

O DIREITO À CIDADE: AS DIRETRIZES POLÍTICAS MUNDIAIS PARA O ENVELHECIMENTO

Andréa Holz Pfützenreuter¹

Angélica A. Tanus Benatti Alvim²

RESUMO

Neste artigo são tratados aspectos gerais referentes ao desenvolvimento e ao planejamento das políticas públicas que preconizam o envelhecimento populacional, tendo os indicadores de saúde, como longevidade e manutenção da capacidade funcional, como mentores de qualificação da saúde pública e, por consequência, a melhora dos espaços urbanos de convívio nas cidades. A abordagem paralela é realizada pelo questionamento de programas para idosos que se caracterizam pela implementação de ações em segmentos (partes) das cidades desconexas entre si, mas recebendo um título globalizado. Com essa finalidade são apresentadas as ações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Comissão Europeia e o Programa Cidade Amiga do Idoso. A discussão quanto à subjetividade da imagem dos lugares ou situações é apontada como um dos fatores críticos das diretrizes dos programas propostos pelos órgãos internacionais, pois pode ser influenciada pela percepção pessoal relacionada a uma impressão individual, a qual pode variar completamente entre pessoas do mesmo grupo etário, mas com diferentes interesses. Faz-se uma crítica, em primeiro lugar, ao estímulo para a criação de planos e propostas que não são aplicadas, nem fiscalizadas e que, em situações pontuais, recebem o mérito do contexto global da cidade; e, em segundo, às rotulações e prêmios que omitem o contexto geral das cidades, mas que evidenciam ações pontuais, que deveriam ter amplitude de política pública.

PALAVRAS-CHAVE: Envelhecimento. Políticas Públicas. Cidades.

THE RIGHT TO THE CITY: THE GUIDELINES GLOBAL POLICIES FOR AGING

ABSTRACT

¹ Doutorado em Arquitetura e Urbanismo, docente UFSC, andrea.hp@ufsc.br.

² Doutorado em Arquitetura e Urbanismo, docente UPM, angelica.alvim@mackenzie.br.



In this article are treated general aspects relating to the development and planning of public policies that advocate population aging, and health indicators, such as longevity and maintenance of functional capacity, as qualifying mentors of public health and, consequently, the improvement of urban living spaces in cities. The parallel approach is performed by questioning programs for the elderly that are characterized by the implementation of actions in segments (parts) of unconnected cities with each other, but getting a global title. To this end we present the actions of the World Health Organization (WHO), the European Commission and the Age-Friendly Cities Project. A discussion about the subjectivity of the image of the places or situations is seen as a critical factor guideline of proposed programs by international bodies, as may be influenced by personal perception related to an individual print, which can vary quite between people of the same age but with different interests. It will be a critical, first, to stimulate the creation of plans and proposals that are not applied or enforced and that, in specific situations, given the merits of the overall context of the city; and, second, to labels and awards that omit the general context of cities, but show specific actions, which should have public policy amplitude.

KEYWORDS: Aging. Public Policy. Cities

EL DERECHO A LA CIUDAD: LAS POLÍTICAS DIRECTRICES MUNDIALES PARA ENVEJECIMIENTO

RESUMEN

En este artículo se tratan aspectos generales relacionados con el desarrollo y la planificación de las políticas públicas que promueven el envejecimiento de la población, y los indicadores de salud, como la longevidad y el mantenimiento de la capacidad funcional, como mentores de calificación de la salud pública y, en consecuencia, la mejora de la espacios de vida urbana en las ciudades. El enfoque paralelo se realiza al cuestionar los programas para las personas mayores que se caracterizan por la implementación de acciones en segmentos (partes) de las ciudades no conectadas entre sí, pero conseguir un título mundial. Para ello se presentan las acciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Comisión Europea y el Ciudad Compañera de los viejos. A discusión acerca de la subjetividad de la imagen de los lugares o situaciones es visto como una guía factor crítico de los programas propuestos por organismos internacionales, como puede verse influida por la percepción personal relacionada con una impresión individual, que puede variar bastante entre personas de la misma edad pero con diferentes intereses. Será una crítica, primero, para estimular la creación de planes y propuestas que no se aplican o ejecutada y que, en situaciones específicas, teniendo en cuenta los méritos del contexto general de la ciudad; y, en segundo lugar, las etiquetas y los premios que omiten el contexto general de las ciudades, pero que muestran acciones específicas, que deben tener amplitud de las políticas públicas.

PALABRAS CLAVE: Envejecimiento. Política Pública. Ciudades

INTRODUÇÃO

A mudança demográfica mundial aponta revisões necessárias quanto à estrutura de atendimento nas áreas referenciadas (educação, saúde, habitação, segurança, alimentação, trabalho e lazer), devido ao consumo, à disposição para o trabalho, à atividade e ao preparo para a longevidade.

O envelhecimento populacional, portanto, deve ser o enfoque de estudo quanto às políticas públicas vigentes, uma vez que a estrutura etária influencia economicamente a situação de uma cidade e de um país, tanto pela variação do comportamento no ciclo de vida quanto pelo aumento em quantidade e em anos do grupo de idosos.

Neste artigo são tratados aspectos gerais referentes ao desenvolvimento e ao planejamento das políticas públicas que preconizam o envelhecimento, tendo os indicadores de saúde, como longevidade e manutenção da capacidade funcional, como mentores de qualificação da saúde pública e, por consequência, a melhora dos espaços urbanos de convívio nas cidades. A abordagem paralela é realizada pelo questionamento de programas para idosos que se caracterizam pela implementação de ações em segmentos (partes) das cidades desconexas entre si, mas recebendo um título globalizado. Com essa finalidade são apresentadas as ações da Organização Mundial da Saúde (OMS), da Comissão Européia e o Programa Cidade Amiga do Idoso.

A discussão quanto à subjetividade da imagem dos lugares ou situações é apontada como um dos fatores críticos das diretrizes dos programas propostos pelos órgãos internacionais, pois pode ser influenciada pela percepção pessoal relacionada a uma impressão individual, a qual pode variar completamente entre pessoas do mesmo grupo etário, mas com diferentes interesses.

O ENVELHECIMENTO POPULACIONAL E SUAS EXPECTATIVAS

Velhice é um termo impreciso e a velhice é difícil de perceber. O envelhecimento é uma aspiração natural de qualquer sociedade, sendo importante almejar a qualidade de vida para a manutenção de autonomia e independência, como forma de conquista social.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1957, iniciou o uso da expressão: Terceira Idade, para referir-se respeitosamente às pessoas com mais de sessenta anos. Na Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, realizada pela Organização das Nações Unidas (ONU) em Viena, em 1982, estabeleceu-se sessenta anos como a idade do início da terceira idade nos países em desenvolvimento e sessenta e cinco anos nos países desenvolvidos, fazendo referência direta à expectativa de vida das regiões e à vida após a aposentadoria. Com o avanço da idade, o termo “quarta idade” tem sido aplicado para pessoas com idade igual ou superior a 80 anos.

Do ponto de vista antropológico, segundo Minayo (2007), o primeiro aspecto a observar é que velho não constitui uma categoria de análise. Embora seja cômodo definir uma massa humana de 2 bilhões de pessoas³ de forma homogênea, ao assim fazê-lo, perdemos a complexidade e a individualidade desse grupo e as substituímos por estereótipos. Algumas diferenciações internas da população idosa coincidem com as da população em geral. Outras são específicas. Por exemplo, é absolutamente diferente envelhecer no campo ou na cidade; numa família rica ou pobre; ser homem ou mulher; ter tido um emprego e se aposentar ou ter vivido apenas em atividades do lar ou informais e viver de forma dependente.

Como para a população em geral, as categorias mais estruturadas da forma de envelhecer são a classe social, o gênero, a atividade social (emprego, trabalho) e a sociabilidade familiar, comunitária ou até religiosa. Percebe-se que os idosos mais pobres costumam apresentar maiores problemas de saúde, maior dependência e

³ Previsões para 2050, de acordo com as Organização das Nações Unidas (2013).

uma cota maior de sofrimento, causada por vivências de abandono, maus-tratos, negligências e internação em instituições de longa permanência.

De acordo com Debert (2004), em sua pesquisa com idosos institucionalizados, a velhice não está vinculada à idade, mas à perda de autonomia, conclusão a que chegou por suas entrevistas com mulheres com 70 anos ou mais, que consideravam a velhice como um problema de outros que se comportavam como velhos, mesmo que com menos idade. Assim, novos recortes são propostos: jovens idosos (65-75anos); idosos-idosos (acima de 75anos); idosos mais idosos (com mais de 85anos). Outros autores como Osório e Pinto (2007) optam por desdobrar o período da vida em idade madura (60 a 69anos); idade avançada (70 a 89 anos) e idade muito avançada (dos 90 em diante).

O envelhecimento populacional é relativo entre a maior esperança devida e a baixa fecundidade de uma população, portanto, não aumentar a idade para a aposentadoria não é a única solução para uma faixa da população que teve uma renda baixa no decorrer da vida, lembrando que os gastos tendem a aumentar com o envelhecimento. Para a baixa fecundidade, alguns possíveis direcionamentos seriam incentivar as pessoas a terem mais filhos e restringir as políticas de imigração, como usualmente acontece com as reestruturações dos países pós-guerra, como o caso da Alemanha com a Turquia. Outra possibilidade seria aumentar o investimento e a instrução das crianças e jovens, para que, sendo mais produtivos, possam garantir as responsabilidades de manutenção do padrão de vida.

Ora, a geração economicamente ativa, para atender às suas expectativas de qualidade de vida e bem-estar, precisa atender às suas próprias necessidades materiais; em seguida auxiliar nos custos gerados pela faixa de população idosa e de crianças; e por último poupar para financiar sua própria aposentadoria (MASON e LEE, 2011).

A lógica do funcionamento biológico, social, psicológico ou funcional muda com o envelhecimento devido à variação dos questionamentos realizados para a vida.



Idade biológica é um indicador do tempo que resta a um indivíduo para viver, num dado momento de sua vida. O grau de conservação do nível de capacidade adaptativa, em comparação com a idade cronológica, é tecnicamente referido como **idade funcional**. O conceito de idade funcional tem estreita relação com o de envelhecimento biológico e é definido em termos do grau de conservação do nível da capacidade adaptativa, em comparação com a idade cronológica.

O conceito de **idade psicológica** pode ser usado em dois sentidos. Um é análogo ao significado de idade biológica e refere-se à relação que existe entre a idade cronológica e as capacidades, tais como percepção, aprendizagem e memória. O segundo uso do conceito tem relação com o senso subjetivo de ausência de marcadores biológicos, sociais e psicológicos do envelhecimento em comparação com outras pessoas de sua idade. Os idosos têm uma perspectiva mais positiva quanto à própria velhice do que quanto à velhice de terceiros. A **idade social** diz respeito à avaliação do grau de adequação de um indivíduo ao desempenho dos papéis e dos comportamentos esperados para as pessoas e sua idade, num dado momento da história de cada sociedade. (NERI, 2008, p.109, grifo nosso)

O sistema de apoio aos idosos, os meios pelos quais se financia seu déficit do ciclo de vida, pode ser efetivamente descrito como um sistema que consiste de três componentes: transferências públicas, transferências privadas e realocações baseadas em ativos. Dependendo do país, os idosos se beneficiam de programas públicos de aposentadoria, serviços públicos de saúde e cuidados de longo prazo e outros programas de contribuições em dinheiro e espécie. Evidentemente, dependendo do sistema tributário, os idosos ajudam a financiar esses programas. As transferências privadas são dominadas por fluxos domiciliares entre os idosos e outros membros da família (MASON e LEE, 2011).

Em 2013, a *Help Age International*⁴ e o Fundo de Estatística das Nações Unidas (UNFPA) publicaram o Índice Global do Envelhecimento, que compara 13 conjuntos de dados internacionais relativos a quatro áreas: garantia de renda (*incomeseurity*), saúde (*health status*), emprego e educação (*employmentandeducation*) e ambiente social (*enablingenvironment*).

O que foi constatado e relatado é a escassez de dados sobre o envelhecimento coletivo da população, o que dificultará o desenvolvimento de

⁴Organização não governamental internacional que advoga a favor dos direitos dos idosos.



políticas públicas futuras. É interessante apontar que nesse primeiro levantamento só foi possível incluir 91 países, devido à falta de informações. Entretanto, 89% das pessoas acima de 60 anos estão justamente nesses países, o que proporciona uma coleta de dados interessante para análise, mas ainda muito preliminar quanto às produções de políticas e indicadores com essas relações. Esse é o primeiro índice a considerar qualidade de vida e bem-estar dos idosos a partir de uma análise comparativa. À medida que as pessoas envelhecem, o sistema tradicional de cuidar das pessoas precisa ser revisto e reavaliado, principalmente por causa das mudanças na composição familiar, na globalização dos empregos e da tecnologia existente.

A discussão sobre políticas enfatiza as transferências públicas e privadas. Particularmente preocupante é o fato de que o declínio no sistema de transferências familiares representará maiores demandas sobre os sistemas de transferências públicas ou abalará o padrão de vida dos idosos. A opinião de que o envelhecimento da população causará a falência dos programas públicos para os idosos é uma simplificação excessiva. O envelhecimento da população sem dúvida levará a um aumento no número de beneficiários em relação ao número de contribuintes. Portanto, os benefícios *per capita* devem diminuir ou as contribuições *per capita* devem aumentar – ou ambos (MASON e LEE, 2011).

POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE PARA O ENVELHECIMENTO

A experiência recente dos países com o envelhecimento populacional indica uma preocupação relacionada às políticas públicas de respeito e de direitos, mas pouca importância à qualificação do sistema urbano das cidades para minimizar os gastos com saúde pública, hospitalização, medicação e endividamento.

Na América Latina, em estudo realizado por Giambiagi e Tafner (2010), havia a previsão de aumento em 117% da população total entre os anos de 1985 e 2015, enquanto o aumento da população acima de 60 anos previsto seria de 312%

(de 23,3 para 96,2 milhões), ou seja, 2,5 vezes maior do que o todo. No Brasil, segundo o mesmo estudo, o aumento previsto era de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o da população como um todo será de menos de cinco vezes no mesmo período.

O mais impressionante, porém, é a participação do grupo com 80 anos ou mais, o que indica uma melhora nas condições gerais de vida, mas também que será maior o número de anos de recebimento de benefícios previdenciários, aposentadorias e pensões. Os dados indicam que entre 1980 e 2005, tomando-se 12 países da Europa Ocidental, houve um aumento de 5,1 anos na esperança de vida ao nascer, representando 7,1% de incremento. Para a esperança de vida condicionada à idade, houve um ganho de 3,4%, o que significa que não somente a população está envelhecendo, mas que os idosos estão ficando cada vez mais velhos.

Cada país tem um sistema diferenciado de previdência. Na Bélgica, por exemplo, no começo do século passado, foi instituído o sistema de seguridade compulsória para os trabalhadores da iniciativa privada. (PESTIEAU e STIJNS, 1999). No Canadá, em 1952, a sanção da lei definiu o sistema de proteção de renda para idosos (*Old Age Security*) e a substituição da renda mínima. Mas praticamente todos os sistemas foram estruturados com base em um sistema de repartição, nos quais os ativos atuais financiam os atuais inativos e, no futuro, quando já estiverem inativos, serão financiados pelos ativos.

Dessa forma, para se estruturar programas de envelhecimento e saúde deve-se entender a vida em sua totalidade e não apenas separar o idoso do restante da população. Desse modo, deve haver uma interação entre vários programas de saúde, da infância, considerando a perspectiva de um envelhecimento saudável, contemplando as condições sociais em geral, agregando dados relativos à economia, à política, ambientais e aos hábitos pessoais.



O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento⁵ orienta para a criação de ambiente propício e favorável para os idosos, onde a moradia e o ambiente são particularmente importantes, com ênfase na acessibilidade e na segurança, levando em conta o custo para manter o lar, conferindo-lhes a segurança emocional e psicológica. Um dos objetivos deste Plano Internacional é justamente possibilitar ao indivíduo o envelhecimento na comunidade em que viveu, levando devidamente em conta as preferências pessoais e as possibilidades, no tocante à moradia acessível aos idosos. Além de promover medidas para a melhoria do projeto ambiental e da moradia para proporcionar a independência aos idosos, considerando suas necessidades, o foco é direcionado particularmente aos que apresentam limitações físicas, disponibilizando transporte acessível e economicamente viável para os idosos.

Os informes destacam que o envelhecimento reflete o progresso humano, já que implica maior longevidade e menor mortalidade. Tais fatores devem ser considerados oportunidades para se incorporar ativamente os mais velhos à sociedade, o que acarreta importantes desafios. O desenvolvimento e o envelhecimento são processos multidimensionais e um dos maiores equívocos em relação ao envelhecimento é a tendência de definir padrões e normativas que devem ser seguidas para determinada faixa etária. Partindo do pressuposto que desenvolvimento é sinônimo de envelhecimento, constata-se que o fenômeno acontece sempre, visto que em relação ao segundo anterior já estamos mais velhos agora, independentemente da idade.

As regulamentações existentes são tentativas de organização ou separação em grupos semelhantes, para que as medidas aplicadas tenham a maior abrangência possível, mesmo que a decisão contemple expectativas de alcance sem poder de precisão. O envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a

⁵Plano apresentado na Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, realizado entre os dias 8 a 12 de abril de 2002 em Madri, Espanha.

qualidade de vida, à medida que as pessoas ficam mais velhas. Sendo uma recomendação da Organização das Nações Unidas –ONU (2002), o conceito de envelhecimento ativo inclui a otimização da saúde, a qualidade e a motivação para a vida e fatores que pressupõem a boa solução das necessidades habitacionais. Na verdade, a definição é criar um contexto de vida saudável. Isso significa criar condições para ampliar a qualidade de vida, não apenas melhorando a condição fisiobiológica, mas também psicológica, reduzindo o estresse provocado pela rotina. As políticas e os programas de envelhecimento ativo devem favorecer o equilíbrio da responsabilidade pessoal (o cuidado com a própria saúde e a dos membros da família), familiar e comunitária, e fomentar a solidariedade intergeracional. Esse mesmo conceito é aplicado tanto ao indivíduo, isoladamente, quanto a grupos populacionais.

O grande desafio desse conceito é permitir que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários, em uma sociedade que privilegia aquele que é visto como fonte geradora de recursos (trabalho e remuneração), em vez de perceber a oportunidade de negócio em uma população que, com uma renda determinada mensalmente, pode ser um cliente cativo que se beneficia das atividades para determinar a sua longevidade. Para efeito de elucidação das políticas públicas para a saúde tratadas em alguns países, foi elaborado um quadro que aponta os principais direcionamentos em virtude do envelhecimento populacional, como relacionado no quadro 1.

Quadro 1– Quadro de diretrizes políticas praticadas perante o envelhecimento

País	Diretrizes políticas
Alemanha	O apoio familiar vem a diminuir, sendo o custo social e econômico do envelhecimento suportado por seguros privados. O apoio domiciliário surgiu após 1988.
Dinamarca	Desde 1987 não são construídos lares para idosos, sendo privilegiadas as residências. As políticas sociais são focalizadas na família e nas residências.
Espanha	Plano de apoio aos idosos, dada a ausência generalizada destas estruturas. Estando o apoio domiciliário em grande expansão.
França	Os hospitais não acolhem idosos e as políticas sociais são centralizadas nas famílias e nos lares.
Holanda	Os serviços sociais e de saúde estão descentralizados por associações de economia social ou privadas, em que o Estado apenas fiscaliza e financia a qualidade dos serviços.
Inglaterra	Investe em programas que auxiliam na orientação aos proprietários para se manterem em suas casas, com atendimento domiciliar e adequação do espaço.
Itália	Tem sido dado um apoio especial às redes informais e familiares de apoio aos idosos.
Portugal	Desde 1980 tem investido fortemente no apoio domiciliário, de diversas formas e atuações.

Fonte: PFUTZENREUTER, 2008

A boa governança é crucial porque os governos em geral estão muito envolvidos na prestação de apoio essencial para os idosos, mas também são muito importantes na provisão de investimentos em capital humano que estimulam o aumento da produtividade. (MASON e LEE, 2011)

A Organização Mundial de Saúde – OMS iniciou, em 2002, o Programa Cidade Amiga do Idoso (*Age-friendly Cities*) que avalia as cidades quanto à adaptação de suas estruturas e serviços em relação à acessibilidade e inclusão de pessoas idosas com diferentes necessidades e capacidades. Esse programa foi decorrente das diretrizes do Plano Internacional de Ação Internacional para o Envelhecimento, proposto pela Organização das Nações Unidas em Madri (2002), que busca informações para discussão e formulação de planos de ação que beneficiem um envelhecimento saudável e ativo.



A aplicação desse programa foi viabilizada com recursos do governo do Canadá, pela organização *Help Age International*⁶ e pela Organização Mundial da Saúde (OMS). A OMS, em 2006, identificou algumas características consideradas essenciais para uma cidade amiga do idoso e preparou uma lista de itens para cada um dos oito quesitos identificados, originando o Guia Global da Cidade Amiga do Idoso. Entretanto, esse guia não é considerado um sistema para comparar cidades, mas uma ferramenta para que a cidade se auto avalie e consiga mapear os progressos alcançados no decorrer dos anos.

Um dos dilemas deste programa tem início já na concepção do nome: Cidade Amiga do Idoso (*Age-friendly Cities*, em inglês). Ao se analisar a interpretação da frase original em inglês, percebe-se que o conceito deveria ser o de Cidades Amigas da Idade ou, então, Cidades Amigas do Envelhecimento, o que, para o discurso, favoreceria o entendimento das diversas faixas etárias e de suas necessidades de convívio em uma cidade, seja em proteção ou como convívio. Desse modo, analisando somente a tradução, poder-se-ia cogitar um erro brasileiro de interpretação deste título.

A Organização Mundial de Saúde apresenta como tema sublimar deste material: *Ageing and life course: family and community health* (tradução da autora: Envelhecimento e curso de vida: família e saúde coletiva), o que denota a importância da aplicação do estudo em grupos de pessoas de diferentes faixas etárias, diversos tipos de deficiências e necessidades, sob diferentes aspectos de convívio e condições sociais, gênero, independência e autonomia. Entretanto, o que resulta do material é uma lista de checagem (*checklist*) subjetiva, de atitudes ou interesses que são pré-dispostos à população idosa, mas que não demonstra quais seriam as quantidades adequadas, tanto quanto às atitudes, posturas ou mudanças, para garantir um atendimento eficaz para que o envelhecimento ativo fosse um dos

⁶Esta rede é composta por cinco organizações no Canadá, Colômbia, Quênia, Índia e Reino Unido, além de 100 afiliados e parceiros em 65 países. Este grupo, configura a *Help Age International*, que desde 1983 tem o propósito de fornecer uma rede forte para apoiar as pessoas mais velhas no mundo.



itens contemplados na política pública mundial que beneficiaria a saúde coletiva. Consequentemente, os gastos com hospitalizações, medicamentos, cuidados em domicílio, aposentadorias compulsórias ou com pequeno período de contribuição diminuiriam.

Outra questão importante a ser enfrentada, proveniente do próprio nome do programa, é a dimensão deste: **CIDADE** Amiga do idoso (grifo da autora). Ora, entende-se como cidade toda a sua área territorial urbana registrada em órgão federal, entretanto, a coleta de dados efetuada em 2002, em 33 cidades, não contemplou toda a área territorial das cidades, mas, sim, partes específicas, em alguns casos foram bairros, em outros, bairros, não tendo sido firmado o compromisso de se aplicarem as reclamações coletadas de um grupo de idosos que morava na região, em outros pontos da cidade, mesmo porque se pode questionar a aplicabilidade de condutas adotadas em uma região, cuja realidade seja a ausência de saneamento básico, em outra, que apresente ausência de espaços públicos. Mas, porque o termo é cidade? Com base em respostas a uma listagem, como compará-las ou tabulá-las? Para que mais um artifício de controle, se já existem normas e tratados? Melhor seria aprimorar as normativas específicas e não criar novos mecanismos de controle, que servem apenas para satisfazer a mídia. O objetivo não deveria ser a propaganda política, mas o atendimento às necessidades da população que se torna vulnerável com a idade. Incentivar a população idosa a participar ativamente dos programas disponibilizados pelo Governo, utilizando os espaços públicos criados para esse fim, tende a promover a diminuição dos gastos com a saúde coletiva e também os tratamentos crônicos.

De acordo com os preceitos da Cidade Amiga do Idoso, as políticas, os serviços e as estruturas relacionadas com o ambiente físico e social destinam-se a ajudar os idosos rumo ao envelhecimento ativo, com segurança, sociabilidade e atratividade. Alguns exemplos citados por canadenses, para as cidades amigas dos idosos, são: calçadas são bem iluminadas e mantidas em bom estado; edifícios possuem sistema de portas automáticas e elevadores; a viabilidade para os idosos

em participar de todos os tipos de atividades da comunidade, como visitas a museus ou bibliotecas, fazendo cursos ou voluntariado para instituições ou deveres cívicos; os espaços externos e os edifícios públicos são agradáveis, seguros e acessíveis; as habitações são acessíveis, seguras e pensadas para os idosos; as vias públicas são acessíveis, assim como os transportes públicos, entre outros.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2007), uma cidade amiga do idoso reconhece que os idosos têm uma ampla gama de habilidades e capacidades; entende e satisfaz as necessidades relacionadas com a idade; respeita as decisões e escolhas de estilo de vida dos idosos; protege os idosos que são vulneráveis; reconhece que os idosos têm muito a oferecer à sua comunidade; reconhece o quão importante é incluir os idosos em todas as áreas da vida da comunidade. Em especial, o transporte, a comunicação e a informação interagem com outras áreas: sem transporte, os meios adequados de obter informações que permitam às pessoas se encontrar e se conectar, assim como outras facilidades urbanas, que ajudariam a proporcionar o envelhecimento ativo, são simplesmente inacessíveis.

A sugestão para se implementar o programa nas cidades é que este constitua-se de um movimento cíclico de ações, no qual a cada 5 anos a cidade inicie um novo processo de determinação de metas para que sejam discutidos e averiguados todos os quesitos. Entretanto, não é obrigatória a aplicação periódica (de 5 em 5 anos) e, sim, optativa, o que denota o caráter de identificação e de planejamento. Cabe ao poder público administrativo e ao gestor municipal (prefeito) consolidar a carta de interesse que firma o compromisso entre as partes.

Qual a diferença da aplicação desses quesitos em uma cidade que seja **AMIGA DOS IDOSOS** ou que seja tratada para o **ENVELHECIMENTO**? (grifo da autora) Ao se tratar uma cidade como amiga dos idosos, poder-se-ia questionar o estereótipo utilizado: ser idoso é um problema? Algumas discussões poderiam ser abordadas, alegando que as pessoas não querem ser chamadas de idosas, justamente pela conotação pejorativa da questão, como sinônimo de problema econômico para a sociedade. Num outro ponto de vista, poderiam ser tratadas as

idades que obtêm esse título como sendo as que mais atrairiam os idosos. Será este um desejo do poder público, que pensa nos números de custo e gasto em saúde pública oriundos desta posição? Mesmo quando tratamos a cidade para o envelhecimento, o poder pejorativo da palavra pode ser atrelado a um status de obsolescência, ou a uma situação que absorve os fatores, mas que não consegue se regenerar, mantendo-se histórica e sem aspectos de modernização de tecnologias vigentes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A Organização das Nações Unidas (ONU), a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Comissão Europeia têm assumido o papel de promotores de discussões de temas polêmicos, como o envelhecimento, que somente serão contextualizados se forem debatidos de forma conjunta com os órgãos governamentais, instituições e organizações da sociedade comum. Entretanto, o modelo de discussão e promoção de planos de ações passa a ser um mero instrumento de debate quando não postuladas as orientações, diretrizes e nomeações aos países envolvidos.

Não se está questionando a existência ou eficiência das ações patrocinadas por esses órgãos, visto que são importantes fontes de dados sobre as questões sociais, políticas e econômicas. Faz-se uma crítica, em primeiro lugar, ao estímulo para a criação de planos e propostas que não são aplicadas, nem fiscalizadas e que, em situações pontuais, recebem o mérito do contexto global da cidade; e, em segundo, às rotulações e prêmios que omitem o contexto geral das cidades, mas que evidenciam ações pontuais, que deveriam ter amplitude de política pública. Vale, assim, o questionamento sobre a real necessidade de marketing e propaganda sobre um rótulo, quando a disposição deveria ser de reestruturação política e social proveniente do poder público vigente, mas com uma proposta de estruturação a longo prazo e não somente de um mandato ou de um compromisso pessoal.

As políticas públicas pensadas em entender e atender o envelhecimento

populacional dependem das bases legais e justificativas para seu estabelecimento e para ações que sejam pensadas para abranger problemas futuros e não somente os imediatos e remediadores de intenções.

REFERÊNCIAS

DEBERT, Guíta Grin. **A reivenção da velhice**. São Paulo: Editora da USP: FAPESP, 2004.

GIAMBIAGI, Fabio; TAFNER, Paulo. **Demografia, a ameaça invisível**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

MENDOÇA, Jurilza Maria Barros de; ABIGAIL, Albamaria Paulino de Campos. **Processo de construção e implementação da política do idoso no Brasil**. In: Tratado de Gerontologia, por Matheus Papaléo Neto, p.638-644. São Paulo: Atheneu, 2007.

MASON, Andrew; LEE, Ronald D. **O envelhecimento da população e a economia geracional: principais resultados** (tradução ECLAC). Canada: ONU, 2011.

MASLOW, Abraham Harold. **Motivación y personalidad**. 1ª ed. Barcelona: Sagitario; 1954.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra a pessoa idosa. O direito pelo avesso**. In: Tratado de Gerontologia, por Matheus Papaleo Netto, 912. São Paulo: Atheneu, 2007.

NERI, A.L. **As necessidades afetivas dos idosos**. Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade. Conselho Federal de Psicologia. Brasília: 2008

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília.: Organização Pan-Americana da Saúde, 2002.

_____, **Population Ageing**, 2010. Disponível em:
<http://www.um.org/popin/wdtrends/a99/a99cht3.htm>, acessado em maio/2014.

PESTIEAU, Jean-Philippe; STIJNS, Pierra. **Social security and retirement in Belgium**. In: Gruber, Je

WISE, D.A (orgs) **Social security and retirement around the world**. Chicago, Londres: The University of Chicago Press, 1999.

OSORIO, Agustín Requejo; PINTO, Fernando Cabral. In: **As pessoas idosas**, 341. Lisboa: Instituto Piaget, 2007.

PFÜTZENREUTER, Andrea Holz. **Estudo de políticas públicas para habitação do idoso** (dissertação). São Paulo: IPT, 2008.