

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS EM GERONTOLOGIA

IEDA GUEDES SIMÕES COULIBALY

**CALÇADAS MANAUARAS E IDOSOS:
DESAFIOS URBANÍSTICOS NA CAPITAL DO AMAZONAS**

MESTRADO EM GERONTOLOGIA

São Paulo
2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS EM GERONTOLOGIA

IEDA GUEDES SIMÕES COULIBALY

**CALÇADAS MANAUARAS E IDOSOS:
DESAFIOS URBANÍSTICOS NA CAPITAL DO AMAZONAS**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora como exigência parcial para a obtenção do título de Mestre em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, sob orientação da Prof^a Dr^a Ursula Margarida Simon Karsch.

São Paulo
2010

BANCA EXAMINADORA

DEDICATÓRIA

Dedico esse trabalho a todos aqueles que me deram as mãos, e incondicionalmente me ajudaram a dar esse grande salto intelectual.

AGRADECIMENTOS

A Prof^a. Dr^a. Ursula Margarida Simon Karsch pela dedicação e presteza na orientação deste trabalho, o meu muito obrigado.

A minha mãe, D. Ivone, por acreditar nos sonhos de sua filha e segui-la pelo mundo a fora para ajudar a concretizá-los.

As minhas irmãs Ivete e Iara, que de longe, me auxiliaram de todas as maneiras que puderam, tomando inclusive atitudes corajosas para tornar possível a conclusão desse trabalho.

Ao Coulibaly por me impulsionar para frente permitindo que eu chegasse tão longe.

Agradeço a Deus por me dar saúde e coragem de lutar pelos meus ideais.

RESUMO

COULIBALY, IEDA GUEDES SIMÕES. **Calçadas Manauaras e Idosos: Desafios Urbanísticos na Capital do Amazonas**. Manaus, 2010.

O tema em pauta preocupa-se com a questão da acessibilidade e da mobilidade das pessoas idosas no espaço urbano. A pesquisa foi realizada na Capital do Amazonas, Manaus, especificamente, em suas calçadas. O estudo define-se por ser qualitativo e quantitativo, sendo registradas imagens das calçadas manauaras e realizadas entrevistas, gravadas, com 14 idosos. Teve por objetivo geral conhecer o impacto dos obstáculos para a circulação urbana, enfrentados pela população idosa, em maio de 2010 e, por objetivos específicos: traçar o perfil demográfico e social dos sujeitos que circulam pelas calçadas; detectar as condições arquitetônicas deste espaço; identificar situações de riscos para a população idosa; tornar público as questões de infraestrutura das calçadas e, contribuir para a implementação de políticas públicas focadas nos critérios básicos de promoção da acessibilidade e mobilidade dos moradores de Manaus. Os resultados obtidos foram classificados em seis categorias analíticas, definidas a partir das recomendações do Programa “Calçadas para Todos”, campanha educacional desenvolvida pela prefeitura, baseada no Plano Diretor de Manaus e do “Programa Cidade Amiga do Idoso” da OMS. Detectou que os sujeitos deste estudo são pessoas idosas de ambos os sexos, 6 (43%) homens e 8 (57%), mulheres; idade mínima 60 anos, máxima 79, com média de 70 anos; todos relataram ser alfabetizados, a maioria 7, (49%) tem ensino fundamental; evidenciou-se que 6 (42%) são manauaras; 9 (63%) aposentados; 4 (28%) utilizam a via pública, para ir ao trabalho e; todos os 14 sujeitos identificaram obstáculos nas calçadas e; destes, 11 disseram ter dificuldades para circular por elas. Como considerações finais, o estudo destacou a evidência de situações de riscos a integridade biopsicosocial das pessoas, principalmente para a pessoa idosa que transita por calçadas e ruas, correndo riscos de quedas e atropelamento, podendo causar-lhes seqüelas mais graves ou mesmo levá-las à morte. E contribuiu com procedimentos metodológicos, replicáveis. Sugerido que a pesquisa seja aprofundada em inquéritos com universo maior, e até mesmo em outras cidades, por ser um estímulo a ação e a reflexão num sentido de mobilizar e implantar nas comunidades espaços públicos que incentivem a vida comunitária.

Palavras-chave: calçadas manauaras, idosos e situações de riscos.

ABSTRACT

IEDA GUEDES SIMÕES COULIBALY

SIDEWALKS AND THE ELDERLY: URBAN CHALLENGES.

This paper is concerned with the issue of accessibility and mobility of elderly people in urban spaces. The study was conducted in the capital city of Manaus, Amazon State, Brazil, focusing specifically on its sidewalks. Using quantitative and qualitative methods, images of Manaus sidewalks were captured and interviews with 14 elderly people were recorded in May 2010. The main goal of the study is to analyze the impact of obstacles hindering circulation of the elderly population in the urban environment. The study also sought to outline a demographic and social profile of elderly individuals who circulate along public sidewalks; find out the architectural framework for these spaces; identify imminent hazards for the elderly population; make the sidewalk infrastructure public; and contribute to the implementation of public policies focused on basic criteria to promote accessibility and mobility for Manaus residents. Results from interviews were grouped into six analytical categories as defined from recommendations of the "Sidewalk for All" Program, a pedestrian-safety education campaign developed by the Manaus City Government. The subjects of this research are elderly people of both sexes, among whom 6 (43%) are male and 8 (57%) are female, aged between 60-79 years old and average age of 70 years old; all respondents have basic education, whereas most of them (7 or 49%) are high school graduates. The research found that 6 respondents (42%) were born in the city of Manaus; 9 (63%) are retired; 4 (28%) walk to work; and all 14 respondents said there were obstacles on public sidewalks, while 11 found it difficult to walk along them. As a final consideration, the study highlighted potential hazards for the biopsychosocial integrity of pedestrians, especially elderly people who walk along public sidewalks and streets often at risk of tripping and falling or getting run over, which may lead to serious accidents or even death. The research has also contributed to replicable methodological procedures. As a stimulant to action and reflection, we suggest that this study should be further deepened involving a larger number of respondents from other Brazilian capital cities so as to mobilize citizens and implement public spaces in local communities to enhance community life.

Related words: Sidewalks from Manaus, elderly people and hazard situations.

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Gráfico 1 – Transição demográfica no Brasil: 1900-2050.....	8
Gráfico 2 - Distribuição da frequência do sexo do (a) idoso (a) que circula em calçadas manauaras por faixa etária. Manaus, maio de 2010 (n=14).....	47
Gráfico 3 - Distribuição da frequência do sexo do (a) idoso (a) que circula em calçadas manauaras por escolaridade. Manaus, 2010 (n=14).....	47
Gráfico 4 - Distribuição da frequência do sexo do (a) idoso (a) que circula em calçadas manauaras por ocupação ou fonte de renda. Manaus, 2010 (n=14).....	48
Gráfico 5 - Distribuição da frequência do motivo pelo qual o (a) idoso (a) utiliza as calçadas manauaras. Manaus, 2010 (n=14).....	49
Gráfico 6 - Distribuição da frequência do motivo pelo qual o (a) idoso (a) utiliza as calçadas manauaras por meio de transporte. Manaus, 2010 (n=14).....	49
Gráfico 7 - Distribuição da frequência de (a) idoso (a) que utiliza as calçadas manauaras por local de abordagem. Manaus, 2010 (n=14).....	50
Gráfico 8 - Distribuição da frequência de (a) idoso (a) que utiliza as calçadas da Manaus Moderna. Manaus, 2010 (n=6).....	50
Gráfico 9 - Distribuição da frequência da presença de dificuldade para o (a) idoso (a) subir ou descer a calçada por sexo. Manaus, 2010 (n=11).....	51
Gráfico 10 - Distribuição da frequência da presença de dificuldade para o (a) idoso (a) subir ou descer a calçada por faixa etária. Manaus, 2010 (n=11).....	51

LISTA DE FIGURAS E TABELAS

Figura 1 - Localização de Manaus no/em Amazonas.....	29
Figura 2 – Mapa da Cidade de Manaus. Macro unidades Urbanas.....	35
Tabela 1 – Distribuição de percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, por regiões brasileiras e pelo Estado do Amazonas, 2009.....	9
Tabela 2 - Distribuição de percentual da situação de domicílio, por regiões brasileiras e pelo Estado do Amazonas, 2009.....	9

LISTA DE IMAGENS

Imagem 1 - Encontro das Águas, Rio Negro e Solimões, Manaus.....	31
Imagem 2 - Igarapés. Vitória-régia, a maior flor do mundo.....	32
Imagem 3 - Antiga Praça da Matriz. Primeira Igreja de Manaus.....	33
Imagem 4 - “Operação Calçada Limpa”, Centro da capital.....	39
Imagem 5 - Veículos ocupando a calçada. Manaus Moderna.....	52
Imagem 6 – Carros em cima da calçada. Teatro Amazonas.....	53
Imagem 7 – Situação de Risco no Ponto de Ônibus. Manaus Moderna.....	54
Imagem 8 - Entraves e Obstáculos. Mercado no Porto de Manaus.....	54
Imagem 9 - Corredor com um poste no meio. Rua Pedro Teixeira.....	55
Imagem 10 – Loja invadindo ruas e calçadas. Praça da Saudade.....	56
Imagem 11 – Camelôs nas calçadas e pedestres nas ruas. Antigo Mercado Municipal.....	56
Imagem 12 – Camelôs nas ruas e calçadas. Alfândega.....	57
Imagem 13 – Camelôs nas ruas e calçadas. Alfândega.....	57
Imagem 14 – Degrau alto e desníveis. Mercado em frente ao Porto.....	58
Imagem 15 – Desníveis na calçada. Praça da Matriz.....	59
Imagem 16 – Degrau alto e desníveis. Rua Lobo da Almada.....	59
Imagem 17 – Lixo e Entulho. Feira da Banana. Manaus Moderna.....	61

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I	
1. Envelhecer e Saúde.....	6
1.1 Transição Demográfica.....	6
1.2 Transição Epidemiológica.....	09
1.3 Processo de Envelhecer.....	10
1.5 Envelhecimento Ativo.....	11
1.6 Situação de Risco: Queda.....	13
1.6.1 Cenário do Problema.....	14
CAPÍTULO II	
2. Espaços Urbanos e Velhice.....	16
2.1 Desafios urbanísticos.....	16
2.1.1 Promoção da Saúde.....	17
2.1.2 Cidades Saudáveis.....	18
2.1.3 Cidade Amiga.....	20
2.1.4 Urbanização e Passeio Público.....	23
CAPÍTULO III	
3. Amazonas: dos Igarapés ao Espaço Urbano Manauara.....	28
3.1 Amazonas.....	29
3.1.1 População Amazonense.....	30
3.2 Manaus.....	31
3.2.1 Cidade no Coração da Selva.....	31
3.2.2 Período da Borracha.....	32
3.2.3 Fim do Ciclo de Riqueza.....	33
3.2.4 Expansão Urbana Desordenada.....	34
3.3 Calçadas Manauaras para Todos.....	36

CAPÍTULO IV

4. Sujeitos e Procedimentos Metodológicos.....	41
4.1. Delineamento do Estudo.....	41
4.2. Desenvolvimento da Pesquisa de Campo.....	41
4.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Sujeitos.....	42
4.2.2. Identificação da Amostragem.....	42
4.3. Coleta das Informações.....	43
4.4 Análise das Informações.....	44

CAPÍTULO V

5. Apresentação e Análise dos Resultados.....	47
5.1. Perfil Demográfico, Social e Econômico dos Sujeitos.....	47
5.2 Categorias Analíticas.....	53
5.2.1 Estacionamento de veículos ocupando as calçadas.....	54
5.2.2 Ausência de espaço livre para circulação de pedestres.....	55
5.2.3 Utilização da calçada por estabelecimento comercial.....	57
5.2.4 Utilização da calçada pelo comércio ambulante.....	58
5.2.5 Obstáculos arquitetônicos para a acessibilidade.....	60
5.3.6 Depósito de lixo nas calçadas.....	63

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
----------------------------------	-----------

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
--	-----------

ANEXO 1

Campanha Educacional “Calçada Para Todos”.....	78
--	----

ANEXO 2

Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	79
---	----

APÊNDICE 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	80
---	----

APÊNDICE 2

Lista de Pseudônimos.....	81
---------------------------	----

APÊNDICE 3

Questionário Semi-estruturado.....	82
------------------------------------	----

INTRODUÇÃO

O inesperado surpreende-nos. É que nos instalamos de maneira segura em nossas teorias e idéias, e estas não têm estrutura para acolher o novo. Entretanto, o novo brota sem parar (MORIN, 2006).

Ao ingressar em 2001 no curso de Fisioterapia do Centro Universitário São Camilo em São Paulo, interessei-me pelos idosos desde meu estágio curricular obrigatório no Asilo São Vicente de Paulo em 2005, e passei desde então, a trabalhar como voluntária atendendo a idosos carentes em uma igreja evangélica num bairro da periferia de São Paulo.

Em 2006, na ânsia de me qualificar mais e melhor, entrei para a especialização em Saúde Pública no Centro Universitário São Camilo e, “Cidades Saudáveis, adaptando estratégias para a melhoria da qualidade de vida dos idosos”, foi o título da minha monografia de especialização em Saúde Pública sobre o tema Cidade Amiga da Terceira Idade. Lembrando que este tema foi abordado no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG) no Rio de Janeiro, Brasil, em junho de 2005.

Também em 2006, participei do processo seletivo para o Mestrado no Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia da Pontifícia Universidade Católica de São Pão Paulo.

Durante o mestrado tive conhecimento, por meio de diferentes estudos, que o processo de envelhecimento no Brasil está ocorrendo de forma acelerada. A Organização Mundial da Saúde (OMS) nos deixa bem claro que para envelhecer de forma saudável deve-se ter um envelhecimento ativo, e para tanto, políticas públicas devem ser adotadas para que essa meta seja atingível.

Dentre essas políticas públicas encontramos a de Cidades Saudáveis e as Cidades as Amigas dos Idosos, uma vez que a população que vive em cidades aumentou consideravelmente nos últimos anos e, segundo a própria OMS continuará aumentando.

Sabemos que a qualidade de vida depende de fatores intrínsecos como condição de saúde e fatores extrínsecos como recursos ambientais que rodeiam o indivíduo e que um ambiente favorável, é aquele que proporciona segurança, lazer, moradia, atendimento a saúde entre outros.

Para que tenhamos um ambiente saudável e conseqüentemente saúde, necessita-se de políticas públicas adequadas para essa gama da população que cresce a cada dia. Programas como Cidades Saudáveis e Cidades Amigas dos Idosos ambos da OMS são de fundamental importância, uma vez que envelhecer não é privilégio de alguns, é uma condição inerente ao nosso desejo e ter em nossa cidade ambientes limpos, agradáveis, meio de transporte adaptado as necessidades de todos é uma conquista digna para todos nós.

Ao analisar o a proposta da OMS (2008) sobre o que é uma cidade amiga, podemos observar que a cidade que se adequar ao projeto tornar-se-á também uma cidade amiga da criança, do deficiente e, no fundo, de todos os cidadãos. Por isso, faz-se necessário que não só os governantes, mas também a população no geral e os idosos se envolvam nesse projeto em busca de soluções para os problemas nas cidades onde vivem.

Sendo assim, é importante incentivar os municípios do Brasil a desenvolver práticas públicas cada vez mais aperfeiçoadas para seus cidadãos idosos, principalmente as relacionadas à mobilidade e a acessibilidade nos espaços urbanos, tendo como meta o Decreto nº 5.296/2004, segundo Prado e colaboradores (2008) de abrangência nacional, o qual define:

1- Acessibilidade. Condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transportes e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida.

2- Desenho universal. Concepção de espaços, artefatos e produtos que visam a atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características antropométricas e sensoriais, de forma autônoma, segura e confortável, constituindo-se nos elementos ou soluções que compõem a acessibilidade.

Lembrando que a acessibilidade deve incluir também aspectos relacionados à acessibilidade econômica dos meios de circulação, bem como da compatibilização entre o tempo disponível dos indivíduos e as horas de operação das atividades de destino das viagens. Já a mobilidade diz respeito às condições das pessoas em se movimentar sobre o espaço urbano,

utilizando os espaços e recursos disponíveis (e acessíveis) de circulação (ALVES, 2009).

Esse estudo também evidenciou que algumas cidades brasileiras e de outros países se interessaram por tornar-se amiga do idoso, desenvolvendo programas sobre o tema. Porém a proposta é muito recente e para que isso aconteça, muitas mudanças estruturais devem acontecer, o que requer um certo tempo para as mesmas se adequarem. Essa adequação implica em inovar para reduzir, drasticamente, as situações de riscos nos espaços urbanos, que se caracterizam quando expõe o indivíduo a circunstâncias que possam causar danos à sua saúde.

Segundo a Declaração de Otawa (OPAS, 1986), a saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Portanto, fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde.

Assim, o tema em pauta preocupa-se com a questão da acessibilidade e da mobilidade das pessoas idosas sobre o espaço urbano, ou seja, as calçadas da Capital do Amazonas, Manaus; especificamente aquelas cujos obstáculos promovem situação de risco à integridade biopsicosocial do idoso e que se enquadram no Plano Diretor de Manaus (LEI 674, 2002), sobre problemas de acesso e mobilidade das pessoas nas calçadas manauaras.

A dinâmica urbana de Manaus está associada aos sucessivos eventos da história socioeconômica da região. A economia da cidade foi marcada por períodos de crescimento fortemente dependentes do mercado internacional, como o da borracha e da implantação da Zona Franca, intercalados por outros de estagnação.

Embora se identifiquem causas pontuais, com maior ou menor relevância, o processo de urbanização recente de Manaus resulta da interação e do balanço de fatores de expulsão da área de origem e fatores de atração da área de destino. Como fator de atração, a partir dos anos sessenta, há que se considerar a criação da Zona Franca, em 1967. A partir desse evento, Manaus ampliou seus domínios espaciais, com a interiorização pelas “terras firmes”, num modelo de ocupação mista, entre as intervenções planejadas pelo Estado (conjuntos habitacionais) e ocupações espontâneas.

A malha urbana expandiu-se para longe das margens do rio Negro, esparramando-se pelos extensos platôs no sentido norte e leste. Na paisagem da cidade, os igarapés podem ser considerados lugares integrados de modos sucessivos e simultâneos às novas lógicas e dimensões de construção da cidade, que explicitam as contradições e as desigualdades sociais, concretizadas em desigualdades socioespaciais.

Desvendar na espacialidade pretérita da cidade de Manaus as contradições que a forjaram implica identificar que na estruturação do espaço urbano há dimensões criadoras e prenes de simbolismos e de imaginação. Tais dimensões também são importantes na produção do espaço urbano, pois restituem e dão sentido à vida e garantem formas espaciais que tendem a desaparecer com a tendência homogeneizante do espaço urbano, mas que permanecem no imaginário coletivo. Aqui aparece um aspecto relevante no entendimento do espaço urbano: é o construído artificialmente que dá forma à cidade (OLIVEIRA, 2003).

O recorte deste estudo define-se por ser qualitativo e quantitativo, sendo registradas imagens das calçadas manauaras e realizadas entrevistas, gravadas, com 14 idosos, para conhecer os obstáculos para a circulação urbana. Os resultados obtidos foram classificados em seis categorias analíticas, definidas a partir das recomendações do Programa “Calçadas para Todos”, campanha educacional desenvolvida pela prefeitura, baseada no Plano Diretor de Manaus e no “Programa Cidade Amiga do Idoso” da OMS.

O estudo tem por objetivo geral conhecer o impacto dos obstáculos para a circulação urbana, enfrentados nas calçadas manauaras pela população idosa, em maio de 2010; e tem por objetivos específicos:

1. Traçar o perfil demográfico, social e econômico dos sujeitos que circulam pelas calçadas manauaras.
2. Detectar as condições arquitetônicas das calçadas do município de Manaus.
3. Definir categorias analíticas que estabeleçam paradigmas educacionais, conceituais e estruturais para a adequação e uso das calçadas manauaras pelos cidadãos.
4. Identificar situações de riscos para a população idosa nas calçadas manauaras.

5. Tornar público as questões de infra-estrutura das calçadas manauaras.
6. Contribuir para a implementação de políticas públicas focadas nos critérios básicos de promoção da acessibilidade e mobilidade dos moradores da cidade de Manaus.

A pesquisa é justificada por que enfoca a questão do envelhecimento populacional, centrado na problematização das necessidades de deslocamento do idoso pela cidade por causa da problemática das calçadas intransitáveis, o que as tornam causadoras de riscos a integridade física e empecilho para a locomoção dos mesmos.

A trajetória da reflexão, nesse sentido, busca no Capítulo I, Envelhecer e Saúde, apreender conceitos sobre as transições demográfica e epidemiológica, bem como do processo de envelhecer; relacionando esses conceitos ao envelhecimento ativo e a presença de situação de risco para quedas.

O Capítulo II, Espaços Urbanos e Velhice, configura o envelhecimento da população e a urbanização, abordando os desafios urbanísticos e a sua operacionalização no desenvolvimento de ambientes saudáveis.

A questão de cunho social, político, econômico e ambiental, será contextualizada historicamente no Capítulo III: Amazonas: dos Igarapés ao Espaço Urbano Manauara.

Sujeitos e Procedimentos Metodológicos, Capítulo IV, descreve a trajetória do estudo quantitativo e qualitativo, apresentando as concepções teóricas de abordagem e o conjunto de técnicas para a apreensão da realidade estudada.

A Apresentação e Análise dos Resultados deram-se no Capítulo V, por meio de gráficos e recortes descritivos das imagens e das entrevistas junto aos idosos sobre as calçadas manauaras, classificados em seis categorias analíticas constituídas a partir das recomendações da Campanha Educacional “Calçada Para Todos” e “Programa Cidade Amiga do Idoso” da OMS e por fim são destacadas as Considerações Finais.

CAPÍTULO I

Envelhecer e Saúde

A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social (Declaração de Adelaide. OPAS, 1988).

A Assembléia Geral das Nações Unidas realizou na cidade de Madri, em abril de 2002, sua II Assembléia Mundial sobre Envelhecimento para discutir o impacto do rápido envelhecimento do planeta e propor políticas específicas para este grupo etário. Nesse sentido, faz-se necessário conhecer as características do idoso brasileiro, que na ocasião configurava um contingente de quase 15 milhões de pessoas.

1.1 Transição Demográfica

A Organização das Nações Unidas (ONU), desde 1982, considera idoso o indivíduo com idade igual ou superior a 65 anos e, nos países em desenvolvimento, a categoria idosa se aplica aos indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos. No Brasil, de acordo com a Política Nacional de Saúde do Idoso, Lei n.º 8.842/94, em seu capítulo I, artigo 2.º, a faixa etária para uma pessoa ser considerada idosa é a de 60 anos ou mais (BRASIL, 1999).

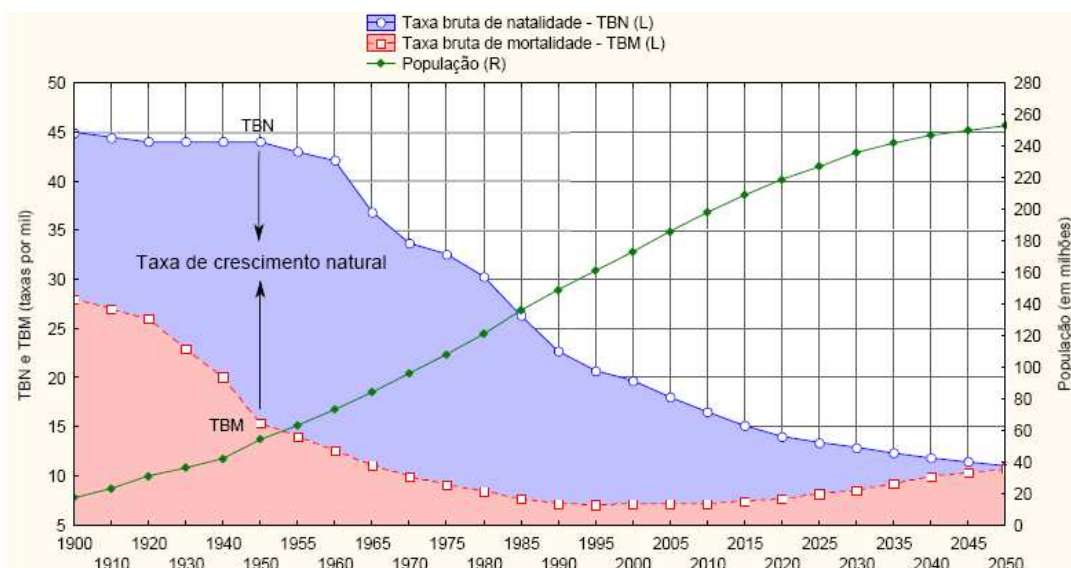
A “Era do Envelhecimento” corresponde, segundo a ONU, aos anos de 1975 a 2025, essa é marcada pelo crescimento demográfico da população idosa, o que decorre, principalmente, do controle da natalidade e do aumento da expectativa de vida (LEME, 1997).

O envelhecimento populacional ocasionado, sobretudo, pela queda da fecundidade, leva a uma redução na proporção da população jovem e ao conseqüente aumento na proporção da população idosa. O gráfico 1 ilustra que a população brasileira experimentou as mais elevadas taxas de crescimento no período 1950-1970, taxas estas em torno de 3,0% ao ano (CAMARANO, 2009).

A partir daí essas taxas iniciaram um forte declínio, como resultado de uma redução acentuada nos níveis de fecundidade, iniciada na segunda metade dos anos 1960; e esta redução mais do que compensou a queda da

mortalidade, também em curso no país desde o final da Segunda Guerra Mundial (gráfico 1).

Gráfico 1 – Transição demográfica no Brasil: 1900-2050.



Fenômeno mundial, constatado no país pelo aumento de nove vezes do número absoluto de pessoas com mais de 60 anos, nos últimos 60 anos. Em 1940 eram de 1,7 milhão e, representava 4,1% da população total brasileira e passou a representar 8,6% em 2000. O contingente, em valores absolutos, aumentou de 1,7 milhões para 14,5 milhões no mesmo período. Por outro lado, diminuiu a proporção da população jovem (CAMARANO, 2009).

Em 2008, 21.039 milhões de idosos compõem a terceira idade, acima de 60 anos, perfaz 11,1% da população adulta brasileira. Já em 2050, projeções dão conta de que dois terços da população mundial terá idade acima de 60 anos (IBGE, 2009).

Para a OMS (2005), não muito distante, em 2025, o Brasil será o sexto país com maior número de idosos, quando passará de 21,039 milhões para 33,4 milhões de pessoas nessa faixa etária.

Na região norte, de acordo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD), divulgada em setembro de 2009 pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no Amazonas, 6,3% da população é considerada idosa, ou seja, dos 3.399.000 habitantes, 214.000 são idosos; sendo que 44,1% são homens e 55,9% são mulheres (tabela 1).

Tabela 1 – Distribuição de percentual das pessoas de 60 anos ou mais de idade, por regiões brasileiras e pelo Estado do Amazonas, 2009.

Região	60 a 64 anos	65 a 69 anos	70 a 74 anos	75 a 79 anos	80 anos ou Mais
Norte	3,4	2,7	2,0	1,4	1,5
Nordeste	3,0	2,6	1,8	1,3	1,5
Sudeste	3,8	3,0	2,3	1,6	1,7
Sul	3,9	3,0	2,2	1,5	1,5
Centro-Oeste	2,9	2,4	1,6	1,1	1,1
Amazonas	2,3	1,5	1,1	0,7	1,0

Fonte: IBGE, 2009.

Por outro lado, um contingente maior de idosos está morando em cidades (tabela 2) e, a OMS ressalta que em 2030, cerca de três em cada cinco pessoas no mundo habitarão em cidades. O número da população urbana nas regiões menos desenvolvidas será quase quatro vezes maior que nas regiões mais desenvolvidas.

Tabela 2 - Distribuição de percentual da situação de domicílio, por regiões brasileiras e pelo Estado do Amazonas, 2009.

	Urbana	Rural
Brasil	83,4	16,6
Norte	76,8	23,2
Nordeste	65,9	30,5
Sudeste	92,5	7,5
Sul	80,6	19,4
Centro-Oeste	85,0	15,0
Amazonas	80,5	19,5

Fonte: IBGE, 2009.

Todos esses fatores, fazem do Brasil um país de idosos. Gerando, portanto, modificações na pirâmide populacional, conduzindo a um repensar sobre as políticas públicas e a reestruturação das cidades.

1.2 Transição Epidemiológica

As modificações dos padrões de morbidade, invalidez e morte que caracterizam uma população específica e que, em geral, ocorrem em conjunto com outras transformações demográficas, sociais e econômicas são nomeadas de transição epidemiológica (CHAIMOWICZ, 1997). O processo engloba três mudanças básicas:

- 1) substituição, entre as primeiras causas de morte, das Doenças Transmissíveis por Doenças Não Transmissíveis e causas externas;
- 2) deslocamento da maior carga de morbidade e mortalidade dos grupos mais jovens aos grupos mais idosos; e
- 3) transformação de uma situação em que predomina a mortalidade para outra em que a morbidade é dominante (FRENK et al., 1991).

Há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica. De um modo geral a queda inicial da mortalidade concentra-se seletivamente entre as doenças infecciosas e, tende a beneficiar os grupos mais jovens da população.

Estes sobreviventes passam a conviver com fatores de risco para doenças crônico-degenerativas e, na medida em que cresce o número de idosos e aumenta a expectativa de vida, tornam-se mais freqüentes as complicações daquelas moléstias.

Modifica-se o perfil de saúde da população; ao invés de processos agudos que se resolvem rapidamente por meio da cura ou do óbito, tornam-se predominantes às doenças crônicas e suas complicações, que implicam em décadas de utilização dos serviços de saúde. São exemplos às seqüelas do acidente vascular cerebral e fraturas após quedas, as limitações provocadas pela insuficiência cardíaca e doença pulmonar obstrutiva crônica, as amputações e cegueira, provocadas por diabetes, e a dependência determinada pela demência de Alzheimer.

No Brasil, a transição epidemiológica não tem ocorrido de acordo com modelos experimentados pela maioria dos países industrializados e, mesmo por vizinhos latino-americanos como o Chile, Cuba e Costa-Rica. Alguns aspectos caracterizam o modelo brasileiro:

- 1) não há transição, mas superposição entre as etapas onde predominam as doenças transmissíveis e as crônicas e degenerativas;
- 2) a reintrodução de doenças como dengue e cólera, ou o recrudescimento de outras como a malária, hanseníase e leishmanioses indicam uma natureza não unidirecional denominada contra-transição;
- 3) o processo não se resolve de maneira clara, criando uma situação em que a morbidade e mortalidade persistem elevadas por ambos os padrões, caracterizando uma transição prolongada;
- 4) as situações epidemiológicas de diferentes regiões em um mesmo país tornam-se contrastantes gerando uma polarização epidemiológica.

A partir desse entendimento, Frenk et al. (1991); Chaimowicz (1997); Kalache et al. (apud Veras 2002); Camarano e Pasinato (2004 e 2007) consideraram que o envelhecimento populacional é um fenômeno coletivo, de caráter histórico e estrutural chama atenção pelo significativo aumento do número de idosos na população e, pelo impacto que este incremento pode causar às diferentes esferas das relações humanas.

Esse aspecto quantitativo torna o envelhecimento populacional um desafio a ser politicamente enfrentado no século corrente, e concorre para colocar a velhice como tema emergente na agenda das políticas públicas.

1.3 Processo de Envelhecer

A seqüência dos eventos ou mudanças relacionadas ao envelhecimento é a mesma para todos; entretanto, a velocidade desta progressão dependerá de diferenças individuais e experiências psicológicas, sociais e culturais vividas pelo sujeito (NOBREGA, 1999).

Essas mudanças caracterizam o processo de envelhecimento como sendo uma seqüência de perdas fisiológicas; e, estudos mostram que cerca de 40% dos indivíduos com 65 anos ou mais de idade precisam de algum tipo de auxílio para realizar pelo menos uma atividade instrumental da vida diária, como fazer compras, cuidar das finanças, preparar refeições ou limpar a casa, e que 10% requerem ajuda para realizar tarefas básicas, como tomar banho, vestir-se, ir ao banheiro (UTIYAMA, 2002; BALESTRA, 2002).

Embora a maioria dos idosos sejam portadores de pelo menos uma doença crônica, nem todos ficam limitados por essas doenças, e muitos levam vida perfeitamente normal, com as suas enfermidades controladas expressando satisfação na vida.

Um idoso com uma ou mais doenças crônicas pode ser considerado um idoso saudável, se comparado com um idoso com as mesmas doenças, porém sem controle destas, com seqüelas decorrentes e incapacidades associadas (RAMOS et al., 2003). Sendo assim:

O conceito clássico de saúde da OMS mostra-se inadequado para descrever o universo de saúde dos idosos, já que a ausência de doenças é privilégio de poucos, e o completo bem-estar pode ser atingido por muitos, independentemente da presença ou não de doenças (RAMOS et al., 2003).

Na verdade, o que está em jogo na velhice é a autonomia, ou seja, a capacidade de determinar e executar seus próprios desígnios. Qualquer pessoa que chegue aos oitenta anos capaz de gerir sua própria vida e determinar quando, onde e como se darão suas atividades de lazer, convívio social e trabalho, certamente será considerada uma pessoa saudável (BRITTO, 2005).

Sendo assim, a possibilidade de uma pessoa vir a ter uma vida fisicamente ativa na velhice, ser capaz de tomar suas próprias decisões, de realizar suas atividades de vida diária, são fatores que exercem efeitos positivos sobre o que ela sente, sobre sua auto-avaliação e sobre a sua própria imagem (MIRANDA, 1996).

1.5 Envelhecimento Ativo

A OMS (2005) define “Envelhecimento Ativo” como o processo de otimização das oportunidades contínuas de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas. Explicando que:

A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo preconizado pela OMS (2005) tem como objetivo aumentar a expectativa de uma vida saudável e a qualidade de vida para todas as pessoas que estão envelhecendo, inclusive as que são frágeis, fisicamente incapacitadas e que requerem cuidados.

Segundo Miranda (1996), qualidade de vida é entendida como refletindo a satisfação harmoniosa dos objetivos e desejos do indivíduo, enfatizando a experiência subjetiva mais do que as condições de vida, a abundância de afeto positivo e a ausência de afeto negativo, e complementa:

A possibilidade de uma pessoa vir a ter uma vida fisicamente ativa na velhice, ser capaz de tomar suas próprias decisões, de realizar suas atividades de vida diária, são fatores que exercem efeitos positivos sobre o que ela sente, sobre sua auto-avaliação e sobre a sua própria imagem (MIRANDA, 1996).

O inquérito multicêntrico “Saúde, bem estar e envelhecimento” entrevistou 2143 idosos, residentes no Município de São Paulo, no período de outubro de 1999 a dezembro de 2000; esses idosos mostraram a relação entre a qualidade de vida em sua cidade, a urbanização e os problemas encontrados por eles (SABE, 2003).

Observou-se que o envelhecimento é uma experiência positiva, numa vida mais longa, quando é acompanhada e envolvida de políticas públicas, que promovam modos de viver mais saudáveis e seguros em todas as etapas da vida, favorecendo a prática de atividades físicas no cotidiano e no lazer, a prevenção às situações de violência familiar e urbana, o acesso a alimentos saudáveis e à redução do consumo de tabaco, entre outros (SABE, 2003).

A abordagem do envelhecimento ativo baseia-se também nos direitos humanos e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e auto-realização; estabelecidos pela ONU.

Assim, o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades, que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos, e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem (OMS, 2005).

Questões relativas à população idosa têm crescido em importância ultimamente, uma vez que o envelhecimento da população é um fenômeno global que traz importantes repercussões nos campos social e econômico, especialmente em países em desenvolvimento (PAPALEO NETTO, 2000). Dentre elas, evitar o evento de queda é considerado hoje uma conduta de boa prática gerontológica, sendo considerado um dos indicadores de qualidade de serviços para idosos.

Além disso, atuar na causa, promovendo ambiente público adequado, constitui-se em política pública indispensável, não só porque a queda afeta de maneira desastrosa a vida dos idosos e de suas famílias, como também drena montantes expressivos de recursos econômicos no tratamento de suas conseqüências.

1.6 Situação de Risco: Queda

Queda é a principal conseqüência de situações que colocam em risco a saúde do idoso, bem como sua integridade biopsicosocial; por ser um evento freqüente e limitante, considerado um marcador de fragilidade, morte, institucionalização e de declínio na saúde de idosos (FEDER et al., 2000).

Pode ser classificada a partir da freqüência com que ocorrem e do tipo de conseqüência advinda do evento. A queda acidental é aquele evento único que dificilmente voltará a se repetir e é decorrente de uma causa extrínseca ao indivíduo, em geral pela presença de um fator de risco ambiental danoso, como, por exemplo, em ambiente público inadequado: calçadas esburacadas, ou devido a atitudes de risco como, por exemplo, subir em banquinhos.

A queda acidental trás consigo limitações importantes e consideráveis que podem determinar uma vida ativa ou não para o idoso, pode gerar medo, fazendo com que as trocas sociais sejam prejudicadas.

Em contrapartida, a queda recorrente, expressa a presença de fatores etiológicos intrínsecos como doenças crônicas, poli farmácia, distúrbio do equilíbrio corporal, déficits sensoriais, dentre outros, que promovem a mobilidade reduzida (GAWRYSZEWSKI et al., 2005).

Ressaltando que a queda é uma mudança de posição inesperada, não intencional que faz com que o indivíduo permaneça em um nível inferior, por exemplo, sobre o mobiliário ou no chão (GANANÇA et al., 2006).

Para Messias (2009) aproximadamente 30% das pessoas com mais de 65 anos, que moram em comunidades, têm um evento de queda a cada ano, e metade desses idosos que caem, repetem o evento:

Um episódio de queda é resultado de uma interação de fatores intrínsecos, decorrentes das alterações fisiológicas do processo de envelhecimento e das patologias múltiplas associadas, e de fatores extrínsecos, ligados a riscos ambientais somados a fatores comportamentais. Cerca de 5% das quedas resultam em lesões graves e ocasionam mais de 200 mil hospitalizações por fratura de quadril a cada ano (MESSIAS, 2009).

O risco de cair aumenta significativamente com o avançar da idade, o que coloca esta síndrome geriátrica como um dos grandes problemas de saúde pública, devido ao aumento expressivo do número de idosos na população e, à sua maior longevidade, competindo por recursos já escassos e aumentando a demanda por cuidados de longa duração (RUBENSTEIN et al., 2001).

1.6.1 Cenário do Problema

Cerca de 30% a 60% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e cerca da metade cai de forma recorrente, variando de acordo com a precisão do monitoramento realizado pelo estudo (PERRACINI & RAMOS, 2002).

No Brasil cerca de 29% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano, e 13% caem de forma recorrente, sendo que somente 52% dos idosos não relataram nenhum evento de queda durante um seguimento de dois anos (PERRACINI & RAMOS, 2002).

A incidência de quedas em idosos residentes na comunidade varia de 0,2 a 1,6 quedas, por pessoa, por ano, com uma média de aproximadamente 0,7 quedas por ano (RUBENSTEIN & JOSEPHSON, 2002).

Os acidentes são a quinta causa de morte entre os idosos e as quedas são responsáveis por dois terços destas mortes acidentais. Aproximadamente 75% das mortes decorrentes de quedas nos Estados Unidos ocorrem em 14%

da população acima de 65 anos de idade, e o índice de mortalidade aumenta dramaticamente após os 70 anos, principalmente em homens (RUBEINSTEIN & JOSEPHSON, 2002).

Dos que caem a cada ano, entre 5% a 10% dos idosos residentes na comunidade tem como conseqüência lesões severas como fratura, traumatismo craniano e lacerações sérias, que reduzem sua mobilidade e independência, aumentando as chances de morte prematura. Cerca de metade dos idosos hospitalizados por fratura de quadril não recuperam a mobilidade prévia ao evento (FEDER et al., 2000).

Além da alta mortalidade, destacam-se ainda como conseqüências relevantes o fato da queda causar restrição de mobilidade, incapacidade funcional, isolamento social, insegurança e medo, detonando um mecanismo cumulativo e em efeito dominó de eventos prejudiciais a saúde e qualidade de vida dos idosos (LEGTERS, 2002).

Geralmente, idosos tendem a sub-relatar quedas. Além disso, creditam à idade seus problemas de equilíbrio e marcha, fazendo com que esta mobilidade reduzida não seja detectada, até que a queda ocorra com conseqüência grave, fazendo de uma queda leve, um evento potencialmente perigoso.

Dessa forma, ao estudar o envelhecimento e a saúde, não podemos deixar de pensar nos espaços urbanos e nos obstáculos à promoção da saúde nas cidades, assunto focado no próximo capítulo.

CAPÍTULO II

Espaços Urbanos e Velhice

[...] as escadas ficam mais duras de subir, as distâncias mais longas a percorrer, as ruas mais perigosas de atravessar, os pacotes mais pesados de carregar (Bosi, 1994).

O envelhecimento da população e a urbanização representam, ao longo do último século, o ápice do êxito do desenvolvimento humano. Nos países em desenvolvimento, entretanto, a proporção de idosos em comunidades urbanas, aumentará 16 vezes, passando de cerca de 56 milhões, em 1998, para mais de 908 milhões, em 2050. Nesse momento, os idosos representarão um quarto da população urbana total dos países menos desenvolvidos (OMS, 2008).

2.1 Desafios urbanísticos

No final do século XIX Ebenezer Howard desenvolveu o projeto urbanístico da primeira “Cidade Jardim” na Inglaterra, sendo uma dos marcos históricos em relação a municípios saudáveis (SPERANDIO et al., 2004).

Nesse projeto, ele propunha mudar a situação de pobreza e para tanto recomendava incluir nas cidades a necessidade de ar limpo, transporte público, hospitais e proibição de álcool e tabaco; mas o projeto não teve impacto positivo, pois não considerou as necessidades reais da população daquela ocasião (GENTILE, 1999).

Já o Relatório Lalonde em 1974 abriu novos caminhos para as intervenções em saúde pública, pois priorizava, em seu documento, a importância da construção de políticas públicas voltadas à atenção primária e ao desenvolvimento comunitário, destacando como componentes importantes à biologia humana, o meio ambiente, o estilo de vida e a organização da atenção à saúde (LALONDE, 1974).

A política pública definida por Lalonde criou espaços para a construção de comunidades e municípios saudáveis. Em 1978, na cidade de Toronto, no Canadá, foi publicado o informe “A saúde pública nos anos 1980” sobre linhas de ação política, social e de desenvolvimento comunitário no nível local. O comitê de planejamento decidiu elaborar um projeto para tornar a cidade de

Toronto a mais saudável do mundo, visando respostas aos problemas mais prevalentes de saúde pública naquele momento (ADRIANO et al., 2000).

Foi reconhecida, a partir de então, a importância de se incorporar nos planejamentos uma atuação mais democrática, considerando a participação social eixo relevante para o desenvolvimento de ambientes saudáveis.

2.1.1 Promoção da Saúde

De acordo com Buss (2000), o que caracteriza a promoção da saúde modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes sociais nas condições de saúde, sendo a saúde um produto de amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, tais como boas condições de trabalho, ambiente físico adequado, educação prolongada, apoio social, para famílias e indivíduos, e um conjunto de cuidados específicos.

Assim, o processo de construção de comunidades e cidades saudáveis foi se caracterizando como uma estratégia de promoção da saúde, em que se buscou agregar diferentes abordagens e consensos, articulando-os na direção de uma melhor qualidade de vida e ao acesso da população ao conhecimento, relacionado tanto à saúde, quanto aos comportamentos positivos, construção de políticas públicas e a participação social.

Na Carta de Ottawa (OPAS, 1986) foi definido o termo de referência básico e fundamental no desenvolvimento de idéias de promoção da saúde em todo o mundo:

Promoção de saúde é o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Para alcançar um estado de completo bem estar físico, mental e social, um indivíduo ou um grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou adequar o meio ambiente (OPAS, 1986).

Também foram definidas cinco áreas operacionais para implementar a estratégia de promoção da saúde, referindo-se a ambientes saudáveis:

- 1) elaboração de políticas públicas saudáveis;
- 2) criação de ambientes favoráveis;
- 3) fortalecimento da ação comunitária;

- 4) desenvolvimento de habilidades pessoais e mudanças nos estilos de vida e
- 5) reorientação dos serviços de saúde.

A Carta de Adelaide (OPAS, 1988) ressalta que principal propósito de uma política pública saudável é criar um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis. Destaca ainda, que as políticas públicas saudáveis caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas, em relação à saúde e a equidade, e pelo compromisso com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população.

A Declaração de Sundsvall (OPAS, 1991) conclama todos a se engajar ativamente na promoção de ambientes mais favoráveis à saúde e que o caminho deve ser trabalhar, nesse sentido, os ambientes: físico, social, econômico e/ou político.

A partir da reunião de Sundsvall, o pressuposto ambiental passou a figurar nos documentos da OMS como um dos pontos básicos para se alcançar à promoção da saúde, entendendo ambiente e saúde como elementos interdependentes e inseparáveis (OPAS, 1991).

2.1.2 Cidades Saudáveis

Para operacionalizar os fundamentos da promoção da saúde no contexto local, surge o Movimento Cidades Saudáveis. Apoiado pela World Health Organization regional Office for Europe (WHO/Euro), o movimento foi levado para a Europa em 1986, e em 1997 contou com a participação de 36 cidades de 23 países europeus (GENTILE, 1999; ADRIANO et al., 2000; ANDRADE & BARRETO, 2003). Um município saudável, de acordo com a OPAS,

(...) é aquele em que as autoridades políticas e civis, as instituições e organizações públicas e privadas, os proprietários, empresários, trabalhadores e a sociedade dedicam constantes esforços para melhorar as condições de vida, trabalho e cultura da população; estabelecem uma relação harmoniosa com o meio ambiente físico e natural e expandem os recursos comunitários para melhorar a convivência, desenvolver a solidariedade, a co-gestão e a democracia (OPAS, 1996).

Assim, por meio de discussões entre a sociedade e os dirigentes, são criadas iniciativas sustentáveis e parcerias entre as cidades, o que é denominado de “rede de cidades”, além de políticas públicas visando à promoção de saúde em cada região (MENDES, 2000).

No princípio dos anos 90, a OMS e OPAS tomaram para si a tarefa de impulsionar o movimento na América Latina, que hoje acumula uma rica experiência. No México, em novembro de 1993, se constituiu a primeira Rede Nacional de Municípios pela Saúde, que conseguiu estender a idéia a 11 municípios em 1993, e a uns 150 municípios no final de 1994 (ADRIANO et al., 2000).

Para que uma cidade se torne saudável é preciso buscar o desenvolvimento e a melhoria contínua das condições de saúde, social e bem estar de seus habitantes. Segundo a OMS (1995), ela deve esforçar-se para proporcionar:

- 1) um ambiente físico limpo e seguro;
- 2) um ecossistema estável e sustentável;
- 3) alto suporte social, sem exploração;
- 4) alto grau de participação social;
- 5) necessidades básicas satisfeitas;
- 6) acesso a experiências, recursos, contatos, interações e comunicações;
- 7) economia local diversificada e inovadora;
- 8) orgulho e respeito pela herança biológica e cultural;
- 9) serviços de saúde acessíveis a todos e
- 10) alto nível de saúde.

No Brasil, ainda são poucos os projetos em desenvolvimento. Motta e colaboradores (1998) estudaram 19 experiências e destacaram três municípios que realizaram ações direcionadas para cidade saudável: Crateús no Ceará, Arapiraca, Maceió e Flecheiras nas Alagoas.

A maior dificuldade encontrada no enquadramento destes municípios, no Brasil, segundo os pesquisadores, foi à falta de critérios ou parâmetros para a aplicabilidade do termo “cidade saudável”.

Sendo assim, cada cidade tem se declarado pertencente ao movimento na medida que desenvolvem iniciativas de implementação de políticas públicas

que incorporam alguns dos pressupostos delineados pelo movimento, tais como participação popular e intersetorialidade (MOTTA et al., 1988).

Essas poucas experiências identificadas, ainda incipientes, desapareceram em função da descontinuidade administrativa e da frágil participação da sociedade civil. Pois, essas iniciativas ainda carecem de suporte político para se perpetuarem ao longo do tempo já que o movimento se propõe permanente (ADRIANO et al., 2000).

2.1.3 Cidade Amiga

No Brasil, em setembro de 2003, foi criado o “Programa Cidade Amiga da Terceira Idade”, com a sanção da Lei nº 10.741, que estabelece o Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003). O objetivo dessa iniciativa é estimular a implantação pelas prefeituras de políticas públicas destinadas ao segmento idoso.

A Confederação Nacional dos Municípios (CNM, 2004), designou a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) como responsável pela avaliação das cidades inscritas para receber o diploma “Cidade Amiga da Terceira Idade” e ao Serviço Social do Comércio (Sesc) coube viabilizar materialmente essa avaliação. Sendo assim:

O Programa Cidade Amiga da Terceira Idade tem como objetivo incentivar os municípios do Brasil a desenvolver práticas públicas cada vez mais aperfeiçoadas para seus cidadãos idosos, é o que nos diz Guia da Cidade Amiga do Idoso (OMS, 2008).

Na ocasião a SBGG (CNM, 2004) fez também algumas recomendações para a cidade que deseja se tornar amiga; essas cidades precisam adequar-se às necessidades dos idosos dentro dos seguintes requisitos:

1. Legislação.
2. Saúde.
3. Ambiente Físico e Acessibilidade.
4. Segurança.
5. Esporte, Lazer e cidadania.
6. Educação.
7. Sociedade Civil.
8. Constituir conselhos municipais do idoso.

9. Oferecer uma orientação básica a todos os profissionais de saúde sobre o tema do envelhecimento.
10. Realizar concurso público em áreas de Geriatria e Gerontologia.
11. Introduzir temas gerontológicos nas escolas públicas de primeiro e segundo graus.
12. Promover atividades intergeracionais nas escolas públicas do município.
13. Criar políticas de geração de renda e emprego, voltadas para o idoso.
14. Proporcionar um sistema de apoio comunitário aos idosos onde haja carência de atendimento ambulatorial de reabilitação.

Além disso, para a cidade habilitar-se ao certificado deverá possuir programa exemplar voltado para o cidadão idoso. O programa será avaliado em uma das seguintes áreas:

1. Adequação e eficiência da legislação municipal de proteção ao idoso;
2. Programas relacionados à expectativa de vida após os 60 anos e, em especial, às epidemias que afetam as pessoas idosas;
3. Ambiente físico: rampas de acesso, áreas para idosos, programa de respeito no trânsito voltado ao idoso, semáforo com temporização ao ritmo do idoso e SOS idoso (Central de atendimento telefônico para receber denúncias de desrespeito e maus-tratos contra os idosos).
4. Lazer e incentivo ao exercício da cidadania pelos idosos;
5. Educação (alfabetização especializada e curso de nível superior com disciplinas curriculares ou conteúdos transversais na área de Geriatria e Gerontologia); e
6. Engajamento da sociedade civil: existência de Organizações não Governamentais (ONG's), como agremiações religiosas e beneficentes, entre outras que prestem apoio voluntário às famílias de idosos.

Já o projeto “Cidade Amiga do Idoso” foi lançado pela OMS, no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG), no Rio de Janeiro, Brasil, em junho de 2005, e foi desenvolvido por Alexandre Kalache e Louise Plouffe, na sede da OMS, em Genebra, na Suíça.

Fomentada inicialmente pelo governo do Canadá e Help the Aged, Reino Unido, a OMS e seus parceiros, elegeram 33 cidades de 22 países,

consultaram, aproximadamente, 1500 idosos e 750 cuidadores e prestadores de serviços, que relataram as vantagens e os obstáculos encontrados em suas cidades, em relação aos seguintes quesitos (OMS, 2007):

1. prédios públicos e espaços abertos,
2. transporte,
3. moradia,
4. participação social,
5. respeito e inclusão social,
6. participação cívica e emprego,
7. comunicação e informação; e
8. apoio comunitário e serviços de saúde mais amigáveis a eles.

A partir dessas consultas, feitas no mundo todo, e no Brasil, na cidade do Rio de Janeiro (Copacabana); a OMS identificou as características-chave de uma cidade amiga do idoso e, em 2008, preparou e lançou, também na cidade do Rio de Janeiro, o “Guide Mondial des Villes-Amies des Aînés” ou “Guia Mundial das Cidades Amigas do Idoso”.¹

O ponto inicial do guia foi o conceito de que uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança, visando melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que elas envelhecem.

As pessoas ouvidas confirmam essa idéia, e deram muitos exemplos para mostrar como as características da cidade, interrelacionadas, que refletem os determinantes do envelhecimento ativo de várias maneiras. E ressalta:

Espaços públicos, edificações, sistema de transporte e condições de moradia da cidade contribuem para uma mobilidade segura, um comportamento saudável, para a participação social e para a auto-determinação ou, ao contrário, para um isolamento amedrontado, para a inatividade e exclusão social (...). Informações relevantes em formatos apropriados também contribuem para o empoderamento pessoal e a comportamentos saudáveis. Serviços de saúde acessíveis e bem coordenados têm influência direta na saúde e no comportamento dos idosos (OMS, 2008).

¹ Disponível em: www.who.int/entity/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf

De um modo geral, para que uma cidade se torne amiga do idoso: políticas, serviços, ambientes e estruturas deverão dar apoio e capacitar as pessoas a envelhecer ativamente ao:

1. reconhecer a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos;
2. prever e responder, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento;
3. respeitar as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram;
4. proteger aqueles que são mais vulneráveis; e
5. promover a sua inclusão e contribuição a todas as áreas da vida comunitária.

Ou seja, uma cidade amiga do idoso adapta suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade (OMS, 2008).

Veras (2007), observa em seus estudos que as cidades não estão adaptadas para servir a uma população mais idosa; por outro lado, Kalache, Diretor do Programa Envelhecimento e Curso de Vida da OMS, ressalta:

(...) as políticas e programas deveriam estimular pessoas inativas a se tornarem mais ativas à medida que envelhecem, e garantir oportunidade para tal. É especialmente importante propiciar áreas seguras para caminhadas e apoiar atividades comunitárias culturalmente apropriadas que incentivem a atividade física e que sejam organizadas e lideradas pelos próprios idosos (OMS, 2005).

O envelhecimento ativo é um processo que dura à vida toda, uma cidade amiga do idoso não é apenas “amigável aos velhos”; prédios e ruas sem obstáculos propiciam a mobilidade e independência de pessoas com deficiências, sejam elas jovens ou velhas.

2.1.4 Urbanização e Passeio Público

O fenômeno da urbanização, cujo processo esta ocorrendo muito rapidamente nas últimas décadas, traz consigo o desafio no qual as cidades devem buscar meios para se adaptarem, com a mesma velocidade, ao crescente aumento da população idosa (MENDES, 2000).

Estudos sobre o tema mostram que o idoso tem sido segregado em sua moradia pelas dificuldades enfrentadas na circulação urbana, tais como: calçadas esburacadas, com degraus e bloqueios físicos, a falta de calçamentos, os degraus nos acessos aos prédios públicos e transporte coletivo urbano, a falta de semáforos e travessias adequadas para pedestres (FERNANDES et al., 2000). Os obstáculos prejudicam a qualidade das viagens realizadas pelos pedestres:

Deve-se destacar o mau planejamento da ocupação urbana, uma vez que bancas de jornal, abrigos de ônibus, lixeiras, postes são exemplos de mobiliários urbanos que diminuem a largura efetiva dos passeios públicos, obrigando as pessoas a disputarem espaços e promovendo conflitos entre si mesmas (CARVALHO, 2006)

Para a OMS (2008) em muitas cidades no mundo, há menção às barreiras físicas que desestimulam os idosos a saírem de casa, e complementa:

No Rio de Janeiro, os idosos têm dificuldade de acesso à favela porque as ladeiras que sobem o morro são de concreto. A ausência de rampas, em algumas áreas, é um problema. A recomendação para a solução desses problemas é, em geral, a educação, especialmente de planejadores urbanos e arquitetos, sobre as necessidades dos idosos (OMS, 2008).

Sendo assim, a mobilidade e a acessibilidade são dois conceitos importantes para analisar o processo de produção e apropriação dos espaços urbanos:

Acessibilidade não pode ser vista apenas como a habilidade para movimentar-se sobre o espaço urbano, mas deve incluir também aspectos relacionados à acessibilidade econômica dos meios de circulação, bem como da compatibilização entre o tempo disponível dos indivíduos e as horas de operação das atividades de destino das viagens. Já a mobilidade diz respeito às condições das pessoas em se movimentar sobre o espaço urbano, utilizando os espaços e recursos disponíveis (e acessíveis) de circulação. Pode-se sustentar que a acessibilidade influencia e até determina a mobilidade. Influencia porque pode tornar a tarefa de circular mais fácil ou mais difícil e consumir maior ou menor tempo de viagem. Pode determinar na medida em que, em função das condições de acessibilidade a mobilidade pode até ser anulada. Crianças, idosos e

pessoas com dificuldades de locomoção podem deixar de realizar viagens em função das condições a serem enfrentadas (ALVES, 2009).

Quanto a essas questões, a ABNT (2004), por meio da NBR 9050, estabelece critérios e parâmetros técnicos que consideram as diversas condições de mobilidade e de percepção do ambiente do indivíduo, com ou sem a ajuda de aparelhos específicos, que complementem ou não suas necessidades individuais.

Ao proporcionar à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção, a utilização de maneira autônoma e segura do ambiente, a norma visa que os espaços, que vierem a ser projetados ou implantados, bem como as reformas e ampliações, sejam acessíveis.

Guimarães (1995) discorreu sobre o conceito do “Desenho Universal”, focando a acessibilidade, suas reflexões corroboram com a ABNT (2004) ao propor que os espaços sejam projetados de forma a atender ampla gama da população, considerando as variações de tamanho, sexo, peso, ou diferentes habilidades ou limitações que as pessoas possam ter.

Esse conceito preconiza que uma cidade deve ser acessível a qualquer pessoa desde o seu nascimento até sua velhice, ou seja, as cidades devem ser acessíveis a todos. Os espaços urbanos devem permitir várias maneiras de serem usados ou explorados, e devem estar providos de elementos construídos únicos ajustáveis, ou múltiplos complementares, de forma que o conjunto esteja adequado a algum tipo de necessidade ou característica do usuário (GUIMARÃES, 1995).

Por exemplo, os parâmetros para calçadas, preconizam o uso de sinalização tátil de alerta e tátil direcional. A sinalização de alerta deve ser utilizada para indicar a presença de obstáculos, alterações de direção ou do nível do piso. A sinalização direcional deve indicar, de forma segura, o caminho a ser percorrido.

O dimensionamento da faixa livre, a travessia de pedestres e o rebaixamento da calçadas são outros aspectos importantes tratados na NBR 9050, que devem ser considerados nos projetos de readequação das calçadas.

Sobre esse tema, Almeida (2008) mostrou em seu estudo sobre calçadas ecológicas que garantir com igualdade o direito de ir e vir a toda comunidade é um ato de cidadania.

Por outro lado, com uma diversidade de funções, as calçadas passaram a ser identificadas não mais pela referência que as particulariza, mas, sobretudo, pelas relações de ocupação desses espaços por determinados atores sociais que, ao desenvolverem determinadas práticas sociais e de linguagem, emprestam-lhes novas identidades.

Deslocados de sua função primeira, tráfego específico para pedestres, os espaços das calçadas são re-funcionalizados para finalidades comerciais e utilidades pública e doméstica, imprimindo novos valores e novas relações ao cotidiano dos usuários e determinando-lhes a natureza: se público ou privado (ZATTAR, 2008).

A calçada também pode ser vista como o espaço que interliga vizinhos, amigos e conflitantes, em usos e ocupações. Logo, a calçada não é compreendida somente como espaço físico, geográfico ou ambiental, mas como espaço simbólico; pela sua história, convivibilidade e conflitos entre vizinhos, passantes e ocupantes, e pela demarcação de território que é público, pela localização na espacialidade da cidade, e privado, pela refuncionalidade que lhe é atribuída (YÁZIGI, 2000).

No entanto, o ambiente público quando inadequado, trás consigo limitações importantes e consideráveis que podem determinar uma vida ativa ou não para o idoso. Essa dificuldade pode gerar medo, fazendo com que as trocas sociais sejam prejudicadas, principalmente por estarem diretamente relacionadas com o aumento do risco de quedas entre os idosos.

É necessário que esses conceitos sejam compreendidos pela sociedade e, principalmente, pelos profissionais das áreas de construção de edifícios, planejamento das cidades, sistemas de transportes e comunicação, a fim de que a equiparação de oportunidades se estenda a toda a população (PRADO, 2007).

Cabe aos Conselhos Municipais do Idoso a responsabilidade de recomendar aos prefeitos a formação de uma equipe para elaborar o Plano Municipal de Acessibilidade e contactar o Ministério Público para auxiliar na fiscalização de sua implantação, além de garantir que a equipe de

desenvolvimento e implantação do plano seja composta por representantes das diversas secretarias e da comunidade, sobretudo de instituições ou grupos de idosos e de pessoas com deficiência (PRADO, 2007).

Logo, se faz necessária a implementação de políticas públicas para que os ambientes onde vivem esses idosos sejam compatíveis com suas necessidades, garantindo, também, o direito de cidadania prescrito na Constituição Federal e no Estatuto do Idoso.

Tal questão de cunho social, político, econômico e ambiental, será contextualizada historicamente no Capítulo “Amazonas: dos Igarapés ao Espaço Urbano Manauara”, a seguir.

CAPÍTULO III

Amazonas: dos Igarapés ao Espaço Urbano Manauara

Cidade rica, progressista e alegre, de ruas retas e largas, calçadas com granito e pedra de liós importadas de Portugal, sombreada por frondosas mangueiras, e de praças e jardins bem cuidados, com belas fontes e monumentos (LOUREIRO, 1986).

Antes de os europeus chegarem à Amazônia, no século XVI, os povos indígenas que habitavam a região eram numerosos, divididos em diferentes nações, com línguas e costumes próprios. Basicamente, dedicavam-se à pesca e à cultura da mandioca e promoviam um intenso comércio intertribal. Moravam em habitações amplas e arejadas, feitas de troncos de árvores e cobertas de palha (AGASSIZ, 1975).

Dentre os povos que habitavam o Rio Negro, três se destacavam pela valentia e heroísmo ante os conquistadores: os Manáos, os Barés e os Tarumãs. Os Manáos, que constituíam o grupo étnico mais importante da área, habitavam as duas margens do Rio Negro, com população estimada em cerca de 10 mil índios no Século XVII, número avaliado após os primeiros violentos choques travados com os portugueses. É nesse contexto que tem início a história da Cidade de Manaus (AGASSIZ, 1975).

O espaço da cidade de Manaus foi sendo moldado a partir de um sistema de objetos artificiais e por um sistema de ações humanas (SANTOS, 1997) igualmente artificiais como pontes e aterros e ocupação das margens dos igarapés (OLIVEIRA, 2003).

Portanto, se até o final do século XIX pode-se sustentar que “os igarapés indicaram os caminhos da penetração”, no início do século XX, os fatores naturais delimitadores da cidade foram sendo superados por aterramentos e pela construção de pontes (OLIVEIRA, 2003).

A localização da cidade de Manaus, capital do Amazonas, é altamente privilegiada. A vasta rede hidrográfica possibilita a conexão entre a cidade e as diferentes localidades da Amazônia Ocidental e constituiu, desde sua origem, um centro importante para a circulação de mercadorias e de pessoas desta região com o restante do país e de outras partes do mundo conforme apontam vários autores (AB´SABER, 1953; AGASSIZ, 1975; SPIX & MARTIUS, 1981).

Atualmente, a cidade mantém a ostentação dos magníficos casarões resultantes do fastídio da borracha, os condomínios fechados e as fábricas limpas do Parque Industrial, que se superpõem à pobreza evidente da maioria da população sempre crescente (BROWDER & GODFREY, 2006; NOGUEIRA, 2007).

3.1 Amazonas

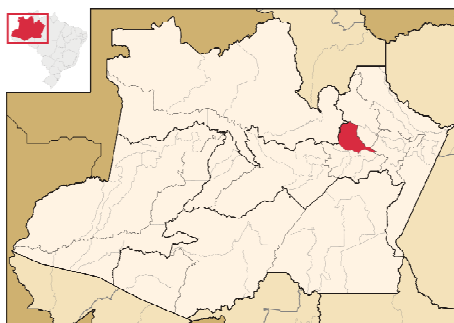
O Amazonas é uma das 27 unidades federativas do Brasil, sendo a mais extensa delas, com uma área de 1.570.745,680 km², se constitui no 9º maior estado do mundo; é maior que a área somada da França (547.030,0 km²), Espanha (504.782,0 km²), Suécia (357.021,0 km²) e Grécia (131.940,0 km²); seria o 18º maior país do mundo em área territorial, pouco maior que a Mongólia, com seus 1,564,116 km²; é maior que a área da Região Nordeste brasileira, com seus nove estados; e equivale a 2,25 vezes a área do Texas (696.200,0 km²), segundo maior estado americano (PREFEITURA DE MANAUS, 2010).

O estado está situado na região Norte do país e tem como limites a Venezuela e Roraima a norte, o Pará a leste, o Mato Grosso a sudeste, Rondônia a sul, o Acre a sudoeste, o Peru a oeste e a Colômbia a noroeste.

O Amazonas é um dos poucos estados brasileiros que não possuem litoral, mas possui a maior bacia hidrográfica e o maior rio do mundo, a Bacia Amazônica e o rio Amazonas.

Sua capital é a cidade de Manaus (figura 1) e outras localidades importantes são, Coari, Manacapuru, Tefé, Parintins, Itacoatiara, Tabatinga, Presidente Figueiredo, Eirunepé, São Gabriel da Cachoeira, Iranduba, Boca do Acre, e Maués.

Figura 1 - Localização de Manaus no Amazonas.



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Manaus>.

O nome Amazonas é de origem indígena, da palavra amassunu, que quer dizer "ruído de águas, água que retumba". Foi originalmente dado ao rio que banha o Estado pelo capitão espanhol Francisco Orelhana, quando, ao descê-lo em todo o seu comprimento, em 1541, a certa altura encontrou uma tribo de índias guerreiras, com a qual lutou. Associando-se às Amazonas do Termodonte, deu-lhes o mesmo nome (PREFEITURA DE MANAUS, 2010).

3.1.1 População Amazonense

Segundo estimativas do IBGE, em 2008 o estado do Amazonas tinha 3.341.096 habitantes e uma densidade populacional de 2,05 hab./Km². Toda essa população representa 1,8% da população brasileira.

O estado alcançou crescimento populacional no início do século XX, devido ao período áureo da borracha, e após a instalação do Polo Industrial de Manaus, na década de 1960. Na década de 1950 o estado teve um crescimento populacional de 3,6% ao ano, enquanto o Brasil manteve um crescimento de 3,2%. No período compreendido entre os anos de 1991 e 2000, o Amazonas cresceu 2,7% ao ano enquanto a média nacional manteve-se em 1,6%. Para 2010, a estimativa é de 3.473.856 habitantes (IBGE, 2009).

De acordo com o censo de 2000, dos 3,3 milhões de habitantes do estado 78,4% vive em cidades, enquanto 17,3% da população vive no campo. A composição da população amazonense por sexo, mostra que para cada 100 mulheres residentes no estado existem 96 homens, esse pequeno desequilíbrio entre os dois sexos ocorre porque as mulheres possuem uma expectativa de vida oito anos mais elevada que a dos homens. Porém, o fluxo migratório para o estado é de maioria masculina.

Os números no Amazonas, de acordo com levantamento do IBGE, não são animadores nos quesitos analfabetismo, renda e tempo de vida. Pois, grande parte do contingente populacional se obrigou a buscar trabalho mal remunerado, muitas vezes como autônomos o que não lhes dá garantias trabalhistas nem previdenciais e sociais.

Dos 20,2 milhões de analfabetos no Brasil, 353 mil vivem no Amazonas (IBGE, 2009). O número é 19,2% maior do que de 2005, quando 296 mil

estavam no Estado. Neste mesmo período, houve uma redução no número de analfabetos no Brasil: passou de 22,3 milhões para 20,2.

Se for levado em consideração o total da população no Amazonas, o IBGE apurou que 11,6% dela é analfabeta funcional (não consegue interpretar textos ou fazer cálculos matemáticos). São 312 mil pessoas nesta situação. Para chegar a este número, o instituto levou em consideração pessoas com menos de quatro anos de estudo e idade superior a 15 anos (IBGE, 2009).

Se o número de analfabetos funcionais é grande e a renda mensal da maioria é pequena, o tempo de vida dos amazonenses é pouco menor que a média nacional, sendo de 71,9 anos. No País, é de 72,86 anos, segundo a Tábua Completa de Mortalidade da População do Brasil.

3.2 Manaus

Manaus, capital do Amazonas, situa-se na confluência dos rios Negro e Solimões (imagem 1). Teve origem em um pequeno arraial formado em torno da fortaleza de São José do Rio Negro, criada para guarnecer a região de possíveis investidas dos inimigos em 1669.

Imagem 1 - Encontro das Águas, Rio Negro e Solimões, Manaus.



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Manaus>.

3.2.1 Cidade no Coração da Selva

A forma urbana de Manaus foi sendo moldada a partir do padrão topográfico limitado por vales afogados, com o rio Negro penetrando cidade adentro. A cidade foi se conformando aos igarapés que isolavam os blocos

urbanos, e sua forma foi estruturada pelo conjunto de sistemas naturais, igarapés, áreas alagadas e margem do rio Negro (imagem 2).

A cidade construída à margem esquerda do rio teve como limites primeiros os igarapés que Ab´Saber (2003) conceitua como “cursos d’água amazônicos de primeira ou segunda ordem, componentes primários de tributação de rios pequenos, médios e grandes”.

Imagem 2 - Igarapés. Vitória-régia, a maior flor do mundo.



Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Manaus>.

Sendo assim, o arraial foi fundado em 1669, passando a ser o Lugar da Barra e tornando-se sede da capitania de São José do Rio Negro no ano de 1758 (PORTAL DA AMAZONIA, 2010).

No princípio do século XIX, em 1833, foi elevado à categoria de vila com o nome de Manaós que significa “mãe dos deuses”, em homenagem à tribo de mesma denominação, e quando recebeu o título de cidade em 24 de outubro de 1848, era um pequeno aglomerado urbano, com cerca de 3 mil habitantes, uma praça, 16 ruas e quase 250 casas.

3.2.2 Período da Borracha

Na época áurea da borracha, os navios estrangeiros começam a navegar pelo Amazonas e seus afluentes. A sua economia prospera com a exportação de castanha, arroz, cacau, guaraná, urucum, couro e látex da seringueira. Com a proclamação da República, Manaus cresce, e sua população aumenta com a vinda de imigrantes do Nordeste e estrangeiros.

Nessa época foi batizada como “Coração da Amazônia” e “Cidade da Floresta”, descrita com:

(...) água encanada e telefones, energia elétrica a partir de 1896, rede de esgotos em construção e bondes elétricos desde 1895, espantando até visitantes europeus do raiar do século, com suas alucinantes velocidades de 40 a 50 quilômetros por hora, nas linhas de aço espalhadas por toda a malha urbana e penetrando na floresta até os arrabaldes mais distantes. O seu porto flutuante, obra-prima da engenharia inglesa, construído a partir de 1900, recebia navios de todos os lados e das mais diversas bandeiras (LOUREIRO, 1986).

Em 1908, Manaus teria em torno de 80.000 habitantes e era denominada, pelo The Índia Rubber World, a “metrópole da borracha” que lhe vaticinava uma população superior a 100.000 habitantes nos anos seguintes, com suas propriedades prediais triplicando de valor (imagem 3). Abriga a universidade mais antiga do Brasil, a Universidade Federal do Amazonas, fundada em 1909.

Imagem 3 - Antiga Praça da Matriz. Primeira Igreja de Manaus.



Fonte: <http://www.d24am.com/amazonia/historia/25>

3.2.3 Fim do Ciclo de Riqueza

Em 1910, chega ao fim o período áureo da borracha e vem a decadência. Acabam-se as fortunas, os prédios são abandonados, e o luxo se transforma em miséria.

Em 1920, em virtude da retração econômica decorrente da perda do monopólio amazônico da borracha, a população ficaria reduzida a apenas 69.959 habitantes.

É o fim do domínio da exportação do produto dos seringais naturais da Amazônia (quase que exclusivamente gerada no Amazonas), deflagrando o início de uma lenta agonia econômica para a região (PREFEITURA DE MANAUS, 2010).

O desempenho do comércio manauara torna-se crítico e as importações de artigos de luxo e supérfluos caem vertiginosamente. Manaus, abandonada por aqueles que podiam partir, mergulha em profundo marasmo. Os edifícios e os diferentes serviços públicos entram em estado de abandono.

Atualmente seu principal motor econômico é o Polo Industrial de Manaus. O modelo foi criado em 1967, por meio do Decreto-Lei 288, de 28 de fevereiro. Desde então, impulsiona a economia da região. Ao longo dessas quatro décadas, foi uma resposta ao desafio de formulação de uma política de desenvolvimento auto-sustentável, capaz de permitir a integração econômica da Amazônia, sem prejuízo ao seu patrimônio ambiental.

A Zona Franca de Manaus é considerada a mais bem sucedida experiência brasileira no campo do desenvolvimento regional. Sucessivos recordes de produção, faturamento, geração de emprego e a conquista de novos mercados consumidores traduzem a importância do Polo Industrial de Manaus (PIM); responsável pelo fato da cidade deter o 7º maior PIB do país; e por dinamizar a economia do estado do Amazonas, cujos efeitos positivos espalharam-se para os demais Estados da região norte.

São mais de 500 indústrias aptas a produzir, utilizando tecnologia de ponta na produção, por exemplo, de eletroeletrônicos, bens de informática, aparelhos de telefonia celular, televisores e motocicletas. Tudo isso com qualidade certificada pelo Sistema Internacional ISO na maioria das empresas (PREFEITURA DE MANAUS, 2010).

3.2.4 Expansão Urbana Desordenada

A cidade possui a segunda maior região metropolitana do norte do país e a décima segunda do Brasil, com 2.006.870 habitantes. Em Manaus residem

1,73 milhão de pessoas e cerca de 115 mil idosos. Representa sozinha 49,9% da população do Amazonas e 10,89% da população de toda a Região Norte, sendo a cidade mais populosa do Amazonas e a oitava do Brasil. A cidade aumentou gradativamente a sua participação no PIB brasileiro nos últimos anos, passando a responder por 1,4% da economia do país (IBGE, 2009).

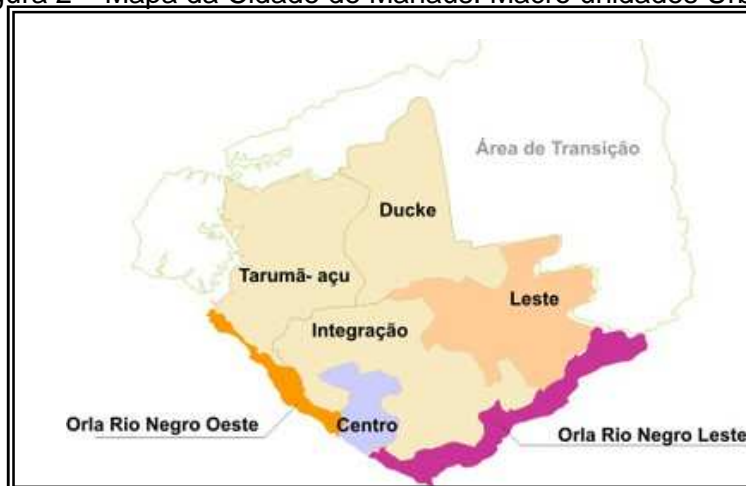
Estudos revelam que a tendência atual de crescimento da população urbana, tem sido constante em toda a região Amazônica, entretanto, a Região Metropolitana de Manaus, é a décima-segunda maior aglomeração urbana do Brasil e a segunda maior da Região Norte. A região metropolitana da cidade é o 222º maior aglomerado urbano do mundo (BROWDER & GODFREY, 2006; NOGUEIRA, 2007).

A taxa de crescimento urbano em Manaus tem sido maior que a taxa nacional, apesar de ter sofrido uma queda no último censo. Nos últimos vinte anos o número de migrantes que chegaram a Manaus (tanto do interior do Estado quanto do resto do país) aumentou significativamente.

A zona urbana da cidade passa por um processo de “inchaço populacional, e não tem mais comportado seu contingente, que cada vez mais se dirige às zonas periféricas da cidade tornando as áreas chamadas de expansão urbana, em ocupação desordenada, rápida e agressiva” (NOGUEIRA, 2007).

Manaus divide-se em sete Macrounidades, que é a divisão do território da Área Urbana em áreas que apresentam aspectos físicos e/ou características de ocupação e uso homogêneas (figura 2).

Figura 2 – Mapa da Cidade de Manaus. Macro unidades Urbanas.



Fonte: <http://www.manaus.am.gov.br/secretarias/implurb/pdua/v-macrounidades-urbanas/?searchterm=mapa+Manaus>

A região leste da cidade é a maior em extensão territorial e a mais populosa, com aproximadamente 600.000 habitantes (IBGE, 2009). Porém, é a região norte da cidade que possui o maior índice de crescimento populacional e habitacional nos últimos anos, além de possuir o maior bairro da cidade, a Cidade Nova.

A região centro-sul manauense é a de maior renda per capita, abrigando grande parte dos centros comerciais da cidade. Também é a menor região da cidade em extensão territorial.

Até a década de 80, do século XX, o número de bairros em Manaus era de aproximadamente 37, além do Distrito Industrial. Hoje esse quadro é outro, com 56 bairros e inúmeras comunidades que ainda não são oficialmente bairros, cresce desordenadamente com muitas áreas ocupadas de forma ilegal por invasões (BROWDER & GODFREY, 2006; NOGUEIRA, 2007).

3.3 Calçadas Manauaras para Todos

Os espaços públicos, edificações, sistema de transporte e das condições de moradia da cidade contribuem para uma mobilidade segura, um comportamento saudável, para a participação social e para a auto-determinação dos moradores ou, ao contrário, para um isolamento amedrontado, para a inatividade e exclusão social (OMS, 2008).

A calçada tem uma relevante importância na vida da população manauara, especialmente porque Manaus tem calçada com ondas como a de Copacabana, mas mais antiga. A calçada do Largo São Sebastião foi finalizada em 1901, mas já estava planejada desde a década de 1880, quando o Teatro Amazonas, concluído em 1896, começou a ser pensado.

Hoje, moradores de Manaus gostam de dizer que o desenho de sua calçada simboliza o encontro da água escura do Rio Negro com a água barrenta que chega pelo Solimões.²

Manaus concentra hoje mais de 50% da população do Estado, e esse percentual tende a crescer significativamente nos próximos anos. Mas o fenômeno pode expor também um dos principais gargalos da capital

² Disponível em: Globo Amazônia <http://revistaecoturismo.com.br/turismo-sustentabilidade/manaus-tem-calcada-com-ondas-como-a-de-copacabana-mas-mais-antiga/>

amazonense, que é a falta de infra-estrutura para seus moradores. A escassez de políticas habitacionais e o problemático sistema de transporte, das vias e dos passeios públicos são descritos como os principais empecilhos para a construção de um futuro promissor (ALVES, 2009).

Estudos em cidades brasileiras mostram que o idoso tem sido segregado em sua moradia pelas dificuldades enfrentadas na circulação urbana, tais como: calçadas esburacadas, com degraus e bloqueios físicos, a falta de calçamentos, os degraus nos acessos aos prédios públicos e transporte coletivo urbano, a falta de semáforos e travessias adequadas para pedestres (FERNANDES et al., 2000).

Para a OMS (2008) tanto em países desenvolvidos quanto em países em desenvolvimento, as pessoas acreditam que a sua cidade não foi planejada para idosos e que em muitas cidades, há menção às barreiras físicas que desestimulam os idosos a saírem de casa, pois:

A condição das calçadas tem um impacto óbvio na capacidade de locomoção do idoso. Calçadas estreitas, desniveladas, com rachaduras, que tenham meio-fio alto, ou que sejam congestionadas ou apresentem obstáculos, são potencialmente perigosas e afetam a capacidade dos idosos caminharem pelas ruas (OMS, 2008).

O “Desenho Universal”, para uma habitação de interesse social, desenvolvido na cidade de São Paulo, em 2010, prevê, segundo versa o artigo 8º do Decreto Federal nº 5.296/04, que as barreiras urbanísticas são:

Qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de pessoas se comunicarem ou terem acesso às informações existentes nas vias públicas e espaços públicos. São dificuldades encontradas em espaços urbanos por cidadãos obrigados a enfrentá-los para poder circular por calçadas e ruas de uma cidade (PRADO & RODRIGUES, 2010).

Os meios de comunicação da região reconhecem o valor histórico e cultural das calçadas manauaras e denunciam as barreiras urbanísticas nelas encontradas. O Portal Amazônia (2010), por exemplo, mostra a obstrução de calçadas pelos proprietários das casas e de comércios e traz a discussão o artigo 44 do Plano Diretor de Manaus (LEI 674, 2002).

Essa lei prevê, desde 2002, que os logradouros públicos devem atender a normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de necessidades especiais ou com mobilidade reduzida, nos termos definidos pelas normas técnicas federais. Ou seja, segundo versa o Art. 44. §1o.:

Os passeios deverão ser livres de qualquer entrave ou obstáculo, fixo ou removível, que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento e a circulação com segurança das pessoas (LEI 674, 2002).

A Secretaria Municipal de Desenvolvimento Urbano da cidade, desde então começou a realizar campanhas de conscientização das pessoas para a não-ocupação de calçadas. No entanto, em 2007 as calçadas de Manaus, voltam a serem notícia:

Acostumados com a omissão dos poderes públicos e com a passividade dos habitantes, Manaus atravessa um processo de privatização das calçadas. No Parque Dez, na Bola Do Mindu, uma loja de materiais de construção literalmente apropriou-se da calçada lateral. Botou grades, espalhou seu estoque e estaciona carros e caminhões nela. Ainda pintou os muros, dizendo que é “área particular”. Na Djalma Batista, várias lojas de calçados e serviços pintam a calçada e botam placas, dizendo que ali é “estacionamento privativo” (PORTAL AMAZÔNIA, 2010).

Devolver as calçadas aos cidadãos é assegurar qualidade de vida. Há várias formas de fazer a cidade tornar-se melhor, mais habitável e simpática. Uma delas é fazer com que o cidadão torne-se dono da cidade, de fato e de direito.

Sendo assim, o pedestre terá vez quando a população entender que a calçada é um espaço público e não privado. Quase na sua totalidade, o problema de calçada é originado pelos proprietários dos imóveis. A prefeitura desenvolveu uma Campanha Educacional “Calçada Para Todos” (anexo 1), baseada no Plano Diretor de Manaus (LEI 674, 2002), e desde 2007 vem percorrendo vários bairros em busca da conscientização da população quanto aos problemas de acesso e mobilidade nas calçadas manauaras (PORTAL AMAZÔNIA, 2010).

Em 2009, com o objetivo de tornar seguro o acesso de pedestres nas ruas de Manaus, foi realizada, no Centro da capital, a “Operação Calçada

Limpa”. Nas primeiras horas da operação, foram recolhidos alguns carros, motos e objetos que bloqueavam a área (imagem 4). Bancas e lanchonetes que estavam funcionando também foram autuadas e removidas (PORTAL AMAZÔNIA, 2010).

Imagem 4 - “Operação Calçada Limpa”, Centro da capital.



Fonte: www.portalamazonia.globo.com

Atualmente, a Prefeitura de Manaus segue realizando processos de retirar todos os carros de lanche e bancas de vendedores ambulantes instalados nas calçadas manauaras. A ação faz parte do projeto de reorganização da cidade. Alves (2009) discorre sobre o assunto:

Em muitos bairros da cidade de Manaus, os proprietários dos imóveis incorporaram o espaço da calçada aos seus imóveis. Em outros, este espaço é muito estreito e as calçadas (quando existem), são irregulares. Árvores, orelhões, postes da rede elétrica, bancas de comércio dos mais diferentes produtos completam a lista dos obstáculos que dificultam e até mesmo inviabilizam a caminhada sobre as calçadas. Desse modo, resta a quem necessitar caminhar, fazer isso junto ao tráfego dos veículos, aumentando a exposição ao risco de atropelamentos (ALVES, 2009).

Sobre a limpeza das cidades, Malik (1997) observa que a gestão urbana deve ser destinada a melhorar a vida dos cidadãos e não para criticá-los como responsáveis pela sujeira das ruas, segundo ele “se para melhorar sua vida é necessário mais limpeza e para reduzir a sujeira é necessário educar a população, esta pode ser uma prioridade ou diretriz de um governo municipal”.

A limpeza das calçadas obedece ao ordenamento urbano previsto em lei municipal que, entre outras coisas, regulamenta o comércio informal em Manaus e diz que a prioridade nas calçadas é a passagem e circulação de

pedestres. A ação atende à demanda da própria população que, por meio do disque-denúncia, demonstra sua insatisfação com algumas situações que envolvem os vendedores ambulantes (PORTAL AMAZÔNIA, 2010).

É indiscutível a necessidade de adequação dos edifícios de uso público, das calçadas e do transporte coletivo de modo a garantir o acesso às pessoas idosas, pois existem determinadas situações que tornam as atividades desses indivíduos um verdadeiro transtorno, quando não impossibilitam o simples exercício do direito de ir e vir (BUSCH, 2009).

Como todo cidadão, os idosos pagam impostos e possuem deveres. Entretanto, um direito fundamental, o da locomoção, seja em busca de trabalho, de saúde ou de lazer, pode transformar-se em uma grande cilada, na medida em que eles têm de enfrentar dificuldades de diversos graus, como escadas, portas, pisos escorregadios, calçadas depredadas e desniveladas, às vezes ocupadas por automóveis, assim como prédios públicos e pontos turísticos de difícil acesso (BUSCH, 2009).

A seguir, serão relatados os procedimentos metodológicos, definidos a partir da reflexão, pesquisa técnica e o reconhecimento da problemática empírica.

CAPÍTULO IV

Sujeitos e Procedimentos Metodológicos

Mire, veja ...
O mais importante e bonito do mundo é isto: as
pessoas não estão sempre iguais, ainda não
foram terminadas, mas, que elas vão sempre
mudando. (ROSA, 1972).

Com vistas a ampliar o estudo, um primeiro procedimento se encaminha na perspectiva de retomar as literaturas pertinentes, nacionais e internacionais.

Quanto à pesquisa empírica, decidiu-se, por fundamental, realizá-la na cidade de Manaus, a partir da coleta de informações dos Idosos sobre as calçadas da cidade.

4.1. Delineamento do Estudo

Trata-se de um estudo do tipo prospectivo, descritivo, qualitativo e quantitativo. Desenvolvido entre 10 e 31 de maio de 2010, na cidade de Manaus, com uma amostragem de 14 idosos, para conhecer os obstáculos para a circulação urbana, enfrentados nas calçadas manauaras pela população idosa. Para apreender essa realidade foi observado o espaço urbano, registrado imagens dos obstáculos nas calçadas e, por último, aplicado o instrumento de pesquisa quantitativa e qualitativa, questionário semi-estruturado junto aos idosos, com uso da técnica do gravador.

.2. Desenvolvimento da Pesquisa de Campo

De primeiro a 22 de maio de 2010, das 9:00 as 11:00 da manhã, foram observadas e registradas imagens das calçadas que apresentam problemas de obstrução a acessibilidade e mobilidade para os moradores da cidade de Manaus. Essas calçadas ficam em seis (6) ruas do centro, que beiram o Rio Negro, por onde a cidade começou a se expandir: Ruas Pedro Teixeira, Tapajós, Floriano Peixoto, Lobo da Almada; Manaus Moderna e Avenida Ramos Ferreira.

Os idosos foram abordados em locais concentrados na região do centro sul da cidade, exceto Rua Pedro Teixeira que fica no Bairro D. Pedro, na região

centro norte. Esses locais foram selecionados por se situarem no centro da cidade e terem calçadas de alta circulação de pessoas.

4.2.1. Critérios de Inclusão e Exclusão dos Sujeitos

A coleta de dados junto a população idosa iniciou na cidade de Manaus, no dia 10 de maio de 2010, após a Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP), nº 116/2010 (anexo 2) e terminou dia 31 de maio, do mesmo ano. Para tanto a pesquisadora permaneceu em cada local, aproximadamente, uma (1) hora por duas (2) vezes na semana e aplicou os seguintes critérios de inclusão para selecionar os sujeitos:

- pessoa com idade igual ou superior a 60 anos,
- que estava passando pela calçada selecionada pela pesquisadora,
- que aceitou participar da pesquisa ao ser abordada,
- que assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (apêndice 1) e,
- que respondeu até 75% das perguntas do questionário semi-estruturado.

As preocupações éticas se atestam, também, com a não identificação das pessoas entrevistadas, as quais escolheram, no início da entrevista, um nome para identificá-las na Lista de Pseudônimos (apêndice 2).

Critério de exclusão:

- questionário semi-estruturado com menos de 75% das perguntas respondidas.

4.2.2. Identificação da Amostragem

No período da pesquisa de campo, passaram pelos seis locais selecionados 20 (100%) pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, de ambos os sexos e todas foram abordadas pela pesquisadora, constituindo, assim, o universo pesquisado; destas 6 (30%) recusaram participar da pesquisa.

Das 14 (70%) entrevistas realizadas, nenhuma foi excluída. Então se admite, metodologicamente, que a amostragem deste estudo constitui-se de 14 sujeitos idosos, abordados e selecionados nas calçadas manauaras, entre 10 e 31 de maio, de 2010.³

4.3. Coleta das Informações

A Observação marcou o início da coleta de dados e está ancorada na sensibilidade da pesquisadora para o desenvolvimento da temática bem como em sua formação profissional e acadêmica. A observação, também, é considerada uma coleta de dados para conseguir informações sob determinados aspectos da realidade, pois ajuda o “pesquisador a identificar e obter provas a respeito de objetivos sobre os quais os indivíduos não têm consciência, mas que orientam seu comportamento” (BONI & QUARESMA, 2005).

Para tanto, foi utilizada uma máquina fotográfica digital da marca *Olympus* para registrar as imagens dos problemas de obstrução à acessibilidade e mobilidade, existentes nas calçadas da cidade de Manaus.

Posteriormente, construiu-se o instrumento de pesquisa qualitativa e quantitativa (Questionário Semi-estruturado) com 11 questões, sendo 2 abertas e 9 fechadas (apêndice 3) para coleta das informações. Esse questionário teve como objetivo inquirir sobre aspectos sócio-demográficos da população idosa, residente em Manaus, bem como, sua opinião a respeito das calçadas da cidade, como enfrentar os obstáculos à circulação urbana, nos locais selecionados, por exemplo.

Observando-se que nas entrevistas o informante teve a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto e o pesquisador, por sua vez, seguiu o conjunto de questões previamente definidas, em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (MINAYO, 2007). Foram feitas duas entrevistas piloto (pré-testes) com uma idosa e um idoso manauara, o que favoreceu e ajudou na reformulação das questões abertas.

³ Admite-se erro de até 10% na coleta das informações documentadas. Como as conclusões, deste estudo, não se apoiam apenas em números absolutos, mesmo que essa margem tenha sido atingida, os resultados não serão afetados, pois a abordagem desta pesquisa é também qualitativa.

O instrumento de pesquisa semi-estruturado foi selecionado, para obter dados quantitativos e qualitativos deste estudo, por entender-se que estes procedimentos são complementares, pois a realidade abrangida por eles interage dinamicamente, excluindo qualquer dicotomia. Julgou-se que as narrativas dos sujeitos dariam vida aos números, permitindo o aprofundamento sobre o tema estudado (MINAYO, 2000).

Na pesquisa qualitativa o pesquisador precisa, com os dados obtidos, atingir um nível conceitual que vai possibilitar o aproveitamento da compreensão obtida no estudo específico, já na quantitativa, que atua em níveis de realidade, tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis (SERAPIONI, 2000).

Tendo concluído o instrumento, iniciou-se o planejamento para a coleta de dados. Sendo assim, a pesquisadora definiu recurso da técnica de gravador para colher todas as informações. Principalmente, porque segundo Thompson uma outra finalidade para a técnica é: “ajudar a fazer com que as pessoas comuns confiem em sua própria fala” (1992).

Coube a pesquisadora todo o manuseio do instrumental de trabalho, isto é, do gravador de voz digital *Sony*, bem como da transcrição, na íntegra, procurando resguardar ao máximo a originalidade das mesmas e da correção, efetuada quando necessária para melhor compreensão do leitor.

Cada pessoa idosa que passava pelo local selecionado era abordada pela pesquisadora e, convidada a participar de uma pesquisa sobre os idosos e obstáculos das calçadas da cidade de Manaus. As entrevistas foram coletadas do dia 10 ao 31 de maio de 2010, cada uma teve a duração aproximada de 20 a 40 minutos, para tanto a pesquisadora permaneceu em média por uma (1) hora, duas (2) vezes na semana nas calçadas manauaras selecionadas.

4.4 Análise das Informações

O primeiro passo, análise quantitativa das informações, foi definir o *software* SPSS 11.0 for Windows para a entrada (digitação) e tratamento estatístico dos dados obtidos.⁴

⁴ O Programa *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS for Windows – 11.0) é um programa específico para tratamento de dados estatísticos recomendado por Campana e colaboradores (2001).

Os resultados das variáveis quantitativas foram analisados a partir das medidas descritivas dos valores: mínimo, máximo, mediana, média e desvio padrão. As variáveis qualitativas foram analisadas a partir da distribuição de frequências, envolvendo as frequências absoluta e relativa percentual, as quais serão apresentadas a seguir em gráficos.

Após estudo criterioso do registro das imagens e das entrevistas junto aos idosos sobre as calçadas manauaras, o segundo passo foi a análise qualitativa das informações coletadas. Dentre as possibilidades de enfoque, classificou-se essas informações em categorias analíticas definidas a partir da Campanha Educacional “Calçada Para Todos”, de Manaus (anexo 1), que estabelece paradigmas educacionais, conceituais e estruturais para a adequação e uso das calçadas pelos cidadãos:

1. Deixe no mínimo uma faixa de 1,20m de largura, destinada a livre circulação de pedestres e principalmente aos cadeirantes;
2. Evite a abertura de portões das edificações diretamente ao passeio público. Permita a livre circulação das pessoas nas calçadas;
3. Não instale bancas ambulantes que atrapalhem o passeio público, sem o devido licenciamento da prefeitura;
4. Estacione os veículos corretamente sem ocupar as calçadas;
5. Retire os anúncios promocionais que estiverem dificultando a circulação de pedestres;
6. Substitua degraus e desníveis por rampas para facilitar a acessibilidade dos cadeirantes e idosos;
7. Não utilize a calçada para exposição de mercadorias de sua loja;
8. Não deposite material de construção sobre as calçadas;
9. Não deposite lixo nas calçadas, mantenha-a limpa.

Portanto, por meio das recomendações da campanha definiu-se seis (6) categorias analíticas para a discussão qualitativa deste estudo, assim elencadas:

1. Estacionamento de veículos ocupando as calçadas;
2. Ausência de espaço livre para circulação de pedestre;
3. Utilização da calçada por estabelecimento comercial;
4. Utilização da calçada pelo comércio ambulante;
5. Obstáculos arquitetônicos para a acessibilidade;

6. Depósito de lixo nas calçadas.

A apresentação e análise dos resultados serão descritas a seguir.

CAPÍTULO V

Apresentação e Análise dos Resultados

Transformar estrategicamente as condições sanitárias da população e do espaço social é condição primordial para a produção e para a reprodução da riqueza (FOUCAULT, 1979).

Inicialmente serão apresentadas as informações extraídas das entrevistas junto aos idosos, durante o mês de maio de 2010, na cidade de Manaus, Amazonas. Será uma análise descritiva da frequência dos dados encontrados nos 14 casos, permitindo a visão geral do que os números mostram sobre o perfil da pessoa idosa que circula pelas calçadas manauaras.

A segunda etapa decorre da análise descritiva dos seis tipos de obstáculos à circulação urbana encontrados nas calçadas da cidade, nos locais selecionados, segundo a opinião da população idosa.

5.1. Perfil Demográfico, Social e Econômico dos Sujeitos

O gráfico 2 mostra a distribuição do total de 6 (43%) homens e 8 (57%), mulheres que circulam em calçadas manauaras, por faixas etárias. Nas faixas etárias de 60 a 64 anos e de 65 a 69 anos, um (7%) homem e 2 (14%) mulheres em cada uma; de 70 a 74 anos, um (7%) homem e 3 (21%) mulheres; de 75 a 79 anos, 3 (21%) homens e uma (7%) mulher. Sendo a idade mínima 60 anos; máxima 79; com média de 70 anos; mediana 70 e; desvio padrão 6,1.

Sobre o tempo que o (a) idoso (a) entrevistado (a) mora em Manaus, evidenciou-se que 6 (42%) idosos são manauaras, destes 3 do sexo masculino, 1 (7%) com 69 anos de idade e 2 (14%) com 79 e; 3 (21%) feminino, 1 (7%) com 67 anos de idade e 2 (14%) com 69. Identificou-se também que o tempo mínimo de residência do (a) idoso (a) na cidade é de 2 ano e no máximo 79; médio 45,9; mediano 43 e; desvio padrão 26,7.

A escolaridade do (a) idoso (a) também foi identificada, no gráfico 2, destaca-se que a maioria, 7 (49%) relatou ter o ensino fundamental, desta 3 (21%) homens e 4 (28%) mulheres. Quanto ao ensino médio 3 (21%) homens e 4, (28%) mulheres; já quanto ao ensino superior, foram citados equitativamente

entre 1 (7%) homem e 3 (21%) mulheres. Apenas um idoso não relatou sua escolaridade.

Gráfico 2 - Distribuição da frequência do sexo do (a) idoso (a) que circula em calçadas manauaras por faixa etária. Manaus, maio de 2010 (n=14).

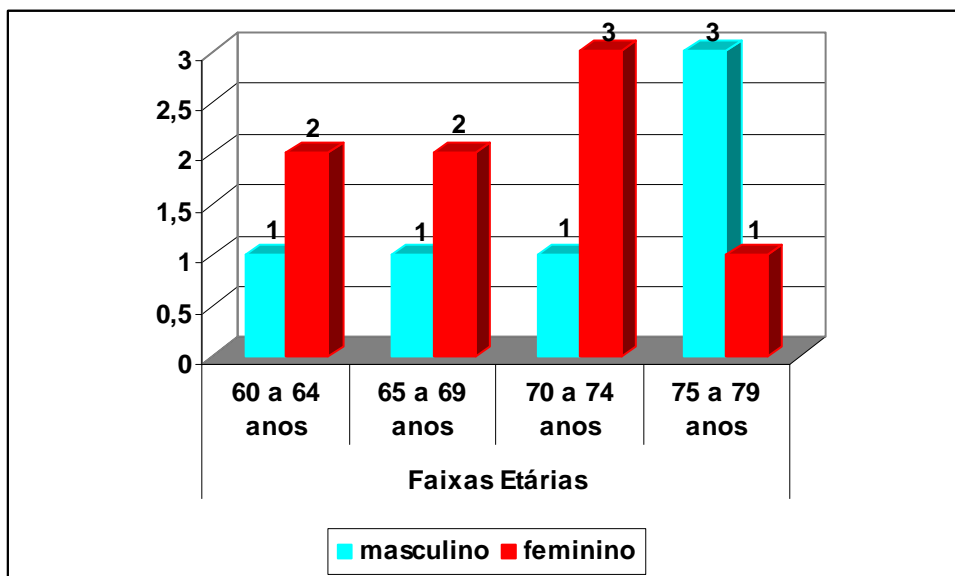
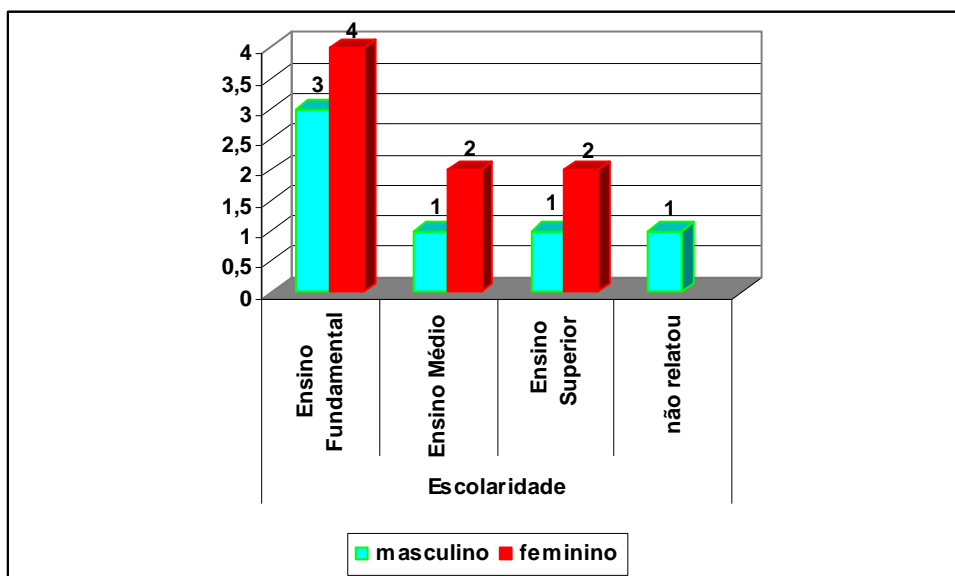


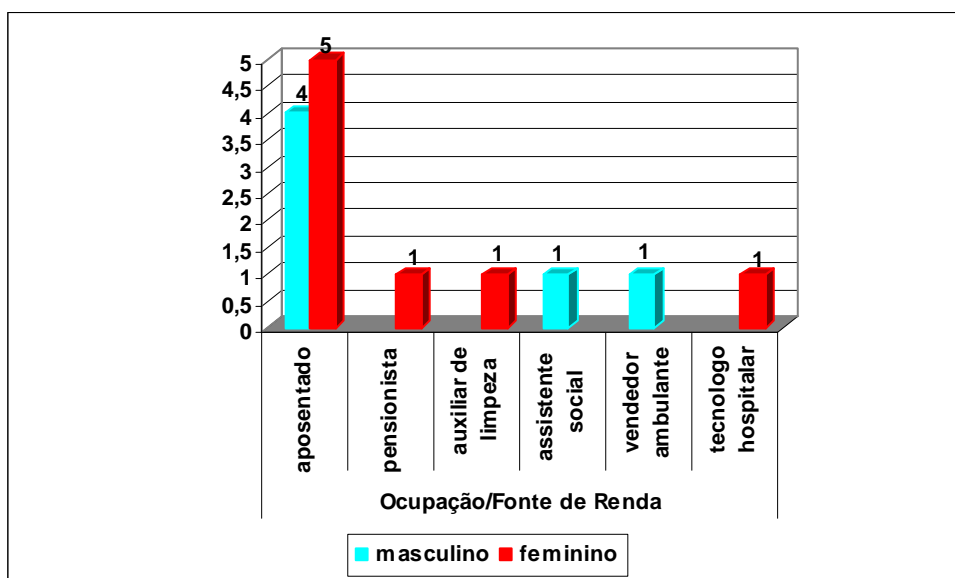
Gráfico 3 - Distribuição da frequência do sexo do (a) idoso (a) que circula em calçadas manauaras por escolaridade. Manaus, 2010 (n=14).



No gráfico 4, observa-se a distribuição da frequência do sexo do (a) idoso (a) que circula em calçadas manauaras, por ocupação ou fonte de renda. Destacando-se que, do total de 14, a maioria 9 (63%) citou a aposentadoria

como fonte de renda, desta, 4 (28%) homens e 5 (35%) mulheres; apenas 1 (7%) pensionista; os outros 4 (28%) entrevistados relataram como fonte de renda as ocupações: auxiliar de limpeza (7%; uma mulher); assistente social (7%; um homem); vendedor ambulante (7%; um homem) e; tecnólogo hospitalar (7%; uma mulher).

Gráfico 4 - Distribuição da frequência do sexo do (a) idoso (a) que circula em calçadas manauaras por ocupação ou fonte de renda. Manaus, 2010 (n=14).



Foi possível identificar, no gráfico 5, que a maioria 4 (28%) dos (as) entrevistados (as) utiliza a via pública, calçada, para ir até o trabalho; 3 (21%) ir ao médico; outros comprar (2; 14%), receber aposentadoria (2; 14%), passear (1; 7%), pagar contas (1; 7%) e passear e comprar (1; 7%).

Dos 14 (100% casos), 8 (56%) citam como meio de transporte, o público, ou seja, ônibus; destes 2 (14%) utilizam a calçada como acesso para ir ao médico; 2 (14%) para comprar e; os demais para passear, comprar, receber aposentadoria ou trabalhar; dos que citaram o transporte particular, o automóvel, um para ir ao médico, outro para receber aposentadoria e 2 (15%) para trabalhar; dos que chegaram no local andando, um para pagar contas e o outro para trabalhar (gráfico 6).

Gráfico 5 - Distribuição da frequência do motivo pelo qual o (a) idoso (a) utiliza as calçadas manauaras. Manaus, 2010 (n=14).

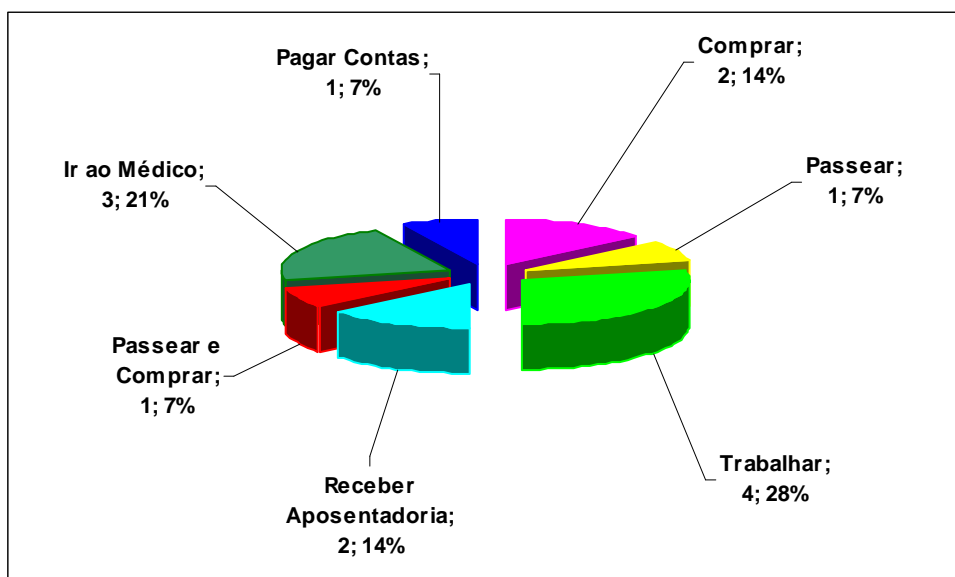
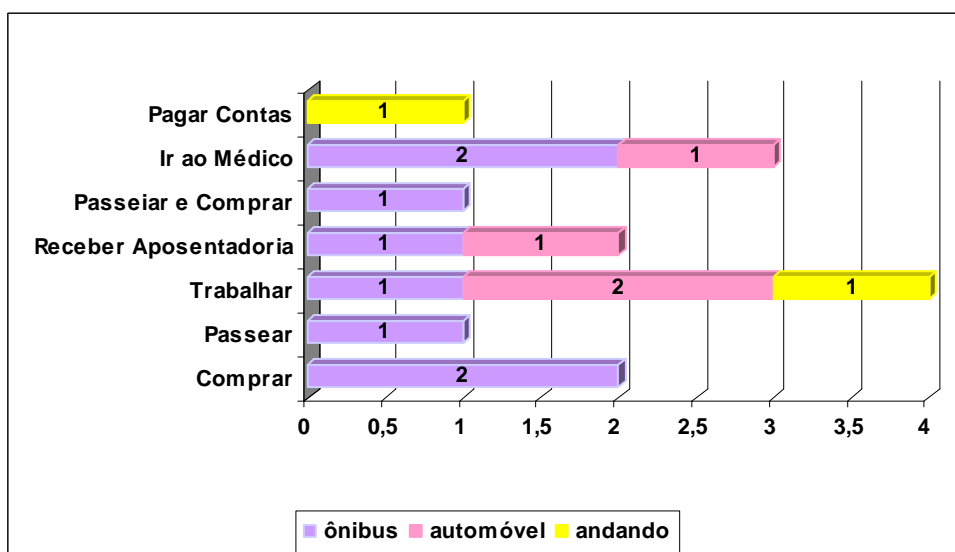


Gráfico 6 - Distribuição da frequência do motivo pelo qual o (a) idoso (a) utiliza as calçadas manauaras por meio de transporte. Manaus, 2010 (n=14).



O gráfico 7 ilustra que dos 14 idosos entrevistados, 6 (44%) foram abordados nas calçadas da Manaus Moderna; 3 (21%) da Rua Floriano Peixoto; 2 (14%) na Pedro Teixeira; 1 (7%) da Tapajós; 1 (7%) da Lobo Almada e 1 (7%) na Avenida Ramos Ferreira.

Feira da Banana, Antigo Mercado Municipal e Mercado no Porto de Manaus, fazem parte do local identificado como Manaus Moderna (gráfico 8).

Outros cinco (5) lugares investigados quanto às condições de suas calçadas são: Fundação de Medicina Tropical, Rua Pedro Teixeira; Praça da Saudade, Avenida Ramos Ferreira; Teatro Amazonas, Rua Tapajós; Praça da Matriz e Alfândega, Rua Floriano Peixoto.

Gráfico 7 - Distribuição da frequência de (a) idoso (a) que utiliza as calçadas manauaras por local de abordagem. Manaus, 2010 (n=14).

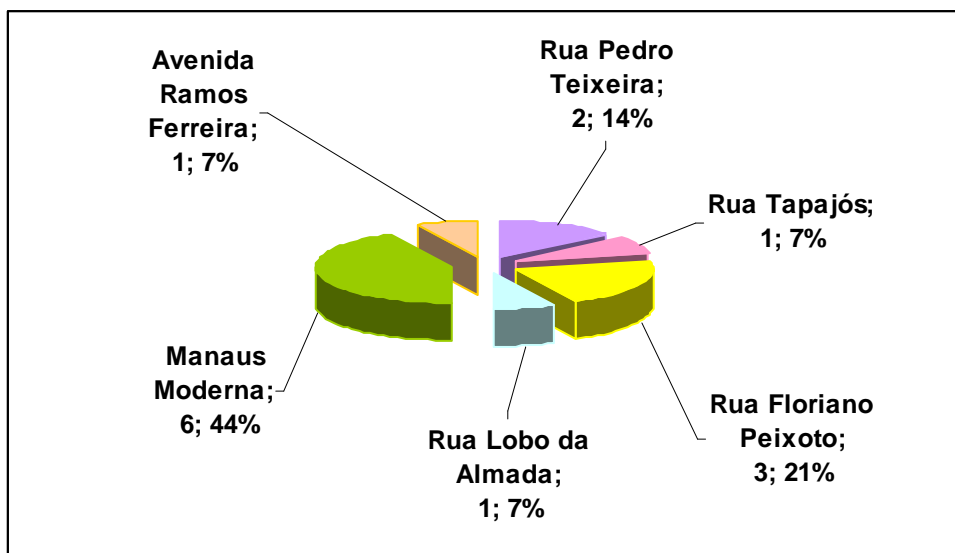
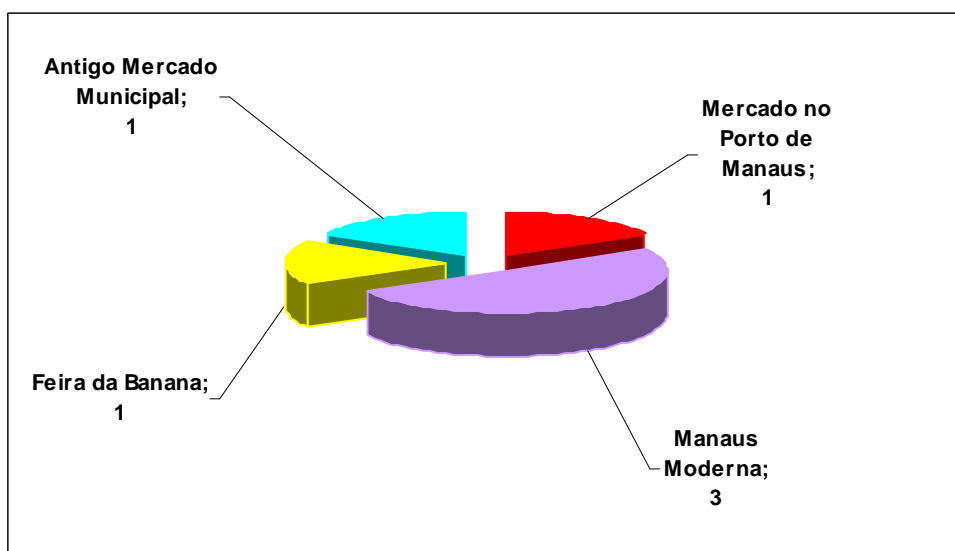


Gráfico 8 - Distribuição da frequência de (a) idoso (a) que utiliza as calçadas da Manaus Moderna. Manaus, 2010 (n=6).



Outra realidade detectada foi que embora todos os 14 idosos (as) participantes identificaram obstáculos nas calçadas manauaras, 3 (21%)

relataram não ter dificuldade para circular por elas. Por outro lado, os gráficos 9 e 10 mostram a distribuição da frequência da presença de dificuldade para os outros 11 idosos (as) em circularem nas calçadas manauaras, entre os sexos e as faixas etárias. Observa-se que há presença de dificuldade tanto para as mulheres quanto para os homens (7; 64% e 4; 36%, respectivamente) e em todas as faixas etárias, destacando a de 75 a 79 anos por ter apresentado maior incidência de dificuldade (4; 37%).

Gráfico 9 - Distribuição da frequência da presença de dificuldade para o (a) idoso (a) subir ou descer a calçada por sexo. Manaus, 2010 (n=11).

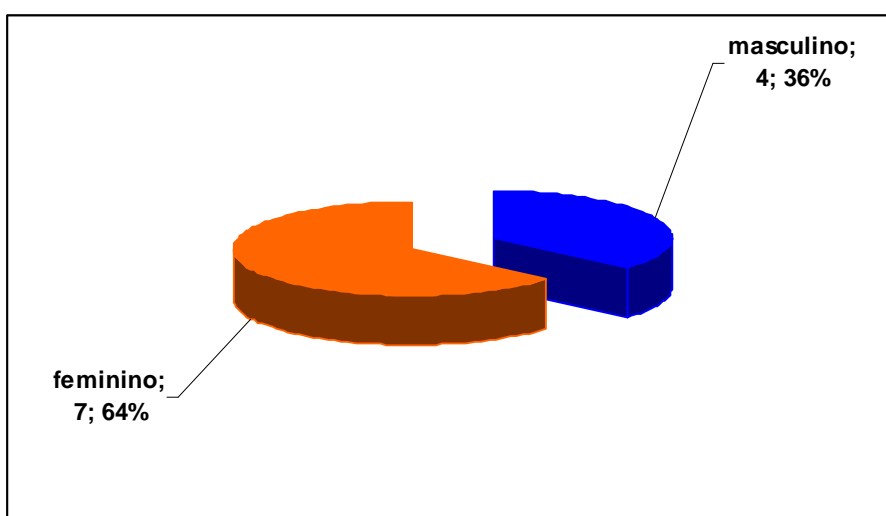
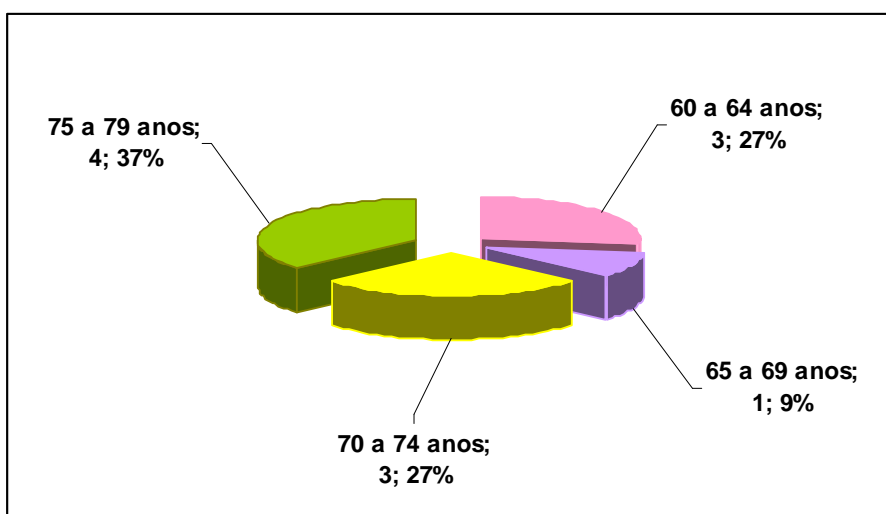


Gráfico 10 - Distribuição da frequência da presença de dificuldade para o (a) idoso (a) subir ou descer a calçada por faixa etária. Manaus, 2010 (n=11).



Sendo assim, as características globais dos sujeitos deste estudo são pessoas idosas de ambos os sexos, 6 (43%) homens e 8 (57%), mulheres; idade mínima 60 anos, máxima 79, com média de 70 anos; todos relataram ser alfabetizados, a maioria (7; 49%) tem ensino fundamental; evidenciou-se que 6 (42%) são manauaras; 9 (63%) aposentados; 4 (28%) utilizam a via pública, calçada, para ir até o trabalho e; todos os 14 sujeitos identificaram obstáculos nas calçadas e; destes, 11 disseram ter dificuldades para circular nas calçadas manauaras.

5.2 Categorias Analíticas

Tendo a Campanha Educacional “Calçada Para Todos” como base para classificar as obstruções a acessibilidade e mobilidade nas calçadas manauaras, o estudo evidenciou seis (6) categorias analíticas que definem os tipos de obstáculos à circulação urbana nos locais selecionados.

5.2.1 Estacionamento de veículos ocupando as calçadas

Assegurar que os cidadãos transitem livremente pelas calçadas, sem carros estacionados, ou qualquer outro obstáculo ou risco a sua integridade física, é uma missão da democracia moderna local, como afirmou este pedestre:

(...) tem carro na calçada e a gente tem que passar pela rua, correndo o risco de ser atropelado. Antigamente não tinham tantos carros na cidade, agora está cheio, pra onde você anda tem congestionamento e se você não consegue andar na calçada, corre o risco de ser atropelado no meio da rua. O pessoal não respeita não. Rambutã. Imagem 5.

Imagem 5 - Veículos ocupando a calçada. Manaus Moderna.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Os pedestres participantes deste estudo deixam claro que cuidar e fiscalizar as calçadas é mais uma tarefa que os governantes de Manaus parecem esquecer.

Em frente ao Teatro Amazonas, Manaus Moderna, há veículos estacionados nas calçadas, isso também implica na ausência de infra-estrutura da capital amazonense. No entanto, a entrevistada Rambutã, discorre sobre a falta de educação da população como um problema, e sugeri que a prefeitura faça campanhas educativas:

Educação. Falta educar esse povo. Não adianta a prefeitura implantar um programa se a população não respeita, tem que fazer campanhas educativas. Mas falando desse lugar, acho que se a Companhia de Engenharia de Tráfico retirar os carros de cima das calçadas já será um grande avanço. Rambutã. Imagem 6.

Imagem 6 –Teatro Amazonas.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

O progresso econômico não pode ser sinônimo de desordem. Estacionamentos irregulares são o princípio de outras atitudes ilícitas e constrangedoras, como será apresentado nas próximas categorias analíticas.

5.2.2 Ausência de espaço livre para circulação de pedestres

Foi possível identificar nas calçadas, obstáculos que impedem a livre circulação dos pedestres e que promovem situações de riscos à integridade física para a população idosa da cidade de Manaus. Araçá, em sua entrevista, demonstra sentir medo de cair por causa da altura do degrau, dos desníveis e buracos da calçada por onde circula que dificultam e diminuem sua segurança e mobilidade.

Não da pra andar na calçada, tá toda esburacada e eu tenho de cair. Araçá.
Imagem 7.

Imagem 7 – Situação de Risco no Ponto de Ônibus. Floriano Peixoto.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Outros idosos relataram que suas dificuldades nestes ambientes públicos inadequados implicam em limitações consideráveis que geram medo, principalmente por aumentar o risco de quedas entre eles.

A calçada está quebrada, mas deu pra eu descer sim. Só é perigoso cair. Minha irmã já caiu na calçada lá perto de casa. Taperebá. Imagem 8.

Imagem 8 - Entraves e Obstáculos. Mercado no Porto de Manaus.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Genipapo relatou que além do medo de cair, não consegue sair de casa sozinha, fato esse corrobora com os achados de outros estudos, nos quais tem se constatado que o idoso tem sido segregado em sua moradia pelas dificuldades enfrentadas na circulação urbana.

Tenho medo de andar pelas ruas de Manaus. Quase não saio sozinha por que tenho medo de cair. Genipapo.

Nos últimos 40 anos, Manaus passou por um grande crescimento populacional, sua infra-estrutura não preparada e atrelada à ausência de planejamento urbano. Deu no que deu, Açai mostra o poste no meio da calçada estreita, imagem 9, e discorre:

Que calçada? Isso aqui é um corredor com um poste no meio. Açai.

Imagem 9 - Calçada com um poste no meio. Rua Pedro Teixeira.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

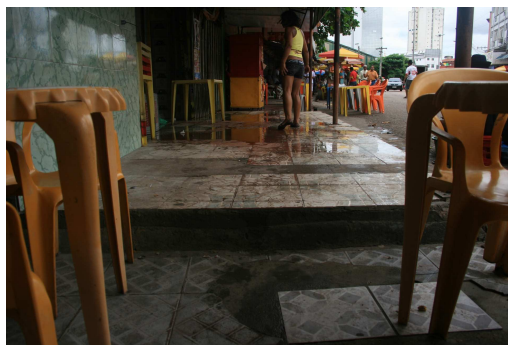
Muito grave é a situação registrada pelas imagens deste estudo, mostrando entraves e obstáculos que limitam a liberdade de movimento e a circulação com segurança dos pedestres nas vias e espaços públicos da cidade de Manaus.

5.2.3 Utilização da calçada por estabelecimento comercial

Existem critérios para construção de imóveis, no entanto é comum construções invadirem ruas e calçadas manauaras, fazendo destas uma continuidade. A fiscalização de obras no município tenta evitar esta situação, porém as dimensões espaciais da cidade complicam muito este serviço, ou seja, fazer cumprir o Plano Diretor de Manaus (LEI 674, 2002). A utilização das calçadas pelo comércio local foi exposta por Buriti e está ilustrada na imagem 10.

Tem um degrau alto, cadeiras e tem aquele poste no meio da calçada estreita lá do outro lado, a gente tem que descer pra rua pra poder passar. Buriti.

Imagem 10–Comércio invadindo ruas e calçadas. Praça da Saudade



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Sobre o fator ocupação irregular das calçadas manauaras, a presença dos ambulantes nas calçadas reitera e agrava a questão da mobilidade e acessibilidade nos espaços públicos.

5.2.4 Utilização da calçada pelo comércio ambulante

Em muitas cidades, como Cidade do México, Rio de Janeiro e Jamaica, os pedestres dividem a calçada com camelôs e em muitos casos, são obrigados a caminhar pela rua e a dividir, também, a rua com os carros, em um trânsito, por vezes, caótico (imagem 11). Dos entrevistados, Pacu, discorre sobre este tema:

Sinto que a cidade cresceu demais e é preciso arrumar as coisas. Precisa concertar as calçadas, os buracos do asfalto, os vendedores ambulantes também estão no meio das calçadas e a gente tem que andar na rua. Posso ser atropelado na rua enquanto que o ambulante ta ocupando a calçada. Pacu.

Imagem 11 – Camelôs nas calçadas e pedestres nas ruas.
Antigo Mercado Municipal.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Graviola, abordado em frente à Alfândega (imagens 12 e 13), trabalha como camelô e diz que os vendedores ambulantes que ocupam as calçadas, como ele, estão errados, mas que não há outro lugar para expor as suas mercadorias.

Não tem calçada. Já vi gente cair ai, torcer o pé. Mas o povo é sem educação e coloca lixo nas calçadas. Eu sei que estou errado também, mas eu não tenho onde colocar a minha mercadoria pra vender então vai na calçada mesmo. Graviola.

Imagem 12 – Camelôs nas ruas e calçadas. Em frente à Alfândega.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Imagem 13 – Camelôs nas ruas e calçadas. Em frente à Alfândega.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Nos dizeres urbanos que se entrecruzam nos espaços da cidade, circulam, com alguma frequência, referências à calçada como o espaço público que está perdendo o seu estatuto de “passeio público” para espaços semi-públicos ou privados pelas diferentes formas de ocupação e uso que interditam o acesso aos pedestres.

5.2.5 Obstáculos arquitetônicos para a acessibilidade

Substituir degraus e desníveis por rampas para facilitar a acessibilidade dos pedestres são demandas de infra-estrutura que devem se agravar em Manaus, com o passar dos anos. Parece que o fato dessas barreiras físicas desestimularem os idosos a saírem de casa, não torna para alguns a cidade menos “Amiga”, como sugere, por exemplo, Matrinxã, que só sai de casa acompanhado da esposa que está com a saúde menos debilitada que a dele. Ela o ajuda a descer os degraus altos das calçadas.

A calçada é muito alta. A mulher tem que me ajudar a descer, se não eu posso cair. Matrinxã.

Ao ser inquirida sobre a fala do marido, Jambu, demonstrou medo do marido cair sobre ela, quando se apóia para descer o degrau alto (imagem 14).

Olha a altura do degrau, eu tenho medo de o meu marido cair em cima de mim. Jambu.

Imagem 14 – Degrau alto e desníveis. Rua Lobo da Almada.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Imagem 15 – Degrau alto e desníveis. Mercado em frente ao Porto.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Por outro lado, observa-se que a maioria dos idosos ao denunciar os casos de situação de risco nas calçadas manauaras mostram, também, sentimentos de insegurança e insatisfação frente a própria cidade.

(...) Não tem calçada aqui, e nem em qualquer lugar da cidade. Os bairros lá da periferia são de invasão, por isso as ruas são estreitas e não tem calçada. Guaraná.

Nesse contexto os participantes explicaram como enfrentar os riscos para poder circular por estes espaços urbanos. Cupuaçu, por exemplo, indica outros pedestres na calçada e relata segurar no braço de alguém para passar o obstáculo (imagem 15).

Acho feio e tenho medo de cair. Quando tenho que descer o degrau, me agarro no braço de quem estiver por perto. Cupuaçu.

Imagem 16 – Desníveis na calçada. Praça da Matriz.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Solução também encontrada pela Arara Azul, que utiliza o próprio obstáculo, no caso o poste, para se segurar e descer o degrau da calçada (imagem 17).

Assim como muitas calçadas da cidade, é uma coisa horrível, meu joelho dói quando eu tenho que descer aqui, e eu ainda tenho que segurar no poste para não cair. Pelo menos ele serve pra eu me segurar. Arara azul.

Imagem 17 – Desníveis na calçada. Praça da Matriz.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Envelhecer sem incapacidades e preservando a autonomia, é fator para a manutenção da boa qualidade de vida. Autonomia é definida como capacidade de decisão, independência pela capacidade de realizar algo com seus próprios meios. A independência é definida como o estado de quem tem liberdade ou autonomia, de quem se basta e recorre aos seus próprios meios.

Um evento de queda tem como maior consequência para a população idosa as perdas da autonomia e da independência, mesmo que por tempo limitado, os dados revelam que os idosos entrevistados convivem com o risco da perda de sua independência e autonomia, ao circularem nas calçadas manauaras, pois o risco de queda é iminente.

Um planejamento baseado nessa realidade permitirá benefícios para os idosos, família e comunidade. Este estudo vem indicando situações críticas e a exigência de se estabelecer planejamento de ação que envolva o cidadão participativo, a sociedade e o poder público, para intervir na comunidade, a fim de reduzir, dentre outros problemas de saúde pública, este evento de proporções significantes na população idosa, as quedas.

5.2.6 Depósito de lixo nas calçadas

Calçadas inadequadas são um problema quase universal, mas estariam as calçadas manauaras sendo alvo de negligência? Outro problema que deve se agravar com o passar dos anos é o relacionado ao lixo. Calçadas sujas, transformadas em depósito de lixo, são problemas que atualmente assolam a capital do Amazonas.

Em primeiro lugar, as pessoas idosas entrevistadas destacaram que o fato da população não ter recursos financeiros e acesso à educação básica, bem como a não organização do Estado para dar educação a todos, faz com que o grande contingente de lixo urbano, seja depositado em locais impróprios, pelos próprios populares (imagem 18).

Mas o povo é sem educação e coloca lixo nas calçadas. Graviola.

Imagem 18 – Lixo e Entulho. Feira da Banana. Manaus Moderna.



Fonte: Arquivo Pessoal (COULIBALY, 2010).

Em segundo lugar reforçam que esse comportamento se deve ao não alcançasse do nível de educação desejado para que o espaço urbano e os cidadãos como o todo, sejam respeitados.

Não só neste local, mas na cidade toda. Tem muita sujeira e lixo pelas calçadas. Não se respeita ninguém aqui, muito menos os velhos. Queria que a cidade fosse mais limpa. Olha lá (aponta para uma pessoa na rua) simplesmente ela soltou a garrafa de água vazia no chão. Esse centro é uma sujeira só. Cupuaçu.

(...) Ai as pessoas ficam com medo de parar pra fazer compra aqui com a gente. O lugar é sujo e cheio de bandidos. Graviola.

Mana, eu queria que essa cidade virasse a cidade mais linda do Brasil, por que viver aqui é muito bom, mas falta arrumar tudo. Você ta me perguntando das calçadas, mas olhe os buracos no asfalto! Olha a sujeira desse lugar! Manaus vive do turismo e é assim que a cidade recebe os estrangeiros, no meio do lixo. Açaí

O fortalecimento dos programas que visam melhorias para o espaço urbano manauara exige a identificação de políticas e respostas integradas entre órgãos do governo e a sociedade, que garantam a efetivação das ações de saúde ambiental e de recursos para a educação.

A fiscalização sobre as agressões ao meio ambiente, espaço público, o investimento nos canais de denúncias, a garantia de participação da sociedade civil nas decisões públicas, com relação à saúde ambiental da cidade, contribuirão para a cidadania, a qualidade de vida e a constituição de uma cidade com espaços urbanos que não irão refletir, tão negativamente na própria condição de vida e de saúde dos seus habitantes. Os depoimentos

junto aos idosos da cidade de Manaus evidenciam esses sentimentos e suas esperanças sobre os espaços urbanos estudados:

Acho feio e sujo. Limpeza, tá precisando de limpeza e também de segurança para atravessar a rua; ninguém respeita a gente quando vai atravessar a rua, aí eu me joga no meio da rua e vou embora, se morrer atropelado, paciência. Mas eu ouvi na televisão que vão arrumar a Manaus Moderna por causa da copa. Será que vão arrumar aqui também? Eu acredito que vai ficar bom para 2014. Japiim.

Quero que arrumem a cidade toda. Estão arrumando o Vivaldão (estádio de futebol) pra copa de 2014, acho que vão arrumar as calçadas também, afinal os turistas vão vir pra assistir aos jogos aqui e conhecer a Amazônia, e essa calçada fica ao lado do mercado municipal. Buriti.

Sendo assim, na opinião do público idoso entrevistado, parte destes problemas será solucionada com as obras estruturais em prol da Copa do Mundo de 2014. Para tal, acredita-se que as esferas municipais, estaduais e os setores de saúde, meio ambiente, infra-estrutura, saneamento, educação e trabalho devem se articular, entre si e com a sociedade, para realizar suas etapas de reestruturação sejam desenvolvidas e as aspirações de sua população sejam alcançadas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A capital do Amazonas, Manaus, apresenta uma complexidade proporcional a sua grandeza, bem como outras metrópoles brasileiras. Recebeu e continua recebendo pessoas das mais diversas partes do Brasil e do mundo; tem força industrial, comercial, ambiental e cultural, mas também abriga graves problemas sociais.

As características demográficas, sociais e econômicas dos sujeitos que circulam pelas calçadas manauaras e participaram deste estudo, são de pessoas idosas de ambos os sexos, 6 (43%) homens e 8 (57%), mulheres; idade mínima 60 anos, máxima 79, com média de 70 anos; todos relataram ser alfabetizados, a maioria 7 (49%) tem ensino fundamental; evidenciou-se que 6 (42%) são manauaras; 9 (63%) aposentados; 4 (28%) utilizam a via pública, calçada, para ir até o trabalho e; todos os 14 sujeitos identificaram obstáculos nas calçadas e; destes, 11 disseram ter dificuldades para circular nas calçadas manauaras.

Nas calçadas do município de Manaus, foram encontrados diversos tipos de obstáculos a mobilidade e acessibilidade para o cidadão, tais como: degraus altos, desnivelados, inadequados; calçadas depredadas, estreitas, esburacadas e desniveladas, com pedras, raízes de árvores expostas e pisos soltos, escorregadios, irregulares ou trepidantes; às vezes ocupadas por automóveis, motos, mercadorias de estabelecimentos comerciais ou de vendedores ambulantes, materiais de construção, entulho e lixo, ou ainda equipamentos urbanos mal localizados.

Foram definidas e discutidas seis categorias analíticas, por meio das recomendações da campanha “Calçada para Todos” que estabeleceram paradigmas educacionais, conceituais e estruturais para a adequação e uso das calçadas manauaras pelos cidadãos e, tendo como base o do “ Programa Cidade Amiga do Idoso” da OMS, assim elencadas: Estacionamento de veículos ocupando as calçadas; Ausência de espaço livre para circulação de pedestre; Utilização da calçada por estabelecimento comercial; Utilização da calçada pelo comércio ambulante; Obstáculos arquitetônicos para a acessibilidade; Depósito de lixo nas calçadas.

Dessa análise destaca-se a evidência de situações de riscos a integridade biopsicosocial das pessoas, principalmente para a pessoa idosa que transita por calçadas e ruas com dificuldade, correndo riscos de quedas e até mesmo de atropelamento, que poderão despertar-lhe a perda de autoconfiança e o medo de causar-lhes sequelas mais graves ou mesmo levá-la à morte.

A promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor de saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e as pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades. Os profissionais e grupos sociais, assim como o pessoal de saúde, têm a responsabilidade maior na mediação entre os diferentes, em relação à saúde, existentes na sociedade.

Os problemas no espaço público, especialmente nas calçadas manauaras, são questões circuncritas à esfera governamental, políticas públicas e legislação e educacional, consciência e infomação da população em geral sobre o uso cívico do espaço urbano.

Nessa perspectiva, inclui-se o profissional da fisioterapia com a responsabilidade de levar a informação e também buscar meios de prevenção de agravos à saúde da população em geral.

Sendo assim, este estudo contribui, também, com os procedimentos metodológicos, replicáveis. Sugerido que esta pesquisa seja aprofundada em inquéritos com universo maior, e até mesmo em outras cidades, por ser um estímulo a ação e a reflexão num sentido de mobilizar e implantar nas comunidades espaços públicos que incentivem a vida comunitária. Para se resgatar o ciclo de vida das pessoas, estimular o convívio entre as gerações, que ao estenderem a casa para a rua, respeitem as diferenças, evitem e acabem com as situações de risco do espaço urbano, que têm nos idosos as principais vítimas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT. NORMA BRASILEIRA. NBR 9050: 2004. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. 2^a. ed. [acesso em 15 de maio de 2010]. Disponível em: <http://www.mpdft.gov.br/sicorde/NBR9050-31052004.pdf>

AB'SABER, A.N. A cidade de Manaus. **Boletim Paulista de Geografia**, São Paulo, (15): 18-45, 1953.

_____. **Os domínios de natureza no Brasil: potencialidades paisagísticas**. São Paulo: Ateliê Editorial, 2003.

ADRIANO, J.R. et al. A construção de cidades saudáveis: uma estratégia viável para a melhoria da qualidade de vida? **Ciência & Saúde Coletiva**, 5 (1): 53-62, 2000.

AGASSIZ, L. **Viagem ao Brasil: 1865-1866**. Belo Horizonte: Itatiaia; São Paulo: EDUSP, 1975.

ALMEIDA, R. **Calçadas Ecológicas: Construção e Benefícios Sócios Ambientais**. Universidade Católica de Goiás. Departamento de Engenharia, Engenharia Ambiental, 2008.

ALVES, G. **Espacialidade Urbana, Circulação e acidentes de trânsito: o caso de Manaus, AM (2000 a 2006)**. Tese de Doutorado, UFRJ, 2009.

ANDRADE, L.O.M.; BARRETO, I.C.H. Promoção da Saúde e Cidades/Municípios Saudáveis: proposta de articulação entre saúde e ambiente, 151-189. In: MINAYO, M.C.S.; MIRANDA, A.C. **Saúde e ambiente sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2003.

BALESTRA, C.M. **Aspectos da imagem corporal de idosos praticantes e não praticantes de atividade física.** Dissertação de Mestrado, Unicamp, 2002.

BONI, V.; QUARESMA, S. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica do Pós Gradandos em Sociologia em Política da UFSC**, 1 (3), 2005.

BOSI, E. **Memória e sociedade: lembranças de velhos.** 5ª. ed. São Paulo: Cia. Das Letras, 1994.

BRASIL. **Política de Saúde do Idoso.** Portaria n.º 1.395/GM, de 10 de dezembro de 1999.

BRASIL. **Estatuto do Idoso.** Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003. Publicada no DOU em 03/10/2003.

BRITTO, R.R. Efeitos de um programa de treinamento físico sobre a capacidade funcional de idosos institucionalizados, **Textos Envelhecimento**, 8 (1), 2005.

BROWDER, J.; GODFREY, B. **Cidades da Floresta. Urbanização, Desenvolvimento e Globalização na Amazônia Brasileira.** Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2006.

BUSCH, T. Alterações do envelhecimento e as armadilhas do espaço urbano: reflexão sobre a cidade de São Paulo. In: **Rede de atenção à pessoa idosa.** Org. WATANABE, H.A.W. et al.; Coord. BARROSO, Á.E.S. São Paulo: Secretaria Estadual de Assistência e Desenvolvimento Social/Fundação Padre Anchieta, 2009.

BUSS, P.M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e saúde coletiva.** Rio de Janeiro, 5 (1): 163-177, 2000.

CAMARANO, A.A. E a vida se alonga além dos 60: Como? In: CAMARANO, A.A. (org). **Os novos idosos brasileiros: Muito além dos 60?** Rio de Janeiro: IPEA, 587-594, 2004.

_____; KANSO, S. **Perspectivas de crescimento para a população brasileira: velhos e novos resultados.** Rio de Janeiro: IPEA, 2009.

_____; PASINATO, M.T. **O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas,** 2007. [acesso em 15 de setembro de 2009]. Disponível em: www.ipea.gov.br/sites/000/2/livros/idososalem60/Arq_16_Cap_08.

CAMPANA, A.O. et al. **Investigação científica na área médica.** São Paulo: Manole, 2001.

CARVALHO, M.V.G.S.A. **Um modelo para dimensionamento das calçadas considerando o nível de satisfação do pedestre.** Tese de Doutorado, Escola de Engenharia de São Carlos, USP, 2006.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública,** 31 (2): 184-200, 1987.

CNM. CONFEDERAÇÃO NACIONAL DOS MUNICÍPIOS. **Programa Cidade Amiga da Terceira Idade,** 2004. [acesso em 5 de maio de 2010]. Disponível em: <http://www.cnm.org.br/institucional/conteudo.asp?ild=11436>

FEDER, G.; CRYER, C.; DONOVAN, S.; CARTER, Y. Guidelines for the prevention of falls in people over 65. **BMJ,** 321 (21): 1007-11, 2000.

FERNANDES, J.C. et al. Urbanismos e envelhecimento: algumas reflexões a partir da cidade de Uberlândia. **Caminhos de Geografia,** 1 (2): 31-49, dez., 2000.

FORBES, J. **Você quer o que você deseja?** 5ª. ed. Rio de Janeiro: Best Seller, 2005.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRENK, J.; FREJKA, T.; BOBADILLA, J.L.; STERN, C.; LOZANO, R.; SEPÚLVEDA, J.; JOSÉ, M. La transición epidemiológica en America Latina. **Bol. Oficina Sanit. Panam.**, 111: 485-96, 1991.

GANANÇA, F.F. et al. Interferência da tontura na qualidade de vida de pacientes com síndrome vestibular periférica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, 70 (1): 94-101, janeiro/fevereiro, 2004.

GAWRYSZEWSKI, V.P.; JORGE, M.H.P.M.; KOIZUMI, S. Mortes e internações por causas externas entre os idosos no Brasil: o desafio de integrar a saúde coletiva e atenção individual. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, 50 (1), 2005.

GENTILE, M. Os desafios do município saudável. **Promoção da Saúde-MS**, 1: 12-17, 1999.

GUIMARÃES, M.P. **A graduação da Acessibilidade versus a Norma NBR 9050 - 1994. Uma análise de conteúdo**. Belo Horizonte: Centro de Vida Independente Belo Horizonte, CVI. BH, 1995.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira, 2009. [acesso em 5 de junho de 2010]. Disponível em:
http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/monografias/GEBIS%20-%20RJ/sintese_indic/indic_sociais2009.pdf

LALONDE, M. El concepto de “campo de la salud”: una perspectiva. In: Organización Panamericana de la Salud. **Promoción de la salud: una antología**. OPAS Publicación Científica, nº. 557, 1974.

LEGTERS, K. Fear of Falling. **Physical Therapy**, 82 (3): 264-272, 2002.

LEI 674. Relativo ao Licenciamento e Fiscalização de Atividades em Estabelecimentos e Logradouros, que integra o Conjunto de Posturas do Município de Manaus, Estado do Amazonas, 2002. [acesso em 10 de julho de 2010]. Disponível em:
http://www2.manaus.am.gov.br/portal/secretarias/semef/legislacaoTributaria/leis/Lei_674_2002.pdf

LEME, L.E.G. **O envelhecimento: mitos e verdades**. São Paulo: Contexto, 1997.

LOUREIRO, A.J.S. **A grande crise (1908-1916)**. Manaus: Edição do Autor, 1986.

MALIK, A.M. Cidades Saudáveis, Estratégia em Aberto. **Rev. Saúde e Sociedade**, 6 (2): 19-30, 1997.

MENDES, R. **Cidades saudáveis no Brasil e os processos participativos: Os casos de Jundiá e Maceió**. Tese de doutorado, Universidade de São Paulo, 2000.

MESSIAS, G.M. A influência dos fatores comportamentais e ambientais domésticos nas quedas em idosos. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol**, 12 (2): 275-282, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento. Pesquisa qualitativa em Saúde**. 7.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 2000.

MIRANDA, M.L.J. Efeitos do exercício aeróbio com música sobre os estados de ânimo de pessoas idosas, **Rev. Paul.Educ.Fis. São Paulo** 10 (2): 172-178, 1996.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. 11ª. ed. São Paulo: Cortez, 2006.

MOTTA, R.M.M.; WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C.M.; CARICARI, A.M. **Panorama das Cidades/Municípios Saudáveis no Brasil**. Faculdade de Saúde Pública, USP/Organização Pan-americana de Saúde, São Paulo, 1998.

PAPALEO NETTO, M. **Atenção preventiva ao idoso, A velhice e o envelhecimento em visão globalizada**. São Paulo: Atheneu, 383-393, 2000.

NOBREGA, A.C.L. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do esporte e da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia: atividade física e saúde no idoso. **Rev. Bras. Med. Esporte**, 5 (6): 207-211, 1999.

NOGUEIRA, A.C.F. A expansão urbana e demográfica da cidade de Manaus e seus impactos ambientais. **Anais XIII Simpósio Brasileiro de Sensoriamento Remoto**, Florianópolis, Brasil, INPE, 5427-5434, 21 a 26 de abril, 2007.

NOGUEIRA M.C.F. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, 13 (3), 44-57, setembro/dezembro, 2004.

OLIVEIRA, J.A. Espaço-Tempo de Manaus: a natureza das águas na produção do espaço urbano. **Espaço e Cultura**, UERJ, RJ, 23: 33-41, janeiro/junho, 2003.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Ministério da Saúde: **Caderno de Envelhecimento Ativo, 2005**. [acesso em 4 de Janeiro de 2010] Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/envelhecimento_ativo.pdf

_____. **Guia Mundial Cidade Amiga do Idoso, 2008**. [acesso em 2 de Janeiro de 2010] Disponível em:
www.who.int/entity/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf

_____. **Vinte pasos para formular un proyecto de ciudades sanas**. Washington/USA, 1995. [acesso em 12 de maio de 2010] Disponível em: <http://www.worldwatch.org/>

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Sundsvall, Suécia, 1991.** [acesso em 12 de maio de 2010] Disponível em: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf>

_____. **Declaração de Adelaide**, 1988. [acesso em 02 de Janeiro de 2010] Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm

_____. **Declaração de Ottawa**, 1986. [acesso em 02 de Janeiro de 2010] Disponível em: www.opas.org.br/coletiva/carta.cfm

_____. **El Movimiento de Municipios Saludables: una Estrategia para la Promoción de la Salud en América Latina**, 96-14, abr., 1996.

PERRACINI, M.R.; RAMOS, L.R. **Fatores associados a quedas em uma coorte de idosos residentes na comunidade.** Revista Saúde Pública, São Paulo, 36: 709-16, dez., 2002.

PORTAL AMAZONIA. Notícias. Estados. Amazonas, 2010. [acesso em 13 de julho 2010] Disponível em: www.portalamazonia.globo.com

PRADO, A.R.A. **Cidade livre de barreiras, acessível aos idosos.** In: PAPALÉO NETTO, M. (Org.). Tratado de gerontologia. 2ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

_____; RODRIGUES, J.T.; LOPES, M.E. **Acessibilidade nos municípios: como aplicar o Decreto 5.296/04.** São Paulo: Fundação Prefeito Faria Lima/Centro de Estudos e Pesquisas de Administração Municipal (Cepam). Coordenadoria de Gestão de Políticas Públicas (Cogepp), 2008.

_____; RODRIGUES, J.T. **Desenho Universal na Habitação de Interesse Social.** Diretrizes do desenho universal na habitação de interesse social no Estado de São Paulo. Secretarias Estaduais de Habitação, e dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. [acesso em 15 de junho de 2010] Disponível

em: <http://www.habitacao.sp.gov.br/download/manuais-e-cadernos/manual-desenho-universal.pdf>

PREFEITURA DE MANAUS. Nossa Cidade - informações gerais, 2010. [acesso em 15 de fevereiro de 2010] Disponível em: [www.
http://www.manaus.am.gov.br/culturaeturismo/nossa-cidade/informacoes-gerais](http://www.manaus.am.gov.br/culturaeturismo/nossa-cidade/informacoes-gerais)

_____. Nossa Cidade: Zona Franca de Manaus, 2009. [acesso em 07 de abril de 2009] Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br/culturaeturismo/nossa-cidade/zfm>

_____. Nossa Cidade - breve histórico, 2009. [acesso em 07 de abril de 2009] Disponível em: <http://www.manaus.am.gov.br/culturaeturismo/nossa-cidade/nossa-historia2>

RAMOS, L.C.; ROSA, T.E.C.; BENÍCIO, M.H.D.; LATORRE, M.D.R. **Fatores determinantes da capacidade funcional entre idosos**. Rev. Saúde Pública, 37 (1): 40-8, 2003.

ROSA, J.G. **Grande Sertão: Veredas**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1972.

RUBENSTEIN, L.Z.; POWERS C.; MACLEAN, C.H. **Quality Indicators for the Management and Prevention of Falls and Mobility Problems in Vulnerable Elders**. Ann Intern Med, 135: 686-693, 2001.

_____; JOSEPHSON, K.R. **The Epidemiology of falls and syncope**. Clin Geriatr. Med, 18: 141-158, 2002.

SABE. SAÚDE, BEM-ESTAR E ENVELHECIMENTO. **Projeto Sabe no município de São Paulo: uma abordagem inicial**. LEBRÃO, M.L.; OLIVEIRA, Y.A.D. (org.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003.

SANTOS, M. **A natureza do espaço urbano**. São Paulo: Hucitec, 1997.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5 (1): 187-192, 2000.

SILVA, M.C.Q. **Programa de assistência à saúde do idoso em Manaus em nível ambulatorial: uma análise crítica**. Dissertação de mestrado, Fiocruz, Manaus, 2004.

SPERANDIO, A.M.G. et al. **Caminho para a construção coletiva de ambientes saudáveis, São Paulo, Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva*, 9 (3): 643-654, 2004.

SPIX, J.B.; MARTIUS, K.F. **Viagem pelo Brasil**. 2 vols. Belo Horizonte: Itatiaia, São Paulo: EDUSP, 1981.

THOMPSON, P. **A voz do passado: história oral**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1992.

UTIYAMA, L.K. **Efeitos de um programa de atividades motoras nas variáveis da função pulmonar de idosos**. *Rev. Atividade Física e Saúde*, 7 (1): 14-23, 2002.

VERAS, R.P. Fórum: **Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos**. *Cad. Saúde Pública*, 23 (1), out., 2007.

_____. et al. **Novos paradigmas do modelo assistencial no setor de saúde: Conseqüência da explosão populacional de idosos**. In: VERAS, R.P. (Org.). *Terceira Idade: gestão contemporânea em saúde*. Rio de Janeiro: Relume Dumará/UERJ, 11-79, 2002.

YÁZIGI, E. **O mundo das calçadas. Por uma Política Democrática de Espaços Públicos.** São Paulo: Humanitas/FFLCH/USP/Imprensa Oficial, 2000.

ZATTAR, N. **Calçadas: Espaços Públicos ou Privados?** Revista Eletrônica do GELCO Linguagens: Desafios Contemporâneos, 2008.

ANEXO 1
Campanha Educacional “Calçada Para Todos”

ANEXO 2
Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUC-SP
SEDE CAMPUS MONTE ALEGRE

Protocolo de Pesquisa nº 116/2010

Faculdade de Ciências Humanas e da Saúde
Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia
Orientador(a): Prof.(a). Dr.(a). Úrsula Margarida Simon Karsch
Autor(a): Ieda Guedes Simões Coulibaly

PARECER sobre o Protocolo de Pesquisa, em nível de Dissertação de Mestrado, intitulado Velhice e espaço urbano: desafios ambientais para idosos residentes na cidade de Manaus-AM.

CONSIDERAÇÕES APROVADAS EM COLEGIADO

Em conformidade com os dispositivos da Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996 e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), em que os critérios da relevância social, da relação custo/benefício e da autonomia dos sujeitos da pesquisa pesquisados foram preenchidos.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido permite ao sujeito compreender o significado, o alcance e os limites de sua participação nesta pesquisa.

A exposição do Projeto é clara e objetiva, feita de maneira concisa e fundamentada, permitindo concluir que o trabalho tem uma linha metodológica bem definida, na base do qual será possível retirar conclusões consistentes e, portanto, válidas.

No entendimento do CEP da PUC-SP, o Projeto em questão não apresenta qualquer risco ou dano ao ser humano do ponto de vista ético.

CONCLUSÃO

Face ao parecer consubstanciado apensado ao Protocolo de Pesquisa, o Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP – Sede Campus Monte Alegre, em Reunião Ordinária de 03/05/2010, APROVOU o Protocolo de Pesquisa nº 116/2010.

Cabe ao(s) pesquisador(es) elaborar e apresentar ao CEP da PUC-SP – Sede Campus Monte Alegre, os relatórios parcial e final sobre a pesquisa, conforme disposto na Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996, inciso IX.2, alínea “c”, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS), bem como cumprir integralmente os comandos do referido texto legal e demais resoluções do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS).

São Paulo, 10 de maio de 2010.

Prof. Dr. Edgard de Assis Carvalho
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP

Rua Ministro Godói, 969 – Sala 63-C (Andar Térreo do E.R.B.M.) – Perdizes –
São Paulo – SP – CEP: 05015-001

Tel/Fax: (11) 3670-8466 – e-mail: cometica@pucsp.br – site:

<http://www.pucsp.br/cometica>

APÊNDICE 1
Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____ portador do RG nº _____ declaro para fins de direito, que concordo com que os dados que resultarem da minha participação na pesquisa realizada por Ieda Guedes Simões Coulibaly, na entrevista concedida por meio de GRAVADOR e FOTOS, sejam utilizados para a divulgação do trabalho científico “CALÇADAS MANAUARAS E IDOSOS: DESAFIOS URBANÍSTICOS NA CAPITAL DO AMAZONAS”, a ser realizado no município de Manaus - Amazonas, desde que meu nome seja mantido em absoluto sigilo.

Foi-me esclarecido que este projeto tem por finalidade investigar as dificuldades que os idosos encontram ao caminhar pelas calçadas da Cidade de Manaus e o que pensam sobre essas calçadas.

Também me foi esclarecido que não há despesas para mim e que tenho a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o estudo, sem que isso me traga prejuízo, através e-mail da pesquisadora Ieda Guedes Simões Coulibaly: iedaguedes@hotmail.com.

Sem mais, firmo o presente

Atenciosamente

Manaus, ____ de _____ de 2010.

APÊNDICE 2

Lista de Pseudônimos

Frutas

- Açaí X
- Araçá X
- Buriti X
- Cupuaçu X
- Genipapo X
- Guaraná X
- Graviola X
- Jambu X
- Rambutã X
- Taperebá X

Peixes

- Matrinxã X
- Pacu X
- Pirarucu
- Jaraqui
- Sardinha

Aves

- Japiim X
- Arara Azul X
- Papagaio
- Tucano

APÊNDICE 3
Questionário Semi-estruturado

Identificação - Pseudônimo:

1. Idade:

2. Sexo:

3. Escolaridade:

4. Fonte de renda:

5. Local da abordagem

Rua ou Avenida:

6. Há quantos anos você mora em Manaus?

7. Como você chegou a esse local? (Tipo de transporte)

Ônibus ()

Carro ()

Caminhando a pé ()

Outros () - Especificar

8. Por qual motivo você veio até aqui?

Compras ()

Passeio ()

Trabalho ()

Ir ao Médico ()

Receber Aposentadoria ()

Outros () - Especificar:

9. Você teve dificuldade para subir ou descer da calçada?

Sim ()

Não ()

10. O que você acha dessa calçada? Fale sobre: o que você sente quando anda por essa calçada?

11. Diante de suas prioridades, o que você gostaria que mudasse neste local?