualmente é uma opção de promoção à saúde e proporciona atividade de educação em saúde para a população em geral (LOPES *et al.*, 2016).



acolhe 13. A Rede de Assistência Social predomina nas regionais Centro-Sul e Oeste. Somente a regional Noroeste conta com um Centro de Referência da Pessoa Idosa (CRPI), indicando a necessidade de instalação de outros centros a fim de expandir a cobertura desse tipo de equipamento, ou mesmo a instituição de Centros Dias na modalidade pública.

Na tabela 7, apresentam-se os Hospitais, Centros de Saúde, Centros de Especialidade Médica, UPAS, por UDH e regional administrativa, em Belo Horizonte.

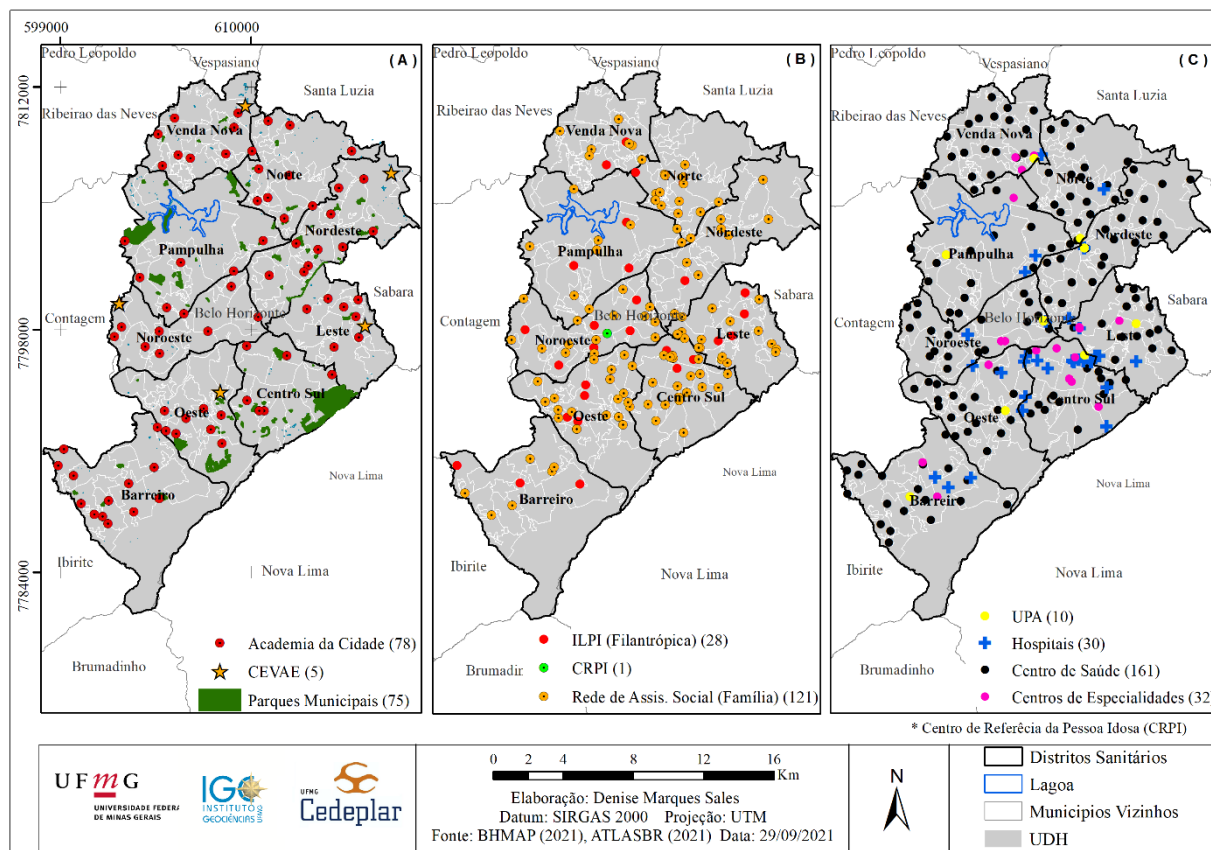
Tabela 7 – Distribuição dos equipamentos de saúde

Regional Administrativa	Hospitais	UPA	Centros de Saúde	Centros de Especialidades
Barreiro	3	1	20	3
Centro-Sul	12	1	14	11
Leste	4	1	14	6
Nordeste	2	1	22	-
Noroeste	2	2	19	6
Norte	1	1	20	-
Oeste	3	1	18	2
Pampulha	2	1	16	1
Venda Nova	1	1	18	3
<i>Total</i>	<i>30</i>	<i>10</i>	<i>161</i>	<i>32</i>

Fonte: BHMAP (2021), 2021

Há um nítido agrupamento dos hospitais na regional Centro-Sul. Quanto às Unidades de Pronto Atendimento – UPAS e os Centros de saúde – o destaque é para a regional Nordeste com 2 e 22 (em 2010 foi a segunda regional em quantidade de população, 291.110 habitantes, 63 bairros e a 5ª em densidade demográfica 7.425hab/m²). Já os Centros de Especialidades concentram-se na regional Centro-Sul. Os Centros de Especialidade Médica não possuem a especialidade geriatria em sua equipe. A seguir, visualiza-se a localização/distribuição dos equipamentos em Belo Horizonte (Figura 4): (A) Academia da cidade, CEVAE e parques; (B) ILPI, CRPI e Rede de assistência social; (C) Centros de Saúde, UPAs, Hospitais e Centros de especialidades.

Figura 4 – Disposição dos serviços de saúde e assistência social em Belo Horizonte – Setembro de 2021



Fonte: BHMAP (2021), ATLASBR (2021), 2021

É necessário avançar com outros estudos para melhor medir o acesso das pessoas acima de 60 anos a esses equipamentos e locais para cuidados médicos e práticas de atividades física, lazer e socialização. A distribuição e o acesso têm estreita ligação com a disponibilidade do serviço, mas ainda dependem da cultura de cuidado individual que gera ou não comportamentos promotores de saúde. Os equipamentos, serviços e espaços podem contribuir para uma melhor qualidade de vida da população desde que seja uma vontade também tê-la.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O espaço urbano constitui-se em agregados complexos e, portanto, possui populações com distintas demandas de saúde que envolvem estudos intraurbanos mais acurados. As condições socioeconômicas e ambientais, como o local de residência e a proximidade com equipamentos de saúde e assistência social, aliados aos comportamentos e características individuais, interferem na própria saúde do indivíduo, sua família, na coletividade e nos aspectos do envelhecimento.



O processo de envelhecimento heterogênea no Brasil e beneficia-se das peculiares incidências das transições demográficas, nutricionais e epidemiológicas. Tais transições são sensíveis a fatores sociais, econômicos, culturais e políticos, que repercutem nas distintas condições de vida dos subgrupos populacionais, e, conseqüentemente, no seu envelhecimento e sua qualidade (ou precariedade).

Contemplar idosos de diferentes grupos e contextos é um desafio a ser suplantado não só pelos estudos. Como afirmou Paes-Sousa (2002) “políticas de padrão único” tendem a não satisfazer a nenhum dos grupos sociais residentes nos territórios, sobretudo se considerarem apenas o tamanho da população. Qualquer política destinada aos idosos deve atentar para a capacidade funcional, a necessidade de autonomia, de participação, de cuidado, de autossatisfação e incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde (VERAS, 2009). A não observância das necessidades de saúde e assistência social dos diversos segmentos populacionais resulta na insuficiência dos serviços prestados aliada ao desperdício de recursos e alocação inadequada deles.

Os resultados aqui alcançados certamente abrem caminhos para subsidiar um melhor planejamento das ações em saúde, a alocação de recursos e a implementação de políticas públicas direcionadas, possibilitando uma cartografia para a saúde. A qualificação e disponibilidade dos bancos de dados associadas aos avanços no processamento e análise de informações, especialmente com uso de técnicas de geoprocessamento, podem auxiliar a uma melhor interpretação ou representação das demandas existentes na cidade.

Logo, alguns questionamentos estão na ordem do dia: Como a cidade está se preparando para o envelhecimento? O que é ofertado atualmente? Houve mudanças com o contexto pandêmico da Covid-19 (desde março 2020 até os dias de hoje)? E, pensando nas demandas futuras, o que tem sido proposto/efetivado?

AGRADECIMENTOS

Este artigo contém reflexões realizadas pelas autoras no âmbito das suas pesquisas. Ambas as doutorandas recebem bolsa de estudos da Fundação de Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Agradecemos ao Programa de Pós-graduação em Geografia do Instituto de Geociências da UFMG, ao Programa de Pós-graduação em Demografia do Cedeplar da UFMG.



REFERÊNCIAS

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.

BAILEY, T. C. Spatial statistical methods in health. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 1083-1098, v. 17, n. 5, set./out. 2001.

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.

BRAGA, L. de S. *et al.* Diferenciais intra-urbanos de vulnerabilidade da população idosa. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, p. 2307-2315, dez. 2010.

BRASIL. **Lei nº 1074/2003, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF, 2003. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm. Acesso em: 1 out. 2021.

CANESTRO, A. S. **Envelhecer com Saúde**: promoção de estilos de vida saudáveis no Baixo Alentejo. 2018. 318 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2018. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/34565>. Acesso em: 28 de set. 2021.

CORREA, M. R.; STERZA JUSTO, J. Pandemia e Envelhecimento. **Revista Espaço Acadêmico**, [Maringá], v. 20, edição especial, p. 50-60, fev. 2021.

DYSON, T. 2010. **Population and development**: the demographic transition. London: Zed Books, 2010.

FONSECA, A. M (org.). **Boas práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas**. [S. l.]: Fundação Calouste Gulbenkian; Faculdade de Educação e Psicologia da Universidade Católica Portuguesa, 2019.

LOPES, A. C. S. *et al.* Estratégia de promoção à saúde: programa academia da cidade de Belo Horizonte. **Rev. Bras. Ativ. Fís. Saúde**, v. 21, n. 4, p. 379-384, 2016.

OLIVEIRA, A. S. Transição demográfica, transição epidemiológica e envelhecimento populacional no Brasil. **Hygeia – Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, [Uberlândia], v. 15, n. 32, p. 69-79, jun. 2019.

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.



OMRAN, A. R. The epidemiologic transition: a theory of the epidemiology of population change. **Milbank Memorial Fund Quarterly**, New York, v. 49, n. 4, p. 509-538, out. 1971.

OMS. **Guia Global**: cidade amiga do idoso. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008. 67 p. Disponível em: <https://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>. Acesso em: 7 jul. 2021.

OMS. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. [Genebra]: Organização Mundial da Saúde, 2015. 30 p. Disponível em: <https://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>. Acesso em: 20 jul. 2021.

PAES-SOUSA, R. Diferenciais intra-urbanos de mortalidade em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1994: revisitando o debate sobre transições demográfica e epidemiológica. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 5, p. 1411-1421, set./out. 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/Z7gQ7Dxw5ksdqJW6ZctZdQF>. Acesso em: 28 de set. 2021.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Pessoa Idosa. **Prefeitura de Belo Horizonte**, Belo Horizonte, 2019. Disponível em: <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/sudc/politicas/pessoa-idosa>. Acesso em: 25 ago. 2021.

PEDRO, W. J. A. Reflexões sobre a promoção do envelhecimento ativo. **Revista Kairós Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 9-32, 2013.

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.

RIBEIRO, M.G., SANCHO, L.G.; LAGO, R. F. Gastos com internação do idoso em serviços privados de terapia intensiva em três capitais da região sudeste: São Paulo, Rio de Janeiro e Belo Horizonte. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 394-401, 2015.

SALTARELLI, R. M. F. *et al.* Mortes evitáveis por ações do Sistema Único de Saúde na população da Região Sudeste do Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 887-898, mar. 2019.

SCHRAMM, J. M. A. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Revista Ciência e saúde coletiva**, [Rio de Janeiro], p. 897-908, v. 9, n. 4, out. 2004.

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: contextualização da transição demográfica e do envelhecimento no município de Belo Horizonte e as políticas orientadas ao bem-estar do idoso em nível internacional, nacional e local. Versão preliminar.

VERAS, R. P. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 548-54, 2009.