

## O idoso - mobilidade e acessibilidade urbana

*Carla Regina Soares Costa*

*Igor Tachetti Basques*

**Resumo:** Os inúmeros problemas que afetam a qualidade de vida dos idosos demandam respostas urgentes em diversas áreas. Sendo assim, são de extrema importância, para essa população, ações de controle da autonomia, e consequentemente, na qualidade de vida. Um dos elementos que determinam a expectativa de vida ativa ou com qualidade é a independência para realização das atividades habituais. Com o envelhecimento populacional, algumas necessidades públicas como a acessibilidade urbana e saúde são necessárias para o melhor atendimento da população idosa. A mobilidade é um dos fatores responsáveis pela qualidade do envelhecimento do indivíduo, pois garante manutenção da atividade cotidiana e a autonomia dos idosos.

**Palavras-chave:** idoso, acessibilidade urbana, mobilidade.

### Introdução

A Organização das Nações Unidas (ONU, 2005) estabelece a idade de 60 anos para caracterizar a pessoa como idosa em países em desenvolvimento, nos países desenvolvidos essa idade passa para 65 anos.

A Organização Pan-americana de Saúde (OPAS, 2003) define o envelhecimento como um processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte.

O governo brasileiro também considera idosas as pessoas que possuem 60 anos ou mais, e para essas estão dispensados alguns direitos como gratuidade nos transportes, prioridade no atendimento em serviços públicos e estabelecimentos comerciais, entre outras medidas que estão dispostas no Estatuto do Idoso que entrou em vigor a partir de 31 de dezembro de 2003.

O envelhecimento é um fenômeno que atinge todos os seres humanos, independentemente, caracterizado como um processo dinâmico, progressivo e irreversível, ligados intimamente a fatores biológicos, psíquicos e sociais (BRITO e LITVOC, 2004). O envelhecimento é entendido, assim, como um processo influenciado por diversos fatores, como gênero, classe social, cultura, padrões de saúde individual e coletivo da sociedade, entre outros - um

processo complexo e multifatorial.

A individualidade de cada pessoa dificulta o estabelecimento de parâmetros gerais e, por isso, o uso somente do tempo como medida esconde um amplo conjunto de variáveis. A idade em si não determina o envelhecimento, ela é apenas um dos elementos presentes no processo de desenvolvimento, servindo como uma referência da passagem do tempo.



Foto: Marcos Santos/USP Imagens

O uso de inúmeros termos e expressões para se referir às pessoas mais velhas e à velhice revela a existência de preconceitos sociais por parte da sociedade e do próprio indivíduo que envelhece. Ao longo das últimas décadas, cada vez mais os indivíduos envelhecem, mas não querem parecer velhos, pois na sociedade brasileira o idoso carece de maior valorização.

A distinção entre idosos jovens, idosos velhos e idosos mais velhos pode auxiliar no entendimento de que o envelhecimento não é algo determinado pela idade cronológica, mas é consequência das experiências passadas, da forma como se viveu, e administra a própria vida no presente e de expectativas futuras. É, portanto, uma integração entre as vivências pessoais, o contexto social e cultural em determinada época, e nele estão envolvidos diferentes aspectos: biológico, cronológico, psicológico e social.

Mesmo nos dias atuais, o envelhecimento ainda aparece associado a doenças e perdas, e é, na maioria das vezes, entendido como apenas um problema médico. Para Neri e Freire (2000, p. 8), o envelhecimento ainda está ligado à deterioração do corpo, ao declínio e à incapacidade, e “na base da rejeição ou da exaltação acrítica da velhice, existe uma forte associação entre esse evento

do ciclo vital com a morte, a doença, o afastamento e a dependência”.

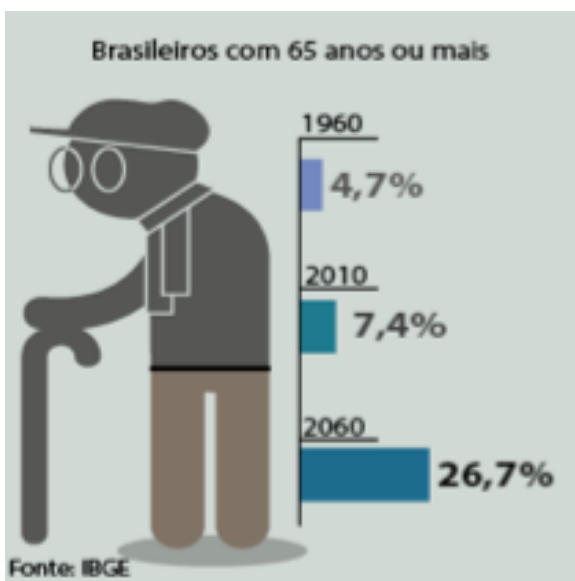
Estudos realizados em sociedades não ocidentais apresentam imagens positivas da velhice e do envelhecimento, ensinando que a representação de velhice enraizada nas ideias de deterioração e perda não é universal. À medida que o envelhecimento é documentado em outros povos, constata-se que ele é um fenômeno profundamente influenciado pela cultura (UCHÔA, 2003).

O envelhecimento da população brasileira é um fato irreversível, e que deverá se acentuar, no futuro próximo imediato. O impacto desta nova "ordem demográfica" é imenso — sobretudo, quando se observa que os fatores associados ao subdesenvolvimento continuarão se manifestando por um tempo difícil de ser definido. Não estamos, portanto, diante de uma situação como a europeia na qual o envelhecimento de suas populações já ocorreu, e a maioria destes países já apresentava níveis socioeconômicos que proporcionavam a grande parte de suas populações, condições de vida satisfatórias.

O envelhecimento da população brasileira necessita de imediato, de um diagnóstico de saúde a níveis nacional e regional, que possa conduzir a propostas realistas, e intervenções a serem avaliadas e redirecionadas. O objetivo final deve ser sempre a manutenção, na comunidade, do maior número possível de idosos, contribuindo ativamente para ela, e mantendo seu grau de autonomia e dignidade pelo maior tempo possível.

### **O envelhecimento populacional**

Há algum tempo, o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) veem divulgando que o Brasil caminha para se tornar um país de população majoritariamente idosa. Segundo dados de 2008, o grupo de idosos de 60 anos ou mais será maior que o grupo de crianças com até 14 anos já em 2030 e, em 2025, a participação de idosos na população total será maior que a de crianças e jovens com até 29 anos.



Conforme o Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento de 2015, o número de pessoas com mais de 60 anos no país deverá crescer muito mais rápido do que a média internacional. Enquanto a quantidade de idosos vai duplicar no mundo até o ano de 2050, ela quase triplicará no Brasil. Por aqui, a porcentagem atual, de 12,5% de idosos, deve alcançar os 30% até a metade do século. Ou seja, logo seremos considerados uma nação envelhecida — conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) de 2015, essa classificação é dada aos países com mais de 14% da população constituída de idosos, como são atualmente França, Inglaterra e Canadá, por exemplo.

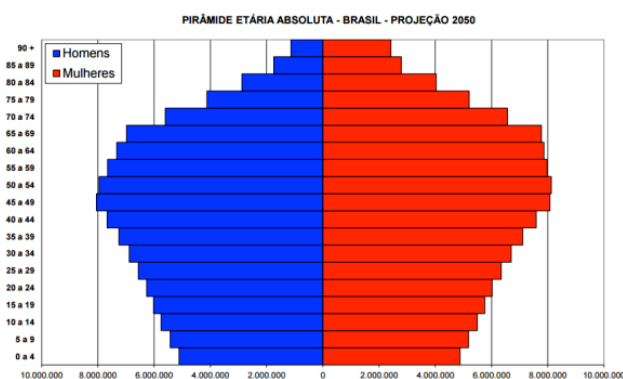
É verdade que a estrutura da população brasileira já passou por diversas mudanças. Houve momentos da história em que tivemos crescimento natural acelerado, com número de jovens maior do que de idosos, em outros a queda no crescimento natural, daí em diante a população oscilou muito quanto à estrutura etária. A partir de 1960, as taxas de natalidade diminuíram gradativamente, em decorrência do ingresso das mulheres no mundo profissional, que passaram a não ter mais tempo para cuidar de filhos e a considerar os altos custos gerados para a educação de crianças.

Com a diminuição das taxas de natalidade, a população vai envelhecendo aos poucos. De acordo com estimativas elaboradas e divulgadas pelo IBGE, por volta do ano de 2050, haverá, no Brasil, 73 idosos para cada 100 crianças. O estudo divulgou ainda que no ano de 2050 a população brasileira será de aproximadamente 215 milhões de habitantes.

A taxa de fecundidade total passou de 6,28 filhos por mulher em 1960 para 1,9 filhos em 2010, uma redução de cerca de 70%. No mesmo período, a expectativa de vida ao nascer aumentou 25 anos, chegando a 73,4 anos em 2010 (IBGE, 2012). Além disso, em 2050, estima-se que o percentual de pessoas acima de 60 anos corresponderá a cerca de 30% da população do país (IBGE, 2008).

No mundo a taxa de fecundidade total passou de 4,91 filhos por mulher (1960) para 2,45 (2010), segundo informações do Banco Mundial. Entre os países de alta renda, a fecundidade passou de 2,99 filhos (1960) para 1,75 (2010), enquanto nos países de baixa renda passou de 6,46 para 4,08 no mesmo período. Como resultado desse processo de transição, a participação de pessoas com sessenta anos ou mais passou de 8% da população mundial em 1950 para 11% em 2010 e, segundo estimativas da ONU (2011), será de 17% em 2030 e de 22% em 2050.

**PIRÂMIDE ETÁRIA - BRASIL - PROJEÇÃO**



Uma tendência mundial, que também se aplica ao Brasil, é o chamado “crescimento zero”. Segundo estimativas, em torno do ano de 2039, a população brasileira deverá estabilizar o seu crescimento. Isso significa que a população do país irá parar de crescer, ocasionando uma queda na população absoluta. Outro fator que permite o envelhecimento da população é o aumento na expectativa de vida

dos brasileiros, hoje de 72,78 anos. Essa média não se irá estabilizar, pois no ano de 2050 a expectativa de vida subirá para 81,89 anos, igualando a de países de elevado índice de desenvolvimento humano (IDH), como Islândia (81,80 anos) e Japão (82,60).

Segundo informações do Banco Mundial (2011), a esperança de vida mundial

ao nascer saltou de 52,61 (anos 1960) para 69,63 (2010), ainda que com significativas diferenças. Nos países de baixa renda, por exemplo, a esperança de vida ao nascer, em 2010, era de 58,84 anos e, nos países de alta renda, atingiu 79,76. Projeções populacionais da ONU indicam que a esperança de vida média chegará a 76 anos entre 2045-2050, sendo que, segundo a OMS (2010), nas regiões menos desenvolvidas, pode chegar a 74 anos e, nas mais desenvolvidas a 83 anos.

O envelhecimento da população brasileira é um grande desafio para todos nós, pois vivemos em um país na qual ainda temos diversos problemas estruturais a serem resolvidos, como o sistema de saúde público, que é deficitário, um ensino básico de baixa qualidade, entre outros, o que se reflete na qualidade de vida dos idosos. Ainda de acordo com o relatório da OMS, um brasileiro que vive 75 anos teria uma média de 65 anos com qualidade de vida, sendo os últimos 10 associados a doenças, dependência de cuidados especiais e deficiências. Já em países como os do norte da Europa as pessoas tem uma expectativa de vida acima dos 80 anos, e um número maior de anos 'perdidos' com doenças inferior a dez.

Este é, inclusive, um dos pontos principais levantados pelo relatório da OMS, que rejeita o estereótipo dos idosos como frágeis e dependentes, destacando que, enquanto algumas pessoas mais velhas exigirão cuidados e apoio, as populações idosas, em geral, são muito diversas e podem fazer várias contribuições para as famílias, comunidades e sociedade em geral.

Acredita-se que um dos principais desafios atuais, do nosso país, para melhorar a qualidade de vida dos idosos está relacionado à qualidade do atendimento primário de saúde e à formação de profissionais especializados no envelhecimento. É preciso incrementar políticas públicas de promoção e proteção à saúde ao idoso, assim como formar profissionais da saúde que tenham os conhecimentos fundamentais a respeito das peculiaridades do envelhecimento, como mudanças físicas, sociais e psíquicas, para que melhores condições de saúde e cuidado sejam oferecidas a essa população.

### **A mobilidade e acessibilidade urbana**

Com o aumento na expectativa de vida, vem o alerta: Viver mais não significa viver melhor! E no Brasil esse impasse é presente! Enquanto em países europeus o processo de envelhecimento da população aconteceu de forma lenta e gradativa, somente depois de um enriquecimento das nações e da resolução de problemas de infraestrutura, o mesmo não ocorre por aqui.

Nossa sociedade esta em fase de modificações e, para garantir um envelhecimento saudável, medidas realistas devem nortear as mudanças de nossos sistemas de saúde e bem estar social. Em resposta a essa demanda foi sancionado o Decreto-lei 5296, de 2 de dezembro de 2004, que dá prioridade de atendimento aos idosos, e a lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais para a promoção da acessibilidade (Ministério da Justiça, 2007).

Observa-se que as cidades brasileiras nem sempre tem espaços acessíveis a todos os que ali vivem. Parecem ter sido pensadas e projetadas para pessoas jovens, sem nenhuma dificuldade de locomoção ou mobilidade reduzida. É comum encontrar calçadas irregulares, ou com buracos, praças com barreiras físicas e técnicas, sem falar da dificuldade de acesso a bancos, farmácias, supermercados, hospitais e áreas de lazer (PRADO, 2003). Todas essas barreiras podem prejudicar ou mesmo impedir que os cidadãos utilizem de forma plena o ambiente onde vivem. Dentre os sujeitos em desvantagens, os idosos se apresentam como um público representativo e, muitas vezes, se veem confinados em suas casas, privando-se da participação no convívio social (PIZZOL, 2006).



Segundo Prado (2003), para uma velhice saudável é necessário que haja interação harmoniosa do indivíduo com o meio ambiente. A preocupação com essa relação é particularmente importante, uma vez que o planejamento do ambiente construído e a acessibilidade urbana são temas emergentes relacionados ao estudo da velhice e do envelhecimento, com poucas investigações publicadas. Deve-se levar em consideração que essa relação vive em constante transformação, afetada por variáveis como saúde, nível econômico, idade, raça, emprego, apoio familiar, disponibilidade de transporte, atividades e integração social, elementos importante desse contexto idoso ambiente.

A tarefa de projetar ambientes para usuários idosos ainda é tratada de forma bastante superficial, visto que suas necessidades são quase sempre comparadas e reduzidas às necessidades das pessoas com deficiência, o que resulta em dificuldades e perigos, como encontrados nos ambientes urbanos onde os idosos circulam.

Guimarães e Farinatti (2005), em estudo transversal retrospectivo com 72 idosas, demonstraram que a maioria dos episódios de quedas ocorre na rua, sendo o principal motivo a má conservação dos locais, como buracos, pedras soltas, desníveis, degraus muito altos, pisos instáveis ou escorregadios. Os acidentes por atropelamento e quedas se encontram entre os principais fatores de mortalidade da população idosa, com índices de 64,8 e 58,3 óbitos por 100 mil habitantes respectivamente (MATHIAS et. al., 2007).

Em termos econômicos, calcula-se que para um projeto concebido de forma adequada às condições de acessibilidade, o acréscimo corresponderia a 1% do valor da obra, mas ter que adequar o ambiente depois de construído, o valor pode alcançar 25% (FERREIRA, et. al., 2005).

Segundo o Ministério das Cidades (2005), no Brasil, a norma NBR 9050/20049 estabelece parâmetros para adequação dos ambientes urbanos, além da concepção de desenho universal que tem sido implantada nas discussões sobre acessibilidade. Contudo, uma das grandes dificuldades de se aplicar

esse conceito, nos dias de hoje, é o desconhecimento técnico sobre o tema. Assim, a integração entre a engenharia e a arquitetura com o enfoque multidisciplinar, a colaboração de gerontólogos, fisioterapeutas, sociólogos, antropólogos e outros profissionais se faz necessária (TOMASINI, 2005).

Nos últimos anos, várias pesquisas vêm buscando uma reflexão mais profunda sobre o ambiente acessível para que todas as pessoas com alguma deficiência ou dificuldade de locomoção, incluindo os idosos, possam circular livremente com segurança, conforto e eficiência. Essa tendência é indicada pelo fato de que atualmente 123 milhões de brasileiros têm alguma relação direta ou indireta com pessoas com mobilidade diminuída (SECRETARIA NACIONAL DE TRANSPORTES E DA MOBILIDADE URBANA, 2005).



A acessibilidade no meio urbano é uma exigência constitucional, cujo objetivo deve ser permitir ganhos de autonomia e de mobilidade para um público amplo possa usufruir os espaços urbanos, e Prado (2003) afirma que um correto planejamento dos espaços públicos deveria levar em conta que a necessidade e a comodidade.

De acordo com Fernandes (2000), o urbanismo como ciência das cidades e a arte de construí-las serve como ferramenta importante da política pública voltada para desenvolver projetos e ações fundamentadas nesses princípios. Afirma ainda que um correto planejamento urbano deveria levar em conta que a necessidade do indivíduo de circular, ou se deslocar pela cidade, está ligada ao desejo de realizar atividades socioculturais, políticas e econômicas, elementos intrínsecos ao sujeito e necessárias ao desenvolvimento da sociedade.

Por isso, o planejamento de ambientes saudáveis e acessíveis, em função das necessidades dos usuários, vem ganhando destaque e importância. Ao se entender as relações e necessidades pessoais e coletivas, a construção de ambientes abre espaço para discussões e considerações das necessidades de cunho psicológico em relação a eles, e que não são, normalmente, consideradas no processo de planejamento (ROJAS 2005).

O Brasil conta hoje com um conjunto de instrumentos urbanísticos que orienta todos os segmentos da sociedade que participam da construção das cidades, como o Decreto no 5.296/04,16 que regulamenta a Lei federal nº 10.048/00, que dá prioridade de atendimento a pessoas com deficiência, idosos, gestantes, lactantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo; a Lei nº 10.098/00, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, decreto que, juntamente com o Estatuto das Cidades (Lei Federal nº 10.257 de 2001), mais o Plano Diretor Municipal (cidade de Caratinga, 1996) e o Plano de

Transporte e Mobilidade Urbana (Ministério das Cidades, 2007).

As atividades sociais, culturais, políticas e econômicas, necessárias ao desenvolvimento da sociedade, estão sempre ligadas ao ato de circular ou circulação urbana, sendo a forma mais básica, direta e universal de meio de transporte individual o andar a pé. Seguindo esse raciocínio, entende-se que os passeios públicos são o meio físico onde o homem realiza o ato de caminhar, utilizando-o como meio de transporte para suas atividades cotidianas (PIZZOL, 2006).

O Ministério das Cidades (2007) considera a circulação como o elo de toda ação da mobilidade urbana. Os locais que os idosos entrevistados mais frequentavam quando iam ao centro foram igrejas (73,3%), bancos (72,5%), supermercados (67,5%) e farmácias (66,7%). Para eles o centro reflete uma área dinâmica, onde se encontram o comércio e os lugares de trabalho mais significativos, no qual se concentra o maior movimento e onde se ligam a diversas finalidades, sejam econômicas, religiosas ou sociais (PIZZOL, 2006).

Garantindo a segurança do pedestre é necessário que todos os pontos de travessia tenham faixas de pedestres pintadas de forma técnica e rampas de acesso ao nível da travessia, levando em consideração a velocidade de deslocamento das pessoas. Na maioria das cidades brasileiras, utiliza-se uma velocidade de deslocamento de 1,2m/s como parâmetro para o cálculo do tempo de abertura de um semáforo, mas considerando que a velocidade média de marcha de um idoso é 0,4 m/s, fica claro que esse grupo terá grandes dificuldades para realizar a travessia, o que pode justificar o número de atropelamentos de idosos (SECRETARIA NACIONAL DE TRANSPORTES E DA MOBILIDADE URBANA, 2005).

Prado (2003) realizou estudo da acessibilidade do idoso em dois bairros de São Paulo, e nos alerta para o perigo que os desenhos dos pisos nos ambientes externos podem trazer para as pessoas com perdas visuais e neurológicas, causando ilusão de ótica. Além disso, áreas com piso mal conservado, com desníveis e buracos, apresentam grande risco de provocar entorse ou tombos àqueles que estão com a sensibilidade tátil diminuída ou perdendo força muscular.

Segundo Mathias et. al. (2007) é comum se deparar com idosos se chocando com o mobiliário urbano e com as pessoas, principalmente em decorrência da diminuição da visão periférica observada após os 60 anos. Por isso, hoje se observam dados demonstrando o crescente número de eventos relacionados à queda e atropelamento de idosos nas cidades brasileiras. Outro fator importante é a iluminação nas travessias de pedestres. A redução das pupilas nesta faixa etária compromete a quantidade de luz que chega à retina, e o resultado dessa alteração se traduz na dificuldade para discriminar sombras, cantos e contrastes, que pode ser compensada pelo aumento do nível de iluminação (ROZESTRATEN, 2002).

Na cidade do Rio de Janeiro, essa questão foi levada em consideração colocando-se nas ruas do bairro Leblon uma iluminação para pedestres

diferente da iluminação para veículos, com postes com focos de luz em alturas diferentes, garantindo a segurança da circulação das pessoas nas calçadas (PRADO, 2003). Um estudo da Universidade de Brasília revelou que a maioria dos trabalhos de planejamento urbano e de transporte ainda não consideram as distintas capacidades de locomoção e, desse modo, a população envelhece em um contexto desfavorável, com riscos altos à saúde e à vida. Os equipamentos públicos ainda não estão devidamente preparados para promover a acessibilidade dessa fatia da população, que só tende a aumentar (LICHT e PRADO, 2002).

Segundo Blanco (2014), para atender essas necessidades é necessário o alargamento de calçadas; a implantação de calçadas e ruas de pedestres; retirada dos obstáculos das calçadas, com avanço nas esquinas (para reduzir a distância de travessias do pedestre); uso diferenciado de texturas e pinturas para guiar a caminhada por rotas mais seguras; utilização de dispositivos para reduzir a velocidade do trânsito motorizado (desde ondulações transversais à fiscalização eletrônica); implantação de fases para pedestres nos semáforos; educação dos motoristas no respeito a faixa de pedestres; implantação de passarelas sobre avenidas de alta velocidade e de refúgios e ilhas de segurança para pedestres.

No Brasil, um dos principais avanços na área foi o Estatuto do Idoso, lei no 10.741/2003, documento no qual se determina que a diminuição de barreiras arquitetônicas e urbanas seja uma das preocupações das áreas de habitação e urbanismo. Além disso, garantiu os seguintes direitos aos idosos: gratuidade para transporte coletivo urbano e semiurbano para pessoas acima de 65 anos mediante apresentação de documento comprobatório; a reserva de 10% dos assentos nos transportes públicos devidamente identificados com placas visíveis; dois assentos com gratuidade em transportes interestaduais para idosos que recebam até dois salários mínimos e 50% de desconto para os que têm a mesma condição financeira caso os dois assentos já estejam ocupados; prioridade de embarque para transportes coletivos e 5% das vagas de estacionamentos públicos e privados destinadas a essa faixa etária (RAMOS, 2003).

O Brasil avançou no âmbito legal, mas as mudanças efetivas ainda deixam a desejar, principalmente quando a própria sociedade não respeita estes direitos adquiridos. Não adianta ter gratuidade nos transportes se o coletivo público não para ao ver a identificação do idoso, e nem ter assentos demarcados e vagas reservadas quando a própria população não os respeita.

O mundo também tem se movimentado para se adaptar a esse novo perfil populacional. Em 2002 a Organização das Nações Unidas promoveu em Madri a II Assembleia sobre o Envelhecimento, que elegeu como plano de ação, no que se refere a habitação e condições de vida, os seguintes objetivos: promover habitações adequadas aos idosos; garantir a facilidade de acesso aos edifícios e espaços públicos; cuidar para que nos novos espaços não haja obstáculos à mobilidade e ao acesso; desenhar alojamentos e espaços públicos multigeracionais e promover desenho de veículos que considerem as necessidades das pessoas com idade e as com deficiências.

Para preparar a cidade para receberem os idosos, grande parte da população mundial, a Organização Mundial da Saúde criou o *Guia Global: cidade amiga do idoso*. Para entender quais as características necessárias para que uma cidade tenha condições favoráveis para uma melhor qualidade de vida para pessoas com mais idade, foram entrevistados idosos de 33 cidades de todas as regiões do mundo, e no Brasil a OMS entrevistou moradores do Rio de Janeiro. Na maioria das cidades, os relatos dos idosos foram complementados por informações colhidas em grupos focais de cuidadores e prestadores de serviços dos setores públicos, privado e voluntariado. Os resultados podem ser notados no mobiliário urbano de algumas praças de cidades brasileiras, que implantaram academias para a terceira idade (GUIA GLOBAL, 2008).

No Brasil ainda é sonho uma política pública que garanta a mobilidade e a acessibilidade ao idoso de maneira universal e igualitária. O que se tem são experiências isoladas e que contemplam setores específicos, isto é, ou ônibus adaptados, ou programas habitacionais com unidades residenciais adaptadas, ou calçamento livre de buracos e com rebaixamentos apropriados. Infelizmente, ainda não encontramos muitas cidades preparadas para atender populações multigeracionais e com limitações diversas e diferenciadas.

Constatar a dificuldade para se locomover nas cidades brasileiras nem requer muita observação – buracos, falta de calçadas, sinalização deficiente, sistemas de transporte público nada amigáveis. Agora imagine esse cenário para quem já passou dos 60 e não tem mais tanta agilidade. O envelhecimento acelerado da população requer medidas urgentes para melhorar a qualidade de vida nas cidades.

A importante função do transporte é oferecer, adequadamente, a possibilidade de deslocamento e mobilidade, portanto, o seu planejamento, organização e sistema de gestão devem atender as necessidades dos indivíduos (PRADO; PASSINI, 2002). De acordo com Oliveira et. al. (2012), a qualidade do envelhecimento de uma pessoa está fortemente ligada à sua mobilidade, diretamente ligada à qualidade das vias de pedestres, do transporte, pela existência de barreiras, como degraus, calçadas mal conservadas, faixas de pedestres mal sinalizadas, entre outros problemas (FERNANDES, 2000).

Mobilidade não é trânsito, não é carro, não é só ônibus nem andar a pé, é todo um conjunto de infraestruturas de serviços, de informações e de instituições que possibilitam, de forma segura e sustentável, o movimento das pessoas, a mobilidade das pessoas como, por exemplo, barras para subir e descer escadas; calçadas largas, regulares e com piso antiderrapante; ônibus no mesmo nível da calçada, regras previstas em lei, inclusive para áreas já construídas. Na prática, no entanto, quando aplicadas, acabam valendo apenas para projetos novos de urbanização e, atualmente, todos os projetos financiados com recursos federais têm de obedecer às regras de mobilidade. Mas, para áreas urbanas consolidadas, a implantação dessas normas enfrenta dificuldades. A dificuldade para transitar tem consequências para a população idosa que vai além do limite ao direito de ir e vir, pois acaba por impossibilitar esses indivíduos de interagir socialmente e contribui para o isolamento social.

### Considerações Finais

É fato que o envelhecimento traz limitações, como diminuição da visão e problemas de mobilidade, entre outros, mas, o que pode realmente impedir a circulação livre é a falta de acessibilidade dos espaços. Como ocorre em praticamente todos os setores, faltam dados sobre o patamar em que se encontram as políticas de acessibilidade no Brasil, e a dificuldade, nesse caso, é ainda maior porque esta é uma competência dos municípios, que deve constar no plano diretor de cada cidade. O poder público municipal tem a responsabilidade de garantir a função social da cidade, e a acessibilidade urbana deve ter espaço garantido nas discussões e agendas das políticas públicas, buscando reduzir as desigualdades sociais e promover a justiça social e a qualidade de vida urbana.

Ao governo federal, cabe o planejamento, a capacitação de funcionários municipais e auxílio financeiro a alguns projetos específicos. Obras do programa de aceleração do crescimento (PAC), por exemplo, que recebem financiamento federal, deve seguir a lei de acessibilidade.

Por fim, é consenso no mundo inteiro, e defendido pela Organização Mundial da Saúde, que o envelhecimento deve ser ativo, e organizar a ocupação das grandes cidades é a melhor maneira de promover o acesso das pessoas aos bens que a cidade oferece (escolas, parques, hospitais). Assim, boas condições de mobilidade urbana para os idosos além de facilitar o acesso dos mesmos aos serviços de saúde, também proporcionará melhor convívio social, aumentando a qualidade de vida dessa população.

### Referências

BANCO MUNDIAL. *Envelhecendo em um Brasil mais velho*. Washington DC: Banco Mundial, 2011.

BLANCO M. *Mobilidade urbana no contexto do idoso*. Revista Cesumar Ciências Humanas e Sociais Aplicadas, v.19, n.1, p. 143-155, jan./jun. 2014.

BRASIL. MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE. PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20a%20pessoa%20idosa.pdf> Acesso em: 08 de maio de 2016.

BRITO, F.C.; LITVOC, C. J. *Envelhecimento – prevenção e promoção de saúde*. São Paulo: Atheneu, p.1-16, 2004.

FERNANDES, J. C. Urbanismo e envelhecimento: algumas reflexões a partir da cidade de Uberlândia. *Revista Caminhos de Geografia*, v. 1, n. 2, p. 31-49, 2000.

FERREIRA MS; SOUZA AC; SOUZA FA. *Mobilidade e acessibilidade na terceira idade: premissas para conceituação de produtos para idosos*. Rio de Janeiro: Texto publicado no ENEDS; 2005.

GUIA GLOBAL: A CIDADE AMIGA DO IDOSO, 2008. Disponível em:

[http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPor\\_tuguese.pdf](http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPor_tuguese.pdf) Acesso em: 08 de maio de 2016.

GUIMARÃES JMN; FARINATTI PTV. Análise descritiva de variáveis teoricamente associadas ao risco de quedas em mulheres idosas. *Rev Bras Med Esporte* 2005; 11(5): 299- 305.

LICHT FB; PRADO A. Idosos, cidade e moradia: acolhimento ou confinamento? *Rev Kairós – Gerontologia*, 2002; 5(2): 67-80.

MATHIAS TAF; JORGE MHPM; ANDRANDE OG. Morbimortalidade por causas externas na população idosa residente em município da região Sul do Brasil. *Rev Latino-Am Enferm*, 2006;14(1):17-24.

MENDES, T. A. B.; VALSECCHI, V. L. A. Armadilhas do espaço urbano. *Revista Einstein*, v. 5, n. 2, p. 99–104, 2007.

MÔNACO, T. O; JACOB FILHO, W. Mutirão da saúde do idoso: o desenvolvimento de uma estratégia de promoção da saúde do idoso por avaliação funcional de indivíduos oriundos da comunidade. *Revista Einstein*, v. 5, n. 1, p. 1-5, 2007.

NERI, A. L., & FREIRE, S. A. *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papyrus, 2000.

OLIVEIRA, A. G.; SOUZA, M. L. R.; KARNIKOWSKI, M. G. O.; TACO, P. W. G.; MOTTA, R. A. Direitos dos idosos relacionados à sua mobilidade. *Revista dos Transportes Públicos - ANTP*, v. 34, 2012.

OMS. *World Health Report 2010*. Suíça: WHO, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. *World population prospects*. The 2004 revision, 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Um projeto de política em saúde*. Madri, 2002.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Guia clínica para atención primaria a las personas mayores*. 3ª ed. Washington: OPAS, 2003.

PIZZOL KMSA. A dinâmica urbana: uma leitura da cidade e da qualidade de vida no urbano. *Rev. Caminhos Geografia*, 2006; 7(17):1-7.

PRADO A.. *A cidade e o idoso: um estudo da questão de acessibilidade nos bairros Jardim de Abril e Jardim do Lago no município de São Paulo* [dissertação de Mestrado]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica, 2003.

PRADO, J. P. B.; PASSINI, E. Y. *Transporte Coletivo em Maringá: Realidade e Propostas*. Maringá, PR: UEM, 2002.

RAMOS LR. Fatores determinantes do envelhecimento saudável em idosos

residentes em centro urbano: Projeto Epidoso, São Paulo. *Cadernos de Saúde Pública*, 2003, 19(3):793-8.

ROJAS VBF. *Contribuições para o planejamento de ambientes construídos destinados à convivência de idosos*. [dissertação de Mestrado]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2005.

ROZESTRATEN RJA. Envelhecimento, mobilidade e participação no trânsito. In: Neri AL (org.) *Qualidade de vida e idade madura*. Campinas: Papyrus; 2002, p. 109-16.

SCHNEIDER, ARS. Envelhecimento e quedas: a fisioterapia na promoção e atenção à saúde do idoso. *RBCEH*, v. 7, n. 2, p. 296-303, 2010.

SECRETARIA NACIONAL DE TRANSPORTES E DA MOBILIDADE URBANA. *Construindo uma cidade acessível. Brasil acessível: programa brasileiro de acessibilidade urbana. Caderno 2*. Brasília: Ministério das Cidades, 2005. <http://www.cidades.gov.br/images/stories/ArquivosCidades/ArquivosPDF/Resolucoes/resolucao-25-2005.pdf> Acesso em: 08 de maio de 2016.

TOMASINI SLV. Envelhecimento e planejamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar. *Rev Bras Ciên Envelh Hum*, 2005, 2(1):76-88.

UCHÔA, E. Contribuições da antropologia para uma abordagem das questões relativas à saúde do idoso. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 849-853, 2003.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Indicadores. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br> Acesso em: 08 de maio de 2016.

*Data de recebimento: 05/09/2016; Data de aceite: 19/11/2016.*

---

**Carla Regina Soares Costa** - Fisioterapia (UM São Caetano do Sul). Pós-Graduação em Insuficiência Respiratória e Cardiovascular, em UTI; Programa de Saúde da Família (Universidade Gama Filho); Gestão em Saúde (Faculdade de Medicina do ABC). Curso de Fragilidades na Velhice: Gerontologia Social e Atendimento, COGEAE /PUCSP. E-mail: [carla.rsc@uol.com.br](mailto:carla.rsc@uol.com.br)

**Igor Tachetti Basques** - Fisioterapeuta. Saúde da Família (Universidade Gama Filho); Pós-Graduação em Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura (Facis – Faculdade de Ciências da Saúde de São Paulo); Gestão em Saúde (Faculdade de Medicina do ABC); Especialização em Prevenção do uso de drogas - Capacitação para Conselheiros e Lideranças Comunitárias - (Universidade Federal de Santa Catarina); Curso de Fragilidades na Velhice: Gerontologia Social e Atendimento, COGEAE/PUCSP. E-mail: [ibasques@gmail.com](mailto:ibasques@gmail.com)