

PERFIL DE USUÁRIOS E PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RESOLUTIVAS: O ATENDIMENTO À SAÚDE DO IDOSO DE BELO HORIZONTE/MG

USER PROFILE AND RESOLUTION PUBLIC POLICY PLANNING: HEALTH CARE FOR
THE ELDERLY OF BELO HORIZONTE/MG

PERFIL DE USUARIO Y RESOLUCIÓN PLANIFICACIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS: ATENCIÓN
MÉDICA PARA LOS ANCIANOS DE BELO HORIZONTE/MG

Mariane Coimbra Silva, MSC

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
marianecoimbrasilva@gmail.com

Karla Cristina Giacomini, Dra.

Fundação Oswaldo Cruz, Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte/Brazil
kcgiacomini@hotmail.com

Mirela Castro Santos Camargos, Dra.

Universidade Federal de Minas Gerais/Brazil
mirelacsc@gmail.com

RESUMO

O estudo buscou identificar o perfil de usuários atendidos em um Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso em Belo Horizonte, Minas Gerais. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal, exploratória e descritiva na qual foram investigadas 6.895 consultas no Centro Mais Vida, entre janeiro e dezembro de 2017. Uma amostra aleatória representativa de 289 planos de cuidados personalizados foi analisada. Os resultados apontaram que a maioria dos usuários é do sexo feminino (72%), com média de idade de 76,4 anos e baixa escolaridade. A prevalência de comprometimento funcional foi de 16% para atividades de vida diária e 61% para atividades instrumentais de vida diária. Observou-se divergências entre a vulnerabilidade clínico-funcional medida e o grau de prioridade no encaminhamento para o acompanhamento na atenção primária ou secundária. A maior parte dos idosos atendida foi reencaminhada para acompanhamento na Atenção Primária. Permanecem lacunas no cuidado à pessoa idosa frágil na rede SUS-BH.

Palavras-chave: Saúde do idoso; Serviços de Saúde para Idosos; Idoso Fragilizado.

ABSTRACT

The study sought to identify the profile of users assisted at a Reference Center for Health Care for the Elderly in Belo Horizonte, Minas Gerais. This is a quantitative, cross-sectional, exploratory and descriptive study in which 6,895 consultations at Centro Mais Vida were investigated between January and December 2017. A representative random sample of 289 personalized care plans was analyzed. The results showed that most users were female (72%), with a mean age of 76.4 years and low education. The prevalence of functional impairment was 16% for activities of daily living and 61% for instrumental activities of daily living. Differences are observed between the measured clinical-functional vulnerability and the degree of priority in referral for follow-up in primary or secondary care. Most of the elderly assisted were forwarded for follow-up in Primary Care. Gaps remain in care for frail elderly people in the SUS-BH network.

Keywords: Health of the elderly; Health Services for the Elderly; Fragile Elderly.

RESUMEN

El estudio buscó identificar el perfil de los usuarios atendidos en un Centro de Referencia para la Atención a la Salud del Anciano en Belo Horizonte, Minas Gerais. Se trata de un estudio cuantitativo, transversal, exploratorio y descriptivo en el que se investigaron 6.895 consultas entre enero y diciembre de 2017. Se analizó una muestra aleatoria representativa de 289 planes de atención personalizada. Los resultados mostraron que la mayoría eran mujeres (72%), con una edad media de 76,4 años y baja escolaridad. La prevalencia de deterioro funcional fue



del 16% para las actividades de la vida diaria y del 61% para las actividades instrumentales de la vida diaria. Se observan diferencias entre la vulnerabilidad clínico-funcional medida y el grado de prioridad en la derivación para seguimiento en atención primaria o secundaria. La mayoría de los ancianos asistidos fueron remitidos para seguimiento en Atención Primaria. Persisten brechas en la atención a ancianos frágiles en la red SUS-BH.

Palabras clave: Salud de los ancianos; Servicios de Salud para el Adulto Mayor; Ancianos frágiles.

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, processo que ocorre de maneira diversificada em função das desigualdades socioeconômicas e singularidades de cada lugar, torna-se um desafio coletivo que traz implicações para o setor público, empresas, organizações sociais e indivíduos. À medida que a sociedade envelhece, todos os atores precisam estar implicados na garantia da longevidade com qualidade.

No Brasil, o fenômeno do envelhecimento tem sido acelerado e intenso. Em 1994, por exemplo, quando foi aprovada a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994), a proporção da população idosa era de, aproximadamente, 8%. Atualmente, o país conta com cerca de 32 milhões de brasileiros com 60 anos ou mais, o que equivale a 16% da população total (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA [IBGE], 2019). Espera-se que, em 2030, o número de idosos supere o de crianças e adolescentes de zero a 14 anos e, para 2050, a projeção para essa população já corresponda a 30% sobre esse total (BRASIL, 2018). Simultaneamente à transição demográfica, o país vive mudanças no perfil epidemiológico da população, com aumento da carga de doenças crônicas e incapacidades funcionais que repercutem nas demandas por atenção à saúde (LIMA-COSTA et al. 2017).

As limitações físicas, cognitivas e sensoriais não são consequências inevitáveis do envelhecimento e a idade por si só não prediz incapacidade, mas, a presença de alguma incapacidade representa maior necessidade de cuidados médicos e sociais no longo prazo, o que repercute diretamente nas demandas por atenção à saúde. Cerca de 30% dos idosos brasileiros apresentam dificuldades para realizar uma ou mais atividades de vida diária, sendo que, desse total, 80% necessitam de ajuda para efetuar, pelo menos, uma tarefa (BRASIL, 2018).

Lima-Costa e outros (2017) afirmam que a análise do perfil de idosos com limitações funcionais, bem como o estudo das desigualdades associadas à utilização de serviços de saúde, revelam-se importantes para o planejamento de políticas públicas resolutivas e coerentes com as necessidades dos cidadãos. Nesse sentido, o estabelecimento de uma linha de cuidado capaz de recuperar ou manter a autonomia e a independência funcional da pessoa idosa é recomendado pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (BRASIL, 2006) e pelas Diretrizes para o Cuidado das Pessoas Idosas no SUS (BRASIL, 2014).

Tendo em vista que o conhecimento aprofundado da população usuária de um sistema de saúde se faz fundamental para a organização de uma gestão centrada nas necessidades dos usuários, o objetivo do presente trabalho foi identificar o perfil de usuários atendidos em um Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso em Belo Horizonte, Minas Gerais, a partir do Programa Mais Vida. A pesquisa visa fornecer subsídios para o planejamento de ações pela Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O Estado brasileiro é pioneiro na criação de leis e políticas públicas que visam à proteção social das pessoas idosas (ROMERO et al., 2019). No campo da saúde, a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), instituída pela Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006, foi um passo importante na consolidação de direitos relativos a essa temática. Ela orienta as ações de saúde da pessoa idosa desenvolvidas no país e propõe diretrizes fundamentadas no cuidado longitudinal e na perspectiva do envelhecimento ativo, tendo como finalidade primordial a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e independência dos indivíduos idosos. A PNSPI direciona medidas coletivas e individuais de saúde em consonância com os princípios e diretrizes do SUS, destacando o papel de cada ente federativo na sua implementação e consolidação. No entanto, apesar do vasto arcabouço legal brasileiro de proteção a essas pessoas, Giacomini e Firmo (2015) afirmam que o Brasil ainda apresenta grandes dificuldades para assumir o envelhecimento como uma prioridade na prática.

A Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008) enfatiza, dentre os principais problemas vivenciados na gestão de sistemas de saúde: a fragmentação; a concorrência entre os serviços; o uso inadequado de recursos com elevação dos custos; a falta de seguimento longitudinal dos usuários; o aumento da prevalência das doenças crônicas; e a necessidade de monitoramento e avaliação. O mesmo documento também afirma que a melhor opção para o enfrentamento de tais problemas seria a formação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), por terem como eixo estruturante o cuidado integral, a reformulação e a reorientação do papel da Atenção Primária à Saúde (APS), como coordenadora dos fluxos de pacientes e serviços (MENDES, 2011; REIS et al., 2013).

Nessa direção, a Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais instituiu, em 2008, a Rede Integral de Atenção à Saúde do Idoso do Estado de Minas Gerais, tendo como eixo orientador o Programa Mais Vida (Resolução nº 1.583, de 19 de setembro de 2008). Esse programa tem por objetivo melhorar a assistência às pessoas idosas, por meio de ações que incluem a descentralização da assistência, a organização da rede e a capacitação dos profissionais para a atenção à Saúde do Idoso.

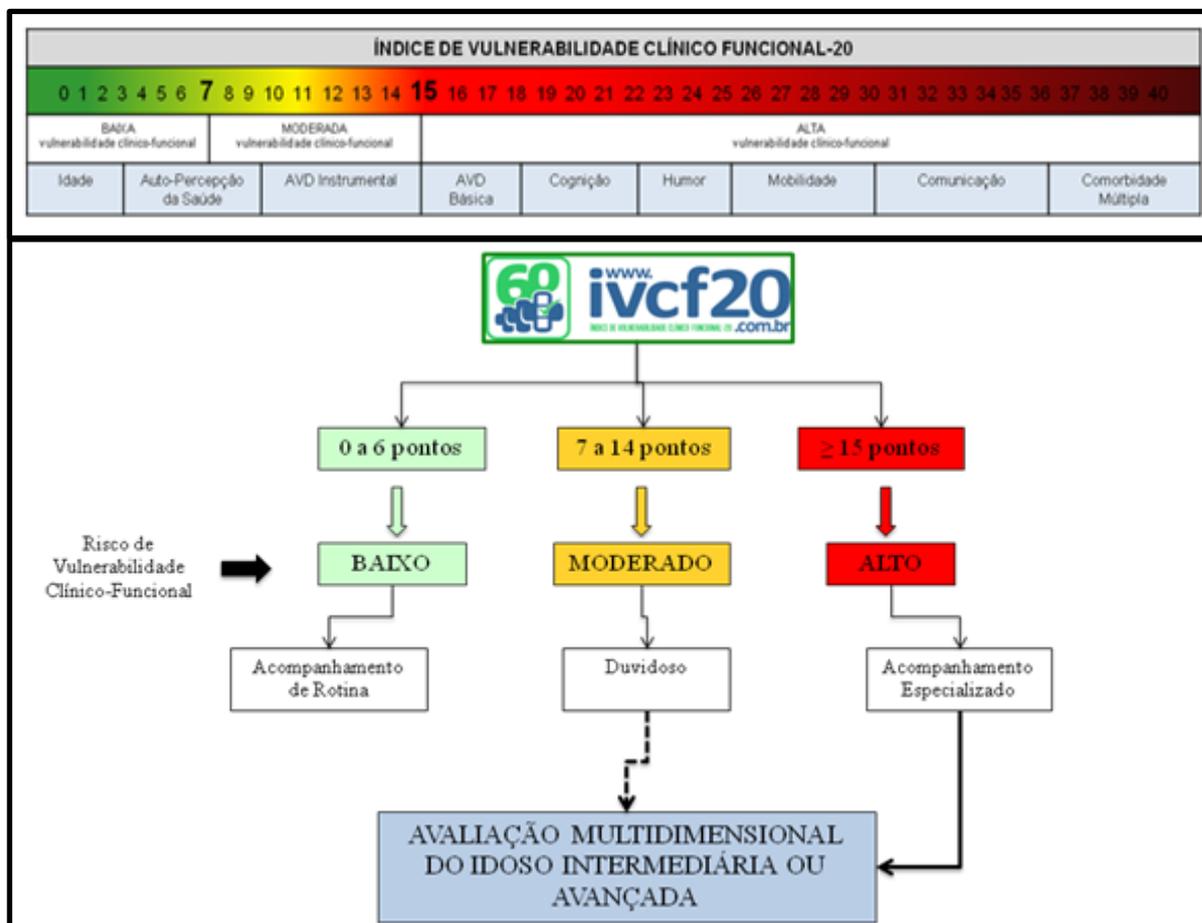
Um dos pontos de atenção dessa rede está no Centro de Referência de Atenção Secundária Especializada, denominado Centro Mais Vida (CMV), que oferta atendimento especializado - avaliação multidimensional e realização de exames - para idosos frágeis ou em risco de fragilização. Conforme a Linha Guia “Atenção à Saúde do Idoso/SES-MG”, assume-se como idoso frágil aquele com 80 anos de idade ou mais ou a partir de 60 anos que apresente, no mínimo, uma das seguintes características: a) polipatologias (cinco diagnósticos ou mais); b) polifarmácia (cinco medicamentos ou mais ao dia); c) imobilidade parcial ou total; d) incontinência urinária ou fecal; e) instabilidade postural (quedas de repetição); f) incapacidade cognitiva (declínio cognitivo, síndrome demencial, depressão, *delirium*); g) história de internações frequentes e/ou pós alta hospitalar; e h) dependência nas atividades de vida diária (MINAS GERAIS, 2008).

Todas as Diretorias Regionais de Saúde podem solicitar a avaliação de usuários idosos junto ao Programa Mais Vida. Os pacientes identificados como frágeis pelas Equipes de Saúde da Família na APS devem ser encaminhados para avaliação no CMV. A partir do trabalho multiprofissional, a equipe do CMV elabora um Plano de Cuidados Personalizado para cada usuário atendido, o que corresponde à contrarreferência para orientar o trabalho dos profissionais da APS que lidam com esse público.

Para reconhecer os diversos estratos clínico-funcionais na população idosa, o serviço do CMV de Belo Horizonte desenvolveu uma classificação própria para facilitar o reconhecimento do idoso de risco. Segundo

seus idealizadores (MORAES; MORAES, 2014), o instrumento denominado Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional (IVCF-20), é uma ferramenta simples e de rápida aplicação (5 a 10 minutos), com a vantagem de ter caráter multidimensional.

Figura 1 - Índice de vulnerabilidade clínico funcional - 20



Fonte: IVCF-20 (2023)

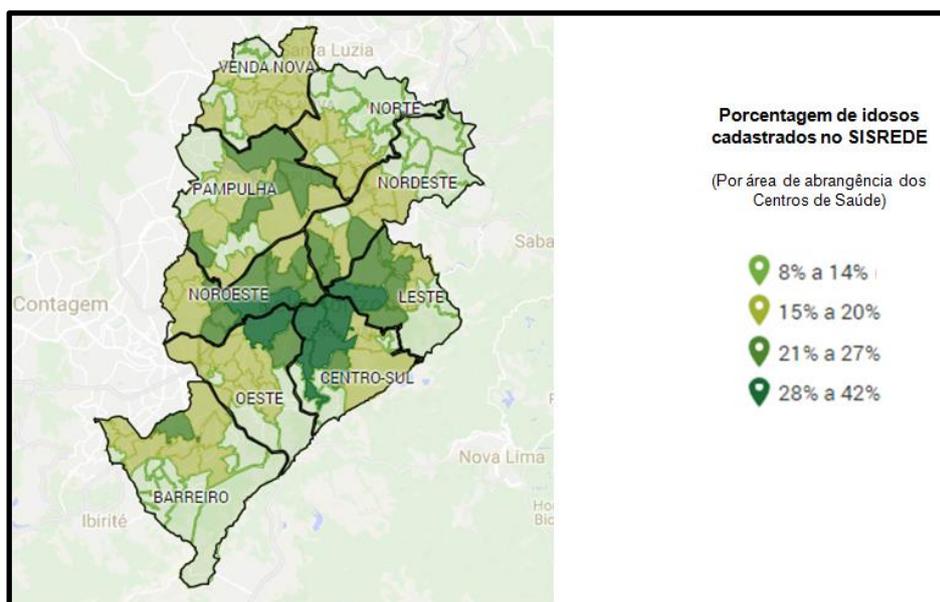
O IVCF-20 avalia os principais preditores de declínio funcional no idoso, a saber: a idade; a autopercepção da saúde; as atividades de vida diária; a cognição, o humor/comportamento; a mobilidade (alcance, preensão e pinça, capacidade aeróbica/muscular, marcha e continência esfinteriana); a comunicação (visão e audição); e a presença de comorbidades múltiplas, representada por polipatologia, polifarmácia e/ou internação recente. A pontuação varia entre zero a 40 pontos e permite a categorização em três grupos, segundo a vulnerabilidade clínico-funcional. Indivíduos com pontuação entre zero e seis são considerados de baixo risco de vulnerabilidade clínico-funcional, devendo ser encaminhados para acompanhamento de rotina. Aqueles que obtiverem entre sete e 14 pontos, são classificados como de média vulnerabilidade e o tipo de encaminhamento não está bem estabelecido, enquanto idosos que pontuem entre 15 e 40 necessitam de acompanhamento especializado. Os grupos de média e alta vulnerabilidade devem ser submetidos a avaliação multidimensional intermediária ou avançada.

3 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, exploratório e descritivo sobre o perfil de usuários atendidos no Programa Mais Vida no município de Belo Horizonte.

De acordo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD) de 2019, Belo Horizonte tem um contingente de 456.000 pessoas idosas, o que corresponde a 18% da população total (IBGE, 2019). No âmbito do SUS, o número de idosos cadastrados no Sistema de Informação Saúde em Rede (SISREDE) do município, em 2017, correspondia a 17,1% da população total cadastrada (Figura 2). O município dispõe de 152 Unidades Básicas de Saúde (UBS) distribuídas em nove Diretorias Regionais de Saúde (DRES) e conta com 596 equipes de Saúde da Família (eSF), com cobertura de mais de 80% da população geral na Atenção Primária à Saúde (APS).

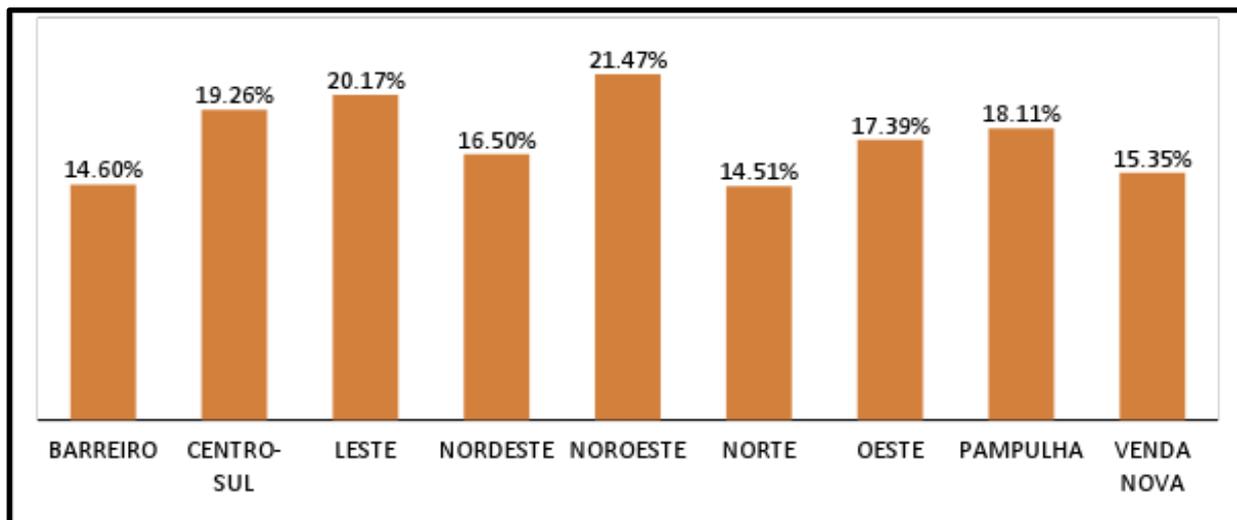
Figura 2 - Distribuição geográfica da população idosa cadastrada, segundo a divisão administrativa das Diretorias Regionais de Saúde do município de Belo Horizonte (MG), 2017



Fonte: Belo Horizonte (2017)

Conforme demonstrado na Figura 3, as regiões sanitárias proporcionalmente mais envelhecidas são: Noroeste, Leste, Centro-Sul e Pampulha, o que coincide com as áreas mais antigas da cidade.

Figura 3 - Distribuição da população idosa cadastrada segundo a Diretoria Regional de Saúde do município de Belo Horizonte (MG), 2017



Fonte: Belo Horizonte (2017)

A população abordada neste estudo foi composta por idosos usuários do SUS-BH atendidos no Centro Mais Vida, no período de janeiro a dezembro de 2017. Os dados foram extraídos do Sistema de Informação em Saúde (SISREDE) e dos Planos de Cuidado disponíveis na Coordenação de Atenção à Saúde do Adulto e Idoso da SMSA. Para o cálculo amostral estimou-se 289 Planos de Cuidados Personalizados, utilizando nível de confiança de 95%, margem de erro 5% e, proporção 0,25. Foram analisadas as seguintes variáveis:

- características sociodemográficas dos usuários: idade (anos), sexo, grau de escolaridade, DRES de origem;
- pontuação no IVCF e grau de prioridade para acompanhamento geriátrico;
- avaliação clínico-funcional, com base na aplicação do IVCF, nas seguintes dimensões selecionadas: Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD), Atividades de Vida Diária (AVD), Cognição, Humor/comportamento, Mobilidade, Incontinência e, Comunicação; e
- encaminhamento para reabilitação.

Este estudo avaliou apenas as dimensões “Funcionalidade Global” e “Sistemas Funcionais”, devido à inconsistência observada nas outras dimensões do IVCF-20 presentes nos planos de cuidados, o que impossibilitou a coleta e categorização desses dados. AVD caracteriza a habilidade para realizar tarefas de autocuidado (banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro, ser continente e alimentar-se) e de mobilidade; e AIVD inclui as tarefas que permitem a vida em comunidade (compreendendo a limpeza da casa, as compras, o preparo da comida, o uso do telefone e a administração de finanças)

As análises foram realizadas no Programa *Microsoft Excel - Professional Plus 2010*, versão 14.0.7192.5000.

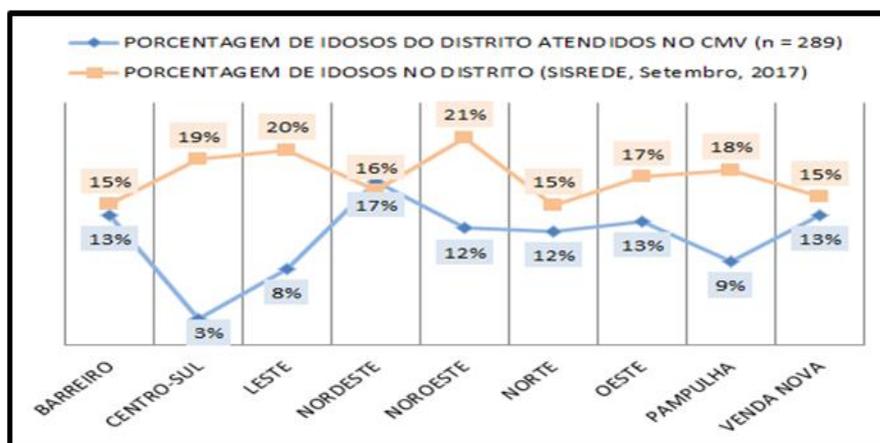
4 RESULTADOS

Atualmente, o CMV disponibiliza, em média, 600 vagas por mês para primeira consulta de geriatria. A espera pelo agendamento das consultas varia de 15 dias a seis meses, dependendo do Centro de Saúde e do

PERFIL DE USUÁRIOS E PLANEJAMENTO DE POLÍTICAS PÚBLICAS RESOLUTIVAS: O ATENDIMENTO À SAÚDE DO IDOSO DE BELO HORIZONTE/MG

distrito de solicitação, devido a uma distribuição de cotas divididas por Diretoria Regional de Saúde (DRES) e por CS que foram definidas no início do programa. No gráfico 1 está apresentada a relação entre a porcentagem de idosos atendidos e a realidade demográfica dos distritos.

Gráfico 1 - Relação entre porcentagem de idosos atendidos no CMV e porcentagem de idosos cadastrados, por distrito, em Belo Horizonte – 2017



Fonte: Belo Horizonte (2017)

No período analisado, foram agendadas 6.895 consultas para o Programa Mais Vida e realizados 5.439 atendimentos, ou seja, 21% das consultas não foram efetivadas por absenteísmo de pacientes.

Na tabela 1 estão apresentadas as características sociodemográficas dos usuários atendidos.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico dos usuários atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte – MG (janeiro a dezembro, 2017)

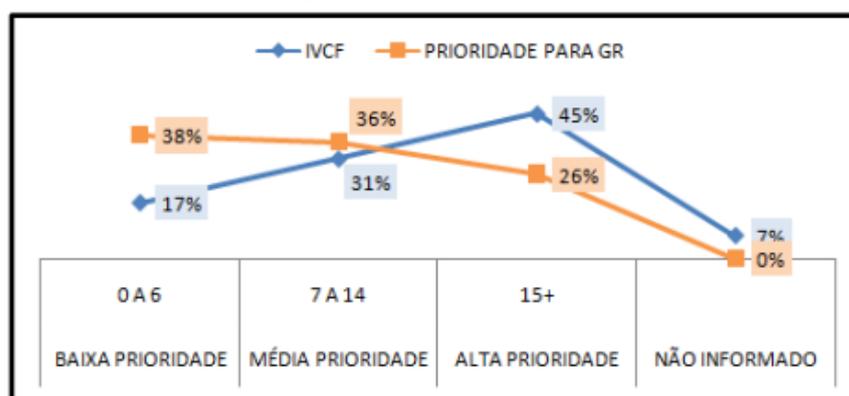
Característica sociodemográfica	N (%)
Sexo	
Masculino	82 (28)
Feminino	207 (72)
Faixa etária (anos)	
60 – 69	62 (21)
70 – 79	124 (43)
80 e mais	103 (36)
Escolaridade (anos completos)	
Nenhuma	61 (21)
1 – 4	168 (58)
5 – 8	20 (7)
9 – 11	16 (5,5)
12 e mais	8 (3)
Não informada	16 (5,5)
Diretoria Regional de Saúde de origem	
Barreiro	39 (13)
Centro-Sul	8 (3)
Leste	23 (8)
Nordeste	49 (17)
Noroeste	35 (12)
Norte	34 (12)
Oeste	37 (13)
Pampulha	25 (9)

Venda Nova	39 (13)
Total	289 (100)

Fonte: Belo Horizonte (2017)

O gráfico 2 apresentada a distribuição dos pacientes atendidos pelo Centro Mais Vida, segundo a Pontuação no IVCF-20 e o grau de Prioridade de encaminhamento para acompanhamento especializado (Geriatria de Referência - GR).

Gráfico 2 - Distribuição dos pacientes atendidos pelo Centro Mais Vida, de janeiro a dezembro de 2017, segundo a Pontuação no IVCF-20 e o grau de prioridade de encaminhamento para Geriatria de Referência (GR)



Fonte: Belo Horizonte (2017)

Na tabela 2 são apresentados os dados encontrados na avaliação da Funcionalidade Global e dos Sistemas Funcionais medidos pelo IVCF-20.

Tabela 2 – Avaliação clínico-funcional dos usuários atendidos no Centro Mais Vida, Belo Horizonte – MG, de janeiro a dezembro de 2017

Dimensão avaliada	Preservada N (%)	Comprometida N (%)	Total N (%)
Atividades de Vida Diária	244 (84)	45 (16)	289 (100)
Atividades Instrumentais de Vida Diária	114 (39)	175 (61)	289 (100)
Cognição	149 (52)	140 (48)	289 (100)
Humor/Comportamento	95 (33)	194 (67)	289 (100)
Mobilidade	95 (33)	194 (67)	289 (100)
Continência urinária e-ou fecal	196 (68)	93 (32)	289 (100)
Comunicação	143 (49)	146 (51)	289 (100)

Fonte: Belo Horizonte (2017)

Considerando os idosos que apresentavam comprometimento nas AVD (n=45), 75% eram parcialmente dependentes e 25% completamente dependentes. Em relação às AIVD (n=175), 78% apresentavam dependência parcial e 22% dependência completa.

Dos idosos com comprometimento cognitivo (n= 140), 38% apresentavam incapacidade cognitiva sem diagnóstico definido; 29% algum tipo de Demência; 25% Comprometimento Cognitivo Leve e 8% outra Doença Mental.

Quanto aos usuários com Humor e/ou Comportamento comprometido (n= 194), 51% preenchiam critérios para depressão maior; 21% depressão subsindrômica ou distímia; 13% sintomas comportamentais e psicológicos associados à demência (SCPD em português e BPSD em inglês. Também chamados transtornos neuropsiquiátricos na demência); 12% apresentavam comprometimento sem diagnóstico definido, mas com prejuízos funcionais; e 3% Transtorno Afetivo Bipolar. Observou-se também que dentre os idosos com comprometimento cognitivo (n=140), 79% apresentavam alguma alteração de humor e/ou comportamento.

No que se refere aos 194 pacientes com mobilidade comprometida, 42% demonstraram instabilidade postural e 13% algum tipo de imobilidade estabelecida. Do total de usuários com incontinência urinária (n =93), 86% apresentavam mobilidade comprometida.

A tabela 3 apresenta o resultado consolidado de encaminhamentos para reabilitação.

Tabela 3 – Resultado consolidado de encaminhamentos para reabilitação

Dimensão avaliada	Comprometimento identificado N(%)	Encaminhamento para reabilitação N (%)
Atividades de Vida Diária	45 (16)	30 (67)
Atividades Instrumentais de Vida Diária	175 (61)	100 (57)
Cognição	140 (48)	80 (57)
Humor/Comportamento	194 (67)	119 (61)
Mobilidade	194 (67)	115 (59)
Continência urinária e/ou fecal	93 (32)	52 (56)
Comunicação	146 (51)	82 (56)

Fonte: Belo Horizonte (2017)

Considerando que uma pessoa poderia ter mais de uma dimensão comprometida simultaneamente, foram considerados todos os encaminhamentos para reabilitação, mesmo quando não identificado o motivo da indicação.

5 DISCUSSÃO

Em Belo Horizonte, de acordo com O IBGE (2019), apresenta 18% de sua população envelhecida. A projeção é de que a população idosa do município tenha uma taxa de crescimento anual superior a todos os grupos etários, em torno de 3% até 2025 (CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL DA FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS [CEDEPLAR], 2017). Quando considerado o Índice de Envelhecimento, as projeções indicam que, a partir de 2025, já haverá mais idosos do que crianças no município de Belo Horizonte (razão maior que 100) (CEDEPLAR, 2017).

A partir de 2001, com a implantação da Estratégia de Saúde da Família no município, houve expressivo aumento do número de idosos atendidos, especialmente aqueles frágeis e debilitados. Esse público, anteriormente, não conseguia acesso aos Centros de Saúde e passou a ser acompanhado pelas equipes por meio de consultas individuais e visitas domiciliares (GIACOMIN et al., 2008). Além do acompanhamento na APS, a parcela idosa também passou a contar com a oferta de atendimentos em serviços especializados, como o Programa Mais Vida, com vistas à melhoria da assistência prestada.

Vale ressaltar que o custo de cada avaliação multidimensional do idoso realizada pelo Programa está estimada em R\$578,51, o que gera um gasto médio de R\$ 4.165.272,00 por ano para os cofres públicos, considerando-se uma média de 600 consultas por mês (SIGTAP apud CARMO, 2014). No entanto, apesar do alto custo do procedimento, o absenteísmo das consultas no CMV gira em torno de 20% ao ano, conforme dados da Gerência de Rede Complementar da SMSA. Ainda, segundo essa Gerência, a média de absenteísmo geral (consultas especializadas, exames e outros procedimentos) foi de 24,1% em 2015 e 19,4% em 2016, observando-se maior absenteísmo em consultas com maior tempo de espera e em procedimentos considerados invasivos. No caso da Geriatria, diversos fatores poderiam influenciar as ausências, como: dificuldade de deslocamento dos pacientes até o serviço, desconhecimento sobre a importância da consulta, falhas na comunicação entre equipe de saúde responsável pelo encaminhamento e familiares do paciente, dentre outros motivos que não foram levantados no estudo.

Em relação ao perfil sociodemográfico dos usuários do CMV, a média de idade encontrada foi de 76,4 anos (variação de 60 a 97 anos), predominando o sexo feminino (72%) e a baixa escolaridade (um a quatro anos). Esses dados concordam com o Manual de Diretrizes para o Cuidado da Pessoa Idosa no SUS (BRASIL, 2014), ao relatar que a transição demográfica brasileira se caracteriza por uma feminização da velhice. No Brasil, a expectativa de vida média da população é maior para as mulheres (77,7 anos) do que para os homens (70,6) e elas correspondem à maioria dentre a população idosa (55,7% entre 60 e 79 anos e 61% na faixa acima de 80 anos) (BRASIL, 2014).

A conhecida predominância da população feminina entre os idosos tem repercussões importantes nas demandas por políticas públicas. Camarano (2016) afirma que a dívida social do acesso ao direito à educação revela-se na população idosa brasileira, especialmente a feminina, em função das desigualdades sociais e de gênero que marcam o processo de envelhecimento em nosso país. A média de escolaridade entre as mulheres idosas é menor do que entre homens e, embora as mulheres vivam mais, elas estão mais sujeitas a incapacidades físicas e mentais do que seus parceiros masculinos.

A maior parte dos casos atendidos pelo CMV era oriunda da DRES Nordeste, uma região que conta com alta proporção de idosos em sua população. O número elevado de encaminhamentos também pode ser explicado pelo fato de existir, nessa área, um projeto piloto do CMV denominado “Mais Vida em Casa”, uma equipe que realiza atendimentos domiciliares na DRES Nordeste, fazendo avaliação geriátrica e formulação de planos de cuidado personalizados para apoiar as equipes da APS, que sensibiliza os profissionais em relação às questões do envelhecimento. Além disso, a presença de residentes de Saúde do Idoso nos CS da DRES Nordeste também pode ter contribuído para esse resultado.

Observa-se uma discrepância entre a categorização proposta pelo IVCF-20 e o encaminhamento dos casos pelo CMV (Gráfico 2).

Na amostra estudada, 45% dos participantes do estudo obtiveram pontuação de 15 ou mais no IVCF-20, o que indicaria alto risco de fragilidade e alta prioridade para acompanhamento geriátrico, segundo os critérios do instrumento. No entanto, apenas 26% dos usuários que obtiveram essa pontuação foram indicados como pacientes de alta prioridade para acompanhamento na atenção especializada (Geriatria de Referência).

Dentre os usuários encaminhados para acompanhamento na APS, 31% obtiveram a pontuação de 15 ou mais, que o IVCF-20 identifica como pessoa com alta vulnerabilidade clínico-funcional. Isso sugere que essa

população de idosos frágeis ou em risco de fragilização deverá ser assistida pelas equipes de saúde da família. A questão é: como se dará esse seguimento?

Medeiros e outros (2017) afirmam que a atenção ao idoso no contexto da APS, de forma geral, ainda é baseada em uma percepção fragmentada e por um viés predominantemente biomédico, que dificulta a integralidade do cuidado. De acordo com Fonseca e Bittar (2016), o atendimento ao idoso requer competências e conhecimentos que, muitas vezes, não foram desenvolvidos ao longo da formação acadêmica, o que torna comum o relato de dificuldades por parte dos profissionais no manejo com essa população. Além disso, dentre as principais limitações na assistência ao idoso, as autoras destacam: a falta de apoio dos familiares no acompanhamento dos pacientes; a resistência dos idosos para aderir aos tratamentos; a dificuldade de comunicação com o idoso (passar orientações, compreender o que o usuário está falando); e certas limitações fisiológicas como a perda de memória. Como facilitadores foram apontados o acompanhamento domiciliar, a presença de acompanhantes nas consultas e a troca de saberes tanto com outros profissionais como com os próprios idosos.

Outro objetivo deste estudo foi o levantamento das dimensões funcionais. Os resultados mostraram que 16% dos idosos apresentavam algum grau de incapacidade para realizar AVD, prevalência semelhante à percebida para o conjunto da população idosa brasileira e em outros grupos populacionais como europeus e norte-americanos (GIACOMIN et al., 2008). Lima-Costa e outros (2011) afirmam que a capacidade funcional é provavelmente a dimensão mais estudada da saúde dos idosos, pois, além dos impactos na vida pessoal e familiar, ela afeta as demandas por serviços de saúde e assistência social.

Assim, embora a presença de alguma incapacidade devesse servir como indicador e balizador de ações e de políticas desse grupo etário (BRASIL, 2006), as pessoas com incapacidade costumam ter o acesso aos serviços de saúde e a ações de promoção e prevenção mais limitado (GIACOMIN; FIRMO, 2015). De acordo com Camarano (2016), a proporção de pessoas que deixam de fazer alguma atividade habitual cresce com a idade e costuma ser mais elevada entre as mulheres. No presente estudo, 54% dos pacientes com comprometimento nas AVD tinham 80 anos ou mais e 71% eram do sexo feminino.

Outro dado relevante encontrado na pesquisa foi a expressiva proporção de idosos com comprometimento cognitivo que também apresenta alterações de humor e/ou comportamento (79%). Estudos epidemiológicos internacionais identificaram sintomas neuropsiquiátricos entre 75% (LYKETSOS et al., 2002) a 89% (HWANG et al. 2004) dos pacientes com diagnóstico de demência. No Brasil, um estudo realizado em São Paulo identificou que 78,3% dos pacientes com diagnóstico de Doença de Alzheimer apresentavam um ou mais sintomas neuropsiquiátricos (CARAMELLI; BOTTINO, 2007). Os sintomas mais comuns encontrados nessas pesquisas foram: apatia; irritabilidade; depressão; e agitação/agressividade. Os sinais comportamentais e psicológicos da demência têm relação com evolução clínica mais desfavorável da doença, aumento de sobrecarga dos familiares e cuidadores e maior incidência de institucionalização, entre outros fatores (CARAMELLI; BOTTINO, 2007)

Um dos fatores de risco mais relevantes para redução da capacidade funcional em indivíduos idosos é a ocorrência de quedas. As causas que provocam as quedas são múltiplas e podem ser agrupadas em fatores intrínsecos e extrínsecos: em primeiro, tem-se as alterações fisiológicas pelas quais o idoso passa, condições patológicas e efeitos adversos de medicações. Em seguida, as questões ambientais e comportamentais. Nesta

pesquisa, foi observada uma prevalência de 67% de comprometimento na mobilidade, o que representa um risco elevado para quedas (GASPAROTTO; FALSARELLA; COIMBRA, 2014).

No que se refere à incontinência urinária e/ou fecal, outra síndrome geriátrica, a prevalência identificada foi de 32%. Segundo Veras e outros (2007), essa condição é frequentemente negligenciada, subdiagnosticada e com alto grau de morbidade direta e indireta. A incontinência não tratada predispõe a infecções geniturinárias que podem levar a quadros de sepse, maceração da pele facilitando a candidíase e formação de escaras, interrupção do sono e predisposição a quedas, sendo um dos principais fatores que levam à institucionalização da pessoa idosa.

A presença de comprometimentos na comunicação - visão, audição e fala – pode ser considerada outro importante preditor de incapacidade funcional dentre os idosos. As complicações provocadas pelas perdas auditivas e visuais incluem maior tendência a quedas, tanto em casa como fora dela, atropelamentos, maior risco de intoxicações alimentares e, mesmo, envenenamentos pela dificuldade para ler rótulos e prazos de validade de medicamentos. Todos esses fatores favorecem a depressão, o isolamento social, agravam comorbidades e disfunções já presentes (VERAS et al., 2007).

Em relação aos encaminhamentos para reabilitação, observou-se que uma parcela significativa foi indicada para acompanhamento multidisciplinar. Pode-se inferir que os avaliadores, ao encaminharem os pacientes para reabilitação, reconhecem a importância do trabalho multiprofissional para uma assistência integral qualificada. No entanto, muitos dos encaminhamentos estavam sem justificativas ou orientações claras para acompanhamento do caso. Dentre as atribuições do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão descritas: realização de grupos; atendimentos individuais; orientação; e reabilitação. Resta saber se as equipes têm capacidade técnica e disponibilidade de agenda para lidar com as especificidades do público idoso.

A principal limitação deste trabalho foi o levantamento parcial das dimensões presentes na Avaliação Multidimensional do Idoso. Devido às dificuldades de coleta de dados, não foram analisadas informações importantes como saúde bucal, nutrição, suporte familiar, internações prévias, polipatologias e polifarmácia, o que limita as possibilidades de análise e correlação de variáveis. Ainda assim, a pesquisa traz dados relevantes sobre a assistência à população idosa em Belo Horizonte, revelando divergências entre o grau de fragilidade medido no CMV e o encaminhamento para acompanhamento da população assistida.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A presença de fragilidade prediz risco elevado de quedas, incapacidade, hospitalização, institucionalização e mortalidade, desfechos com grande impacto social e econômico. No entanto, é preciso ter em vista que o declínio funcional da pessoa idosa é previsível, evitável e pode ser adiado por meio da prevenção, promoção e reabilitação da saúde. A assistência às pessoas idosas deve abarcar não apenas intervenções curativistas, mas ações de cuidado integral realizadas por equipes multidisciplinares e intersetoriais.

Os Planos de Cuidados Personalizados são instrumentos importantes que podem auxiliar no processo de gestão e organização da assistência, permitindo a identificação e classificação de riscos e a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares. Porém, eles não garantem por si a qualidade da assistência prestada. Para que isso ocorra, são necessárias estratégias de qualificação dos profissionais da rede de atenção à saúde, tais como: capacitações, apoio matricial para discussão e condução dos casos, organização de agenda protegida para

acompanhamento longitudinal dos idosos frágeis, sistematização dos processos de monitoramento dos usuários, entre outras. Também é relevante que as ações considerem não apenas os próprios pacientes, como também seus cuidadores e familiares.

Diante dos desafios do envelhecimento, especialmente do daquelas pessoas com fragilidades clínico-funcionais, se faz imperativo a criação e ampliação de programas que promovam uma política de cuidados robusta, possibilitando às famílias e comunidade uma convivência mais empática com os idosos. Cuidar dos idosos em casa se torna importante para a manutenção dos vínculos e qualidade de vida dessas pessoas, devendo ser uma condição preservada e estimulada. No entanto, cuidar de um indivíduo envelhecido e incapacitado em tempo integral, sem apoio de políticas públicas de proteção para o cuidador resulta em uma situação extremamente desgastante e adoecedora.

A melhoria da assistência aos pacientes acamados e restritos ao domicílio pode ser considerado um dos pontos nevrálgicos da rede de atenção à saúde. Em países mais desenvolvidos, nos quais o envelhecimento populacional aconteceu de forma mais lenta e teve mais atenção do Estado, foram construídas redes de serviços e suporte (*community care*) para ajudar as pessoas idosas que necessitam de cuidados a viverem com dignidade e independência na comunidade. Em Belo Horizonte, temos o exemplo do Programa Maior Cuidado, que precisa ser ampliado e fortalecido em todas as DRES. Esse programa, ainda que insuficiente em termos quantitativos, ao ofertar cuidadores domiciliares para auxiliarem as famílias e equipes de saúde na atenção ao idoso, possibilita uma melhor qualidade de vida para todos, além de evitar institucionalizações e internações (SARTINI; CORREIA, 2012).

Por fim, pode-se dizer que as mudanças na atenção à saúde da pessoa idosa dependem de um compromisso que deve ser assumido não apenas pelos profissionais de saúde, mas, também, pela gestão e pela própria população. A mudança de paradigma que considera a identificação de condicionantes e determinantes do processo saúde/doença, em particular no que tange à capacidade funcional, é um processo de construção coletiva que impacta toda a sociedade. Sugere-se novos estudos sobre o tema, que possam fortalecer a rede de atenção à saúde da pessoa idosa em Belo Horizonte -MG.

Artigo submetido para avaliação em 07/02/2023 e aceito para publicação em 07/03/2023

REFERÊNCIAS

BELO HORIZONTE. Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. **SISREDE**. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral. *In*: CONGRESSO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS E SAÚDE, 30., 2014, Brasília. **Anais ...**. 2014. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_cuidado_pessoa_idosa_sus.pdf. Acesso em 27 fev. 2023.

BRASIL Ministério da Saúde. Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 27 fev. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. 2006. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 27 fev. 2023.

CAMARANO, A. A. Introdução. In: ALCÂNTARA, A. **Política nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. p. 15-50.

CARAMELLI, P.; BOTTINO, C. M. C. Tratando os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (SCPD). **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 56, n. 2, p. 83-87, 2007.

CARMO, J. A. **Proposta de um índice de vulnerabilidade clínico-funcional para a atenção básica: um estudo comparativo com a avaliação multidimensional do idoso**. 2014. Dissertação (Mestrado em Promoção da Saúde e Prevenção da Violência) – Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2014.

CAVALCANTI, R. P. et al. Absenteísmo de consultas especializadas nos sistemas de saúde público: relação entre causas e o processo de trabalho de equipes de saúde da família, João Pessoa–PB, Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, v. 7, n. 2, p. 63, 2013.

CENTRO DE DESENVOLVIMENTO E PLANEJAMENTO REGIONAL DA FACULDADE DE CIÊNCIAS ECONÔMICAS - CEDEPLAR. Diagnóstico da população idosa em Belo Horizonte. In: Seminário a Pessoa Idosa e a Cidade - Diagnóstico e Políticas Públicas. 2017, Belo Horizonte. **Anais ...** 2017.

FONSECA, L. M. S.; BITTAR, C. M. L. Dificuldades no atendimento ao idoso: percepções de profissionais de enfermagem de unidades de saúde da família. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 11, n. 2, p. 178-192, 2014.

GASPAROTTO, L. P. R.; FALSARELLA, G. R.; COIMBRA, A. M. V. As quedas no cenário da velhice: conceitos básicos e atualidades da pesquisa em saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 17, n. 1, p. 201-209, 2014.

GIACOMIN, K. C.; FIRMO, J. O. A. Velhice, incapacidade e cuidado na saúde pública. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, p. 3631-3640, 2015.

GIACOMIN, K. C.; PEIXOTO, S. V.; UCHOA, E.; LIMA-COSTA, M. F. Estudo de base populacional dos fatores associados à incapacidade funcional entre idosos na Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 6, p. 1260-1270, 2008.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais**. 2016.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD)**. 2019. Disponível em: <https://sidra.ibge.gov.br/home/pms/brasil>. 27 fev. 2023.

IVCF-20. **Comece a usar o IVCH-20 gratuitamente agora mesmo**. 2023. Disponível em: ivcf-20.com.br. Acesso em: 27 fev. 2023.

LIMA-COSTA, M. F.; PEIXOTO, S. V.; MALTA, D. C.; SZWARCOWALD, C. L.; MAMBRINI, J. V. M. Cuidado informal e remunerado aos idosos no Brasil (Pesquisa Nacional de Saúde, 2013). **Revista de Saúde Pública**, v. 51, supl., p. 1-9, 2017.

LIMA-COSTA, M. F.; MATOS, D. L.; CAMARGOS, V. P.; 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, n. 9, p. 3689-3696, 2011.

LYKETSOS, C. G. et al. Prevalence of neuropsychiatric symptoms in dementia and mild cognitive impairment: results from the cardiovascular health study. **JAMA**, v. 288, n. 12, p. 1475-1483, 2002.

MEDEIROS, K. K. A. S.; PINTO JÚNIOR, E. P.; BOUSQUAT, A.; MEDINA, M. G. O desafio da integralidade no cuidado ao idoso, no âmbito da Atenção Primária à Saúde. **Saúde em Debate**, v. 41, p. 288-295, 2017.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. 2. ed. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde. 2011.

MINAS GERAIS. Secretaria De Estado De Saúde. **Resolução SES n. 1583, de 19 de setembro de 2008**. Institui e estabelece as normas gerais do Programa Mais Vida-Rede de atenção à saúde do idoso de Minas Gerais, e dá outras providências. 2008. Disponível em:

https://www.saude.mg.gov.br/index.php?option=com_gmg&controller=document&id=3246. Acesso em: 27 fev. 2023.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Avaliação multidimensional do idoso**. 4. ed. Belo Horizonte: Folium, 2014.

MORAES, E.N.; CARMO, J. A.; MORAES, F. L.; AZEVEDO, R. S.; MACHADO, C. J.; MONTILLA, D. E. R. Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional-20 (IVCF-20): reconhecimento rápido do idoso frágil. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 50, n. 81, 2016.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados de saúde primários: agora mais do que nunca**. Lisboa: OMS, 2008

REIS D. A.; DIAS, J. M. D.; SILVA, D. F.; MORAES, E. N. Implementação de planos de cuidados para idosos de Belo Horizonte. **Geriatr. Gerontol. Aging.**, v. 7, n. 2, p. 99-107, 2013.

ROMERO, D. E.; PIRES, D. C.; MARQUES, A.; MUZY, J. Diretrizes e indicadores de acompanhamento das políticas de proteção à saúde da pessoa idosa no Brasil. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, v. 13, n. 1, p. 1-24, 2019.

SARTINI, C. M; CORREIA, A. M. Programa maior cuidado: qualificando e humanizando o cuidado. **Revista Pensar/BH Política Social**, v. 31, p.10-13, 2012.

VERAS, R. P.; CALDAS, C. P.; COELHO, C.D. SANCHEZ, M. A. Promovendo a saúde e prevenindo a dependência: identificando indicadores de fragilidade em idosos independentes. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 10, n. 3, p. 355-370, 2007.