



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
Mestrado Profissional em Defesa e Segurança Civil

VALÉRIA VANDA AZEVEDO DE LIMA

**A VULNERABILIDADE DO IDOSO NO
CONTEXTO DE DESASTRES**

Niterói - RJ
2012

VALÉRIA VANDA AZEVEDO DE LIMA

**A VULNERABILIDADE DO IDOSO NO
CONTEXTO DE DESASTRES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal Fluminense como exigência para conclusão de Programa de Mestrado Profissional em Defesa e Segurança Civil.

Orientador: Prof. Dr. Airton Bodstein de Barros

Niterói - RJ

2012

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

L732 Lima, Valéria Vanda Azevedo de.

A vulnerabilidade do idoso no contexto de desastres / Valéria Vanda Azevedo de Lima. – 2012.

102 f. ; il.

Orientador: Airton Bodstein de Barros.

Dissertação (Mestrado Profissional em Defesa e Segurança Civil) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Engenharia, 2012.

Bibliografia: f. 85-90.

1. Idoso. 2. Vulnerabilidade. 3. Desastre. 4. Prevenção. 5. Defesa civil.
I. Barros, Airton Boldstein. II. Universidade Federal Fluminense. Escola de Engenharia. III. Título.

VALÉRIA VANDA AZEVEDO DE LIMA

**A VULNERABILIDADE DO IDOSO NO
CONTEXTO DE DESASTRES**

Dissertação apresentada à Universidade Federal Fluminense como exigência para conclusão de Programa de Mestrado Profissional em Defesa e Segurança Civil.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dr. Airton Bodstein de Barros
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof^a Dr^a Ana Elisa Bastos Figueiredo
Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ

Prof^a Dr^a Mônica de Aquino Galeano Massera da Hora
Universidade Federal Fluminense - UFF

Prof. Dr. Fernando Cordeiro Barbosa
Universidade Federal Fluminense – UFRJ

AGRADECIMENTOS

Ao meu filho Victor Godoi pela paciência, amor, incentivo e compreensão nos momentos difíceis. Obrigado por você existir.

À minha família pelo incentivo e por compreender a minha ausência, em especial: Renata, Helena, Mônica e Cida.

Ao Professor Airton Bodstein pela orientação, apoio, incentivo, paciência, pelo exemplo e por todo o ensinamento adquirido.

Aos meus amigos que, de uma forma ou de outra, contribuíram com sua amizade e com sugestões efetivas para a realização deste trabalho. Minha profunda gratidão à Cláudia Castanheira, Silvia Motta, Luana Tavares, Thaís Bezerra e Fernanda Caetano.

Ao Prof. Roberto Bechara Muniz pela solidariedade e por propiciar condições para a conclusão deste trabalho.

À Ludmila Trovão, secretária do curso, pela dedicação e apoio dispensado em todos os momentos.

Às pessoas que direta ou indiretamente auxiliaram o desenvolvimento e conclusão desse trabalho.

“Na África se diz, quando morre um ancião, desaparece uma biblioteca”. Talvez o provérbio varie de um continente a outro, mas seu significado é igualmente certo em qualquer cultura. As pessoas idosas são intermediárias entre o passado, o presente e o futuro. Sua sabedoria e experiência constituem verdadeiro vínculo vital para o desenvolvimento da sociedade.

(Kofi Annan)

RESUMO

Este trabalho de pesquisa apresenta uma análise sobre a vulnerabilidade do idoso em situações de desastres, no âmbito da Proteção e Defesa Civil. Considerando a inexistência no Brasil de programas voltados para a redução de riscos de desastres específicos para os idosos, buscou-se avaliar se os diversos projetos e programas governamentais, já existentes, voltados para a melhoria da qualidade de vida desse grupo social, seriam também efetivos para reduzir a sua vulnerabilidade em situações de eventos críticos. Procedendo a uma reflexão crítica acerca dos dados e de informações existentes, a pesquisa buscou traçar um panorama do envelhecimento populacional, no mundo e no Brasil, apontando como a vulnerabilidade das pessoas idosas encontra-se diretamente ligada a condições de vida e estado de saúde – ditada por aspectos que envolvem tanto a capacidade funcional quanto os vários graus e tipos de deficiência. Partiu-se do pressuposto de que os acidentes, domésticos e em ambientes externos, sofridos pelos idosos são fatores agravantes, já que ampliam a vulnerabilidade desse segmento populacional em situações de emergência. Avaliou-se, também, como o fenômeno do envelhecimento, associado ao fenômeno da urbanização, aumenta a vulnerabilidade. Foram considerados os desafios enfrentados pelas cidades para corresponder às expectativas dos idosos que nelas residem e o que tem sido feito, efetivamente, em termos de infraestrutura e serviços para atender esse grupo em franca expansão. Foi possível constatar que, devido aos novos papéis sociais que o idoso vem desempenhando, somado ao recente conceito de “envelhecimento ativo”, sua imagem, construída sobre estereótipos empobrecedores (inválido, dependente e incapaz), vem sendo reformulada e reconstruída, consolidando um novo paradigma da inserção do idoso na sociedade. Mas a redução de riscos de desastres, com a conseqüente diminuição da vulnerabilidade dos idosos frente a desastres, só será efetiva através de uma ampla mudança cultural.

Palavras-chave: Idoso. Vulnerabilidade. Desastres. Proteção e Defesa Civil.

ABSTRACT

This work presents an analysis about the vulnerability of the elderly in disaster situations under the scope of Protection and Civil Defense. Considering the lack of programs for the reduction of disaster risks specific to the elderly in Brazil, we sought to assess whether the various projects and existing government programs would also be effective in reducing the vulnerability of this social group in situations of critical events, since these projects are aimed at improving the quality of life. The research pursued to delineate a point of view of the population aging in the world and in Brazil through a critical analysis of data and information, highlighting how the elderly vulnerability is directly linked to living conditions and health status - dictated by factors that comprise both the functional capacity as the kinds of disabilities. We started from the assumption that domestic and outdoor accidents suffered by the elderly are aggravating factors, since they enhance the vulnerability of this population segment in emergency situations. It was also evaluated the increasing of vulnerability given the association between the phenomena of aging and urbanization. The challenges faced by cities to achieve the expectations of the elderly who live in them were considered in the assessment, as well as, what has been done effectively in terms of infrastructure and services to support this increasing group. It was found that, due to the new social roles that the elderly have played, added to the new concept of "active aging", their image has been redesigned and rebuilt, consolidating a new paradigm of inclusion of the elderly in society, instead of continuing being seen as poor stereotypes (invalid, dependent and incapable). However, the reduction of disaster risks, with the consequent reduction of vulnerability of the elderly, will only be effective across a broad cultural change.

Keywords: Elderly, Vulnerability, Disaster, Protection and Civil Defense.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Estudos Populacionais
DESA	<i>Department of Economic and Social Affairs</i> (Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais)
CRED	<i>Centre for Research on the Epidemiology of Disasters</i> (Centro de Investigação sobre a Epidemiologia dos Desastres)
CEPAL	Comissão Econômica Para a América Latina e Caribe
HFA	<i>Hyogo Framework for Action</i> (Quadro de Ação de Hyogo)
ISDR	<i>International Strategy for Disaster Reduction</i> (Estratégia Internacional para Redução de Desastres)
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
UNFPA	Fundo de População das Nações Unidas
UNISDR	<i>United Nations International Strategy for Disaster Reduction</i> (Estratégia Internacional para Redução de Desastres das Nações Unidas - EIRD)
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNDH-3	Terceiro Programa Nacional de Direitos Humanos

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Crescimento da População Mundial (1800- 2011) e projeções (2050-2100).....	18
Figura 2 - População nos Censos Demográficos no Brasil (1872-2010)	19
Figura 3 - Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 1940-2010.....	20
Figura 4 - Número de pessoas com 60 anos ou mais: mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050	22
Figura 5 - A velocidade do envelhecimento da população mundial.....	23
Figura 6 - Pirâmides Etárias - População Brasileira (por grupos etários e sexo) -1960-2010 .	25
Figura 7 - Proporção da população residente, por situação do domicílio no Brasil (1950-2010)	28
Figura 8 - Saúde e funcionalidade	36
Figura 9 - Atividades de vida diária	37
Figura 10 - Manutenção da capacidade funcional ao longo do curso da vida.....	38
Figura 11 - Os determinantes do envelhecimento ativo	49
Figura 12 - Ocorrência de desastres naturais no mundo – 1900-2010	59
Figura 13 - Ocorrência de desastres naturais no mundo – 1975-2011	60
Figura 14 - Ocorrência de desastre natural no mundo (por tipo de desastre) – 2001-2011.....	60
Figura 15 - Impacto humano por tipo de desastres – (Mundo: em 2011 e média do período 2001-2010)	61
Figura 16 - Totais de registros dos desastres naturais mais recorrentes no Brasil, no período de 1991 a 2010 – por tipo de desastre	67
Figura 17 - Total de registros de desastres no Brasil - Comparativo entre décadas (1991 a 2010).....	68
Figura 18 - Afetados por tipo de desastre no Brasil (1991 a 2010).....	68
Figura 19 - Mortos por tipo de desastre no Brasil (1991 a 2010).....	69

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Expectativa de vida ao nascer (mundo, regiões e Brasil) - 1950-2050.....	21
Tabela 2 - Síntese dos dados sobre envelhecimento no mundo (2012, 2020 e 2050).	26
Tabela 3 - Síntese dos dados sobre envelhecimento no Brasil (1960, 2000, 2010, 2025 e 2050).	26
Tabela 4 - Síntese de dados mundiais sobre envelhecimento (2000, 2011, 2012 e 2050).	27
Tabela 5 - Os desastres naturais que apresentaram o maior número de mortes em 2011 no mundo.	62
Tabela 6 - Os 10 países que apresentaram a maior ocorrência de desastres naturais em 2011.	63

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Determinantes do envelhecimento ativo.	49
Quadro 2 - Principais fatores de risco para quedas.	73

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EXPECTATIVA DE VIDA	18
1.1. Crescimento demográfico.....	18
1.2. O envelhecimento da população.....	20
1.3. Envelhecimento no Brasil.....	24
1.4. Envelhecimento e urbanização	27
1.5. O desafio das instituições sociais	31
2. A VULNERABILIDADE DO IDOSO.....	35
2.1. Limitações decorrentes de incapacidade funcional e deficiência.....	36
2.2. Vulnerabilidade e proteção legal	40
2.2.1. Marcos internacionais.....	40
2.2.2. Marcos legais e normativos no Brasil	41
2.3. A questão cultural e a revisão dos estereótipos	45
2.3.1. Envelhecimento ativo	48
3. O IDOSO NO CONTEXTO DE DESASTRES	51
3.1. Os desastres e os aspectos gerais da vulnerabilidade do idoso.....	51
3.2. Desastres Naturais	55
3.2.1. Panorama e Estatísticas globais.....	57
3.2.2. Desastres no Brasil	63
3.3. Acidentes: agravantes da vulnerabilidade do idoso em situações de desastres.....	70
4. DISCUSSÃO	77
CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	83
REFERÊNCIAS	85
ANEXO 1 – RESUMO DOS MARCOS NORMATIVOS INTERNACIONAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO	91
ANEXO 2 – RESUMO DOS MARCOS LEGAIS E NORMATIVOS NO BRASIL SOBRE O ENVELHECIMENTO.	93
ANEXO 3 - EXEMPLOS DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES PREVISTAS NO BRASIL.....	97
ANEXO 4 – OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DOMÉSTICOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO	100
ANEXO 5 – ACIDENTES EM AMBIENTES PÚBLICOS - FATORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS.....	101

INTRODUÇÃO

Este trabalho busca analisar a vulnerabilidade¹ do idoso no contexto de desastres, no âmbito da Proteção e Defesa Civil, considerando-se que, dentro do grupo vulnerável – “crianças, gestantes, idosos e pessoas com deficiência”² –, os idosos são talvez aqueles que apresentam maior grau de fragilidade em situações de emergência. Cabe enfatizar que além do declínio da capacidade funcional decorrente do processo de envelhecimento, outros fatores contribuem para a redução da resiliência dos idosos nesse contexto, como por exemplo: enfermidade, obesidade, deficiência permanente ou temporária decorrente de acidente e viver em área de risco.

Num exame retrospectivo, a Defesa Civil constatou que, após muitas décadas de esforço, foram poucos os avanços na redução das vulnerabilidades da sociedade brasileira aos desastres, mesmo contra aqueles de natureza cíclica e de caráter sazonal, como as secas, as inundações e os deslizamentos. Contribuem para esta situação a falta de continuidade dos programas e a pouca preocupação com a memória institucional.

Todas as Constituições do Brasil, a partir da Constituição de 1824, reconhecem as importantes repercussões dos desastres sobre a sociedade e reconhecem que as ações relacionadas com a redução de desastres são da competência do Estado. Na grande maioria das vezes, os dispositivos constitucionais ocupam-se quase que exclusivamente com as ações relacionadas com o restabelecimento da situação de normalidade após a ocorrência dos desastres e, só recentemente, os pensadores políticos estão despertando para a necessidade de que se **promova a defesa permanente contra os desastres** e para a importância dos Programas de Prevenção e de Preparação Contra Emergências e Desastres. (BRASIL, 1999)³.

Ao lado disso, constata-se que, apesar de o envelhecimento populacional constituir uma das transformações demográficas mais significativas do século XXI, os cuidados devidos à população idosa têm sido insuficientes para garantir-lhe a proteção necessária no enfrentamento de desastres e suas consequências.

Em 1991, as Nações Unidas aprovaram um conjunto de cinco princípios para orientar as práticas social e civil para as pessoas em idade avançada: independência, participação, cuidados, autorrealização e dignidade. Estes princípios foram concebidos para reconhecer e

¹ “Condições determinadas por fatores ou processos físicos, sociais, econômicos e ambientais, que aumentam a susceptibilidade de uma comunidade ao impacto de ameaças. (Glossário da Estratégia Internacional para Redução de Desastres (EIRD). Disponível em: <http://www.fiocruz.br/vpaaps/media/GLOSSARIOREDUCAODESATRES.pdf>

² Lei 12.608 (2012) e Glossário de Defesa Civil: Estudos de Riscos e Medicina de Desastres (1998).

³ Manual de Planejamento em Defesa Civil, volume III.

promover as contribuições, pontos fortes, necessidades e os direitos das pessoas idosas em suas famílias, suas comunidades e na comunidade mundial. Em meio a conflitos e catástrofes humanitárias, esses princípios devem nortear todo trabalho relacionado a idosos; contudo, muitas vezes eles são desconhecidos, ignorados e violados. E isso ocorre justamente quando se verificam mudanças expressivas na história demográfica mundial, com uma expansão sem precedentes do número e da proporção de pessoas idosas, especialmente em países menos desenvolvidos.

A longevidade, objeto de crescente preocupação das sociedades, tem levado organismos internacionais como o Banco Mundial, a Organização das Nações Unidas (ONU) e a Organização Mundial de Saúde (OMS), a discutirem seus impactos nas economias nacionais. A progressiva redução nas taxas de mortalidade e de fecundidade é um dos fatores responsáveis por essa realidade que, embora ocorra em âmbito mundial, tem sido mais acentuado nos países em desenvolvimento, embora nestes, proporcionalmente, o contingente populacional idoso ainda seja menor do que nos países desenvolvidos. A ONU adotou o ponto de vista cronológico para a conceituação de idoso – nos países desenvolvidos, 65 anos; e nos países em desenvolvimento, cuja expectativa de vida é menor, 60 anos.

A cada segundo, duas pessoas completam 60 anos no mundo – são aproximadamente 58 milhões de pessoas que atingem os 60 anos⁴. No caso do Brasil, a previsão é de que, em 2025, existam 32 milhões de idosos, correspondendo à sexta população mais velha do planeta. Isso significa que o país vai ter que se preparar para novas demandas. O grande problema é que, nos países em desenvolvimento, a escassez de recursos materiais, humanos e tecnológicos dificulta o atendimento dos problemas que afligem a população idosa, ou seja, o aumento do número de idosos não acompanha as melhorias na qualidade de vida desse grupo etário e desafia infraestruturas nacionais, particularmente os sistemas de saúde.

Essa realidade se torna ainda mais evidente diante de situações críticas, como acidentes, desastres e demais calamidades, eventos que reconhecidamente afetam mais os idosos do que a população de outras faixas etárias, tendo em vista que aqueles geralmente têm propensão para doenças crônicas e limitações funcionais. Um aspecto a ser considerado é que as limitações decorrentes de acidentes sofridos pelos idosos ampliam ainda mais a sua vulnerabilidade, representando um fator de risco⁵ no contexto de desastres. Cabe ressaltar que

⁴ Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e HelpAge International, 2012.

⁵ Medida de danos ou prejuízos potenciais, expressa em termos de probabilidade estatística de ocorrência e de intensidade ou grandeza das conseqüências previsíveis. (Política Nacional de Defesa Civil - PNDC, 2007).

a percepção do risco⁶ é diretamente proporcional ao grau de desenvolvimento social de um estrato populacional, considerado em seus aspectos psicológicos, culturais, tecnológicos, econômicos e políticos. Um baixo nível de percepção do risco contribui para aumentar a vulnerabilidade das comunidades aos desastres e caracteriza um importantíssimo critério de agravamento dos mesmos.

O risco pode ser definido como a ‘percepção do perigo, da catástrofe possível’. Considerando que o risco é uma construção social, não há risco sem uma população ou indivíduo que o perceba, por isso, pode-se afirmar que é a ‘tradução de uma ameaça, de um perigo para aquele que está sujeito a ele e como ele o percebe’. Definida desde a Renascença, a noção do *risco* mudou para as sociedades modernas. Hoje, entram na categoria dos *riscos* alguns fatores de **vulnerabilidade** que não eram considerados no passado, tais como epidemias, fome e flutuações meteorológicas como frio, seca e inundações (VEYRET, 2007, apud MACHADO, 2009).

Como apontam Valencio *et al.* (2009), a denominação de desastres apresenta várias interpretações possíveis, mas destacam que aquilo que é reconhecido no meio institucional de Defesa Civil como desastre é, antes de tudo, o fenômeno de constatação pública de uma vulnerabilidade na relação do Estado com a sociedade diante do impacto de um fator de ameaça cujos danos e prejuízos não se conseguiu, a contento, impedir ou minorar.

Quando um município decreta, e tem reconhecido nos níveis superiores do Sistema Nacional de Defesa Civil (SINDEC), uma situação de emergência (s.e.) ou estado de calamidade Pública (e.c.p.), em última instância sinaliza a constatação da vulnerabilidade institucional, ou seja, uma incapacidade em lidar, preventiva ou preparativamente, com um evento ameaçante o que, ao fim e ao cabo, engendra a materialização de danos ao cidadão ali inserido. Trata-se, assim, de um indicador de falha no cumprimento do contrato social relativo à organização e administração públicos do espaço das relações econômicas e extraeconômicas territorializadas, o que fere dimensões de confiança no ente público que, às duras penas, precisará repactuar a convivência dos sujeitos em bases mais precárias. (p. 20).

E é na tentativa de contribuir para reduzir a vulnerabilidade da relação dos Estados com a Sociedade que a HelpAge International - Ação Global sobre Envelhecimento (HAI), uma rede mundial de organizações sem fins lucrativos, vem trabalhando, há mais de 20 anos, em conjunto com as agências humanitárias para atender às necessidades especiais dos

⁶ O senso de percepção do risco é conceituado pela Defesa Civil como impressão ou juízo intuitivo sobre a natureza e a magnitude de um risco determinado, e percepção sobre a importância ou gravidade de um risco determinado, com base no: (1) repertório de conhecimentos que o indivíduo adquiriu durante seu desenvolvimento cultural; (2) juízo político e moral da significação do nível de risco aceitável. (BRASIL, 1999).

idosos, em projetos de desenvolvimento em situações de emergências, sugerindo maneiras de fortalecer suas capacidades e suas contribuições. As diretrizes da HAI são baseadas numa ampla gama de pesquisas realizadas na Ásia, África, Europa e Américas e na experiência de muitos anos com desastres.⁷ Segundo o relatório *Older people in disasters and humanitarian crises: guidelines for best practice*⁸, publicado pela rede, para aqueles que trabalham em países em desenvolvimento, o envelhecimento da população continua sendo uma das questões mais ignoradas. Isto pode se dar, devido à crença generalizada de que nesses países há muito poucos idosos ou de que estruturas tradicionais existentes já lhes prestam a assistência devida. Há ainda a ideia equivocada de que os idosos são economicamente inativos. Em situações de crise, o objetivo declarado da maioria das organizações é fornecer assistência humanitária para as comunidades, se possível as mais vulneráveis; contudo a investigação conduzida pela HelpAge International mostra claramente que as pessoas mais velhas muitas vezes não são vistas como as mais vulneráveis. De acordo com o relatório, muitos idosos relataram ter problemas no acesso à ajuda humanitária, sendo que muitas vezes eles foram excluídos dos programas de apoio de recuperação social e econômica. A constatação é a de que os problemas dos idosos tem uma prioridade secundária nas atividades governamentais e que poucas organizações não-governamentais (ONGs) incluem os idosos entre a população-alvo, porque o equívoco comum é o de que as pessoas em idade avançada são muito difíceis de capacitar, não são receptivas a novas ideias e são incapazes de participar efetivamente de atividades comunitárias e econômicas.

Outra constatação, presente no relatório da HAI, é a de que a falta de consciência e de informação sobre a contribuição das pessoas idosas, suas circunstâncias, problemas e necessidades criam imagens negativas da velhice e que, apesar de o conhecimento sobre os problemas dos idosos estar aumentando, tais imagens e preconceitos persistem, ampliando sua “invisibilidade” e sua posição não prioritária. E em situações de emergência, em que a prestação de serviços e a alocação de recursos podem ser desiguais, essa invisibilidade muitas vezes faz com que os idosos sejam privados de recursos essenciais à sua sobrevivência. O relatório apresenta o resultado de pesquisas recentes que ressaltam o papel importante que as pessoas idosas desempenham em situações de emergências e suas contribuições sociais e econômicas, e nesse contexto considera que se deve assegurar que tenham acesso igualitário a serviços vitais, o que pressupõe prestadores de serviço mais conscientes dos problemas e

⁷ Deve-se destacar que a HelpAge é a única organização internacional que trabalha especificamente para atender às necessidades dos idosos, defender seus direitos e reconhecer a capacidade e a contribuição da população idosa em crises humanitárias.

⁸ Disponível em www.helpage.org/download/4c4c9487cd176

obstáculos que aqueles enfrentam e planejamentos próprios que apoie a capacidade dos idosos de viver de forma independente quando a situação de emergência terminar. As intervenções bem-sucedidas envolveriam tanto o bem-estar como a reabilitação dos idosos, correspondendo, ainda, às necessidades destes no contexto de suas famílias e suas comunidades.

Relevância

- Contribuir para a melhoria das políticas públicas voltadas para os idosos, principalmente aquelas relacionadas com a sua fragilidade em situações de desastres.
- Melhorar o nível de segurança dos idosos frente a acidentes domésticos e em ambientes externos, que possam fragilizá-los ainda mais em situações que exijam grande mobilidade e agilidade, como é o caso em situações de desastres.

Justificativas

- A inexistência de protocolos específicos de prevenção, preparação e resgate para a população idosa em caso de desastres.
- A falta de estudos que relacionem os frequentes acidentes envolvendo idosos e o conseqüente aumento da sua vulnerabilidade frente a situações de emergência, como no caso dos desastres.

Hipótese

As políticas públicas voltadas para os idosos, além de melhorar a qualidade de vida e aumentar a longevidade, também oferecem uma maior resiliência para esse segmento social durante uma situação de desastres.

Metodologia: Foi realizada uma pesquisa descritiva, com base em levantamento bibliográfico. Pelo fato de os desastres, em geral, serem um objeto de estudo contemporâneo, que, no Brasil, ainda está em processo, o estudo contou com poucas fontes de pesquisa disponíveis, sob forma de textos impressos, sejam livros, artigos ou outros documentos. Em relação ao idoso no contexto de desastres, as fontes foram ainda mais escassas. Os procedimentos metodológicos incluíram a coleta de dados na legislação referente aos direitos do idoso, em relatórios produzidos por órgãos oficiais, em documentos internacionais e na literatura que trata do tema do idoso e questões afins, de modo geral. A abordagem

multidisciplinar contemplou, ainda, estudos teóricos de áreas do conhecimento como Sociologia, Medicina e Psicologia.

Objetivo geral:

- Aumentar a resiliência da população idosa, no âmbito da Proteção e Defesa Civil.

Objetivos específicos:

- Investigar como o fenômeno do envelhecimento populacional impõe novos desafios em termos de medidas de proteção;
- Apontar as causas da vulnerabilidade do idoso e como elas configuram fatores limitadores no enfrentamento de desastres;
- Observar se a legislação brasileira e as políticas públicas de implementação de proteção social ao idoso apresentam resultados efetivos em momentos críticos.

O primeiro capítulo apresenta um panorama sobre crescimento demográfico e envelhecimento populacional, demonstrando como isso vem ocorrendo no Brasil e no mundo. Buscou-se, em subitem específico, apontar como o fenômeno do envelhecimento apresenta-se intimamente ligado com o fenômeno da urbanização, os desafios enfrentados pelas cidades para corresponder às expectativas da população idosa que nelas residem e o que tem sido feito, efetivamente, em termos de infraestrutura e medidas de proteção, levando-se em conta que o idoso, dada a sua vulnerabilidade, requer projetos e programas específicos.

O segundo capítulo trata da vulnerabilidade do idoso, buscando reconhecer as causas dessa fragilidade e como ela demanda determinadas ações por parte do Estado e da sociedade. Considerou-se que a condição de fragilidade/vulnerabilidade é ditada por uma multiplicidade de aspectos – físicos, sociais, ambientais, entre outros – e examinou-se como se dá a defesa e a proteção dessa vulnerabilidade, tendo em vista os marcos legais, internacionais e no Brasil. Avaliou-se aqui, mais detidamente, a legislação brasileira voltada para os idosos, criada para garantir-lhes direitos civis, culturais, econômicos, políticos e sociais. Ainda nesse capítulo, buscou-se demonstrar que, devido aos novos papéis que o idoso vem assumindo no mundo contemporâneo, sua imagem vem sendo reconstruída, o que aponta para uma nova mentalidade, responsável por uma revisão de antigos estereótipos, alicerçada numa mudança

cultural⁹. Para isso, foram fornecidos alguns dados elucidativos sobre o conceito de envelhecimento ativo, que ajuda a reforçar a imagem positiva do idoso na sociedade.

O terceiro capítulo apresenta um panorama geral sobre o idoso no contexto de desastres – classificados pela Defesa Civil Nacional como NATURAIS e TECNOLÓGICOS, aí incluídos os de intervenção humana. Para efeito de delimitação do tema proposto, a pesquisa restringiu-se a apresentar estatísticas das ocorrências de desastres naturais, devido ao aumento considerável não só de sua frequência e intensidade, mas também dos impactos gerados, com danos e prejuízos cada vez mais intensos, como registrado no Atlas Brasileiro de Desastres Naturais (2012).

Foi ressaltado o papel da Defesa Civil, definida como: “o conjunto de ações preventivas, de socorro, assistência e reconstrutivas, destinadas a evitar ou minimizar os desastres, preservar o moral da população e restabelecer a normalidade social” (PNDC, 2007), responsável tanto por reconhecer as áreas com maiores propensões a riscos de desastres como a considerar os estratos populacionais dentro dessas áreas mais vulneráveis a eles, demonstrando que os idosos continuam sendo um dos grupos mais seriamente atingidos, cabendo destacar, no entanto, que as fontes de consulta relativas ao idoso no contexto de desastres foram escassas. Apresentou-se, com base em dados estatísticos, um panorama geral da ocorrência de desastres naturais no mundo. Logo após, observou-se sua frequência no Brasil. A seguir foram indicadas as causas, consequências e prevenções relativas aos acidentes, por intensificarem a vulnerabilidade do idoso em situações de desastres, ressaltando-se a necessidade de se adotarem medidas de segurança, de modo a eliminar ou minimizar suas graves consequências para a população idosa.

⁹ Mudança cultural é o processo de transformação e de evolução social, conduzido por um esforço orientado e coletivo de educação global, com o objetivo de garantir o pleno desenvolvimento sociocultural das comunidades e dos indivíduos que a constituem. (Glossário da Defesa Civil, 1998).

1. ASPECTOS DEMOGRÁFICOS E EXPECTATIVA DE VIDA

1.1. Crescimento demográfico

Há cerca de 2000 anos, a população mundial girava em torno de 300 milhões de pessoas. Em 1800 alcançou um bilhão. O rápido crescimento teve início em 1950, com reduções de mortalidade nas regiões menos desenvolvidas, o que resultou numa população estimada em 6,1 bilhões no ano de 2000, quase duas vezes e meia a população de 1950. A média de expectativa de vida, que era de 48 anos no início da década de 1950, saltou para 68, na primeira década do novo século (UNFPA, 2011).

Segundo dados oficiais da ONU (UNITED NATIONS, 2011), em julho de 2011 a população mundial atingiu mais de 6,9 bilhões de pessoas. A projeção é de que atinja nove bilhões antes de 2050 e alcance 10 bilhões até o final do século, caso os níveis de fecundidade continuem a cair (Figura 1).

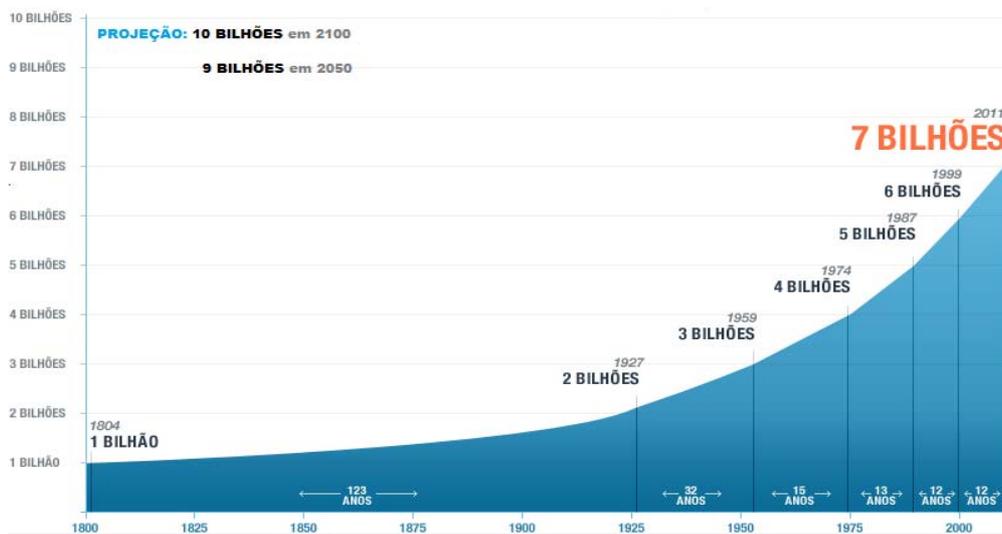


Figura 1 - Crescimento da População Mundial (1800- 2011) e projeções (2050-2100)
Fonte: UNFPA. Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011: pessoas e possibilidades em um mundo de 7 bilhões.

No Brasil, o resultado do Censo Demográfico 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) revelou que a população atingiu a marca de 190.755.799 habitantes em 1º de agosto, data de referência. A população cresceu, em 138 anos, quase 20 vezes, desde o primeiro recenseamento realizado no país, em 1872, quando havia 9.930.478 habitantes (Figura 2). Entre os países mais populosos, o Brasil passou da 8ª

posição em 1950 para a 5ª em 2010, atrás da China, Índia, Estados Unidos e Indonésia.

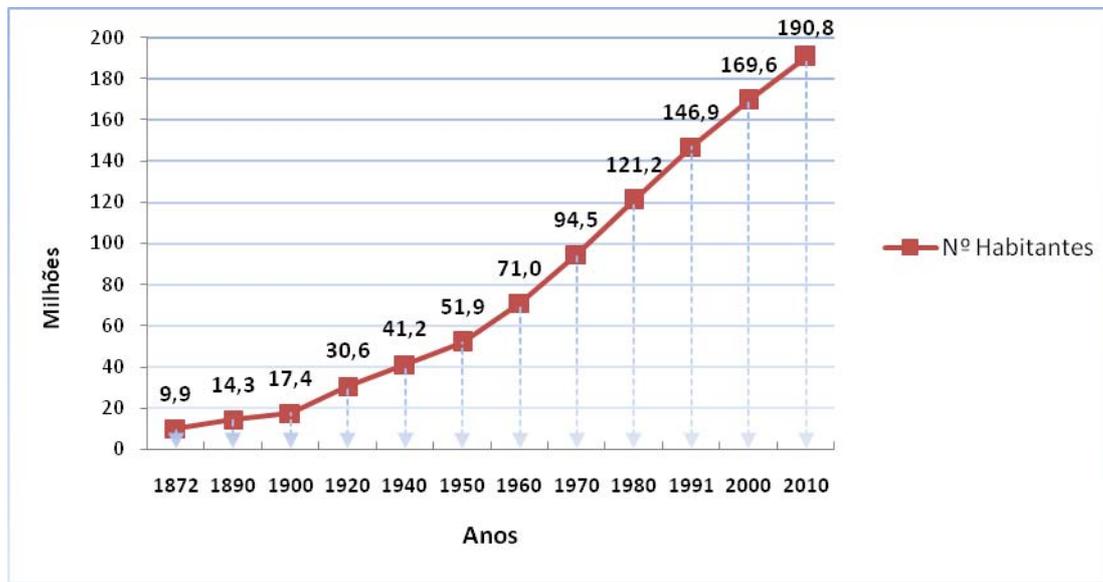


Figura 2 - População nos Censos Demográficos no Brasil (1872-2010)

Fonte: IBGE. Sinopse do Censo Demográfico 2010 (Tabela 1.4).

Ainda segundo o IBGE (2010), até a década de 1940, predominavam altos níveis de fecundidade e mortalidade no país. Com a diminuição desta última em meados dos anos de 1940 e a manutenção dos altos níveis de fecundidade, o ritmo do crescimento populacional brasileiro evoluiu para quase 3,0% ao ano na década de 1950. No começo dos anos de 1960, os níveis de fecundidade começaram lentamente a declinar, queda que se acentuou na década seguinte. O período 2000-2010 é uma continuidade da tendência observada a partir da década de 1960, com a população brasileira passando a crescer em ritmo menos acentuado.

A taxa de fecundidade total corresponde ao número médio de filhos que uma mulher teria no final do seu período fértil; essa taxa no Brasil ficou em torno de 1,94 filho. Nas últimas décadas pode-se observar uma diminuição na taxa de fecundidade, e sua redução reflete a mudança que vem ocorrendo no Brasil em especial com o processo de urbanização e com a entrada da mulher no mercado de trabalho. (Atlas Brasileiro de Desastres Naturais, 2012, p. 25).

A evolução da taxa de fecundidade total no Brasil pode ser observada na Figura 3.

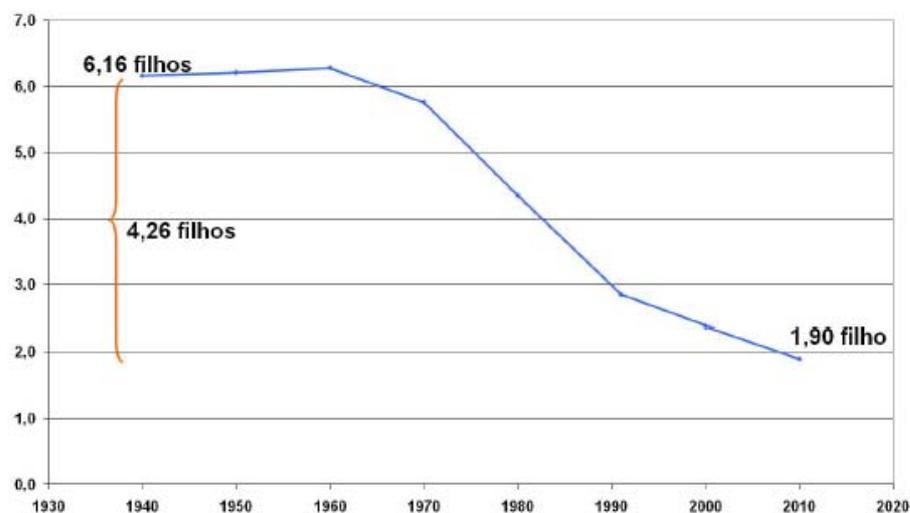


Figura 3 - Taxa de Fecundidade Total – Brasil – 1940-2010

Fonte: IBGE. Censo Demográfico 2010. Resultados gerais da amostra (27/04/2012).

Nota: o ano de 2010 apresentou redução de 69,2% em relação ao valor de 1940.

1.2. O envelhecimento da população

O envelhecimento populacional é estabelecido em nível coletivo e define-se pelo aumento da participação das faixas etárias mais avançadas na estrutura etária da população. Os países com elevado crescimento vegetativo, ou seja, quando a taxa de natalidade supera a de mortalidade, como os subdesenvolvidos, por exemplo, apresentam uma estrutura etária jovem, e aqueles com moderado crescimento demográfico, os desenvolvidos, apresentam uma estrutura etária adulta e velha.

Do ponto de vista cronológico, definido pela I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Viena (Áustria, 1982), a população idosa é definida como o grupo de pessoas com 60 anos ou mais. Em 1985, a ONU adotou a idade de 65 anos para que o indivíduo seja considerado idoso somente nos países desenvolvidos, e 60 anos de idade nos países em desenvolvimento, onde a expectativa média de vida é menor, devido ao nível da qualidade de vida, definida pela OMS (1995) como: *a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.*

Atualmente, segundo o relatório "Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio" (UNFPA, 2012), há no mundo 810 milhões de pessoas com 60 anos ou mais,

constituindo 11,5% da população global. Projeta-se que esse número alcance 1 bilhão em menos de 10 anos e mais que duplique em 2050, alcançando 2 bilhões de pessoas, ou seja, 22% da população global. Cabe ressaltar que no ano 2000 havia mais pessoas com 60 anos ou mais do que crianças menores de 5 anos e, de acordo com as projeções, em 2050, pela primeira vez na história da humanidade, haverá mais pessoas desse grupo etário do que crianças menores de 15 anos.

Com relação às mudanças nos perfis demográficos dos países, verifica-se que, em seis décadas, enquanto a expectativa de vida ao nascer elevou-se em 12 anos entre 1950 e 2010 nas regiões mais desenvolvidas, o crescimento foi muito maior nas regiões menos desenvolvidas, onde a expectativa de vida aumentou 26 anos no mesmo período. Nos países menos desenvolvidos, o aumento foi de 19 anos.¹⁰ (Tabela 1).

Tabela 1 - Expectativa de vida ao nascer (mundo, regiões e Brasil) - 1950-2050.

	1950	1970	1990	2010	2030	2050
MUNDO	46	58	64	69	73	76
Regiões Mais Desenvolvidas	65	71	74	77	81	83
Regiões menos Desenvolvidas	41	54	62	67	71	75
África	37	45	51	56	63	69
Ásia	42	56	64	70	74	77
Europa	64	71	73	76	79	82
América Latina e Caribe	50	60	68	74	78	80
América do Norte	68	71	75	79	81	83
Oceania	60	66	72	77	80	83
BRASIL	50	59	66	73	77	80

Fonte: Global Agenda Council on Ageing Society (2012). “Global Population Ageing: Peril or Promise?” World Economic Forum – Committed to Improving the State of the World.¹¹

¹⁰ Os países e regiões são agrupados geograficamente em seis grandes áreas designadas como: África, Ásia, Europa, América Latina-Caribe e América do Norte e Oceania. As regiões mais desenvolvidas compreendem: América do Norte, Japão, Europa, Austrália e Nova Zelândia. As regiões menos desenvolvidas compreendem todas as regiões da África, América Latina e Caribe, Ásia (excluindo Japão), Melanésia, Micronésia e Polinésia. Os países menos desenvolvidos, tal como definido pela Assembléia Geral das Nações Unidas nas suas resoluções (59/209, 59/210, 60/33, 62/97, 64/L.55) incluem 48 países em 2011, sendo 33 na África, 9 na Ásia, 5 na Oceania e um na América Latina e no Caribe.

¹¹ Disponível em: http://www3.weforum.org/docs/WEF_GAC_GlobalPopulationAgeing_Report_2012.pdf

Numa breve análise, podemos verificar que, de 2010 a 2050, a expectativa de vida, em termos mundiais, deverá aumentar de 69 para 76 anos. Nas regiões mais desenvolvidas, o aumento previsto passará de 77 anos em 2010 para 83 anos em 2050. Já nas regiões menos desenvolvidas, o aumento deverá passar de 67 para 75 anos no mesmo período. A África apresenta a menor expectativa de vida de todo o grupo: 56 anos em 2010, com projeção de alcançar 69, em 2050. O Brasil encontra-se acima da média, tanto em relação às regiões menos desenvolvidas quanto em nível mundial.

Ainda segundo o relatório "Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio", outro dado relevante é que, atualmente, de cada 3 pessoas com 60 anos ou mais, 2 vivem em países em desenvolvimento. O cenário para 2050 é que esse número seja de quase 4 em cada 5 pessoas. A OMS também estima que por volta do ano 2020, quando a expectativa é de que o total de pessoas com 60 anos ou mais atinja um bilhão, 710 milhões estejam nos países em desenvolvimento. O aumento desse contingente populacional no mundo, de acordo com as regiões de desenvolvimento, pode ser observado na Figura 4.

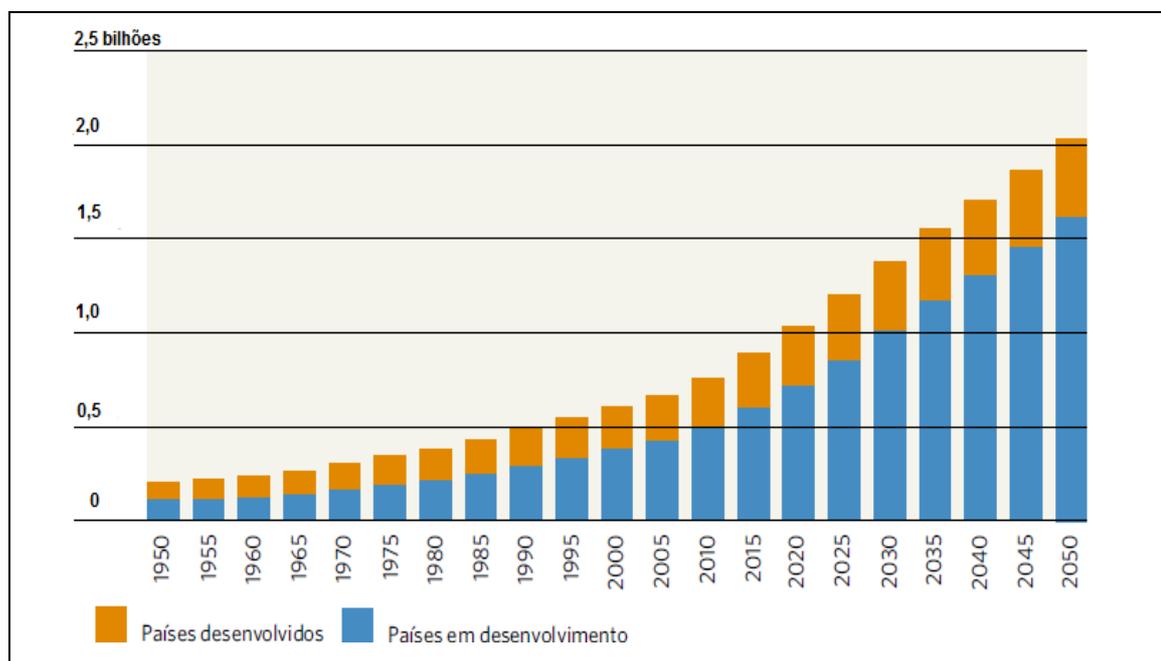


Figura 4 - Número de pessoas com 60 anos ou mais: mundo, países desenvolvidos e em desenvolvimento, 1950-2050

Fonte: DESA: Envelhecimento da População Mundial 2011(tradução da autora).

O documento registra também que, atualmente, o Japão é o único país no mundo com mais de 30% de sua população com 60 anos ou mais. Mas a projeção para 2050 é de que haverá 64 países nos quais a população idosa constituirá mais de 30% da população. Há ainda

um crescimento acentuado do grupo de idosos com 80 anos ou mais, indicando alteração da composição etária dentro do próprio grupo, o que revela a heterogeneidade deste segmento populacional. Outro dado expressivo refere-se ao número de centenários, que aumentará de 316.600, em 2011, para 3,2 milhões em 2050.

O Relatório sobre a Situação da População Mundial (UNFPA, 2011) reporta que, em países de média e baixa rendas, os percentuais da população com 60 anos ou mais, 70 anos ou mais, e em alguns casos acima de 80 anos, estão em constante ascensão. E o relatório das Nações Unidas *World Population Prospects: the 2010 Revision* registra que, nas regiões mais desenvolvidas, a população de 60 anos ou mais passou de 12% em 1950 para 22% em 2010, devendo atingir 32% até 2050. Já nas regiões em desenvolvimento, essa participação aumentou de 6% em 1950 para 9% em 2010, mas essa proporção será mais que o dobro até 2050, atingindo 20% naquele ano.

O envelhecimento da população está acontecendo em todos os países, embora essa realidade seja vivenciada de formas diferentes. Segundo dados da OMS, apresentados no relatório *Global Health and Aging* (2011)¹², nos países pobres e emergentes aumenta a velocidade com que se verifica o envelhecimento da população, um processo que, em países como a França e Suécia, se prolongou durante décadas. Na França, passaram-se mais de 100 anos para que a porcentagem de idosos com 65 anos aumentasse de 7% para 14%, enquanto em sociedades como o Brasil, China e Tailândia esse mesmo caminho demográfico deverá ser percorrido em torno de duas décadas. A previsão é a de que, em 2050, 80% dos idosos viverão em países com menor receita (Figura 5).

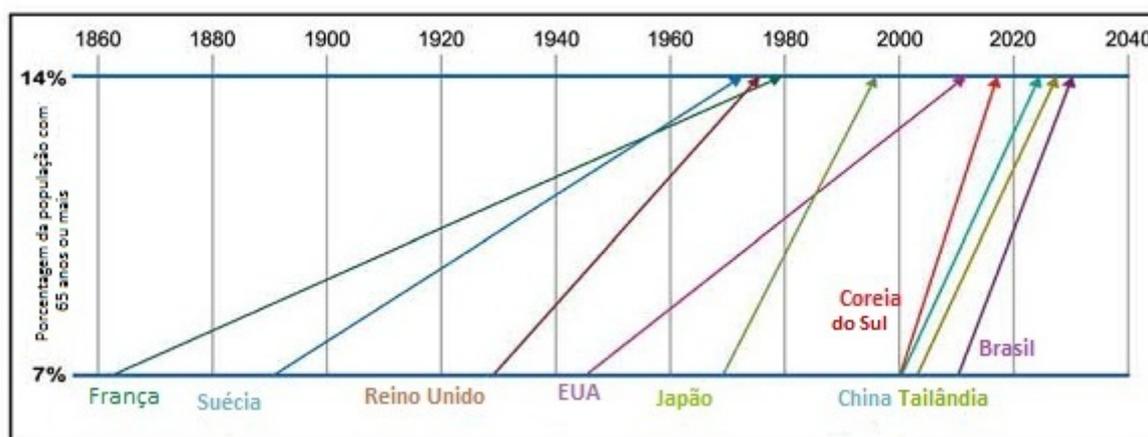


Figura 5 - A velocidade do envelhecimento da população mundial
Fonte: Relatório *Global Health and Aging* – OMS, 2011 (tradução da autora).

¹² Disponível em http://www.who.int/ageing/publications/global_health.pdf

1.3. Envelhecimento no Brasil

A Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/94), primeira lei específica para assegurar os direitos da pessoa idosa no Brasil e o Estatuto do Idoso (Lei 10.741/2003), que regulamenta esses direitos, conceitua como idoso a faixa da população com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos. Contudo, atrelado às questões econômicas, o Estatuto assegura alguns direitos apenas a partir de 65 anos de idade, como se observa no Art. 34, que assegura o benefício mensal de 1 (um) salário-mínimo aos idosos que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, e no Art. 39, que trata sobre a gratuidade dos transportes coletivos públicos urbanos e semiurbanos, embora em seu parágrafo 3º, a gratuidade entre 60 (sessenta) e 65 (sessenta e cinco) anos, fique a critério da legislação local. Cabe ressaltar que a definição da idade para aposentadoria é objeto de legislação específica.

O Brasil, como os demais países em desenvolvimento, assiste a uma redução proporcional da população jovem e a um aumento na proporção e no número absoluto de idosos. O Censo Demográfico (IBGE, 2010) apontou um aumento bastante significativo desse grupo nos últimos 50 anos. Em 1960, 3,3 milhões de brasileiros tinham 60 anos ou mais e representavam 4,7% da população. Em 2000, 14,5 milhões, ou 8,5% dos brasileiros, estavam nesse grupo. Na última década, o salto foi grande; em 2010 a representação passou para 10,8% da população, correspondendo a 20,6 milhões de pessoas.

Também vêm aumentando, proporcionalmente, e de maneira mais acelerada, os denominados “mais idosos, muito idosos ou idosos em velhice avançada” (acima de 80 anos), constituindo, dentro do grupo de idosos, o segmento populacional que mais cresce nos últimos tempos, sendo hoje mais de 12% desse grupo. Em contrapartida, a proporção de crianças e adolescentes com até 14 anos de idade vem diminuindo no país. A participação destes na população total caiu de 29,6% em 2000 para 24,1% em 2010.

O Censo do IBGE 2010 ratificou a aceleração do processo de envelhecimento populacional, a redução na taxa de fecundidade e a reestruturação da pirâmide etária. Em meio século (1960-2010), a esperança de vida do brasileiro aumentou 25,4 anos, passando de 48,0 para 73,4 anos. Por outro lado, o número médio de filhos por mulher caiu de 6,3 filhos para 1,9 nesse período, valor abaixo do nível de reposição da população. Essas mudanças

alteraram a pirâmide etária, com estreitamento da base e o alargamento do topo, refletindo a estrutura de população mais envelhecida, característica dos países mais desenvolvidos¹³.

Com relação à Esperança de Vida ao Nascer o brasileiro vive, em média, 73,1 anos. Este índice, quando específico para o sexo feminino, sobe para 77 anos. E, no caso do sexo masculino, o indicador de esperança de vida fica em torno de 69,4 anos. No Brasil, o aumento de esperança de vida ao nascer, em combinação com a queda do nível geral de fecundidade, resulta no aumento absoluto e relativo da população idosa. (Atlas Brasileiro de Desastres Naturais, p. 25).

A Figura 6 ilustra as transformações da estrutura etária por sexo e idade da população brasileira, ao longo do período 1960-2010, enfocando o crescimento do contingente de idosos.

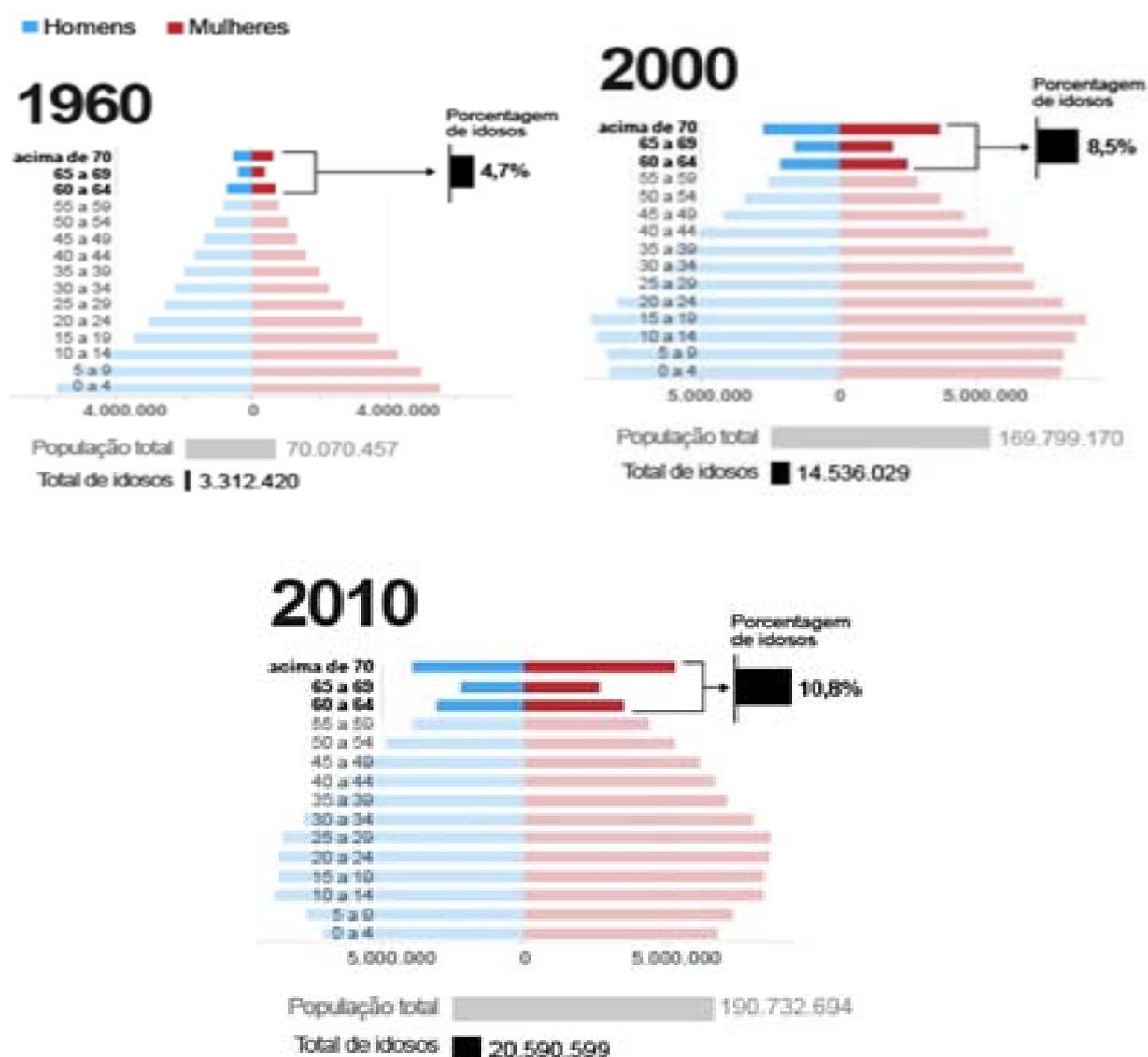


Figura 6 - Pirâmides Etárias - População Brasileira (por grupos etários e sexo) -1960-2010

Fonte: IBGE (Censos demográficos: 1960, 2000 e 2010).¹⁴

¹³ Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=2170

De acordo com o relatório *Global Population Ageing: Peril or Promise?* (2012), do Fórum Econômico Mundial (FEM), a participação da população idosa atingirá 29% em 2050, ficando acima da média prevista para a América Latina e Caribe e para as regiões menos desenvolvidas. Segundo a OMS (2010)¹⁵, no período de 1950 a 2025, o grupo de idosos no Brasil deverá ter aumentado em 15 vezes, enquanto a população total, em cinco. Assim, o país ocupará o sexto lugar quanto ao contingente de idosos, alcançando, em 2025, cerca de 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade.

Os dados apresentados neste capítulo relativos ao envelhecimento, no mundo e no Brasil, encontram-se sintetizados nas Tabelas Tabela 2 , Tabela 3 e Tabela 4.

Tabela 2 - Síntese dos dados sobre envelhecimento no mundo (2012, 2020 e 2050).

Anos	Número de idosos	Informações adicionais
2012	810 milhões (11,5%) *	De cada 3 idosos ,2 vivem países em desenvolvimento
2020	1 bilhão	710 milhões de idosos viverão em países em desenvolvimento
2050	2 bilhões(22 %) *	De cada 5 idosos, 4 viverão em países em desenvolvimento

* Percentual da população global

Tabela 3 - Síntese dos dados sobre envelhecimento no Brasil (1960, 2000, 2010, 2025 e 2050).

Anos	Número de Idosos	Informações adicionais
1960	3,3 milhões (4,7%) *	
2000	14,5 milhões (8,5%) *	
2010	20,6 milhões (10,8%) *	12% com 80 anos ou mais
2025	32 milhões	6ª população mais velha do mundo
2050	Cerca de 60 milhões (30%) *	

¹⁴ Ilustração extraída de G1 Brasil, disponível em <http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/em-50-anos-percentual-de-idosos-mais-que-dobra-no-brasil.html>.

¹⁵ Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=35338&janela=1

Tabela 4 - Síntese de dados mundiais sobre envelhecimento (2000, 2011, 2012 e 2050).

Anos	Estatísticas Mundiais
2000	Mais idosos que crianças menores de 5 anos.
2011-2050	Idosos com 100 anos ou mais: passará de 316.600 em 2011 para 3,2 milhões em 2050.
2012-2050	Atualmente, o Japão é o único país cujo grupo de idosos constitui mais de 30% da população. Por volta de 2050, sessenta e quatro países apresentarão o mesmo panorama.
2050	Pela primeira vez haverá mais idosos que crianças menores de 15 anos.

Vale registrar, ainda, que uma tendência ligada ao envelhecimento da população diz respeito ao número crescente de idosos que vivem sozinhos, seja por opção própria ou por uma série de outros fatores, como a redução do número de filhos, o aumento do número de divórcios, a melhoria nas condições de saúde e o aumento da longevidade. (OMS, 2011).

Estudo realizado pela ONU indica que uma em cada sete pessoas idosas, no mundo, vive sozinha, sobretudo em países desenvolvidos (PEDRAZZI *et al*, 2010). No Brasil, o número de idosos nessa situação está crescendo: do total de brasileiros com mais de 60 anos, somam quase 3 milhões, o que representa 14%.

Atualmente, a possibilidade de o idoso ser agente, ele mesmo, de seu bem-estar também se expressa no fato de ele morar só, o que, seja por condição ou por opção, não configura necessariamente um problema quando ele é autônomo e independente, possuindo capacidade tanto de se prevenir, quanto de resistir e contornar os impactos de situações adversas.

1.4. Envelhecimento e urbanização

A urbanização e o envelhecimento populacional são duas tendências mundiais. A população urbana, que já corresponde à metade da humanidade, dobrará até 2050, de acordo com a ONU. A questão urbana passou a integrar a agenda de políticas públicas para o envelhecimento populacional a partir do Plano de Madrid, em 2002. Por questão urbana, entendem-se mais do que apenas as condições do espaço público, tais como adaptações na rede de transporte coletivo, trânsito, poluição e áreas específicas para facilitar a autonomia, independência e acesso do idoso: é preciso incluir a arquitetura de imóveis, o espaço

doméstico e a oferta de instrumentos de lazer e esporte compatíveis com as necessidades e capacidades dos idosos.

Em geral, o meio urbano é menos favorável que o meio rural a sustentar a rede tradicional de famílias dispersas e o sistema de reciprocidade. As pessoas mais velhas que tenham migrado das zonas rurais para as zonas urbanas dos países em desenvolvimento precisam com freqüência fazer frente à perda das redes sociais e à falta de infraestrutura de apoio nas cidades, o que pode levar a seu isolamento e exclusão, ainda mais se estão doentes ou inválidas. Nos países com uma longa história de migração das zonas rurais para as urbanas e de expansão de cidades subdesenvolvidas, há uma população cada vez maior de idosos vivendo na pobreza. Para migrantes mais velhos de países em desenvolvimentos e de países de economia em transição, o meio urbano costuma caracterizar-se pelo amontoamento, pela pobreza, pela perda da autonomia econômica e pouca assistência material e social prestada pelos familiares que precisam trabalhar fora de casa. (**Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, ONU, 2002, p.39)

O processo de industrialização e urbanização, iniciado no Brasil a partir da Segunda Guerra Mundial, fez com que tomassem ímpeto os movimentos migratórios de áreas rurais com destino às áreas urbanas do País. De acordo com o IBGE, em 1950, 63,8% da população total residiam em áreas rurais e em 1970, pela primeira vez, o número de habitantes residindo em áreas urbanas ultrapassou o número de habitantes residindo em áreas rurais: 55,9% da população total. Em 2010, a população urbana foi predominante, representando 84,4% da população total (Figura 7).

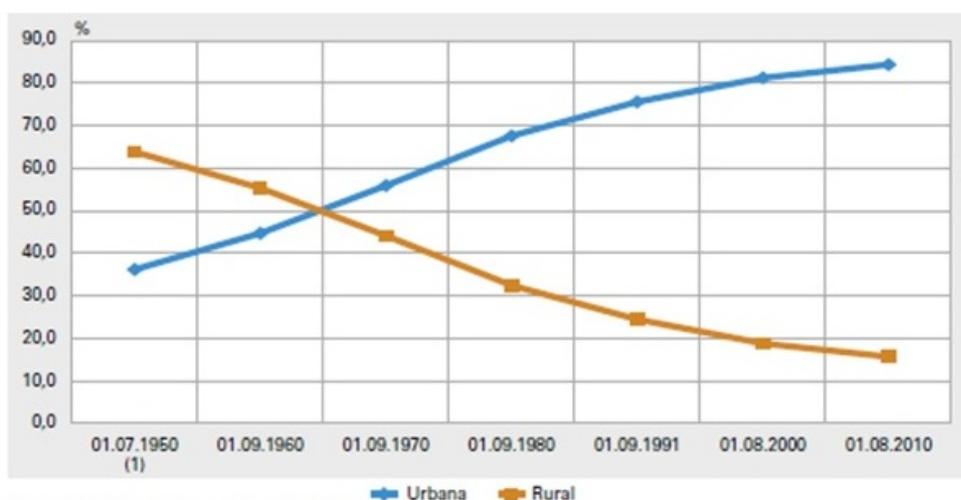


Figura 7 - Proporção da população residente, por situação do domicílio no Brasil (1950-2010)
Fonte: IBGE, Censo Demográfico 1950-2010. (1) Para o cálculo da taxa foi utilizada a população presente em 1950, enquanto para os anos seguintes foi utilizada a população residente.

O Censo Demográfico (IBGE, 2010) indica que em 78 municípios brasileiros a população idosa já representa 20% da população total da cidade, ou seja, uma em cada cinco pessoas tem 60 anos ou mais de idade. Mais da metade (53,2%) dos cerca de 20,6 milhões de pessoas com idade superior a 60 anos vive em municípios mais populosos, com mais de 100 mil habitantes.

O tema da urbanização é objeto da Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), Lei 12.608, sancionada em abril de 2012, que traz avanços importantes nos trabalhos da Defesa Civil e sua integração com o Planejamento Urbano.

Art. 3º A PNPDEC abrange as ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação voltadas à proteção e defesa civil.

Parágrafo único. A PNPDEC deve integrar-se às políticas de ordenamento territorial, desenvolvimento urbano, saúde, meio ambiente, mudanças climáticas, gestão de recursos hídricos, geologia, infraestrutura, educação, ciência e tecnologia e às demais políticas setoriais, tendo em vista a promoção do desenvolvimento sustentável.

Em seu art. 5º, inciso VI, a PNPDEC estabelece como objetivo: “estimular o desenvolvimento de cidades resilientes e os processos sustentáveis de urbanização”, e em seu inciso X, “estimular o ordenamento da ocupação do solo urbano e rural, tendo em vista sua conservação e a proteção da vegetação nativa, dos recursos hídricos e da vida humana”.

As cidades podem se transformar em elementos geradores de riscos, quando apresentam, por exemplo, infraestrutura e serviços deficientes, degradação do ambiente urbano e aumento das ocupações irregulares. Isto faz com que muitos cidadãos sejam mais vulneráveis às ameaças naturais. A Estratégia Internacional para Redução de Desastres das Nações Unidas¹⁶ (EIRD, ou UNISDR na sigla em inglês) fomenta a ampliação da consciência e do compromisso em torno das práticas de desenvolvimento sustentável, como forma de reduzir o risco de desastres e incrementar o bem-estar e a segurança dos cidadãos.

No Brasil, a Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC), do Ministério da Integração Nacional, lançou em 2011, a campanha “Construindo Cidades Resilientes: Minha Cidade está se Preparando”¹⁷, da EIRD, coordenada pela ONU. A campanha define “Cidade Resiliente” como aquela que tem capacidade de resistir, absorver e se recuperar de forma eficiente dos efeitos de um desastre e, de maneira organizada, prevenir que vidas e bens sejam perdidos. Um dos apelos da campanha é no sentido de mostrar que a redução de riscos e

¹⁶ A missão da EIRD é catalisar, facilitar, mobilizar os recursos e o compromisso em âmbito nacional, regional e internacional dos atores do Sistema da EIRD, para construir resiliência nas nações e nas comunidades em face de desastres, por meio da implementação do Plano de Ação de Hyogo..

¹⁷ Disponível em: <http://eird.org/curso-brasil/docs/modulo7/4.SEDEC-Cidades-Resilientes.pdf>

desastres ajuda a diminuição da pobreza, favorece a geração de empregos, de oportunidades comerciais e a igualdade social, além de garantir ecossistemas mais equilibrados e melhorias nas políticas de saúde e educação.

Hoje existem, no mundo, cerca de 800 milhões de pessoas com mais de 60 anos, e em 2050 a população nessa faixa etária será de quase 2 bilhões. A consequência disso é que a sociedade precisará repensar o lugar dos idosos nas cidades. Nesse sentido, foi desenvolvido o Projeto Mundial Cidade Amiga do Idoso, coordenado por Alexandre Kalache¹⁸ e Louise Plouffe, da sede da OMS em Genebra, na Suíça. O Projeto foi lançado pela OMS no XVIII Congresso da Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (IAGG) realizado no Rio de Janeiro, Brasil, em junho de 2005. O projeto contou com uma pesquisa participativa, que subsidiou a elaboração do *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso*, realizada em 33 cidades do mundo, onde foram feitas entrevistas com grupos focais de idosos durante seis meses. Foram entrevistados, nestas cidades, mais de 1550 idosos e 750 “cuidadores”.

O Brasil foi representado pela cidade do Rio de Janeiro, bairro de Copacabana. O resultado consistiu em uma abordagem de "baixo para cima" (com a participação ativa dos idosos, eles próprios – por meio de grupos focais e estudos qualitativos –, relatando quais são seus problemas e que soluções gostariam de ver adotadas), mas também de "cima para baixo", já que o projeto considerou fundamental a participação do poder público, de modo que as soluções apontadas pelos idosos encontrassem ressonância e aplicação prática.

O *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso* foi lançado pela OMS em 1º de outubro de 2007, por ocasião do Dia Internacional do Idoso. Tendo como foco o envelhecimento ativo, o objetivo do Guia foi o de mobilizar as cidades para que se tornem mais amigas do idoso, de modo a usufruírem do potencial que os idosos representam para a humanidade.

O Guia é o resultado dos estudos das características essenciais do ambiente urbano propícias a um envelhecimento ativo e saudável e retrata os aspectos positivos e os obstáculos que os idosos encontram nas cidades em que vivem, fornecendo uma lista de checagem sobre oito quesitos: 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.

¹⁸ Médico carioca e pesquisador em saúde pública. Ex-diretor do Programa de Envelhecimento e Saúde da OMS (em Genebra) entre 1995 e 2007. Doutor em saúde pública pela Universidade de Oxford na Inglaterra. Fundador da Unidade de Epidemiologia do Envelhecimento da Universidade de Londres e criador do primeiro mestrado em Promoção da Saúde da Europa.

Segundo o Guia Global Cidade Amiga do Idoso,

(...) já em 2007, mais da metade da população mundial está vivendo em cidades. O número de mega-cidades, isto é, cidades com 10 milhões de habitantes ou mais, aumentou dez vezes, passando de 2 para 20, ao longo do século XX, e respondiam por 9% da população urbana do mundo em 2005. O número e a proporção da população urbana continuarão a aumentar nas próximas décadas, especialmente em cidades com menos de cinco milhões de habitantes. Mais uma vez, esse crescimento está se dando muito mais rapidamente em países em desenvolvimento. Em 2030, cerca de três em cada cinco pessoas no mundo habitarão em cidades e o número da população urbana nas regiões menos desenvolvidas será quase quatro vezes maior que nas regiões mais desenvolvidas. (p. 8).

Um contingente maior de idosos também está morando em cidades. Em 80% dos casos, a proporção de residentes idosos chega a ser semelhante à de moradores de faixas etárias mais jovens; a proporção de aumento populacional se dará no mesmo ritmo entre indivíduos mais velhos e mais jovens. 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. (p. 9).

O *Guia Global: Cidade Amiga do Idoso* atualmente está sendo utilizado em várias partes do mundo, ajudando no desenvolvimento do Programa. Redes¹⁹ estão sendo desenvolvidas no Canadá, Espanha, Japão, Reino Unido, América Latina, Caribe e Oriente Médio. Com a formação dessas redes, as cidades podem se ajudar umas às outras e partilhar de boas práticas que lhes permitam superar problemas semelhantes. Em uma cidade amiga do idoso, políticas, serviços, ambientes e estruturas dão apoio e capacitam as pessoas a envelhecerem ativamente. Segundo Kalache, “uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação e segurança²⁰, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem.”(2008).

1.5. O desafio das instituições sociais

O impacto gerado pelo envelhecimento populacional constitui um desafio tanto para o poder público quanto para as famílias brasileiras, responsáveis legais pelo cuidado com os idosos. A Política Nacional do Idoso - PNI (Lei nº 8.842 de 04 de janeiro de 1994) determina que:

¹⁹A Rede Global de Cidades Amigas dos Idosos foi lançada em junho/2010 pela OMS.

²⁰ Estado de confiança, individual ou coletivo, baseado no conhecimento e no emprego de normas de proteção e na convicção de que os riscos de desastres foram reduzidos, em virtude de terem sido adotadas medidas minimizadoras. (PNDC, 2007).

A família, a sociedade e o estado têm o dever de assegurar ao idoso todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida (Art.º 3º, inciso I).

O Estatuto do Idoso (Lei 10.741, de 1º de janeiro de 2003), por sua vez, estabelece que:

Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada.

§1º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família.

Constitui diretriz da PNI (Art. 4º, inciso III) a “priorização do atendimento ao idoso através de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições que garantam sua própria sobrevivência.” Geralmente as atividades de cuidado são desenvolvidas pelas mulheres; porém, em virtude da inserção da mulher no mercado de trabalho, esse papel social está sendo modificado.

O estudo do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) intitulado **Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?** analisa a responsabilidade e o desafio para as políticas públicas e famílias brasileiras no que se refere aos cuidados de longa duração para a população idosa. Segundo esse estudo, cerca de 4,5 milhões de idosos – 1,3 milhão a mais do que em 2008 – terão dificuldades para exercer as atividades diárias em 2020, sendo que, desse total, 62,7% serão do sexo feminino. (IPEA, 2010).

Para Camarano, organizadora do estudo, ainda que a proporção de idosos com incapacidade funcional diminua, como resultado de melhorias nas condições de saúde e de vida em geral, muito provavelmente cerca de 3,8 milhões de idosos vão precisar de cuidados de longa duração em 2020. Segundo ela, “é urgente pensar uma política de cuidados de longa duração para a população idosa brasileira, inclusive porque a oferta de cuidadores familiares tende a se reduzir nos próximos anos”²¹. Esse estudo evidencia que a profissão de “cuidador de idosos” está se estabelecendo como um segmento forte que não para de crescer.

²¹ Disponível em <http://www.ipea.gov.br>

No esforço de preencher essa lacuna, o Senado Federal aprovou, em 2012, um projeto de lei (PLS 284/2011²²) que regulamenta a profissão, o que significa um avanço na direção de assegurar a qualidade dos serviços e a capacitação de profissionais que são responsáveis por acompanhar essa parcela da população.

Cuidador de idoso é o profissional que, no âmbito domiciliar ou de instituição de longa permanência para idosos, desempenha funções de acompanhamento, como a prestação de apoio emocional e na convivência social do idoso; o auxílio e o acompanhamento na realização de rotinas de higiene pessoal e ambiental e de nutrição; os cuidados de saúde preventivos, a administração de medicamentos de rotina e outros procedimentos de saúde; e o auxílio e o acompanhamento no deslocamento do idoso. (PLS 284/11).

Segundo a Coordenação Geral dos Direitos do Idoso (CGDI), área da Secretaria de Direitos Humanos responsável por elaborar, implementar e acompanhar políticas públicas voltadas para a população idosa, as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são:

estabelecimentos para o atendimento integral institucional, cujo público-alvo são as pessoas de 60 anos ou mais, dependentes ou independentes, que não dispõem de condições para permanecer com a família ou em seu domicílio. Essas instituições, conhecidas por denominações diversas (abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato) devem proporcionar serviços na área social, médica, de psicologia, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional e odontologia, além de outras áreas, conforme necessidades desse segmento etário. (CGDI)²³

No Brasil, o número de instituições que oferece cuidado para o idoso fora da família ainda é reduzido. Para Camarano, a ação dos órgãos governamentais é mínima, reduzida à modalidade de abrigamento nas ILPIs – os “asilos” do passado.

De acordo com outro estudo do IPEA, intitulado “Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil”, divulgado em 24/05/2011, o Brasil, com mais de 20 milhões de idosos, possui poucas alternativas para os cuidados de longa permanência destinados aos idosos dependentes. No período pesquisado (2007-2009), o panorama foi o seguinte: 71% dos municípios não possuíam nenhuma instituição para idosos, e a oferta no país, de modo geral, se restringia ao total de 3.548 instituições (públicas e privadas), sendo apenas 218 públicas. O governo federal tinha apenas

²² Disponível em: <http://www12.senado.gov.br/noticias/jornal/edicoes/2012/10/18/cuidador-de-pessoa-idosa-tem-profissao-regulamentada>

²³ Disponível em: <http://www.sedh.gov.br/acessoainformacao/faq/Perguntas%20e%20respostas%20CGDI.pdf>

uma instituição para idosos, o Abrigo Cristo Redentor, no Rio de Janeiro, que atendia a 298 pessoas.

No total, 83.870 idosos viviam em asilos, ou seja, 0,5% dessa população, sendo que 76,8% estavam acolhidos na rede filantrópica. Isto pode ser reflexo do baixo número de instituições e do preconceito em relação a essa modalidade de cuidados. A situação retrata a omissão do poder público na oferta de política estruturadora de cuidados, que não considera a constante mudança na composição das famílias brasileiras. Outro problema apontado é a falta de investimento nessas instituições, o que leva o idoso a manter-se dependente de hospitais por tempo indeterminado.

Questões desse tipo demonstram o quanto o acelerado processo de envelhecimento da população brasileira e as mudanças na oferta de cuidados disponíveis no âmbito familiar impõem às políticas públicas o desafio de incorporar a proteção aos idosos dependentes, visando diminuir a vulnerabilidade desse contingente populacional.

2. A VULNERABILIDADE²⁴ DO IDOSO

O processo de envelhecimento é uma modificação na qual as capacidades físicas, mentais e nervosas do corpo humano gradualmente declinam. Os sinais físicos mais evidentes do envelhecimento é o enfraquecimento dos ossos e dos músculos. O endurecimento dos músculos da caixa torácica, a debilidade dos músculos do coração e mudanças nas paredes das artérias e veias resultam em pressão elevada, dificuldade de respiração e debilidade geral do corpo (...). A alimentação derivada de uma dieta pobre pode piorar o quadro, levando à perda dos dentes e saliva. Os nervos podem enfraquecer e perder sua sensibilidade, o que afeta todas as outras faculdades. Dificuldades de visão e de audição podem afetar o equilíbrio e a mobilidade. Mudanças físicas no cérebro e no sistema nervoso podem, em curto prazo, resultar em perda de memória, o que leva a um agudo estado de confusão e desorientação. (...) Essas mudanças físicas deixam o indivíduo com menos capacidade para lidar com as atividades diárias; em caso de emergência (...) a capacidade dos idosos para sobreviver é seriamente comprometida.²⁵

A UNISDR define vulnerabilidade como o grau que alguém ou algo pode ser afetado por uma ameaça particular, e depende de diversos fatores e processos: físicos, econômicos, sociais, psicológicos e fisiológicos. O processo de fragilidade tende a ocorrer de forma progressiva na população idosa, demandando um cuidado diferenciado com esses indivíduos, preconizado nas políticas públicas e nas pautas de ações e planos nacionais e internacionais (VERAS, 2011).

O declínio funcional é a principal manifestação de vulnerabilidade e é o foco da intervenção geriátrica e da gerontologia, independentemente da idade do paciente. O termo fragilidade é utilizado para descrever o idoso com maior risco de incapacidades, institucionalização, hospitalização e morte. Todavia, o conceito de fragilidade ainda é bastante controverso (LACAS; ROCKWOOD, 2012); o certo é que tal condição encontra-se intimamente ligada à saúde, que envolve múltiplas dimensões, como a capacidade funcional, o equilíbrio e a mobilidade, a função cognitiva, as deficiências sensoriais, as condições emocionais/presença de sintomas depressivos, a disponibilidade e adequação de suporte familiar e social, as condições ambientais e o estado e risco nutricional. É importante lembrar que, segundo a OMS (1946), “saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e

²⁴ A PNDC (2007) oferece dois conceitos de vulnerabilidade: (1) condição intrínseca ao corpo ou sistema receptor que, em interação com a magnitude do evento ou acidente, caracteriza os efeitos adversos, medidos em termos de intensidade dos danos prováveis; (2) relação existente entre a magnitude da ameaça, caso ela se concretize, e a intensidade do dano consequente. Registre-se que a PNDC define ameaça como a estimativa de ocorrência e magnitude de um evento adverso, expressa em termos de probabilidade estatística de concretização do evento e da provável magnitude de sua manifestação.

²⁵ Relatório “*Older people in disasters and humanitarian crises: guidelines for best practice*” (publicado pela HelpAge International) (op. cit. p. 10).

social e não apenas a ausência de enfermidade”.²⁶ Sendo assim, o impacto, direto ou indireto, de eventos críticos pode influir de diferentes formas e intensidades na vida e na saúde de grupos vulneráveis, em geral, e em idosos, em particular.

2.1. Limitações decorrentes de incapacidade funcional e deficiência

Bem-estar e funcionalidade são equivalentes. Representam a presença de autonomia (capacidade individual de decisão e comando sobre as ações, estabelecendo e seguindo as próprias regras) e independência (capacidade de realizar algo com os próprios meios), permitindo que o indivíduo cuide de si e de sua vida. (MORAES, 2012). Por ser constituída de um grupo etário bastante heterogêneo, com idades que vão de 60 até mais de 100 anos, a população idosa apresenta graus diferenciados de autonomia e independência, sendo que ambas estão intimamente relacionadas ao funcionamento integrado e harmonioso dos seguintes sistemas funcionais principais (Figura 8):

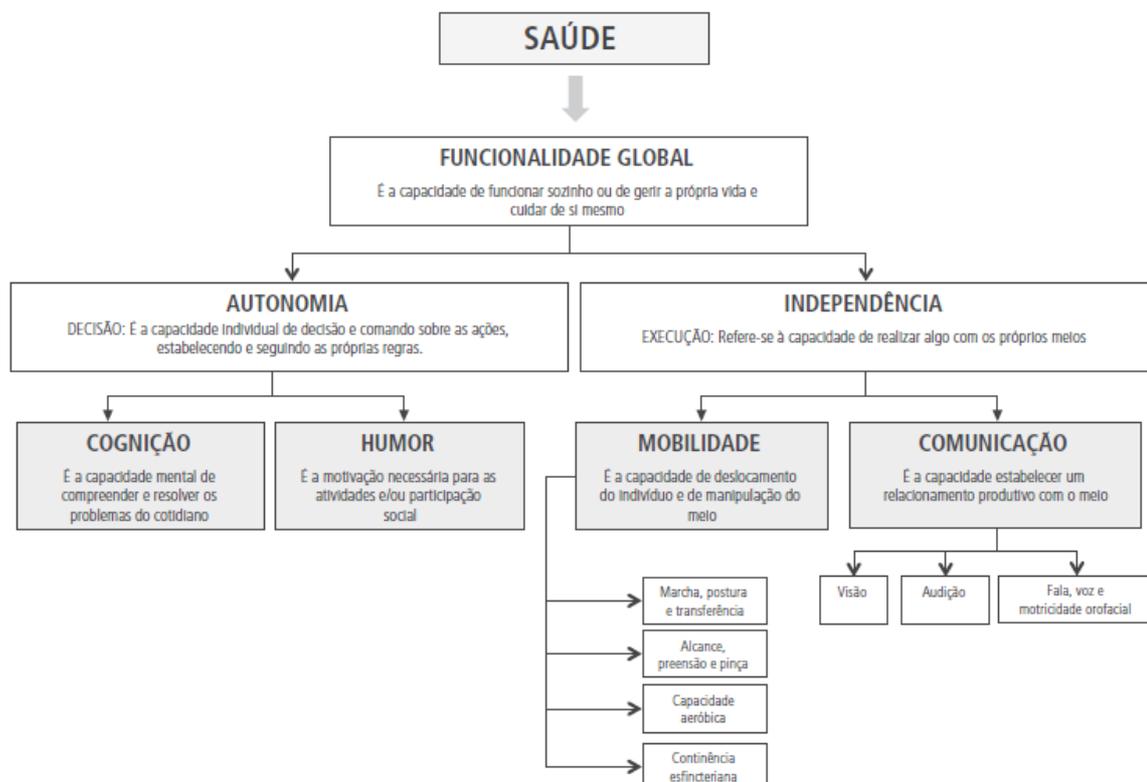


Figura 8 - Saúde e funcionalidade

Fonte: MORAES, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

²⁶ Texto extraído do texto “Constitution of the World Health Organization”, escrito e assinado em 1946 - 46ª edição (2006).

Em estudo de revisão, Paz, Santos e Eidt (2006) enumeraram as condições sociais e de saúde que, empiricamente, podem estar envolvidas no contexto da vulnerabilidade em saúde no processo de envelhecimento. Entre elas estão: a capacidade funcional na velhice, a distribuição das doenças crônico-degenerativas, a disponibilidade de programas e serviços, a posição social que os indivíduos ocupam e os recursos sociais disponíveis.

As doenças crônico-degenerativas tendem a incidir sobre a população idosa por um tempo maior, o que pode resultar em um número crescente de indivíduos sem autonomia e sem independência. Segundo relatório do Ministério da Saúde (MS, 2007), “Estudos mostram que a dependência para o desempenho das atividades de vida diária (AVD’s) tende a aumentar de cerca de 5% na faixa etária de 60 anos para cerca de 50% entre os que têm 90 anos ou mais”²⁷. A população muito idosa (80 anos ou mais) apresenta uma prevalência maior de doenças crônico-degenerativas, que podem estar associadas a limitações ou dificuldades para a realização das atividades do cotidiano. Quanto maior for a complexidade da AVD, maior será a necessidade do funcionamento adequado dos sistemas funcionais principais (cognição, humor, mobilidade e comunicação), de forma integrada e harmoniosa (Figura 9).

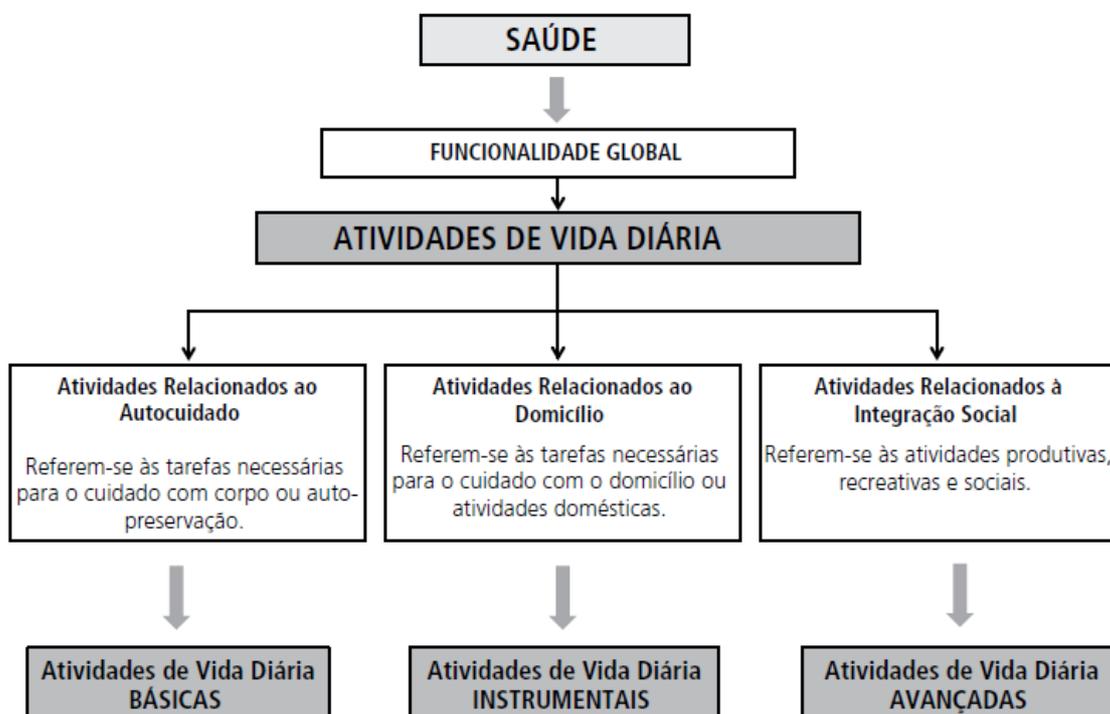


Figura 9 - Atividades de vida diária

Fonte: MORAES, Edgar Nunes. Atenção à saúde do Idoso: Aspectos Conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

²⁷ Cadernos de Atenção Básica, nº 19: “Envelhecimento e saúde da pessoa idosa” (2007).

A capacidade individual para a realização das atividades da vida diária (AVDs) pode ser dividida entre os aspectos instrumentais e funcionais do cotidiano. O apoio instrumental diz respeito às AVDs, e envolve preparar refeições, fazer compras, realizar tarefas domésticas leves, tarefas domésticas pesadas e cuidar do próprio dinheiro (implica a necessidade do apoio de terceiros para a manutenção de uma vida autônoma). O apoio funcional representa a necessidade de auxílio para a realização das atividades mais básicas do cotidiano, como tomar banho, vestir-se, comer, deitar, sentar ou levantar, caminhar, sair de casa e ir ao banheiro (retrata a perda concreta da independência do idoso).

A capacidade funcional pode ter implicações para a qualidade de vida dos idosos, por estar relacionada com a capacidade de o indivíduo se manter na comunidade, desfrutando de independência e mantendo suas relações e atividades sociais até as idades mais avançadas. Segundo o “Guia Global: Cidade amiga do Idoso”, a capacidade funcional aumenta durante a infância e atinge o ápice nos primeiros anos da vida adulta, entrando em declínio na idade mais avançada (p. 10). A taxa de declínio é amplamente determinada tanto por fatores relativos ao estilo de vida (tabagismo, consumo de álcool, nível de atividade física, dieta alimentar etc.), quanto por fatores sociais, externos, ambientais e econômicos. O declínio pode ser tão acentuado que resulte em uma deficiência prematura. Contudo, a aceleração no declínio pode ser reversível em qualquer idade, sob a influência de ações individuais e de políticas públicas, como a promoção de um ambiente amigável ao idoso. (Figura 10).

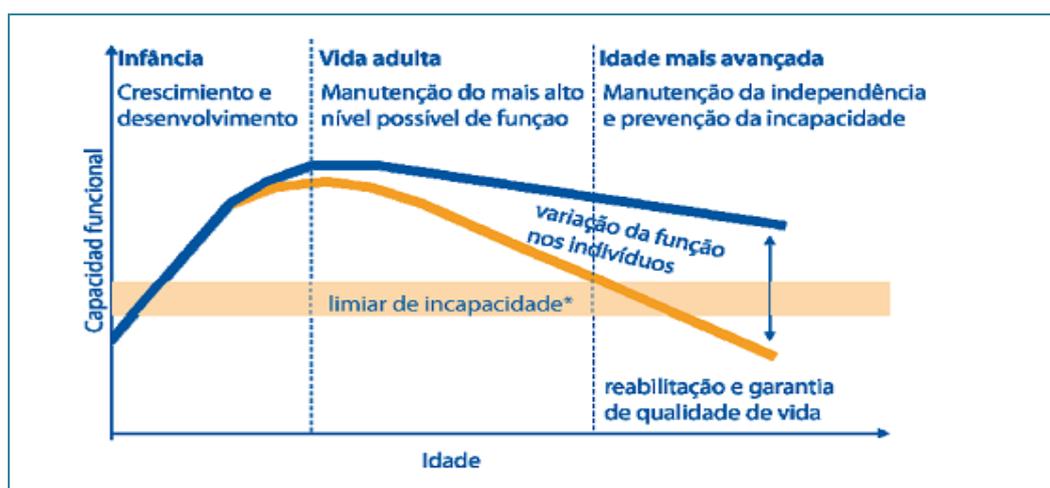


Figura 10 - Manutenção da capacidade funcional ao longo do curso da vida

Fonte: Kalache and Kickbusch, 1997.²⁸

²⁸ *apud* World Health Organization Envelhecimento ativo: uma política de saúde / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p. Disponível em: http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf

Embora o envelhecimento não possa ser equiparado a uma deficiência em si, a velhice pode levar à deficiência. Velhice e deficiência são fatores que, separados ou combinados, podem tornar uma pessoa vulnerável a uma série de violações dos direitos humanos. Algumas doenças diretamente relacionadas com a velhice, como Alzheimer ou Parkinson, são as principais causas de incapacidade entre os idosos. Relatório da OMS (2011) sobre deficiência²⁹ confirma a relação entre velhice e invalidez em todas as regiões. Em um determinado contexto, a deficiência específica de um indivíduo pode tornar a pessoa dependente e alvo mais fácil de abuso.

Ainda segundo o Relatório, o aumento de pessoas com demência, especialmente devido à doença de Alzheimer, é uma das consequências assustadoras e dispendiosas da longevidade. A demência requer constante cuidado, como, por exemplo, ajuda para a realização das atividades básicas da vida diária, criando um alto custo econômico e social. E a expectativa é de que a demência senil deverá subir dramaticamente no mundo inteiro com o envelhecimento da população.

De acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF³⁰, documento divulgado pela OMS, em 2001, a abordagem da deficiência evoluiu do modelo médico, que considerava somente a patologia física e o sintoma associado que dava origem a uma incapacidade, para um sistema que entende a incapacidade como um resultado tanto da limitação das funções e estruturas do corpo quanto da influência de fatores sociais e ambientais sobre essa limitação.

A deficiência e a incapacidade não são apenas consequências das condições da relação saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e de legislação.

No Brasil, o Censo 2010 investigou, por autodeclaração, a existência ou não de algum tipo de deficiência. Os tipos de deficiência investigados foram de natureza permanente (visual, auditiva e motora), de acordo com o seu grau de severidade, e também mental ou intelectual. A severidade foi avaliada por meio da percepção da população sobre sua dificuldade de enxergar, ouvir e locomover-se, ainda que com o uso de facilitadores, como

²⁹Disponível em:

ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Resultados_Gerais_da_Amostra/resultados_gerais_amost ra.pdf

³⁰ O documento consiste em promover a seleção apropriada de classificações em vários campos da saúde em todo o mundo. Estas facilitam o levantamento, consolidação, análise e interpretação de dados, a formação de bases de dados nacionais consistentes, e permitem a comparação de informações sobre populações ao longo do tempo entre regiões e países. Disponível em: <<http://www.who.int/classifications/en>>

óculos ou lentes de contato, aparelho auditivo e bengala. Foram consideradas com deficiência severa as pessoas que declararam ter grande dificuldade em fazê-lo ou que não conseguiam fazê-lo de modo algum, e também aquelas com deficiência mental ou intelectual que limitasse as suas atividades habituais (como trabalhar, ir à escola, brincar, entre outros).

Em relação à proporção de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas, segundo os grupos de idade, constatou-se que 7,5% das crianças de 0 a 14 anos de idade apresentaram pelo menos um tipo de deficiência. A prevalência³¹ de pelo menos uma das deficiências investigadas foi maior (24,9%) na população de 15 a 64 anos de idade e atingiu mais da metade da população de 65 anos de idade ou mais (67,7%).

De acordo com o levantamento, considerando todo o país, quase sete em cada 10 idosos (levando-se em conta pessoas com 65 anos de idade ou mais) declararam ter alguma deficiência. Esse aumento proporcional da prevalência de deficiência em relação à idade advém das limitações do próprio fenômeno do envelhecimento, em que há uma perda gradual da acuidade visual e auditiva e da capacidade motora do indivíduo.

2.2. Vulnerabilidade e proteção legal

2.2.1. Marcos internacionais

As questões ligadas ao envelhecimento da população têm estado na agenda internacional há mais de trinta anos. De acordo com Goldman (2006, *apud* SILVA; SOUZA, 2010, p, 87), a questão do idoso começou a ser debatida internacionalmente no final da década de 1970, tornando-se pauta de discussão da Assembléia Geral da ONU. Observou-se que as ações internas não eram isoladas, mas seguiam uma programação ou um calendário internacional de discussão.

Exemplo disso, e como resultado da necessidade de conscientização da defesa dos direitos humanos da pessoa idosa, com o objetivo de lidar com as questões e desafios ligados ao processo de envelhecimento, em 14 de dezembro de 1978, a ONU, por meio da Resolução 35/52, convocou a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, no ano de 1982 (Anexo 1). Daí resultou a aprovação do “Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento”. Para o Brasil, esse evento representou um avanço em relação aos

³¹ Entende-se por prevalência a proporção de pessoas em uma população que apresentam uma determinada doença ou agravo à saúde, como a existência de deficiências. Aplica-se o termo prevalência a estudos transversais, onde o fenômeno é avaliado em um único momento no tempo, como os Censos Demográficos.

direitos dos idosos, pois as recomendações dele decorrentes incorporaram-se ao discurso local por meio de vários atores que atuavam em defesa da causa.

Prosseguindo com as ações mundiais de proteção e atenção aos idosos, a Assembleia Geral adotou, em 1991, o “Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas”. Em 1992, a Conferência Internacional sobre o Envelhecimento deu seguimento ao Plano de Ação de Viena, adotando a “Proclamação do Envelhecimento”. O ano de 1999 foi declarado pela ONU como o “Ano Internacional do Idoso”.

A II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, sediada em Madri, foi realizada em 2002, vinte anos depois, com o objetivo de examinar os resultados da I Assembleia e aprovar a “Declaração Política” e o “Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento de Madri” (PAIE), uma Declaração Política contendo 19 artigos que expressavam respostas aos desafios oferecidos pelo envelhecimento da população. Em 2003, o governo brasileiro, em cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos, publicou uma versão traduzida do *Plano de ação internacional para o envelhecimento*, contendo os 19 artigos e uma série de recomendações para adoção de medidas voltadas para o atendimento da população idosa, sobre variados temas.

No PAIE, apontou-se que, além da Europa e da América do Norte, que havia várias décadas já lidavam com a questão do envelhecimento, seria nos países em desenvolvimento que o aumento da população idosa se daria de forma mais notável. A previsão foi de que, na Ásia e América Latina, o grupo idoso teria um crescimento de 8% para 15% entre 1998 e 2025; e que, até 2050, esse percentual chegaria a 19%, enquanto o número de crianças deverá cair de 33% para 22%. Sob essas estimativas, acredita-se que não demorará muito para que, em termos mundiais, o número de jovens e de velhos se iguale. (SILVA; SOUZA, 2010).

Segundo o Relatório sobre a Situação da População Mundial de 2011 (UNFPA), a Assembléia Geral estabeleceu, em dezembro de 2010, um Grupo de Trabalho Aberto sobre o envelhecimento, com o propósito de reforçar a proteção dos direitos humanos das pessoas idosas.

2.2.2. Marcos legais e normativos no Brasil

Numa perspectiva histórica, pode-se dizer que, no Brasil, as pessoas idosas somente entraram para o debate acerca dos seus direitos no início da década de 1970, a partir da constatação do aumento da população idosa no país, por meio de uma pesquisa realizada pelo

Ministério da Previdência Social, quando se passou a compreender que a questão requeria medidas de políticas sociais. (SILVA; SOUZA, 2010)

Mas o tema do envelhecimento entrou em pauta de forma mais efetiva no Brasil após a realização da I Assembleia Geral sobre Envelhecimento, ocorrida em Viena (1982), que propôs uma mudança de visão do papel do idoso na sociedade, adotando o conceito de envelhecimento saudável. A I Assembléia levou a que fossem inseridas na Constituição Federal Brasileira, de 1988, as preocupações formais com a proteção aos idosos. No período da promulgação da Constituição, a questão do envelhecimento já estava sendo bastante discutida, sendo reconhecida como questão social e política relevante. Naquele contexto, em que o conceito de proteção social foi introduzido de forma mais abrangente, os idosos ganharam um espaço importante para suas reivindicações.

Os idosos de todas as partes do Brasil demonstraram sua força política nas galerias do Congresso, na Praça dos Três Poderes, nas inúmeras passeatas de aposentados e pensionistas, dentre outras manifestações públicas. Parece-nos impossível traçar um quadro completo das lutas populares no processo constituinte sem ressaltar a mobilização e a organização dos movimentos sociais constituídos por aposentados e pensionistas urbanos e rurais (GOLDMAN, 2006, p. 167).

A Constituição de 1988 é um marco importante, porque traz os preceitos fundamentais que irão balizar a elaboração da política pública para os idosos no período posterior. A partir dela, têm sido editadas leis – federais e por estados – decretos e portarias assegurando e regulamentando os direitos desse grupo etário, posteriormente detalhados na Política Nacional do Idoso (PNI) e no Estatuto do Idoso. A PNI norteia a elaboração das diretrizes que fomentam a legislação e as políticas públicas para os idosos no país e tem como diretrizes:

I - viabilizar formas alternativas de participação, ocupação e convívio do idoso, proporcionando-lhe integração às demais gerações;

II - promover a participação e a integração do idoso, por intermédio de suas organizações representativas, na formulação implementação e avaliação das políticas, planos, programas e projetos a serem desenvolvidos;

III. - priorizar o atendimento ao idoso, por intermédio de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento asilar, à exceção dos idosos que não possuam condições de garantir sua sobrevivência;

IV - descentralizar as ações político- administrativas;

V - capacitar e reciclar os recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia;

VI - implementar o sistema de informações que permita a divulgação da política, dos serviços oferecidos, dos planos e programas em cada nível de governo;

VII - estabelecer mecanismos que favoreçam a divulgação de informações de caráter educativo sobre os aspectos biopsicossociais do envelhecimento;

VIII - priorizar o atendimento ao idoso em órgãos públicos e privados prestadores do serviço; e , apoiar estudos e pesquisas sobre as questões do envelhecimento.

O Estatuto estabelece prioridade absoluta às demandas dos idosos, como as normas protetivas, inserindo novos direitos e os mecanismos para essa proteção e fiscalização, como se observa nos artigos abaixo:

Art. 3º É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Art. 8º O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.

Art. 9º É obrigação do Estado garantir à pessoa idosa a proteção à vida e à saúde, mediante efetivação de políticas sociais públicas que permitam um envelhecimento saudável e em condições de dignidade (Estatuto do Idoso, 2003).

Ou seja, o Estatuto vem normatizar os princípios preceituados pela PNI, sendo reconhecido pelos estudiosos como

um marco legal para a consciência idosa do país, pois, a partir dele, os idosos poderão exigir a proteção e cumprimento dos seus direitos, e os demais membros da sociedade ao conhecerem mais sobre o envelhecimento, tornar-se-ão mais sensibilizados no amparo dessas pessoas. (UVO; ZANATTA, 2005; *apud* SILVA, SOUZA, 2010. p. 90).

Afora esses marcos normativos fundamentais, foram elaborados documentos relativos à saúde e enfrentamento à violência, entre outros problemas, e realizaram-se conferências nacionais abordando os direitos dos idosos. Em fevereiro de 2006, surgiu a Portaria nº 399/GM, que aborda as Diretrizes do Pacto pela Saúde, contemplando o Pacto pela Vida, sendo a saúde do idoso uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas governamentais. Também data de 2006 a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, que tem, dentre seus objetivos, identificar o nível de dependência do idoso e acompanhar de forma diferenciada cada situação.

Esses instrumentos (Anexos 2 e 3) são importantes para amparar, viabilizar e assegurar, na prática, o exercício dos direitos regulamentados e considerados essenciais. Cumpre citar a criação da Delegacia de Proteção ao Idoso, do SOS Idoso (Ministério Público) e dos Conselhos Municipais e Estaduais do Idoso, todos com competência para receber denúncias contra maus-tratos e violência.

A inclusão da temática do idoso no Terceiro Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3, 2009)³², estabelece a valorização da pessoa idosa e a promoção de sua participação na sociedade como objetivo estratégico por meio de ações programáticas específicas:

Objetivo estratégico III: **Valorização da pessoa idosa e promoção de sua participação na sociedade.** Item (a) Promover a inserção, a qualidade de vida e a prevenção de agravos aos idosos, por meio de programas que fortaleçam o convívio familiar e comunitário, garantindo o acesso a serviços, ao lazer, à cultura e à atividade física, de acordo com sua capacidade funcional.

Objetivo estratégico IV: **Garantia do direito a cidades inclusivas e sustentáveis.** Itens (a) Apoiar ações que tenham como princípio o direito a cidades inclusivas e acessíveis como elemento fundamental da implementação de políticas urbanas; (f) Fomentar políticas e ações públicas voltadas à mobilidade urbana sustentável; (g) Garantir que nos programas habitacionais do governo sejam priorizadas as populações de baixa renda, a população em situação de rua e grupos sociais em situação de vulnerabilidade no espaço urbano e rural, considerando os princípios da moradia digna, do desenho universal e os critérios de acessibilidade nos projetos.

A Coordenação Geral dos Direitos do Idoso (CGDI) é a área da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR)³³ responsável por elaborar, implementar e acompanhar políticas públicas voltadas para a população idosa, garantindo autonomia, integração e participação efetiva como instrumento de cidadania.

O Poder Executivo brasileiro entende que os direitos da pessoa idosa devem receber tratamento de direitos humanos, por tratar-se de direitos de um grupo vulnerável. Isso foi evidenciado na criação, em 2009, da Coordenação Geral dos Direitos do Idoso (CGDI), subordinada ao Departamento de Promoção dos Direitos Humanos, da Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, e na inclusão da temática do idoso no Terceiro Plano Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3, 2009), o qual estabelece a valorização da pessoa idosa e a promoção de sua participação na sociedade como objetivo estratégico. (NOTARI; FRAGOSO, 2011).

No Brasil, a efetivação das políticas públicas voltadas para o envelhecimento populacional, visando ao bem-estar social do idoso, tem uma abordagem integrada dos setores de saúde, economia, trabalho, educação e seguridade social. Nesse contexto, o país implantou a Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (RENADI). Trata-se de uma série de serviços e instrumentos para efetivar os direitos estabelecidos na legislação.

³² PNDH-3 (Decreto nº 7.037, de 21/12/ 2009). Atualizado pelo Decreto nº 7.177, de 12 de maio de 2010.

³³ A Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) é responsável pela articulação interministerial e intersetorial das políticas de promoção e proteção aos Direitos Humanos no Brasil. A Secretaria possui status de Ministério. A Secretaria Nacional de Promoção de Direitos Humanos. Foi criada em 2011, no âmbito da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República.

2.3. A questão cultural e a revisão dos estereótipos

O papel do idoso está sendo repensado e reconstruído no atual contexto político, social e econômico. Segundo Maffioletti (2005), com a colaboração do conhecimento científico acerca das questões do envelhecimento, cujo discurso naturalista postula que a maioria dos fenômenos biológicos que se alteram com a idade é específico das espécies e, por isso, universais, assim como ocorre com certos atributos sociais e psicológicos, a gestão da velhice saiu do âmbito restrito da família e da sociedade e tornou-se uma questão pública a cargo do Estado, demandando investimentos públicos. Na visão da autora,

A criação da ‘terceira idade’, com seu começo aos sessenta e cinco anos, coincidindo com a aposentadoria, regulamentada, assistida e orientada pelos diversos ‘departamentos’ da vida humana, é uma consequência desse novo olhar em construção - ou reconstrução - sobre a velhice e o envelhecimento. Tenta apagar, de uma etapa que amedronta a todos nós, as cores sombrias que desenham perdas, sofrimento, doença e abandono, oferecendo, em troca, a irresistível imagem de uma etapa pródiga em prazeres possíveis, dantes inimagináveis. Contudo, a Agenda 21 - Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e Desenvolvimento, em 1992 - colocou os velhos como integrantes dos grupos vulneráveis, com os pobres urbanos e rurais, populações indígenas, crianças, mulheres, desabrigados, doentes terminais e incapacitados (MAFFIOLETTI, 2005).

Esse estudo considera que a socialização da gestão da velhice apoia-se sobre um discurso que traz a representação do envelhecimento como um processo contínuo de perdas, abandono, doenças etc. Mas considera também que há um duplo movimento intrínseco nesse estereótipo que vitimiza o velho e o transforma em uma preocupação social: de um lado a mídia projeta a imagem do idoso como ativo, participante, lúcido, o qual, vivendo a melhor fase de sua vida, é desafiado a buscar sua realização pessoal; de outro lado, há o discurso que distingue o idoso como a vítima privilegiada da miséria, sendo esta a saída encontrada para dar-lhe visibilidade dentro de um contexto de massa e sensibilizar a sociedade brasileira para a problemática do envelhecimento. “Era preciso estabelecer laços simbólicos capazes de demonstrar uma identidade entre indivíduos que, apesar de heterogêneos, precisavam agrupar-se para assumir a cena como ator político.” (MAFFIOLETTI, op. cit. 2005).

Em artigo intitulado “O idoso e o direito a uma imagem digna”, a advogada e professora Pérola Melissa Vianna Braga, autora do livro *Direitos do idoso*, tece o seguinte comentário:

A imagem é algo tão importante que o Estatuto do Idoso conceituou no artigo 10, parágrafo 2º, que o direito ao respeito abrange, além da questão da integridade física, psíquica e moral, a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, de valores, idéias e crenças, dos espaços e dos objetos pessoais dos idosos. Estamos

construindo uma identidade para o idoso brasileiro, e muito do sucesso desta construção depende de como a sociedade encara o idoso. De como ela o identifica. Assim, se nos baseamos em uma imagem de uma idosa sentada em uma cadeira de balanço fazendo tricô ou de um idoso de suspensórios, cabelos brancos cochilando ou babando enquanto a vida passa, estamos forjando uma identidade cheia de preconceito. É claro que existem idosos exatamente como os que exemplifiquei e podem ser felizes assim. O problema está em fixar o idoso nestes moldes, ou seja, nesta imagem. Existe idoso de todo tipo, com toda cara. Gilberto Gil é idoso, Caetano Veloso é idoso, Abílio Diniz é idoso. O idoso pode ser aposentado, ou pode trabalhar. Pode ser casado, viúvo, homossexual ou heterossexual. Pode ser pobre ou rico, cabeludo ou careca, simpático ou sisudo. Ativo ou sedentário, saudável ou doente. O erro está em estereotipar o idoso como doente, incapaz e dependente.³⁴

Cumpramos ressaltar que o conceito de velhice, assim como o de infância, adolescência e maturidade, é uma elaboração simbólica, interpretada pelas sociedades segundo seus diferentes contextos culturais, históricos e econômicos. Por isso são diversas as atitudes que as comunidades assumem diante do idoso. A visão da velhice difere de forma significativa, por exemplo, do Primeiro para o Terceiro Mundo, do Oriente para o Ocidente, da Antiguidade para a Modernidade. Há sociedades que veem o idoso como fonte de sabedoria, depositário da memória e da identidade de sua cultura e encarregado de transmitir o saber acumulado para as novas gerações. E há aquelas para as quais o idoso é um inconveniente, porque além de gerar despesas, é improdutivo. Tal comportamento ocorre principalmente em sociedades marcadas pela pobreza, fator agravante de qualquer condição humana.

A título de ilustração, cabe aqui registrar um fato histórico recente, ocorrido no Japão por ocasião do desastre provocado por um tsunami na usina de Fukushima, em março de 2011. Um grupo de mais de duzentos aposentados japoneses, autointitulando-se "Unidade dos Veteranos Hábeis", formado por engenheiros e outros profissionais, todos acima de 60 anos, se uniu voluntariamente e se ofereceu para substituir os funcionários mais jovens no trabalho de tentar controlar o vazamento na usina. Eles alegaram que, por já serem idosos e estarem no fim de suas vidas, não teriam tempo para desenvolver câncer. Em entrevista à BBC, o autor da ideia, Yasuteru Yamada, um engenheiro aposentado de 72 anos, declarou: "Em média, eu provavelmente terei mais 13 a 15 anos de vida. Mesmo se eu for exposto à radiação, o câncer precisará de 20 ou 30 anos para se desenvolver, portanto, nós, mais velhos, temos menos chances de ter câncer". Esse comportamento, reflexo de condicionantes

³⁴ Disponível em: <http://www.direitodoidoso.com.br>

culturais, traduz o senso de responsabilidade dos idosos japoneses em relação à sociedade, pensada por eles como algo que só funciona em conjunto, e não individualmente³⁵.

Sob o título “Os novos velhos”, um artigo do jornal *O globo* teceu as seguintes considerações

... uma revolução de idosos segue o seu curso. Os novos velhos exercem a cidadania, votam, são produtores e consomem. Atuam, representam, circulam, decidem, participam e agem. Por enquanto, constituem modesta força de trabalho, mas logo estarão no patamar dos novos velhos dos países centrais e vão ser uma formidável massa populacional quando a imensa população de *baby boomers* entrar nessa nova velhice. Por isto, envelhecimento global será uma expressão-chave para os próximos anos. (*Apud* NOTARI; FRAGOSO, 2011).

O envelhecimento é apenas uma etapa da vida e carrega consigo ônus e bônus das escolhas feitas durante o processo de viver. Varella³⁶, no artigo intitulado “Longevidade irresponsável”, questiona a responsabilidade individual quanto ao cuidado com o corpo, da infância à idade madura, e evidencia a necessidade de cada um assumir a responsabilidade pelo próprio envelhecimento. Atitudes preventivas, como alimentação, atividades físicas e abstenção do fumo, entre outras, são importantes para a manutenção da capacidade funcional na terceira idade.

O Relatório (2012) da OMS ressalta que as estratégias preventivas podem reduzir o risco de problemas crônicos de saúde nos idosos se, desde a infância, houver a conscientização da necessidade de exercício físico, dieta saudável e limitação do consumo de álcool e tabaco. O foco que a OMS deu às comemorações do Dia Mundial da Saúde (07 de abril) deste ano foi: “Uma boa saúde acrescenta vida aos anos”. Segundo a diretora geral da OMS, Margaret Chan, “as pessoas com idade avançada dos países de baixas e médias economias têm hoje um risco quatro vezes maior de morte e incapacidade por doenças não transmissíveis do que as populações dos países ricos”. O lado potencialmente positivo disso, acrescentou Chan, é que “a maioria destas doenças pode ser prevenida em grande medida ou não se tornar cara demais no tratamento”.³⁷

³⁵ “Grupo de aposentados do Japão quer enfrentar radiação em Fukushima”. BBC Brasil - Multimídia. 31 maio 2011. Disponível em:

http://www.bbc.co.uk/portuguese/multimedia/2011/05/110531_fukushima_aposentados_video.shtml

³⁶ Drauzio Varella é médico cancerologista. Por 20 anos dirigiu o serviço de Imunologia do Hospital do Câncer. Foi um dos pioneiros no tratamento da Aids no Brasil e do trabalho em presídios. Disponível em: <http://drauzioarella.com.br/envelhecimento/longevidade-irresponsavel/>

³⁷ Publicado em 03/04/2012 no portal do Conselho Federal de Nutricionistas, sob o título “Nutrição na mídia”. Disponível em: <http://www.cfn.org.br/eficiente/sites/cfn/pt-br/site.php?secao=nutricaoamidia&pub=1096>

2.3.1. Envelhecimento ativo

Deve-se destacar que, para a reconstrução da imagem cultural do idoso, é importante o conceito de “envelhecimento ativo”, política proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005), que tem discutido as questões relacionadas à saúde na velhice, enfatizando que envelhecer bem faz parte de uma construção coletiva e que deve ser facilitado pelas políticas públicas e por oportunidades de acesso à saúde ao longo do curso de vida.

No Brasil, a finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI, 2006) é “recuperar, manter e promover a autonomia³⁸ e a independência³⁹ dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde”. São diretrizes importantes para a atenção integral à saúde do idoso: 1) **promoção do envelhecimento ativo** e saudável; 2) manutenção e reabilitação da capacidade funcional; e 3) apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

Na definição da OMS (2005), envelhecimento ativo é "o processo de otimização das oportunidades para a saúde, a participação e a segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas". Ou seja, 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. Já o termo “saúde”, ainda segundo a OMS, refere-se ao bem-estar físico, mental e social. Por isso, em um projeto de envelhecimento ativo, as políticas e programas que promovem saúde mental e relações sociais são tão importantes quanto os que melhoram as condições físicas de saúde.

O envelhecimento ativo depende de uma gama de influências ou determinantes (sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, além de serviços sociais e de saúde e do próprio ambiente físico) que regulam indivíduos, famílias e países. Todos esses determinantes, individualmente e combinados uns com outros, exercem um papel importante sobre o envelhecimento de cada indivíduo e devem ser compreendidos sob uma perspectiva do curso de vida, que reconhece que os idosos não formam um grupo homogêneo e que a diversidade individual aumenta com a idade (Figura 11 e Quadro 1).

³⁸ Autonomia é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências (OMS, 2002).

³⁹ Independência é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros. (OMS, 2002).



Figura 11 - Os determinantes do envelhecimento ativo
Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS (2005).

Quadro 1 - Determinantes do envelhecimento ativo.

DETERMINANTES	RESUMO
Cultura	Abrange todas as pessoas e populações, modela nossa forma de envelhecer, pois influencia todos os outros fatores determinantes do envelhecimento ativo.
Gênero	Lente através da qual se considera a adequação de várias opções políticas e o efeito destas sobre o bem-estar de homens e mulheres.
Serviços Sociais e de Saúde	Os sistemas de saúde necessitam ter uma perspectiva de curso de vida que vise à promoção da saúde, prevenção de doenças e acesso equitativo a cuidado primário e de longo prazo de qualidade.
Determinantes Comportamentais	A adoção de estilos de vida saudáveis e a participação ativa no cuidado da própria saúde são importantes em todos os estágios da vida. Um dos mitos do envelhecimento é que é tarde demais para se adotarem esses estilos nos últimos anos de vida. Pelo contrário, o envolvimento em atividades físicas adequadas, alimentação saudável, abstinência do fumo e do álcool e utilização de medicamentos podem, sabiamente, prevenir doenças e o declínio funcional, aumentando a longevidade e a qualidade de vida do indivíduo.
Determinantes Pessoais	Os genes podem estar envolvidos na etiologia de doenças; muitas vezes, entretanto, sua causa é mais ambiental e externa do que genética e interna.
Ambiente Físico	Ambientes físicos adequados à idade podem representar a diferença entre a independência e a dependência para qualquer indivíduo, especialmente para aqueles em processo de envelhecimento. Os perigos no ambiente físico podem causar lesões incapacitantes e dolorosas nos idosos, e as mais frequentes são decorrentes de quedas, incêndios e acidentes de automóveis.

DETERMINANTES	RESUMO
Determinantes Sociais	Apoio social, oportunidades de educação e aprendizagem permanente, sensação de paz e proteção contra a violência e os maus-tratos são fatores essenciais do ambiente social que estimulam a saúde, a participação e a segurança, à medida que as pessoas envelhecem. Solidão, isolamento social, analfabetismo e falta de educação, maus tratos e exposição a situações de conflito aumentam muito os riscos de deficiências e morte precoce.
Determinantes Econômicos	Três aspectos do ambiente econômico têm um efeito particularmente relevante sobre o envelhecimento ativo: a renda, o trabalho e a proteção social.

Fonte: Organização Pan-Americana da Saúde-OPAS (2005).

Promover o envelhecimento ativo e saudável significa, entre outros fatores, valorizar a autonomia e preservar a independência física e psíquica da população idosa, prevenindo a perda de capacidade funcional ou reduzindo os efeitos negativos de eventos que a ocasionem. A promoção permeia todas as ações, desde o pré-natal até a fase da velhice.

3. O IDOSO NO CONTEXTO DE DESASTRES

3.1. Os desastres e os aspectos gerais da vulnerabilidade do idoso

Como citado na introdução, as fontes de consulta que tratam especificamente do idoso no contexto de desastres foram insuficientes para uma abordagem mais completa. Contudo, com base nas informações a que se teve acesso, constatou-se que, devido à sua vulnerabilidade, os idosos continuam sendo um dos grupos mais seriamente atingidos em situações críticas. É salientada no relatório⁴⁰ da HelpAge International e Handicap International, período 2010-2011, a necessidade urgente de integrar esses grupos em respostas humanitárias, já que menos de 1% dessas respostas tem como alvo pessoas idosas e pessoas com deficiência. Cumpre destacar que o objetivo da assistência humanitária é capacitar as pessoas para sobreviver a crises e desastres.

A preocupação com essa realidade é retratada no relatório “*Older people in disasters and humanitarian crises: guidelines for best practice*” (HelpAge International, 2000⁴¹), documento que inclui diretrizes para auxiliar no entendimento e atendimento das necessidades específicas dos idosos em situações de emergência. As principais questões apontadas dizem respeito ao atendimento das necessidades básicas, de mobilidade, de saúde, familiar, social, econômica e jurídica.

Na ocorrência de desastres, são necessários protocolos específicos voltados aos idosos, o que requer, por exemplo, diretriz específica para a evacuação de pessoas com mobilidade reduzida, abrigos de emergência sem barreiras físicas, acesso aos medicamentos em tempo hábil, disponibilidade de cuidadores para assistência em tarefas da vida diária, acesso a equipamentos de apoio, tais como bengalas, cadeiras de rodas e andadores, ou equipamentos médicos, como o balão de oxigênio. Cabe ressaltar que, nesse contexto, deve-se levar em conta que saúde e estado funcional são fatores-chave para determinar a capacidade de responder a esses eventos. Assim, constatamos que a vulnerabilidade dos idosos é significativamente ampliada, já que há maior probabilidade de enfrentarem múltiplos desafios, tais como dificuldade de locomoção, doenças crônicas, deficiências temporárias ou permanentes, dependência de medicamentos, entre outros.

⁴⁰ *A study of humanitarian financing for older people and people with disabilities, 2010-2011*. Disponível em: <http://www.helpage.org/what-we-do/emergencies/a-study-of-humanitarian-financing-for-older-people-and-people-with-disabilities/>

⁴¹ Disponível em: http://www.handicap-international.fr/bibliographie-handicap/5CooperationInternationale/contextes_urgence/Helpage_guidelines.pdf

Matéria intitulada “Idosos sofrem cognitivamente durante evacuação causada por desastres naturais”⁴² reporta que pesquisadores da University of Pennsylvania School of Nursing constataram que as mudanças fisiológicas associadas ao envelhecimento e a presença de doenças crônicas tornam os idosos mais suscetíveis à doença ou lesão, até mesmo à morte, durante um desastre. A pesquisa acompanhou 17 pacientes de cuidados de longa duração, com idade média de 86 anos, que foram evacuados devido a uma grave tempestade de verão e foram transferidos para outras instalações, com profissionais de saúde e ambiente físico diferentes. Os participantes deslocados tiveram delírio, alterações cognitivas, hospitalizações e morte. "Os idosos muitas vezes têm déficits visuais e auditivos, tornando mais difícil de interpretar seus ambientes e precipitando o aumento do estresse. Este estresse também pode agravar doenças crônicas, precipitar ainda mais o delírio", disse a principal autora do estudo, Dra. Pamela Cacchione.

A pesquisa revelou que mais da metade dos moradores foram afetados negativamente pela evacuação e mostraram sinais de delírio nas duas semanas imediatamente seguintes, sendo que dois participantes foram hospitalizados e um morreu. "(...) Os cuidados físicos básicos, a avaliação contínua das condições crônicas, a gestão de medicamentos, o retorno ao ambiente familiar e a volta dos objetos valorizados devem ser facilitados o mais rapidamente possível", disse Cacchione.

Na ocorrência de desastres, há que se considerar também que outro dado complicador diz respeito aos desastres secundários. De acordo com a Defesa Civil, dentre os desastres secundários de maior ocorrência no Brasil, destacam-se os surtos de leptospirose, enfermidade cuja taxa de mortalidade tende a agravar-se em pacientes idosos. Além disso, as perdas decorrentes de desastres podem exercer demandas específicas sobre os recursos pessoais e sociais de que a pessoa do idoso dispõe. Quando essas perdas são consideradas de difícil manejo e incontroláveis, maior poderão ser os entraves para a adaptação, repercutindo “sobre o estado de saúde, as competências comportamentais, a autoestima e o bem-estar subjetivo” (NERI; FORTES, 2006, p.1277). Essas condições tornam o idoso vulnerável diante de novas situações de riscos e à necessidade de preservação da vida. Sobre essa realidade, Sidnei Furtado Fernandes tece as seguintes considerações:

As consequências dos desastres naturais não são sentidas da mesma forma por todos, sendo que as crianças e os idosos fazem parte do grupo de maior atenção nesses eventos. Por outro lado, com o aumento crescente da expectativa de vida, os idosos

⁴² Disponível em: <http://www.isaude.net/pt-BR/noticia/22109/geral/idosos-sofrem-cognitivamente-durante-evacuacao-causada-por-desastres-naturais>

passam a ser aqueles que se encontram mais expostos aos desastres naturais, e qualquer ocorrência que os envolva acaba por agravar o problema, pois, além da fragilidade física, acrescenta-se a fragilidade emocional por se sentirem desprovidos de tudo aquilo que foi cultivado ao longo de suas vidas. Sofrem, muitas vezes, a perda de um parente querido, veem o lugar onde nasceram, ou onde moram há muito tempo, ser atingido por deslizamentos de terra (ou enchente, ou desabamentos) e, já aposentados, perdem, na maioria das vezes, tudo o que já haviam conquistado. (FERNANDES, 2012, p. 3).

O relatório *Current Status of the Social Situation, Wellbeing, Participation in Development and Rights of Older Persons Worldwide* (UNITED NATIONS, 2011) demonstra a vulnerabilidade do idoso em situações de desastres. Foi registrado que das 1.330 pessoas que morreram em decorrência do furacão Katrina, ocorrido nos Estados Unidos em 2005, a maioria era de pessoas mais velhas. No Estado de Louisiana, cerca de 70% das pessoas que perderam a vida tinham mais de 60 anos de idade. O documento informa que o *Louisiana Department of Health* registrou, na ocasião, aproximadamente 70 idosos residentes em casas de repouso que faleceram, sendo que muitos foram abandonados por seus cuidadores durante o desastre. Outro desastre apontado foi o tsunami de 2004, ocorrido na Indonésia, cuja mortalidade foi maior entre idosos e crianças. Também na Europa, durante a onda de calor de 2003, as pessoas idosas representaram a maioria das mortes, sendo que na França 70% foram de pessoas com idade superior a 75 anos. E, quando um terremoto atingiu Kobe, no Japão, em 1995, os idosos corresponderam a mais da metade das mortes, e esse grupo respondeu por 90% das mortes subsequentes.

Os efeitos do furacão Katrina sobre a população idosa foi registrado no artigo intitulado “*Decline in Health Among Older Adults Affected by Hurricane Katrina*”⁴³, publicado em 2009. O estudo realizado em Nova Orleans revelou que, no ano seguinte ao desastre, além do aumento da mortalidade, a saúde dos sobreviventes, com 65 anos ou mais, apresentou considerável declínio. Segundo Lynda Burton, principal autora do estudo, “houve um aumento significativo na prevalência de pacientes com diagnósticos cardíacos, insuficiência cardíaca e problemas do sono”.

A proteção aos idosos em situações de emergência também é contemplada no *Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento* (Madri, 2002). Dentre as recomendações para adoção de medidas presentes no Plano, destacamos aquelas referentes ao item “Orientação prioritária I: pessoas idosas e o desenvolvimento”, tema 8, que trata especificamente dessas situações. A descrição do problema, os objetivos e as medidas propostas são transcritas abaixo:

⁴³ Disponível em <http://www.jhsph.edu/news/news-releases/2009/burton-hurricane-katrina-health.html>

TEMA 8: Situações de emergência

54. Nas situações de emergência, como desastres naturais e outras situações de emergência humanitária, os idosos são especialmente vulneráveis, e isso deve ser reconhecido, já que podem estar isolados de sua família e amigos e, por isso, têm mais dificuldade para conseguir alimento e abrigo. Podem ter também que assumir a responsabilidade principal na prestação de cuidados. Os governos e os organismos de socorro humanitário devem reconhecer que os idosos podem ajudar em situações de emergência e promover a reabilitação e a reconstrução.

55. Objetivo 1: *Igualdade de acesso de pessoas idosas à alimentação, à moradia, à assistência médica e a outros serviços durante e depois de desastres naturais e outras situações de calamidade pública.*

Medidas

- a) Adotar medidas concretas para proteger e ajudar aos idosos que se encontram em situações de conflito armados e ocupação estrangeira;
- b) Instar os governos a proteger, assistir e prestar assistência humanitária e assistência de emergência de caráter humanitário a idosos desabrigados de acordo com as resoluções da Assembleia Geral;
- c) localizar e identificar os idosos nas situações de emergência e cuidar que se leve em conta suas contribuições e fatores de vulnerabilidade nos relatórios de avaliação das necessidades;
- d) criar consciência no pessoal dos organismos de socorro das questões de saúde e estado físico próprios de idosos e das formas de adequar a suas necessidades básicas o apoio que se preste;
- e) procurar garantir a existência de serviços adequados e que os idosos a eles tenham acesso físico, assim como que participem no planejamento e prestação dos serviços, quando for o caso;
- f) reconhecer que refugiados idosos de diferentes origens culturais e que envelhecem em novos ambientes não familiares costumam estar especialmente necessitados de redes sociais e apoio adicional, e procurar garantir que tenham acesso físico a esses serviços;
- g) referir-se expressamente à assistência a idosos nos planos de emergência nos casos de desastre e elaborar diretrizes nacionais de modo que incluam a preparação para os casos de desastre, a capacitação de operadores de emergência e disponibilidade de bens e serviços;
- h) ajudar os idosos a restabelecer seus vínculos familiares e sociais e a superar o stresse pós-traumático;
- i) estabelecer mecanismos, após a ocorrência de desastres, para impedir a exploração financeira de idosos por oportunistas, com fins fraudulentos;
- j) sensibilizar sobre abusos físicos, psicológicos, sexuais ou financeiros que possam sofrer em situações de emergência, dando especial atenção aos riscos particulares que correm as mulheres e proteger nesse sentido os idosos;
- k) incentivar a inclusão de refugiados idosos de maneira mais específica em todos os aspectos do planejamento e execução de programas, entre outros meios, ajudando as pessoas ativas a serem mais independentes e promovendo o aprimoramento das iniciativas comunitárias de assistência a pessoas mais velhas;

Objetivo 2: *Possibilitar que as pessoas idosas contribuam mais para restabelecimento e a reconstrução das comunidades e do contexto social depois das situações de emergência.*

Medidas

- a) Incluir os idosos na prestação de socorro comunitário e nos programas de reabilitação, inclusive definindo os grupos de idosos vulneráveis e lhes prestando assistência;
 - b) reconhecer o potencial de idosos como líderes da família e da comunidade no tocante a educação, comunicação e solução de conflitos;
 - c) ajudar idosos a restabelecer sua autonomia econômica mediante projetos de reabilitação que incluam geração de renda, programas educativos e atividades ocupacionais, levando em conta as necessidades especiais de mulheres idosas;
 - d) proporcionar assessoria jurídica e informação a idosos desabrigados e fora de suas terras e outros meios de produção e bens pessoais;
 - e) dar atenção especial a idosos nos programas e meios de assistência humanitária oferecida em situações de desastre natural e outras situações de emergência humanitária;
 - f) intercambiar e aplicar, segundo necessário, as lições tiradas das práticas em que se têm utilizado com êxito contribuições de idosos após as situações de emergência.
- (p.47-49)

3.2. Desastres Naturais

Os desastres podem ser classificados, segundo a sua origem, em naturais e tecnológicos. Os desastres naturais são aqueles causados por processos ou fenômenos naturais que podem implicar em perdas humanas ou outros impactos à saúde, danos ao meio ambiente, à propriedade, interrupção dos serviços e distúrbios sociais e econômicos. Já os desastres tecnológicos são aqueles originados de condições tecnológicas ou industriais, incluindo acidentes, procedimentos perigosos, falhas na infraestrutura ou atividades humanas específicas, que podem implicar em perdas humanas ou outros impactos à saúde, danos ao meio ambiente, à propriedade, interrupção dos serviços e distúrbios sociais e econômicos. (MIN,IN 01/2012, Art.7º).

Neste subitem vamos nos limitar a uma análise unicamente dos desastres de origem natural haja vista sua intensificação nos últimos anos, suas consequências devastadoras e as falhas que apontam nos sistemas de segurança. Buscamos demonstrar que com o incremento desses eventos a população idosa poderá ser seriamente atingida, considerando toda a análise de vulnerabilidade desse segmento etário apresentada no capítulo anterior.

O terremoto e tsunami que afetou o Japão em 11 de março de 2011 é um duro lembrete de que os desastres podem atingir qualquer local, a qualquer momento. No entanto há ainda muitas ações a serem tomadas – tanto por nações desenvolvidas quanto pelas em desenvolvimento – para construir a resiliência e mitigar os impactos das ameaças naturais. Neste contexto, jornais, rádio, televisão e outras mídias têm um importante papel no desenvolvimento e divulgação do conhecimento, e na disseminação de informações sobre os desastres. Infelizmente, esta cobertura ainda não desencadeou as mudanças na política e legislação necessárias para salvar e proteger vidas e meios de subsistência. Os governos ainda estão lentos na implantação de políticas para redução de riscos de desastres e continuam a reagir às emergências e desastres muito mais do que procurar maneiras de preveni-los. (...) Explorar a raiz da causa dos desastres e suas dimensões sociais irá conduzir a estórias de redução de riscos de desastres que poderão auxiliar comunidades e países a compreender o que os faz vulneráveis, e o que podem fazer para ampliar suas capacidades para lidar com os desastres.⁴⁴ (Margareta Wahlström, 2012).

Segundo o texto supracitado, “não há nada de “natural” em um desastre. A natureza é responsável pelas ameaças – terremotos, erupções vulcânicas, inundações e outras – mas o ser humano ajuda a criar o desastre.” Nesse contexto, os desastres surgem da combinação entre ameaças, condições de vulnerabilidade e capacidade ou medidas insuficientes para reduzir as consequências negativas do risco. A vulnerabilidade é definida como o grau que alguém ou algo pode ser afetado por uma ameaça particular, e depende de diversos fatores e processos abaixo descritos:

Físicos (construções instáveis, proximidade às ameaças, construções frágeis e desprotegidas).

Econômicos (população não produtiva economicamente, pessoas com oportunidades limitadas de renda, população mal remunerada, famílias com única fonte de renda, pessoas sem poupança ou seguros).

Sociais (população sem status social, relações de gênero, possibilidades limitadas de poder de decisão, estruturas formais e informais de opressão, hierarquias políticas, econômicas e sociais).

Psicológicos (medos e temores provocados por instituições religiosas e outras instituições ligadas a crenças; ideologias; pressões políticas; doenças mentais).

Fisiológicos (estágios da vida – jovens, idosos, adolescentes, grávidas, lactantes, portadores de doenças crônicas, deficiências, HIV/AIDS, outras infecções, exposição à violência e assédio sexual). (UNISDR, 2012, p.16).

O risco é definido como a probabilidade de ocorrer consequências prejudiciais ou perdas esperadas (mortes, danos a propriedades e aos meios de subsistências, atividades econômicas interrompidas ou prejuízos ambientais), como resultado de interações entre ameaças naturais ou induzidas pelo homem e populações vulneráveis. Cabe ressaltar que a ausência de sistemas de alerta e alarme e de programas de preparação, por exemplo, ampliam

⁴⁴. Citado no texto “O desastre sob o enfoque de novas lentes: para cada efeito uma causa”. (UNISDR, 2012). Margareta Wahlström é Representante especial da Secretaria Geral para Redução de Riscos de Desastres (ONU).

os fatores de risco. Entretanto, mesmo quando esses existem, os idosos apresentam menor capacidade de resposta.

VALDÉS (2006) relata que, em virtude da maior conscientização sobre os efeitos diretos dos desastres no desenvolvimento dos países, bem como do impacto do desenvolvimento sobre a geração de riscos de desastres, a ONU adotou diversas ações que visam aumentar a resiliência das populações, a saber:

1) Declaração da década de 1990-1999 como a Década Internacional para a Redução de Desastres Naturais (DIRDN), favorecendo um progresso significativo na conscientização e na promoção de uma cultura de prevenção;

2) Declaração da Estratégia Internacional para a Redução de Desastres (EIRD) como a continuidade das ações em andamento promovidas durante o DIRDN. A EIRD é uma estratégia de atuação adotada pelos Estados-Membros das Nações Unidas em 2000, que guia e coordena os esforços de uma ampla rede de parceiros para alcançar uma redução substancial das perdas ocasionadas por desastres;

3) Marco de Ação de Hyogo⁴⁵ (HFA, na sigla em inglês) 2005-2015: Aumento da Resiliência das Nações e das Comunidades frente aos Desastres. Foi aprovado e assinado por 168 países por ocasião da Conferência Mundial de Redução de Desastres (CMRD), realizada no Japão em janeiro de 2005, na cidade de Kobe, localizada na província de Hyogo. O principal resultado da Conferência, a Declaração de Hyogo e o Quadro de Ação de Hyogo, representa um forte compromisso da comunidade internacional para enfrentar a redução de desastres e se engajar em um determinado plano baseado em resultados de ação para o período determinado. A Redução de Riscos de Desastres (RRD)⁴⁶ inclui todas as políticas, estratégias e medidas que podem tornar pessoas, vilas, cidades e países mais resilientes a ameaças, e reduzir os riscos e as vulnerabilidades aos desastres.

3.2.1. Panorama e Estatísticas globais

A experiência administrativa do Japão após o Grande Terremoto Hanshin-Awaji, ocorrido em 17 de janeiro de 1995, foi considerada uma das histórias de maior sucesso da Década Internacional das Nações Unidas para a Redução do Desastre Natural. O terremoto atingiu 7,3 graus de magnitude na escala Richter, a 16 km de profundidade, e causou a perda de 6.433 vidas humanas, contabilizando 43.792 feridos, além de arrasar a infraestrutura

⁴⁵ Quadro de Ação de Hyogo. Disponível em: <http://www.unisdr.org>

⁴⁶ http://www.ceped.ufsc.br/sites/default/files/projetos/guia_para_cobertura_jornalistica_em_rrd.pdf

urbana num instante. Ocorreram vários incêndios e a destruição de 249.180 edifícios. Onze anos após o desastre, o governo de Hyogo atingiu o objetivo da reconstrução do local e colabora com a redução de desastres em nível mundial, por meio das lições incorporadas a partir dessa vivência.

Em artigo intitulado “Recuperação e reconstrução depois do Grande Terremoto de Hanshin-Awaji no Japão”, MURATA (2006) apresenta um panorama do desastre e do plano de reconstrução de Hyogo, descrevendo recomendações para o futuro, ancoradas principalmente na experiência do governo local. Várias lições podem ser tiradas dessa ocorrência, como, por exemplo, a celeridade no processo de restauração e reconstrução.

Apesar das árduas condições (...) a recuperação foi bastante rápida graças à dedicação e esforço das pessoas envolvidas e ao enorme apoio recebido tanto dentro como fora do Japão. Em apenas 06 dias depois do terremoto, foi restabelecido um serviço provisório de eletricidade. A provisão de água e gás voltou à normalidade em três meses. As ferrovias japonesas reativaram todas as suas linhas em abril de 1995. As ferrovias privadas, que tinham sofrido perdas terríveis, voltaram à normalidade em agosto. A Rodovia Hanshin reabriu formalmente todas as suas pistas no final de setembro de 1996. Mais de 90% das casas e edifícios danificados foram reabilitados um ano depois do terremoto. (...) Todos os habitantes das 48.300 unidades habitacionais de emergência já se encontravam em habitação permanente em janeiro de 2000. (p.11).

Ainda segundo o autor, a atuação da comunidade e dos voluntários foi fundamental, tendo em vista que cerca de 80% das 35.000 pessoas presas nos escombros foram resgatadas dos edifícios por moradores da comunidade local. Pode-se constatar também a vulnerabilidade dos idosos: em algumas áreas afetadas havia um predomínio de pessoas de idade avançada e 44% das vítimas mortais tinham mais de 65 anos. Nessas áreas, as indústrias de pequeno porte foram afetadas e, como consequência, houve a dispersão da comunidade, enfraquecendo o apoio mútuo local.

No mundo, somente em 2010, 373 desastres resultaram na morte de 226.000 pessoas e 207.000 afetados. Todos os países são vulneráveis às ameaças naturais, mas a maioria das 3,3 milhões de mortes causadas por desastres nos últimos 40 anos ocorreram em nações pobres. São elas também que sofrem por um período maior as consequências dos desastres, na medida em que não possuem capacidade de recuperação rápida, agravando ainda mais as condições de vulnerabilidade (UNISDR,2012)⁴⁷.

A título de ilustração, será apresentado a seguir um panorama dos desastres naturais ocorridos no mundo, destacando o nº de ocorrências, os tipos de desastres e os impactos

⁴⁷ O desastre sob o enfoque de novas lentes: para cada efeito, uma causa.

humanos decorrentes. É oportuno esclarecer que os dados apresentados nas Figuras 12, 13, 14 e 15, a seguir, foram extraídos do banco de dados de Desastres Internacional Emergency Disasters Database (EM-DAT).⁴⁸ Cumpre informar que são registrados nesse banco apenas os desastres que atendem a um dos seguintes critérios, pelo menos: ter 10 ou mais óbitos, 100 ou mais pessoas afetadas, declaração de estado de emergência ou pedido de auxílio internacional. Assim sendo, concluímos que o número de ocorrências de desastres é mais elevado do que os contabilizados no banco EM-DAT.

A análise da evolução da ocorrência de desastres naturais no mundo (Figura 12), no período de 1900 a 2010, comprova uma tendência de aumento da sua incidência.

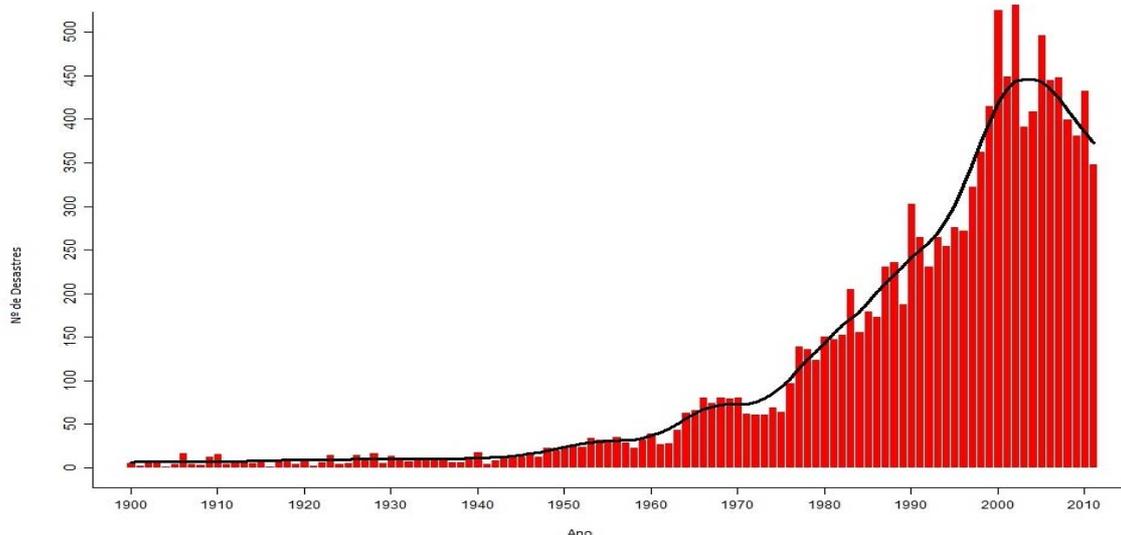


Figura 12 - Ocorrência de desastres naturais no mundo – 1900-2010

Fonte: EM-DAT: the International Disaster Database.⁴⁹

Embora em 2011 tenha sido registrada a ocorrência de 302 desastres, o número de desastres naturais dobrou de cerca de 200 em 1983 para mais de 400 em 2005, conforme pode ser observado na Figura 13.

⁴⁸ Mantido pelo Center for Research on the Epidemiology of Disasters (CRED). Este banco de dados contém informações sobre desastres do mundo todo, a partir de 1900 até a atualidade.

⁴⁹ Disponível em: http://www.unisdr.org/files/24692_2011disasterstats.pdf

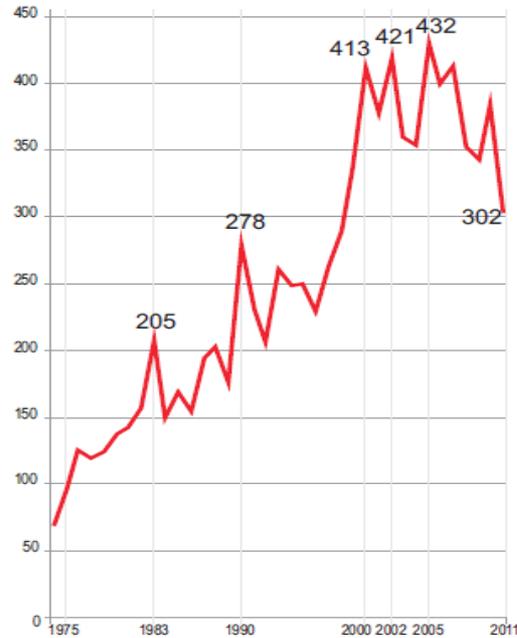


Figura 13 - Ocorrência de desastres naturais no mundo – 1975-2011

Fonte: EM-DAT: the International Disaster Database (idem).

Quanto aos tipos de desastres, as 302 ocorrências registradas em 2011 (Figura 13), foram assim distribuídas: 16 ocorrências de seca, 30 de terremoto (incluindo tsunami), 11 de temperatura extrema, 138 de inundação, 18 de movimento de massa úmida, 79 de tempestade, seis de vulcão e quatro de incêndio florestal (Figura 14). Comparando com a média apresentada para o período 2001-2010, podemos observar que as maiores ocorrências se mantêm para inundações e tempestades.

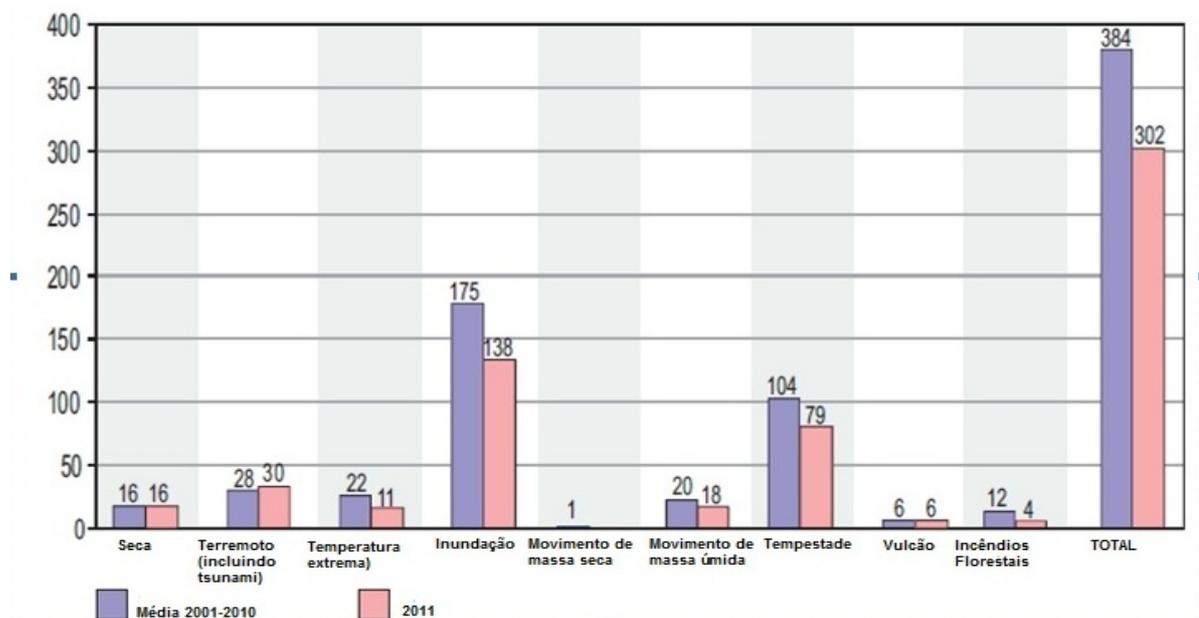


Figura 14 - Ocorrência de desastre natural no mundo (por tipo de desastre) – 2001-2011

Fonte: EM-DAT: the International Disaster Database (idem).(tradução da autora)

Analisando os impactos dos desastres registrados em 2011, no que se refere ao número de vítimas (mortos e afetados), verificamos que o maior número de mortes, 20.943, foi provocado pelos efeitos dos terremotos, sendo que, deste total, 19.846 mortes ocorreram no Japão. Já o número de mortos por outras causas foram: 5.202 por inundações, 3.076 por tempestades, 314 pelo movimento de massa úmida, 231 por temperaturas extremas, três por vulcão e 13 por incêndios florestais. No Brasil, foram 900 mortes causadas pelos impactos das inundações e dos deslizamentos de terras provocados pela chuva. Dos 200 milhões de pessoas afetadas pelos desastres, no mundo, mais da metade foram vítimas de inundações e 60 milhões, da seca. (Figura 15).

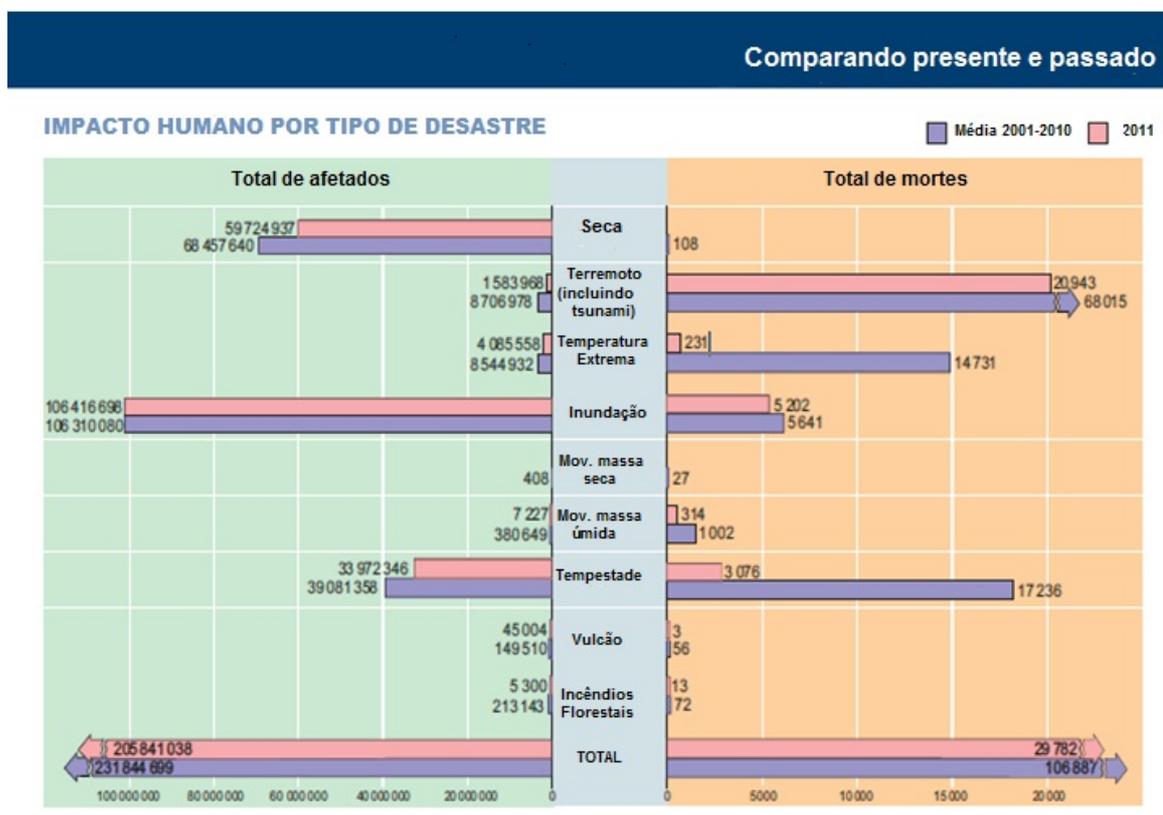


Figura 15 - Impacto humano por tipo de desastres – (Mundo: em 2011 e média do período 2001-2010)
 Fonte: EM-DAT: the International Disaster Database (op. cit.). (tradução da autora)

Os prejuízos decorrentes dos desastres triplicaram de 123,9 bilhões de dólares em 2010 para 366 bilhões de dólares em 2011. O terremoto e o tsunami que atingiram o Japão em março do ano passado responderam por mais da metade desses gastos.⁵⁰

⁵⁰ PNUD. Disponível em <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3658>.

Um panorama geral dos países que registraram maior número de mortes devido à ocorrência de desastres naturais em 2011 é apresentado na Tabela 5 e dos 10 países com a maior ocorrência de desastre, na Tabela 6. Dados mostram que as chuvas de 2011 colocaram o Brasil em um triste terceiro lugar no número de mortes por desastres naturais, atrás apenas das estatísticas apresentadas no terremoto do Japão (quase 20 mil vítimas fatais) e das tempestades tropicais nas Filipinas (cerca de 1.500 mortos), tendo ocupado a 9ª posição no número de ocorrência de desastres em termos mundiais.

Tabela 5 - Os desastres naturais que apresentaram o maior número de mortes em 2011 no mundo.

Tipo de Desastre/Mês	País	Mortes
Terremoto / Tsunami (Março)	Japão	19.846
Tempestade tropical "Sendong" (Washi) – (Dezembro)	Filipinas	1.430
Inundação (Janeiro)	Brasil	900
Inundação (Agosto-Dezembro)	Tailândia	813
Terremoto (Outubro)	Turquia	604
Inundação (Agosto-Novembro)	Paquistão	509
Tempestade (Abril)	EUA	350
Inundação (Agosto-Novembro)	Camboja	247
Inundação (Junho)	China	239
Inundação (Agosto-Outubro)	Índia	204

Fonte: ISDR – UNITED NATIONS. International Strategy for Disaster Reduction (tradução da autora)⁵¹

⁵¹ Disponível em: http://cred.be/sites/default/files/Press_Release_UNISDR2012.pdf

Tabela 6 - Os 10 países que apresentaram a maior ocorrência de desastres naturais em 2011.

País	Nº de Ocorrências
Filipinas	33
China	21
EUA	19
Índia	11
Indonésia	11
México	10
Guatemala	7
Japão	7
Brasil	6
Bangladesh, Nigéria, Peru, Tailândia, Vietnã, Indonésia	5

Fonte: ISDR – UNITED NATIONS. International Strategy for Disaster Reduction (tradução da autora).

Segundo dados apresentados no relatório *World Urbanization Prospects: the 2011 Revision* (UNITED NATIONS, 2011), no que se refere ao risco de desastres naturais, foi constatado que em 2011, entre as 450 áreas urbanas com um milhão de habitantes ou mais (representando 1,4 bilhão de pessoas), quase 60%, ou cerca de 890 milhões de pessoas, viviam em áreas de alto risco de exposição a pelo menos um tipo importante de risco de desastre natural (inundações, ciclones, secas ou terremotos).

3.2.2. Desastres no Brasil

Conforme o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD)⁵², “no Brasil, o mito de que o país vive alheio a desastres naturais tem perdido força. Em janeiro de 2011, por exemplo, chuvas intensas que caíram na região serrana do Rio de Janeiro

⁵² “PNUD e governo estudam parceria para prevenção de desastres naturais”. Disponível em: <http://www.pnud.org.br/Noticia.aspx?id=3658>

provocaram o pior deslizamento de terra da história do país”. De acordo com Carlos Nobre⁵³, secretário de Políticas e Programas de Pesquisa e Desenvolvimento do Ministério da Ciência, Tecnologia e Inovação (MCTI), “aquele episódio foi um solavanco que chacoalhou a percepção brasileira para o tema dos grandes desastres. Tornou-se óbvio para os gestores e para a população que é preciso enfatizar o eixo da prevenção. Foi um marco que mudou nossa perspectiva para sempre: prevenção é fundamental”.

O direito natural à vida e à incolumidade foi formalmente reconhecido pela Constituição da República Federativa do Brasil, e compete à Defesa Civil a garantia desse direito, especificamente em circunstâncias de desastre. O objetivo geral da Defesa Civil é a redução de desastres, possibilitada pela diminuição de sua ocorrência e intensidade. Nesse sentido, a atuação da Defesa Civil para a redução dos riscos de desastres envolve as ações de prevenção, mitigação, preparação, resposta e recuperação e se dá de forma multissetorial, nos três níveis do governo – federal, estadual e municipal – com ampla participação da comunidade.⁵⁴ Os objetivos Específicos da Defesa Civil são: (1) promover a defesa permanente contra desastres naturais ou provocados pelo homem; (2) prevenir ou minimizar danos, socorrer e assistir populações atingidas, reabilitar e recuperar áreas deterioradas por desastres; (3) atuar na iminência ou em situações de desastres; (4) promover a articulação e a coordenação do Sistema Nacional de Defesa Civil - SINDEC, em todo o território nacional.

A Defesa Civil brasileira passa por uma reestruturação e fortalecimento, estando ainda em construção sua adaptação à demanda atual. Um breve relato sobre essa estruturação é apresentado a seguir.

A Defesa Civil como instituição estratégica para redução de riscos de desastres foi sedimentada com a organização do Sistema Nacional de Defesa Civil – SINDEC (Decreto 97.274/1988). Em 1999, a ONU, aprovou a Resolução 44/236, que estabeleceu o ano de 1990 como início da Década Internacional para Redução dos Desastres Naturais (DIRDN). Para atender a esse compromisso, o Brasil elaborou um plano nacional de redução de desastres para a década de 90 que estabeleceu metas e programas a serem alcançados até o ano 2.000, conhecido como Política Nacional de Defesa Civil – PNDC, estruturada em quatro pilares:

⁵³ “Nova legislação dará base científica à prevenção de desastres naturais, dizem especialistas”. Disponível em: <http://agencia.fapesp.br/16000>

⁵⁴ A Proteção e Defesa Civil no Brasil está organizada sob a forma de sistema, denominado de Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), composto por vários órgãos. A Secretaria Nacional de Defesa Civil - SEDEC, no âmbito do Ministério da Integração Nacional, é o órgão central desse Sistema, responsável por coordenar as ações de proteção e defesa civil em todo o território nacional (Lei nº 12.608, de 11 de abril de 2012).

prevenção, preparação, resposta e reconstrução. Na década de 2.000 o foco de atuação da SEDEC foi o gerenciamento dos desastres e a capacitação de agentes locais de defesa civil.⁵⁵

A Lei 12.608, sancionada em abril de 2012, instituiu a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (PNPDEC), que dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil (SINPDEC), e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil (CONPDEC), além de autorizar a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres. Cabe ressaltar que a Secretaria Nacional de Defesa Civil (SEDEC) é o órgão central do SINPDEC.

Em agosto de 2012, foi lançado o Plano Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres Naturais⁵⁶, cujo objetivo é garantir segurança às populações que vivem em áreas suscetíveis a ocorrências de desastres naturais. As ações do plano estão divididas em quatro eixos temáticos – prevenção, mapeamento, monitoramento e alerta e resposta a desastres. As ações preventivas visam também preservar o meio ambiente e abrangem 821 municípios que respondem por 94% das mortes e 88% do total de desalojados e desabrigados em todo o país⁵⁷.

Atendendo ao objetivo de desenvolver, testar e implementar um sistema de previsão de ocorrência de desastres naturais em áreas suscetíveis de todo o país, começou a operar, em dezembro de 2011, o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (CEMADEN/MCTI)⁵⁸, que tem como uma das suas atribuições fornecer alertas de desastres naturais para o Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD/MI)⁵⁹, auxiliando o Sistema Nacional de Defesa Civil.

Antes e durante os desastres, o CENAD/MI atua por meio de ações de preparação (em parceria com os órgãos estaduais e municipais que compõem o SINDEC e instituições técnicas de monitoramento climatológico) e no imediato pós-desastre, por meio de ações de resposta e assistência humanitária. O órgão, que foi criado em 2005, passou por reestruturação em 2012 e tem por objetivo consolidar as informações de riscos e desastres; monitorar os parâmetros de eventos adversos; difundir alerta e alarme de desastres e prestar orientações preventivas à população; coordenar as ações de respostas aos desastres; e mobilizar recursos para pronta resposta às ocorrências de desastres.

A sistematização integrada dos dados sobre as ocorrências de desastres no país só foi disponibilizada em 2012 com a publicação do **Atlas Brasileiro de Desastres Naturais 1991-**

⁵⁵ Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/historico-sedec>

⁵⁶ Disponível em: <http://www.pac.gov.br/pub/up/relatorio/d0d2a5b6f24df2fea75e7f5401c70e0d.pdf>

⁵⁷: “Lançado Plano Nacional para prevenção de desastres naturais.” Ministério do Planejamento. Disponível em: <http://www.pac.gov.br/noticia/c1619715>

⁵⁸ Disponível em: <http://www.cemaden.gov.br/>

⁵⁹ Disponível em: <http://www.integracao.gov.br/pt/defesa-civil/cenad/apresentacao>

2010. O Atlas configura o primeiro documento, em âmbito nacional, voltado para avaliação e análise das séries históricas de desastres naturais. É o resultado de um trabalho conjunto entre o Ministério da Integração Nacional e o Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres Naturais da Universidade Federal de Santa Catarina (Ceped/UFSC). Entre as limitações da pesquisa apontadas por esse estudo estão as variações e as inconsistências no registro de danos humanos, materiais e econômicos. Tais inconsistências retratam certa fragilidade histórica do Sistema Nacional de Defesa Civil, principalmente pela ausência de profissionais especializados em âmbito municipal, e consequente ausência de unidade e padronização das informações declaradas pelos documentos de registros de desastres.

Os dados coletados sobre o Brasil e publicados neste volume, por exemplo, demonstram que o registro de ocorrência de desastres cresceu 268% nos últimos dez anos, mas não permite, sem uma análise mais detalhada, afirmar que houve um aumento de ocorrências na mesma proporção. Apesar de não poder assegurar a relação direta entre registros e ocorrências, o presente documento permite uma série de importantes análises, ao oferecer informações – nunca antes sistematizadas – que ampliam as discussões sobre as causas das ocorrências e intensidade dos desastres. (2012, p. 93).

Ao analisar os desastres naturais que afetaram o Brasil de 1991 a 2010, o Atlas selecionou doze fenômenos naturais que correspondem aos desastres relevantes em âmbito nacional, registrados nas cinco regiões brasileiras durante os vinte anos: estiagem e seca; inundação brusca; inundação gradual; vendaval e/ou ciclone; tornado; granizo; geada; incêndio; movimentos de massa; erosão fluvial; erosão linear; erosão marinha. Foi reconhecida a incidência de duas categorias fundamentais de desastres: estiagens e secas e inundações bruscas e alagamentos, que possibilitam verificar a sazonalidade e recorrência, e assim subsidiar os processos decisórios para direcionar recursos e reduzir danos e prejuízos, assim como perdas humanas. Os desastres mais recorrentes nos últimos vinte anos podem ser observados na Figura 16.

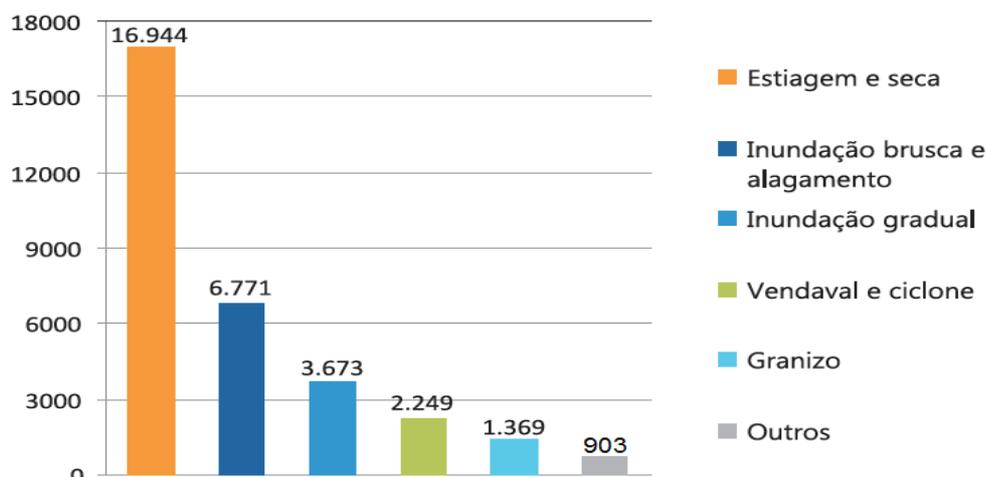


Figura 16 - Totais de registros dos desastres naturais mais recorrentes no Brasil, no período de 1991 a 2010 – por tipo de desastre

Fonte: Atlas Brasileiro de Desastres Naturais 1991 a 2010: volume Brasil. CEPED UFSC, 2012.

Do total de desastres registrados no período de 1991 a 2010, estiagens e secas corresponderam a 16.944 registros (54%); as inundações bruscas e alagamentos apresentaram-se como a segunda categoria de maior ocorrência, com um total de 6.771 registros (21%); inundações graduais corresponderam a 3.673 registros (12%); os vendavais e ciclones, e os granizos apresentaram-se na sequência, com 2.249 e 1.369 registros, respectivamente, e corresponderam a 7% e a 4%. Os demais desastres naturais – erosão linear, marinha e fluvial, incêndios florestais, movimentos de massa, tornados e geadas – foram pouco expressivos na escala temporal analisada. Foram classificados, portanto, na categoria Outros, com 903 ocorrências, representando 2% do total de registros.

Segundo o documento, os dados corroboram o discurso frequente sobre o aumento da ocorrência de desastre: de um total de 31.909, 8.671 (27%) ocorreram na década de 1990 e 23.238 (73%), na década de 2000. Mas ratifica a histórica fragilidade do Sistema de Defesa Civil em manter atualizados seus registros. Como tendência, é possível apenas afirmar que tanto os desastres têm potencial crescimento, como o fortalecimento do sistema, a fidelidade aos números e o compromisso no registro também crescem com o passar dos anos (p.28), Para efeito de ilustração e comparação, a diferença de registros entre cada ano é apresentada por tipo de desastre na Figura 17, de maneira a estabelecer uma relação entre o aumento de ocorrências e o aumento de registros, a partir de uma média. Como se pode observar, o desastre que mais teve variação entre as décadas foi o movimento de massa, com aumento de 21,7 vezes, em contraponto à média geral que é de seis vezes.

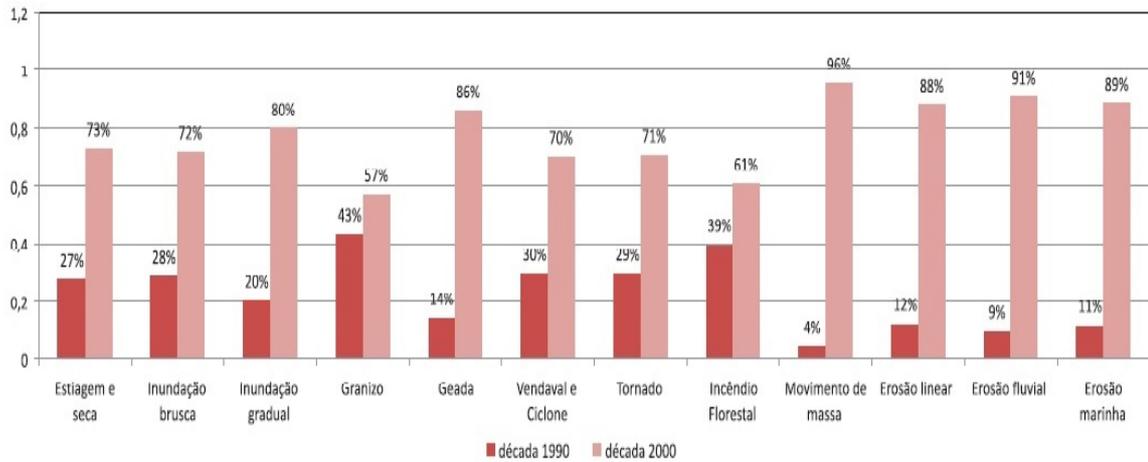


Figura 17 - Total de registros de desastres no Brasil - Comparativo entre décadas (1991 a 2010)
Fonte: Atlas Brasileiro de Desastres Naturais 1991 a 2010: volume Brasil. CEPED UFSC, 2012.

Outro aspecto importante a ser observado é a distribuição dos danos humanos. Do total de afetados (96.220.879), estiagem e seca é tipo o desastre que mais afeta a população brasileira, por ser mais recorrente (Figura 18). Porém, do total de mortos (2.475), as inundações bruscas com 29,56% dos afetados brasileiros, causam maior número de mortes (43,19%), conforme pode ser observado na Figura 19.

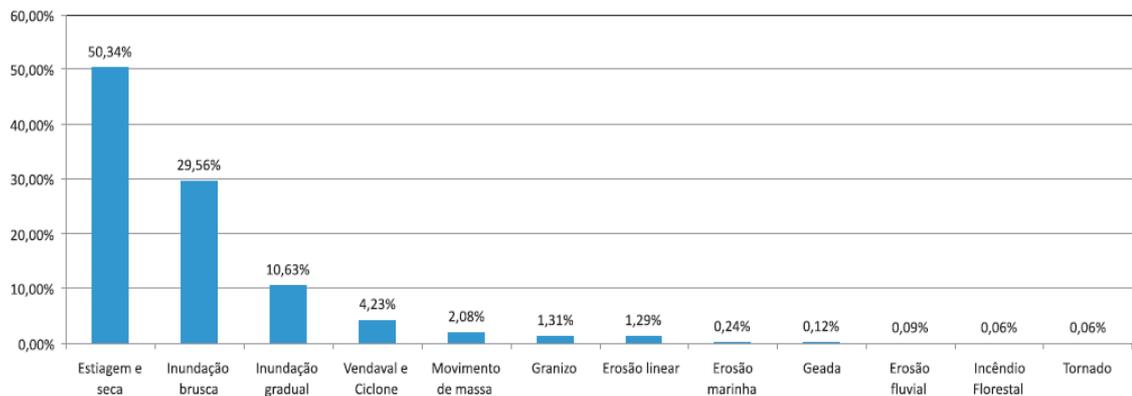


Figura 18 - Afetados por tipo de desastre no Brasil (1991 a 2010)
Fonte: Atlas Brasileiro de Desastres Naturais 1991 a 2010: volume Brasil. CEPED UFSC, 2012

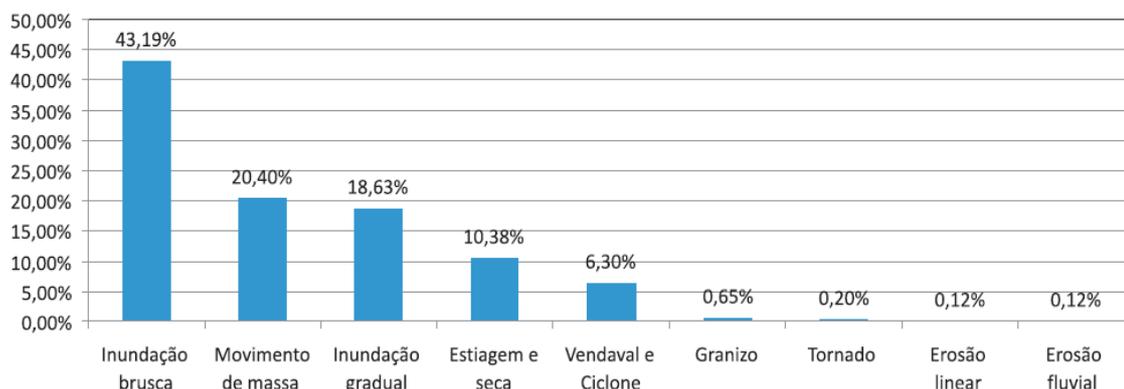


Figura 19 - Mortos por tipo de desastre no Brasil (1991 a 2010)

Fonte: Atlas Brasileiro de Desastres Naturais 1991 a 2010: volume Brasil. CEPED UFSC, 2012

Em suas considerações finais, o Atlas avalia que o registro histórico dos desastres ocorridos no território nacional expõe a fragilidade da população brasileira diante de situações extremas relacionadas a fenômenos climáticos e observa que:

é necessário criar uma cultura do risco, ainda inexistente no país, para que os cidadãos estejam preparados a participar das tomadas de decisão. Esta medida torna-se viável por meio do acesso à informação de qualidade e pela troca de impressões entre os principais agentes sociais, na busca da participação e do envolvimento de todos os setores da sociedade. (p.91).

No Brasil, a implantação do “Quadro de Ação de Hyogo⁶⁰ para 2005-2015: aumento da resiliência das nações e das comunidades frente aos desastres”, foi realizada pela SEDEC/MI, com o lançamento da campanha “Construindo Cidades Resilientes: Minha Cidade está se Preparando”, e da Estratégia Internacional para Redução de Desastres (EIRD), coordenada pela ONU. Nova Friburgo, cidade da Região Serrana do Rio de Janeiro, que, no início de 2011, contabilizou mais de 900 mortos por causa das chuvas, se tornou a primeira cidade da Região a aderir à campanha. As outras cidades brasileiras que já aderiram são Araranguá (SC), Blumenau (SC), Florianópolis (SC), Itajaí (SC), Jaraguá do Sul (SC), Joinville (SC), Lages (SC), Macaé (RJ), Ponte Alta (SC), Rio de Janeiro (RJ), Rio do Sul (SC), São João da Barra (RJ), Talismã (TO) e Tubarão (SC).

Desde a época do desastre natural na Região Serrana, as ONGs Care Brasil e Diálogo, atuantes no local, se juntaram a lideranças comunitárias para elaborar um Plano de

⁶⁰ O Quadro é o primeiro plano para explicar, descrever e detalhar o trabalho que é exigido de todos os diferentes setores e atores para reduzir as perdas oriundas de desastres.

Emergência da Sociedade Civil (Pesc)⁶¹. Em outubro de 2012, a CARE Brasil lançou o Manual de Formação de Núcleos Comunitários de Defesa Civil (NUDECs)⁶², publicação que traz uma sistematização de experiências vividas na Região Serrana e ressalta a importância da atuação dos NUDECs e da mobilização comunitária para salvar vidas. O Manual apresenta o passo a passo das dinâmicas de formação dos NUDECs e compartilha dicas elaboradas com base nos aprendizados obtidos ao longo do processo. É destinado ao público em geral e a instituições que tenham interesse em estruturar Núcleos Comunitários de Defesa Civil para a Redução de Riscos de Desastres.

3.3. Acidentes: agravantes da vulnerabilidade do idoso em situações de desastres

No âmbito da Proteção e Defesa Civil, as consequências dos acidentes para os idosos configuram um agravante da vulnerabilidade desse grupo em situações de desastres, haja vista que, geralmente, sua mobilidade e agilidade podem estar comprometidas, o que reduz significativamente a capacidade para enfrentar situações críticas.

Pesquisa realizada pelo Centro Latino-Americano de Estudos sobre Violência e Saúde (Claves) da FIOCRUZ registrou um aumento das mortes violentas com pessoas com mais de 60 anos (Câmara, 2003). As causas podem ser acidentais (trânsito, transporte, quedas, envenenamentos, afogamentos e outros acidentes) ou intencionais (homicídios e suicídios, entre outras). Câmara assinala que tal pesquisa não tinha como alvo estudar a terceira idade, contudo os números altos em relação aos óbitos nesta faixa etária, por causas externas, chamaram a atenção. “Elas representam a sexta causa de morte entre nossos idosos, perdendo apenas para as doenças respiratórias, tumores, doenças endócrinas, doenças do aparelho digestivo e doenças infecciosas.”⁶³

Reportando-se à mortalidade de idosos no Estado do Rio de Janeiro, o estudo da FIOCRUZ mostrou que as principais causas de óbitos neste grupo são os acidentes de trânsito e transporte, as quedas e os homicídios, sendo os homens os mais expostos ao risco de morte por causa externa.

O idoso é mais vulnerável a todas as violências. Por ser mais lento, não consegue atravessar no tempo estipulado pelos sinais nas ruas. Faltam também rampas e passarelas para travessia segura. Avenidas muito largas, carros em alta velocidade, tudo isso aumenta os riscos (...) Quanto às quedas em lugares públicos, demonstram

⁶¹ Disponível em: <http://www.avozdaserra.com.br/noticia/20898/nova-friburgo-adere-a-campanha-da-onu-%E2%80%9Cconstruindo-cidades-resilientes-minha-cidade-esta-se-preparando%E2%80%9D>

⁶² Disponível em: http://www.care.org.br/wp-content/uploads/2012/10/Formacao_NUDECS_Care.pdf

⁶³ Disponível em: <http://direitoidoso.braslink.com/01/artigo012.html>

que faltam lugares apropriados na cidade para a locomoção desse público, normalmente, existem buracos no chão e faltam corrimões e rampas. Em relação aos tombos em casa, as mulheres, na faixa dos 70 ou mais anos de vida, lideram o número de mortes, devido a maior incidência de osteoporose no sexo feminino. Esses acidentes ocorrem mais frequentemente entre o quarto e o banheiro. (apud CÂMARA, 2003).

Isso complementa estudo publicado no ano anterior, intitulado “Trauma no idoso”, segundo o qual:

As alterações estruturais e funcionais, assim como a coexistência de doenças sistêmicas predis põem os idosos a diversos acidentes, principalmente quando comparadas àquelas pessoas com grande reserva fisiológica. Apesar dos idosos sofrerem as mesmas lesões dos indivíduos mais jovens, apresentam diferenças no que diz respeito ao espectro das lesões, a dominância sexual, a duração e o resultado da evolução. A queda é o mecanismo de lesão mais freqüente entre os idosos (40%), seguida pelo acidente automobilístico (28%), atropelamento (10%), ferimento por arma de fogo e arma branca (8,0%), entre outros. (SOUZA; IGLESIAS, 2002).

É oportuno citar aqui matéria divulgada em 28 de setembro deste ano no telejornal da Band deste ano, a qual apontava que, em São Paulo, 36% dos mortos em atropelamentos têm mais de 65 anos; só este ano teriam sido 903 casos registrados do tipo. A culpa é atribuída à falta de planejamento viário, ao desrespeito e à imprudência dos motoristas. “Se o tempo do semáforo obriga os jovens a ‘apertar o passo’, a situação dos idosos é bem mais difícil, já que muitas vezes eles têm dificuldade de se locomover”, disse a repórter responsável pela cobertura da matéria e que registrou o tempo de apenas 19 segundos entre o sinal verde e vermelho do semáforo, insuficiente para as pessoas, em geral, atravessarem de um lado para outro. A boa notícia é que, na capital paulista, há um programa de proteção aos pedestres, iniciado no ano passado, que conseguiu reduzir em 25% o número de mortes de pessoas com mais de 70 anos nesses acidentes. “Trata-se de uma campanha parecida com a implantada em Brasília há alguns anos. Pesquisa do Ministério da Saúde mostra que os motoristas da Capital Federal são os que mais respeitam o idoso.”⁶⁴

Tais iniciativas são importantes já que, devido à sua vulnerabilidade, os idosos, em situações de acidente, experimentam período de internação mais longo, extensos períodos de reabilitação, maior risco de dependência posterior e de morte. E, quanto mais vulnerável e mais frágil o idoso, mais suscetível aos riscos, mesmo que sejam mínimos. Tal panorama indica que aumentar a segurança do idoso é a melhor maneira de prevenir acidentes. Prevenir

⁶⁴ “São Paulo: trinta e seis por cento de mortos em atropelamentos são idosos.” Publicado no youtube em 28/09/20102. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=9IAHF9L9aIs>

as lesões involuntárias, compreendendo suas causas; adotar medidas de proteção de pedestres; executar programas de prevenção de quedas, reduzindo ao mínimo sua incidência, inclusive a de incêndios nos lares; e proporcionar assessoramento em questões de segurança são medidas que devem ser tomadas por toda a sociedade.

Dados apresentados pela Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo apontam que aproximadamente 1,5 mil idosos morrem por ano devido a quedas dentro e fora de casa. Por dia são quatro óbitos em consequência de quedas. É o dobro do número de motociclistas que morrem em acidentes na cidade. E boa parte dos obstáculos que podem provocar tombos em idosos está dentro de casa.⁶⁵

As quedas podem ser atribuídas a vários fatores, como fragilidade física, uso de medicamentos que podem provocar alteração no equilíbrio e/ou na visão e enfermidades diversas, como a osteoporose, por exemplo. Porém, as quedas podem ocorrer também por falta de prevenção, seja nas casas, nas instituições ou nas comunidades em que os idosos vivem. A OMS considera que os principais fatores de proteção contra quedas na velhice são relacionados à mudança comportamental para um estilo de vida saudável e às modificações ambientais, como adaptação da residência, por exemplo.

As quedas são consideradas importantes preditores de desfechos desfavoráveis em pessoas idosas, tais como fragilidade, morte, institucionalização e piora das condições de saúde. A fratura de fêmur em pessoas idosas é um evento catastrófico que pode piorar muito a qualidade de vida por contribuir para a redução de sua capacidade funcional, perda de autonomia e de independência; além de poder levar à internação, institucionalização e à morte prematura. A fratura de fêmur é uma importante causa de internação hospitalar pelo SUS e ocorre em aproximadamente ¼ das fraturas pós quedas. Cerca de 30% dos idosos caem ao menos uma vez ao ano e, para os idosos acima de 80 anos, essa proporção se eleva para aproximadamente 50%. Após a primeira queda, aumenta muito o risco de cair novamente e, por medo de cair, os idosos diminuem sua mobilidade e sociabilidade e sabe-se que em torno de 13% das pessoas idosas são “caidores” recorrentes. As quedas em pessoas idosas estão relacionadas a questões do próprio idoso (instabilidade postural, polifarmácia e osteoporose), aos riscos no domicílio e aos riscos do ambiente externo. (Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, 2010).

O fato é que a prevenção das quedas é um desafio ao envelhecimento populacional. Segundo o “Relatório Global da OMS sobre Prevenção de Quedas na Velhice”⁶⁶, publicado em 2007, as quedas resultam da interação de fatores de risco e aumentam exponencialmente com as mudanças biológicas associadas à idade. Estima-se que de 28% a 35% das pessoas

⁶⁵ “Quatro idosos morrem por dia em consequência de quedas em SP”. Divulgação em 27/07/2012. Disponível em: <http://g1.globo.com/bom-dia-brasil/noticia/2012/07/quatro-idosos-morrem-por-dia-em-consequencia-de-quedas-em-sp.html>

⁶⁶ Disponível em http://www.who.int/ageing/projects/falls_prevention_older_age/en/index.html Tradução em português: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_prevencao_quedas_velhice.pdf

com mais de 65 anos de idade sofrem quedas a cada ano. Para pessoas com mais de 70 anos, a estimativa fica entre 32% e 42%.

Como ressalta o estudo, além de gerar significativas limitações físicas e psicológicas aos idosos, as lesões decorrentes das quedas representam um impacto econômico crítico para a família, a comunidade e a sociedade. Os custos diretos abrangem despesas ligadas à saúde do idoso, tais como consultas médicas, medicamentos, tratamentos e serviços adequados, entre outros, relativos à reabilitação. Os custos indiretos dizem respeito a aspectos ligados à sobrecarga vivenciada pelos cuidadores familiares, incluindo problemas físicos, psicológicos ou emocionais, sociais e financeiros.

Ainda segundo o Relatório da OMS (2007), os principais fatores de risco para quedas na velhice, que resultam de uma complexa interação entre si, podem ser categorizados em quatro dimensões: biológica, comportamental, ambiental e socioeconômica (Quadro 2).

Quadro 2 - Principais fatores de risco para quedas.

CATEGORIA	RESUMO
Fatores de risco biológicos	Características dos indivíduos relacionadas ao corpo humano (idade, gênero e raça, por exemplo, são fatores de risco biológicos não modificáveis). Estão também associados às mudanças devidas ao envelhecimento, tais como o declínio das capacidades físicas, cognitivas e afetivas, e à comorbidade associada às doenças crônicas.
Fatores de risco comportamentais	Incluem os fatores que dizem respeito às ações humanas, emoções ou escolhas diárias. São potencialmente modificáveis (por exemplo: uso de múltiplos medicamentos, uso excessivo de álcool e comportamento sedentário podem ser modificados por meio de intervenções estratégicas para a mudança comportamental).
Fatores de risco ambientais	Incluem a interação das condições físicas dos indivíduos e o ambiente que os cerca, incluindo alguns aspectos problemáticos dos ambientes públicos.
Fatores socioeconômicos	São relacionados à influência das condições sociais e do status econômico dos indivíduos, bem como à capacidade da comunidade de enfrentá-los. Esses fatores incluem: baixa renda, pouca educação, habitações inadequadas, falta de interação social, acesso limitado ao cuidado de saúde e assistência social em áreas remotas e falta de recursos da comunidade.

Fonte: OMS (2007).

É importante destacar que as fraturas decorrentes de quedas em idosos geralmente são graves e onerosas e muitas vezes causam consequências graves para a qualidade de vida e a saúde, como imobilidade e dependência, além do alto índice de mortalidade pós-cirúrgico. A médica geriatra Cecília Tardeli Cerveira explica que as quedas geralmente causam fraturas que só podem ser tratadas com cirurgias, que representam um alto risco para os idosos: “As

fraturas nessa faixa etária geralmente acabam se complicando com uma frequência maior, trazendo outras comorbidades, levando a períodos de internação maiores e levando esse idoso a um quadro de dependência para as atividades que antes ele poderia fazer sozinho.”⁶⁷

As causas que levam à fratura podem estar relacionadas a diversos fatores, tanto ambientais (calçada inadequada, pouca iluminação, tapetes, localização dos móveis etc.) quanto do próprio paciente, que pode apresentar algum aspecto frágil, como alterações sensitivas (ligadas à visão, audição, tato ou equilíbrio), perda de força muscular ou alterações cardíacas e vasculares graves. Existem também as causas secundárias, como o uso de medicações que podem alterar a pressão arterial e provocar tontura.

De acordo com o SUS, mais de 30% dos idosos que fraturaram o fêmur morrem em um ano.⁶⁸ A fratura é um fator tão importante que a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur é um dos indicadores utilizados para avaliar o alcance das metas estabelecidas pelo Pacto pela Vida⁶⁹. A meta para o Brasil, no biênio 2010-2011, foi reduzir a taxa de internação hospitalar de pessoas idosas por fratura de fêmur em pelo menos 2% ao ano.

O Governo considera que as quedas e suas consequências para as pessoas idosas no Brasil têm assumido dimensão de epidemia. Por isso várias iniciativas foram tomadas no sentido de preveni-las, como, por exemplo, o projeto Casa Segura, novo conceito de moradia que oferece ambientação adequada, segura e confortável para o idoso. O projeto, de autoria da arquiteta Cybele Barros, foi aprovado pelo Ministério da Saúde e passou a integrar o Programa de Atenção Integral à Saúde do Idoso. Apresenta medidas simples e de baixo custo, visando à prevenção de acidentes (Anexo 4).

No caso específico das cidades, a prevenção de acidentes implica implementar uma política pública com base nos conceitos de acessibilidade e desenho universal, ambos definidos pelo Decreto nº 5.296/2004, de abrangência nacional, em seu artigo 8º, incisos I e IX:

I - 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.

⁶⁷ Disponível em: <http://g1.globo.com/sp/sao-carlos-regiao/noticia/2012/07/queda-de-idosos-pode-ser-evitavel-com-cuidados-simples-em-casa.html>

⁶⁸ Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/sobre/saude/saude-do-idoso/quedas/print>

⁶⁹ O Pacto pela Vida é o compromisso entre os gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. A saúde do idoso é uma das prioridades do Pacto pela Vida.

IX - Desenho universal: concepção de espaços, artefatos e produtos que visam 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.

Várias características estruturais dos ambientes são consideradas como barreiras para os idosos, como por exemplo: espaço insuficiente para locomoção (portas e corredores estreitos para a passagem de cadeira de rodas), iluminação insuficiente, escadas e pisos desnivelados, falta de corrimãos e de elevadores em prédios, falta de rampas de acesso, interruptores e tomadas de difícil manuseio, escadas que não são equipadas com ascensor de cadeira de rodas etc.

O artigo 8º, inciso II, considera barreiras à acessibilidade como “qualquer entrave ou obstáculo que limite ou impeça o acesso, a liberdade de movimento, a circulação com segurança e a possibilidade de as pessoas se comunicarem ou terem acesso à informação”. As barreiras são classificadas da seguinte forma:

- a) barreiras urbanísticas: as existentes nas vias públicas e nos espaços de uso público;
- b) barreiras nas edificações: as existentes no entorno e interior das edificações de uso público e coletivo e no entorno e nas áreas internas de uso comum nas edificações de uso privado multifamiliar;
- c) barreiras nos transportes: as existentes nos serviços de transportes; e
- d) barreiras nas comunicações e informações: qualquer entrave ou obstáculo que dificulte ou impossibilite a expressão ou o recebimento de mensagens por intermédio dos dispositivos, meios ou sistemas de comunicação, sejam ou não de massa, bem como aqueles que dificultem ou impossibilitem o acesso à informação.

Segundo o estudo que culminou na elaboração do “Guia global: cidade amiga do idoso” (OMS, 2008), uma cidade amiga do idoso resulta de uma abordagem integrada, centrada na forma como os idosos vivem, ou seja, uma cidade que adapta suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis e promovam a inclusão de idosos com diferentes necessidades e graus de capacidade (Anexo 5). Com base nos relatos dos idosos e de outros agentes consultados no estudo, são necessárias ações conjuntas, que envolvem especialmente as seguintes medidas:

A moradia deve ser analisada em relação aos espaços abertos e às edificações existentes, de tal maneira que as residências dos idosos se localizem em áreas livres de risco de desastres naturais e perto de serviços; que estejam situadas perto de onde pessoas de diferentes faixas etárias morem; que permitam a participação cívica de forma a mantê-los integrados à comunidade, em atividade e com boa disposição.

Os serviços de transporte e a infra-estrutura devem sempre estar ligados a oportunidades de participação social, cívica e econômica, bem como ao acesso aos serviços de saúde essenciais.

A inclusão social dos idosos deve considerar a sua participação comunitária, permitindo-lhes a tomada de decisões na vida civil, o trabalho remunerado e a oferta de programação específica e adequada na mídia.

Como o conhecimento é a chave do empoderamento, a informação sobre todos os aspectos da vida na cidade deve ser acessível a todos e sempre. (OMS, 2008)

Os espaços públicos, as edificações, os espaços abertos, os sistemas de transporte e a moradia representam as principais características do ambiente físico de uma cidade, tendo uma grande influência sobre a mobilidade pessoal, implicando a prevenção contra quedas e lesões, segurança em relação a crimes e certos comportamentos em relação à saúde e à participação social. Uma cidade adaptada à realidade do envelhecimento contribui para uma mobilidade segura, para a participação social, para a manutenção da capacidade funcional e da autonomia, contribuindo para o aumento da resiliência frente a desastres.

4. DISCUSSÃO

As políticas públicas, assim como a sociedade brasileira, precisam adaptar-se ao aumento expressivo da população idosa, voltando-se para a promoção, proteção e defesa dos direitos desse grupo social, a fim de que eles exerçam sua cidadania com segurança e qualidade de vida. Cabe ressaltar que, em escala mundial, no ano 2000 já havia mais idosos do que crianças menores de cinco anos e, de acordo com as projeções, em 2050, pela primeira vez, haverá mais pessoas desse grupo etário do que crianças menores de 15 anos.

Apesar de todos os avanços obtidos nas últimas décadas relacionados à promoção de saúde dos idosos, com aumento da longevidade e melhoria da qualidade de vida, não podemos afirmar que todo este conjunto de fatores tenha provocado uma redução na vulnerabilidade dos idosos frente a desastres. Como aponta a HelpAge Internacional, que atua no intuito de reduzir a vulnerabilidade dos idosos em situações de emergência, em especial em caso de calamidades e desastres naturais, os problemas desse grupo têm uma prioridade secundária nas atividades governamentais. De acordo com a HAI, ainda que comumente se aceite que as pessoas idosas sejam um grupo vulnerável ou potencialmente vulnerável, na atualidade muito pouco se tem feito para reverter esse quadro.

As intervenções humanitárias, muitas vezes, ignoram suas necessidades especiais, principalmente quanto ao fator mobilidade, o que exigiria o estabelecimento e implementação de protocolos de prevenção e salvamento específicos para os idosos em situações de emergência. Nessas condições deverão ser considerados fatores como o atendimento de necessidades básicas, alimentação, medicamentos, condições de mobilidade e de saúde em geral, bem como aspectos familiares, sociais e econômicos.

Para isso, as agências humanitárias devem reforçar o acompanhamento dessas pessoas antes, durante e após as situações de emergência, por meio de programas em que elas se sintam participantes e confiantes na sua segurança pessoal.

O fato de HAI destacar os problemas mais comumente identificados pelos idosos em situações de emergência e as necessidades a serem sanadas para a melhoria no atendimento desse grupo ilustra como essa realidade tem sido problemática, em âmbito mundial.

No caso do Brasil, tomando-se como base as fontes consultadas, não foi possível identificar protocolos específicos de prevenção, preparação e resgate para atendimento a idosos em situações de desastres, apesar de previsto na Política Nacional de Proteção e Defesa Civil (artigo 2º, inciso IV da Lei 12.608, de 2012) “propor procedimentos para atendimento a

crianças, adolescentes, gestantes, **idosos** e pessoas com deficiência em situação de desastre, observada a legislação aplicável”.

A dimensão dessa problemática ratifica-se pelo aumento da frequência e da intensidade com que os desastres naturais vêm ocorrendo no mundo. Para Masato Kobiyama *et al* (2006), isso se deve, principalmente, ao aumento da população, à ocupação desordenada e ao intenso processo de urbanização e industrialização. Os autores reconhecem que, na base dos problemas enfrentados, encontra-se a falta de investimentos para a fase de prevenção. Esse fato tem preocupado órgãos nacionais e internacionais.

Quando se fala em tecnologia de prevenção de desastres, cabe realçar que o Brasil tem agido sempre de forma reativa e não preventiva. Como exemplo podemos citar a criação em 1966 do Instituto de Geotécnica, logo após as intensas chuvas ocorridas no Rio de Janeiro naquele ano. Em 1975 o Instituto passou para Superintendência de Geotecnia, e em 1988 iniciou o monitoramento nas encostas no município do Rio de Janeiro. Na sequência, foi criada, em 1992, a Fundação Geo-Rio, cujo sistema de alerta de desastres é hoje denominado Sistema Alerta Rio.

Da mesma forma, somente após os grandes desastres ocorridos no morro do Bumba em Niterói (2010) e na Região Serrana no estado do Rio de Janeiro (2011), que vitimaram mais de mil pessoas, foi criado, em julho de 2011, o Centro Nacional de Monitoramento e Alertas de Desastres Naturais (CEMADEN) e reestruturado o Centro Nacional de Gerenciamento de Riscos e Desastres (CENAD).

Este ano foi lançado no Brasil o **Plano Nacional de Gestão de Riscos e Resposta a Desastres Naturais, 2012-2014**, que irá investir R\$ 18,8 bilhões em ações de segurança às populações que vivem em áreas de risco de desastres naturais. Serão beneficiados 821 municípios em todo o Brasil, municípios esses que registraram 94% das mortes e 88% do total de desalojados e desabrigados nos últimos anos. O plano vai contemplar projetos de mapeamento, monitoramento e alerta, resposta e prevenção a desastres. O objetivo é se preparar para as mudanças climáticas com a ajuda da ciência e tecnologia, sob a constatação de que a prevenção é sempre a melhor solução para evitar ou minimizar os desastres.

Matéria publicada em 22/01/2009, no jornal **O Estado de São Paulo** *on line*⁷⁰, indicava que, em 2008, segundo a ONU, havia sido registrado um dos maiores índices de mortes por desastres naturais da história. Foram 235 mil mortos, número só superado em

⁷⁰ “Especialista em desastres naturais da ONU critica o Brasil”. Jornal *O estado de São Paulo* [on line], 22/01/2009. Disponível em <http://www.estadao.com.br/noticias/vidae,especialista-em-desastres-naturais-da-onu-critica-o-brasil,311350,0.htm>. Acesso em: 13/08/2012.

2004, ano do tsunami na Indonésia, que registrou 241 mil mortos. As perdas financeiras para o mundo chegaram a US\$ 181 bilhões. Em 2005, as perdas foram de US\$ 214 bilhões. Na década, as perdas já chegavam a US\$ 835 bilhões. Tanto os números de mortos como as perdas econômicas em 2008 estiveram entre as mais altas já registradas. No total, foram 211 milhões de pessoas afetadas no mundo naquele ano. O impacto ficou bem acima da média da última década. Os mais afetados foram os chineses, com 26 desastres e mais de 87 mil mortos. O ciclone Nargis, que atingiu Mianmar, deixou 138 mil mortos.

O Brasil foi o 13º país mais afetado, pelo menos 2 milhões de pessoas foram vítimas de desastres naturais, principalmente das chuvas, que, só em Santa Catarina, atingiram 1,5 milhão de pessoas. O artigo destacou que, segundo Debarati Guha-Sapir – uma das principais especialistas sobre desastres no mundo e diretora do Centro de Pesquisa sobre a Epidemiologia dos Desastres (CRED), entidade que fornece à ONU os dados anuais sobre as vítimas no mundo e é o centro de referência hoje sobre o tema –, “não há vontade política no Brasil para preparar o país para lidar com os desastres naturais”. Em uma conferência de imprensa na ONU para a apresentação dos novos números de vítimas de desastres naturais no planeta, ela foi categórica: "O Brasil tem dinheiro suficiente para lidar com o problema dos desastres naturais e há anos já poderia ter colocado em funcionamento um sistema de prevenção. Mas a grande realidade é que falta vontade política". Quanto ao grande número de mortos em Santa Catarina em 2008, em decorrência de chuvas, ela afirmou: "Isso poderia ter sido evitado há anos", e lembrou que o fenômeno na região Sul não é novo: "Há anos o Brasil vive a mesma situação".

Masato Kobiyama et al (2006) anteriormente já haviam afirmado que: “No Brasil, os desastres naturais têm sido tratados de forma segmentada entre os diversos setores da sociedade. Nos últimos anos vem ocorrendo uma intensificação dos prejuízos causados por estes fenômenos devido ao mau planejamento urbano.” Para os autores, ações integradas entre comunidade e universidade são fundamentais para que os efeitos dos desastres naturais sejam minimizados. Indicam que os conhecimentos produzidos na academia devem ser repassados à sociedade, que, de forma organizada, deve utilizá-los nos projetos preventivos. Num contexto local, sugerem a criação de grupos comunitários capacitados para agir antes, durante e depois do evento, auxiliando assim os órgãos gestores de defesa civil.

Nesse contexto, considerando-se que, com o aumento da taxa de urbanização também vem aumentando de forma significativa no Brasil o número de residentes com 60 anos ou mais, com diferentes graus de necessidades e vulnerabilidades frente a desastres, um dos desafios para as cidades do século XXI será o de adaptar suas infraestruturas e serviços para a

inclusão dessas pessoas, não só com vistas a melhoria da qualidade de vida mas também proporcionando uma redução das suas vulnerabilidades em situações de emergência.

No conjunto das ações preventivas que contribuem para um aumento da resiliência da população idosa frente a desastres, torna-se imprescindível estabelecer políticas públicas, projetos e ações que reduzam a incidência de acidentes nesse grupo etário, tanto em ambientes domésticos quanto nas áreas externas por ele frequentadas.

É evidente que, durante o processo natural e progressivo de envelhecimento de um indivíduo, ocorre um declínio da sua capacidade funcional como um todo. Variáveis como percepção de risco, estado de alerta, atenção e mobilidade se tornarão gradativamente reduzidas, aumentando consideravelmente as suas possibilidades de ser vitimado por um evento crítico. Fraturas provocadas por quedas, redução da visão ou da capacidade auditiva, relacionadas com acidentes, associadas à obesidade, muito comum entre os idosos, dificultará sobremaneira tanto uma reação autônoma quanto dos profissionais de resgate e salvamento no momento da ocorrência de uma catástrofe.

Nesse sentido, cabe destacar iniciativas como a do Projeto Mundial Cidade Amiga do Idoso, sob a constatação de que, em algumas cidades, a proporção de residentes idosos já chega a ser semelhante à de moradores de faixas etárias mais jovens. O Projeto objetiva superar os obstáculos que impeçam ou dificultem que o idoso tenha um envelhecimento ativo, saudável e produtivo, o que se traduz em aumento de qualidade de vida e conseqüentemente da sua resiliência.

Como "envelhecimento ativo" entende-se o processo em que o idoso continua desempenhando um papel importante na família e na sociedade. Dados do IBGE informam que os idosos devem representar 13% da população economicamente ativa brasileira no ano 2020. Um estímulo para que o idoso seja economicamente produtivo é contemplado no Estatuto do Idoso, que, em seus artigos 26 a 28, garante o direito à profissionalização, proíbe a discriminação em razão da idade e ainda prevê que o Poder Público deve criar e estimular programas de profissionalização especializada para o idoso, aproveitando seus potenciais e habilidades para atividades regulares e remuneradas.

As novas concepções acerca do idoso que se encontram em curso na atualidade tendem a desconstruir a imagem pejorativa que o ligava a um nexos de improdutividade e dependência, deixando de agregar valor econômico e ampliando gastos no seio da sua família com reflexos na sociedade. Para que ocorra uma mudança de paradigmas, as imagens negativas do envelhecimento, envolvendo despesas com serviços de saúde, pensões, aposentadorias e outros gastos, devem ser minimizadas frente aos fatores positivos,

principalmente ligados ao acúmulo de experiência de vida. Sem dúvida, a idade avançada implica diversas limitações, mas muitas vezes elas podem ser superadas. É preciso reconsiderar a forma pelo qual o envelhecimento é apreendido para reconhecer a contribuição social e econômica dada pelo idoso à sociedade.

Com base nesses novos paradigmas, pôde-se inferir que os idosos (ou a velhice) estão sendo reinventados no atual contexto político e socioeconômico das sociedades modernas, embora essas mudanças não ocorram na velocidade desejada. Dois exemplos são bastante ilustrativos: a. dados do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) indicam que hoje 47% dos idosos e 23,8% das idosas participam da força de trabalho mas em breve estarão na condição de inativos e somente um terço dos países do mundo, que somam 28% da população mundial, conta com planos de proteção social abrangente para os idosos aposentados; b. a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa apresenta a diretriz de promoção do envelhecimento ativo e saudável, mas os investimentos do governo em saúde pública são bastante precários. De modo que é preciso ver toda essa “celebração” da velhice com prudência e senso crítico.

De acordo com Silva e Souza (2010), é preciso levar em conta que uma velhice saudável é um processo que envolve toda uma vida, e não apenas uma fase dela, e o Estado, como ocorre no Brasil, não tem dado conta de cumprir a contento o seu papel de provedor de bem-estar social. Mas, se por um lado cabe aos governos criar um ambiente favorável à saúde e ao bem-estar, assegurando uma velhice saudável à população, cabe também ao cidadão assumir um compromisso em manter um modo de vida saudável ao longo da vida. Isso demanda investimentos não apenas em políticas de saúde, mas também em educação, programas sociais e no próprio meio ambiente. Apesar da importância das políticas públicas e de todo o aparato jurídico em prol do idoso, com destaque para a Política Nacional do Idoso (PNI) e o Estatuto do Idoso, as ações efetivas ainda são insuficientes.

Outro ponto a se considerar é que os idosos não representam um grupo homogêneo, já que uma gama de condições específicas – recursos financeiros, diferenças culturais, acesso à educação, ao lazer, ao saneamento básico e aos serviços de saúde, por exemplo – incide sobre sua qualidade de vida e influencia o processo individual de envelhecimento.

Portanto, devido às particularidades que os distinguem, nem todos os idosos têm necessidades iguais ou semelhantes, e esse dado também tem que ser considerado por parte das políticas públicas, aí incluídas as de proteção em situações de desastres. O que se infere é que não há o “idoso”, enquanto uma categoria universal, mas “idosos”, que devem ser vistos

em sua multiplicidade e especificidade, particularmente quando se trata de implementação de uma política eficaz de redução de riscos de desastres para todos os segmentos da sociedade.

CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

O desenvolvimento deste trabalho permite inferir que a hipótese considerada inicialmente não se mostra verdadeira, tendo em vista que os instrumentos de políticas públicas voltados para os idosos, quanto ao aumento da longevidade e melhoria da qualidade de vida, atendem apenas parcialmente às suas necessidades. Portanto, as demandas de redução da vulnerabilidade desse grupo social em situações de desastres não são atendidas, bem como se ignoram ações preventivas que, ao longo do processo de envelhecimento, poderiam aumentar-lhe a resiliência.

Ficou demonstrado que a vulnerabilidade do idoso se amplia no contexto de desastres, caso ele esteja mais sujeito a doenças crônicas e incapacidades, resultantes de uma maior exposição a acidentes, além do declínio natural da capacidade funcional, próprio do processo de envelhecimento. Tal situação se agrava, ainda mais, pela inexistência, no âmbito da proteção e defesa civil, de protocolos específicos de atendimento que considerem as necessidades e capacidades desse grupo.

Foi possível, ainda, identificar que o processo de urbanização acelerado e desordenado das últimas décadas gerou, além de outras consequências econômicas e sociais, um comprometimento da infraestrutura das cidades para fazer face às necessidades básicas da sociedade, aumentando a vulnerabilidade de uma parcela da população idosa que, por falta de opção, viu-se obrigada a residir em áreas potencialmente sujeitas a enchentes, inundações e deslizamentos.

Considerando-se que o envelhecimento e a urbanização são duas tendências mundiais, torna-se urgente, por parte do poder público e da sociedade como um todo, criar novos paradigmas e uma mudança de cultura em relação à população idosa. Programas, projetos e ações deverão ser implementados nas próximas décadas de modo a garantir e promover a autonomia e a independência dos idosos, ampliando dessa forma sua resiliência diante de desastres. Dentre essas ações, a prevenção de acidentes é de extrema importância, com destaque para as quedas, que ampliam consideravelmente a fragilidade do idoso e que, no Brasil, têm assumido dimensão de epidemia. Esse fato demonstra a clara necessidade de políticas preventivas de redução de acidentes junto à população idosa, como forma de indiretamente, aumentar o seu grau de resiliência frente aos desastres.

Os resultados deste estudo apontam para lacunas que poderiam ser preenchidas por meio de medidas específicas de atendimento ao idoso. A seguir apresentamos as seguintes recomendações:

- (1) Fomentar a elaboração de protocolos específicos de prevenção, preparação e resgate voltados aos idosos no contexto de desastres por parte dos agentes da defesa civil, nos três níveis da federação;
- (2) Desenvolver um sistema de informações com dados estatísticos sobre os idosos vitimados (afetados e mortos) por desastres de origens naturais ou tecnológicas, aí incluídos os de intervenção humana que possam subsidiar futuras pesquisas no tema bem como possibilitar a elaboração de medidas de prevenção e atenção coerentes com a realidade;
- (3) Avaliar metodologicamente o grau de efetividade de todo o arcabouço de proteção ao idoso desenvolvido tanto no âmbito das instituições públicas quanto privadas;
- (4) Estimular junto a indústria nacional a produção de produtos de uso específico, facilitado e acessível para aquisição e utilização por parte dos idosos que possam auxiliá-los em uma situação crítica.

REFERÊNCIAS

ABEP-UNFPA. **Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo** / ABE. – Campinas, 2009. http://www.unfpa.org.br/Arquivos/brasil_15_anos_cairo.pdf

ATLAS BRASILEIRO DE DESASTRES NATURAIS 1991 a 2010: volume Brasil/Centro Universitário de Estudos e Pesquisas sobre Desastres. Florianópolis: CEPED UFSC, 2012. Disponível em: <http://150.162.127.14:8080/atlas/Brasil%20Rev.pdf>. Acesso em 04/09/2012.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm >. Acesso em: 03 jun. 2012.

_____. **Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 18 abr. 2012.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Glossário de Defesa Civil:** estudos de riscos e medicina de desastres. 2. ed. Brasília: MPO, Departamento de Defesa Civil, 1998.

_____. Ministério da Integração Nacional. Secretaria Nacional de Defesa Civil. **Manual de Planejamento em Defesa Civil – v.III**. Brasília, 1999.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm >. Acesso em 18 abr.2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI). Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2528%20aprova%20a%20politica%20nacional%20de%20saude%20da%20pessoa%20idosa.pdf>>. Acesso em 18 jul. 2012.

_____. **Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010**. Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei no 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2010/Lei/L12213.htm >. Acesso em 03 jun. 2012.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Programa Nacional de Direitos Humanos (PNDH-3) / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República - rev. e atual. - Brasília: SDH/PR, 2010. Disponível em <<http://portal.mj.gov.br/sedh/pndh3/pndh3.pdf>>. Acesso em 19 jul. 2012

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Área Técnica Saúde do Idoso. – Brasília , 2010.44 p. : il. – (Série B. Textos

Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 12). Disponível em <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/volume12.pdf>>. Acesso em 09 jul. 2012

_____. **Lei nº 12.608, de 10 de abril de 2012.** Institui a Política Nacional de Proteção e Defesa Civil - PNPDEC; dispõe sobre o Sistema Nacional de Proteção e Defesa Civil – SINPDEC e o Conselho Nacional de Proteção e Defesa Civil (CONPDEC); autoriza a criação de sistema de informações e monitoramento de desastres; altera as Leis nos 12.340, de 1o de dezembro de 2010, 10.257, de 10 de julho de 2001, 6.766, de 19 de dezembro de 1979, 8.239, de 4 de outubro de 1991, e 9.394, de 20 de dezembro de 1996; e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12608.htm>. Acesso em: 28 out. 2012.

_____. Ministério da Integração Nacional. **Instrução Normativa nº 01, de 24 de agosto de 2012.** Estabelece procedimentos e critérios para a decretação de situação de emergência ou estado de calamidade pública pelos Municípios, Estados e pelo Distrito Federal, e para o reconhecimento federal das situações de anormalidade decretadas pelos entes federativos e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.in.gov.br/imprensa/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=30&data=30/08/2012>>. Acesso em: 28 out. 2012.

Cadernos de Atenção Básica, nº 19 **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa** (2007). Disponível em: < <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad19.pdf> >. Acesso em 01 mai. 2012.

CONSTRUINDO A REDE NACIONAL DE PROTEÇÃO E DEFESA DA PESSOA IDOSA. **Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.** RENADI - Brasília: Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, 2006. Disponível em: < http://portal.mj.gov.br/sedh/Anais_da_I_conf_nac_dos_direitos_da_p_idosa.pdf >. Acesso em 19 jul. 2012.

EM-DAT: OFDA / CRED - **Banco de dados de Desastres International.** - Université Catholique de Louvain - Bruxelas - Bélgica. Disponível em: < www.emdat.be >. Acesso em 18 jun. 2012.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Rev. bras. epidemiol.** [online]. 2005, vol.8, n.2, pp. 187-193. ISSN 1415-790X. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 08 jul 2012.

FERNANDES, Sidnei Furtado. **“A Defesa Civil e as más notícias”.** O Mundo da Saúde. São Paulo - 2012; 36(1):71-74. Disponível em: http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/90/09.pdf Acesso em 02 out. 2012.

GOLDMAN, S. N. Terceira idade e serviço social. In: CAVALCANTI, L. F.; REZENDE, I. (Org.). **Serviço social e políticas sociais.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2006.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência (resultados preliminares da amostra). Disponível em:

<ftp://ftp.ibge.gov.br/Censos/Censo_Demografico_2010/Caracteristicas_Gerais_Religiao_Deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia.pdf>. Acesso em 01 mai2012

IBGE: Sinopse do Censo Demográfico 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_da_populacao/resultados_do_universo.pdf>. Acesso em 01 maio 2012.

IBGE. Censo Demográfico 2010. Resultados gerais da amostra (27/04/2012). Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em 31 jul. 2012.

IBGE. Síntese de Indicadores Sociais. Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicsoais2010/SIS_2010.pdf>. Acesso em 12 maio 2012.

IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. “Cuidados de longa duração para a população idosa: um novo risco social a ser assumido?” Ana Amélia Camarano (Org.). Rio de Janeiro: IPEA, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livro_cuidados.pdf> Acesso em 05 jul. 2012

_____. Infraestrutura Social e Urbana no Brasil: subsídios para uma agenda de pesquisa e formulação de políticas públicas (Livro 6, vol. 2). **Condições de funcionamento e infraestrutura das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. IPEA, 2010. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/42543_Livro_InfraestruturaSocial_vol2.pdf>. Acesso em 30 jul. 2012.

LACAS, A.; ROCKWOOD, K. **Frailty in primary care**: a review of its conceptualization and implications for practice. *BMC Med.*, Londres, v. 10, n. 4, 11 Jan. 2012. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1741-7015/10/4>. Acesso em: 07 nov. 2012

MACHADO, SÍDIO WERDES SOUSA. **Gabinete de crise para combate à dengue**: análise e avaliação do gerenciamento das ações para contenção da epidemia de dengue no município do Rio de Janeiro em 2008. 2009. 120 f. Dissertação (Mestrado Profissional em Defesa e Segurança Civil). UFF, Niterói, 2009.

MAFFIOLETTI, Virgínia Lúcia Reis. Velhice e família: reflexões clínicas. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v. 25, n. 3, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>. Acesso em 09 set. 2012.

MASATO, Kobiyama *et al.* **Prevenção de desastres naturais**: conceitos básicos. Curitiba: Ed. Organic Trading, 2006. 109p. Disponível em: http://www.ceped.ufsc.br/sites/default/files/projetos/Livro_Prevencao_de_Desastres_Naturais.pdf. Acesso em: 02 set 2012.

MORAES, Edgar Nunes. **Atenção à saúde do idoso**: aspectos conceituais. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 98 p. <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/05/Saude-do-Idoso-WEB1.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2012.

MURATA, Masahiko. **Recuperação e reconstrução depois do Grande Terremoto de Hanshin-Awaji no Japão**-. Revista @local. glob - Pensamento Global para o

Desenvolvimento Local. Número 3 - Ano de 2006, página 10. (colaboração (ONU/EIRD e IRP). Disponível em < http://www.delnetitcilo.net/pt/publicacoes-all/revista-do-delnet/local.glob-3/revista3_pt>. Acesso em: 07 out. 2012.

NAÇÕES UNIDAS – CEPAL. “Declaração de Brasília”. Segunda Conferência regional intergovernamental sobre envelhecimento na América Latina e no Caribe: uma sociedade para todas as idades e de proteção social baseada em direitos. Brasília, 4 a 6 dez. 2007. Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_informes/11.pdf. Acesso em: 24 set. 2012.

NAÇÕES UNIDAS (UNFPA), e HelpAge International. **Envelhecimento no Século XXI: Celebração e Desafio**. Nova York; Londres. 2012. Disponível em: <http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Portuguese-Exec-Summary.pdf>. Acesso em: 24 set. 2012.

NAÇÕES UNIDAS (UNISDR). **Estratégia Internacional para Redução de Desastres: o desastre sob o enfoque de novas lentes: para cada efeito, uma causa /** Brigitte Leoni, Tim Radford, Mark Schulman; tradução Sarah Marcela Chinchilla Cartagena. São Paulo: CARE Brasil, 2012. Tradução de: Disaster through a different lens: behind every effect, there is a cause. Disponível em: http://www.ceped.ufsc.br/sites/default/files/projetos/guia_para_cobertura_jornalistica_em_rrd.pdf Acesso em: 07 nov.2012.

NERI, A.L.; FORTES, A.C.G. A dinâmica do estresse e enfrentamento na velhice e sua expressão no prestar cuidados a idosos no contexto da família. IN: FREITAS, E.V.; PY, L.; CANÇADO, F.A.X.; DOLL, J.; GORZONI, M. L. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1277-1288.

NOTARI, Maria Helena de Aguiar; FRAGOSO, Maria Helena J. M. de Macedo. A inserção do Brasil na política internacional de direitos humanos da pessoa idosa. **Rev. direito GV** [online]. São Paulo, v. 7, n. 1, jun. 2011. Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em 26 out. 2012.

O COMPROMISSO DE TODOS POR UM ENVELHECIMENTO DIGNO NO BRASIL. **Revista dos Direitos da Pessoa Idosa**. Presidência da República; Secretaria de Direitos Humanos. Brasília/DF, 2011. Edição Especial. Disponível em: http://portal.mj.gov.br/sedh/3cndpi/doc/Revista_DireitosPessoa_Idosa.pdf Acesso em: 03 maio 2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Guia Global: Cidade Amiga do Idoso** (2008). Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>> Acesso em: 04 jul 2012.

ONU - **Plano de ação internacional contra o envelhecimento**, 2002/Organização das Nações Unidas. Tradução de Arlene Santos. — Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. — 49 p. (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1). Disponível em: http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_manual/5.pdf Acesso em: 06 out. 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde /** World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília:

Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2012.

PAZ, Adriana Aparecida; SANTOS, Beatriz Regina Lara dos; EIDT, Olga Rosaria. **Vulnerabilidade e envelhecimento no contexto da saúde**. Acta paul. enferm., São Paulo, v. 19, n. 3, Sept. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acesso em: 14 Ago. 2012.

PEDRAZZI, Elizandra Cristina. *et al.* **Arranjo domiciliar dos idosos mais velhos**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, v.18, n.1, jan-fev, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>/ Acesso em: 12 jan. 2012.

PLANO DE AÇÃO INTERNACIONAL DE VIENA SOBRE O ENVELHECIMENTO, 1982. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) da Secretaria de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependência y a la Discapacidad, Del Ministério de Educación, Política Social y Deportes do Governo Espanhol. Disponível em: <http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/asamblea-planviena-01.pdf>. Acesso em 02 jul. 2011.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Vigilância e prevenção de quedas em idosos**. Editores: Marília C. P. Louvison e Tereza Etsuko da Costa Rosa (ed.). São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ccd/publicacoes/publicacoes-ccd/saude-e-populacao/35344001_site.pdf. Acesso em: 14 out. 2012.

SILVA, Ferlice Dantas; SOUZA, Ana Lúcia de. Diretrizes Internacionais e Políticas para os Idosos no Brasil: a ideologia do envelhecimento ativo. **Revista. Pol. Públ.** São Luís, v.14, n.1, p. 85-94, jan./jun. 2010. Disponível em: www.revistapoliticaspUBLICAS.ufma.br. Acesso em: 30 jun. 2012.

SOUZA, José Antônio Gomes de; IGLESIAS, Antônio Carlos R. G. “Trauma no idoso”. **Rev. Assoc. Med. Bras.** vol. 48 n.1 São Paulo. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 18 ago. 2012.

_____. (2010). Department of Economic and Social Affairs, Population Division – DESA (2011). “World Population Prospects: The 2010 Revision, Highlights and Advance Tables.” Disponível em: < <http://esa.un.org/wpp/Documentation/publications.htm>>. Acesso em :10 jun. 2012.

_____. (2011). Department of Economic and Social Affairs, Population Division – DESA (2011). “Current Status of The Social Situation, Wellbeing, Participation In Development and Rights Of Older Persons Worldwide”. Disponível em: <http://www.un.org/ageing/documents/publications/current-status-older-persons.pdf>. >. Acesso em: 05 maio 2012.

_____. (2011). Department of Economic and Social Affairs, Population Division – DESA (2011). “World Urbanization Prospects: the 2011 Revision, New York. Disponível em: < <http://esa.un.org/unpd/wup/Documentation/highlights.htm> > Acesso em 18 jun. 2012.

UNFPA (2011). “Relatório sobre a Situação da População Mundial 2011 - Pessoas e possibilidades em um mundo de 7 bilhões”. Disponível em <<http://www.un.org/files/PT-SWOP11-WEB.pdf>>. Acesso em: 10 jul 2012.

VALDÉS, Jaime. **A redução do risco de desastres:** uma chamada para a ação. Revista @local. glob - Pensamento Global para o Desenvolvimento Local. Número 3 - Ano de 2006. (colaboração (ONU/EIRD e IRP). Disponível em: http://www.delnetitcilo.net/pt/publicacoes-all/revista-do-delnet/local.glob-3/revista3_pt>. Acesso em: 07 out. 2012.

VALENCIO *et al.* 2009. **Sociologia dos desastres:** construção, interfaces e perspectivas no Brasil. São Carlos: Rima, 2009. Edição eletrônica em PDF. Disponível em <http://www.ufscar.br/neped/pdfs/livros/livro-sociologia-dos-desastres-versao-eletronica.pdf>. Acesso em: 21 set. 2012.

VERAS, R.P. Estratégias para o enfrentamento das doenças crônicas: um modelo em que todos ganham. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.14, n.4, p.779-786, 2011.

ANEXO 1 – RESUMO DOS MARCOS NORMATIVOS INTERNACIONAIS SOBRE O ENVELHECIMENTO⁷¹

ANO	EVENTO	OBSERVAÇÕES
1982	I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. ⁷² (Realização: 26/07 a 06/08/1982 - Viena, Áustria)	<p>Aprovação do Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento. O Plano foi o primeiro documento da ONU de repercussão mundial, objetivando ser um guia para as políticas sobre o envelhecimento. O plano estabelece recomendações para melhorar as condições de vida das pessoas idosas em sete áreas: Saúde e nutrição; Proteção ao consumidor idoso; Habitação e meio ambiente; Bem-estar social; Trabalho e educação; Previdência social e Família.</p> <p>Objetivos do plano: garantir a segurança econômica e social dos indivíduos idosos bem como identificar as oportunidades para a sua integração ao processo de desenvolvimento dos países.</p> <p>Um dos principais resultados do Plano de Viena foi o de colocar na agenda internacional as questões relacionadas ao envelhecimento individual e da população.</p>
1991	Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas ⁷³ (Resolução ONU 46/91)	<p>Adoção de dezoito Princípios em favor da população idosa. Os cinco temas básicos são: independência, participação, cuidados, realização pessoal e dignidade.</p> <p>Os princípios fornecem orientações nas esferas da independência (<i>acesso aos direitos básicos de todo ser humano: alimentação, habitação, saúde, trabalho e educação</i>), da participação (<i>manutenção da integração dos idosos na sociedade</i>), dos cuidados (<i>direitos humanos e liberdades fundamentais, através do cuidado familiar ou institucional</i>), da autorrealização (<i>oportunidades para o desenvolvimento do seu potencial, por meio do acesso a recursos educacionais, culturais, espirituais e recreativos</i>) e da dignidade (<i>assegurar a possibilidade de vida digna e segura, livre de toda e qualquer forma de exploração e maus-tratos</i>).</p>
1992	Proclamação sobre o Envelhecimento ⁷⁴	<p>A Assembleia Geral da ONU aprovou a Proclamação sobre o Envelhecimento e estabeleceu o ano de 1999 como o Ano Internacional do Idoso.</p> <p>O documento definiu os parâmetros para o início da elaboração de um marco conceitual sobre a questão do envelhecimento. O marco conceitual foi elaborado em 1995 e contou com quatro dimensões principais: situação dos idosos; desenvolvimento individual continuado; relações multigeracionais; e inter-relação entre envelhecimento e desenvolvimento social.</p>
1999	Ano Internacional do Idoso ⁷⁵	<p>O slogan do Ano Internacional do Idoso foi a promoção de <i>“uma sociedade para todas as idades”</i>. O Dia Internacional do Idoso é comemorado no dia 1º de outubro.</p>

⁷¹ Programa de Envelhecimento das Organizações das Nações Unidas (em inglês) <http://www.un.org/esa/socdev/ageing> Um site desenvolvido pela ONU para divulgar o Programa de Envelhecimento concebido a partir do Plano de Ação Internacional de Viena de 1982 e de Madri de 2002.

⁷² Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo / ABEP; UNFPA. – Campinas, 2009. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/brasil_15_anos_cairo.pdf

⁷³ Disponível em: <http://www.un.org/en/additions/index.shtml>

⁷⁴ Disponível em: <http://www1.umn.edu/humanrts/resolutions/47/5GA1992.html>

⁷⁵ Disponível em: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/47/5

ANO	EVENTO	OBSERVAÇÕES
2002	II Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento (20 anos após a 1ª Assembleia) ⁷⁶ . (Realização: 08 a 12/04/2002 – Madri-Espanha)	<p>Aprovação da Declaração Política⁷⁷ (documento que contém os principais compromissos assumidos pelos governos para executar o novo Plano de Ação para os próximos 25 anos).</p> <p>Revisão do Plano aprovado em 1982 e aprovação do Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento – 2002 (adaptado às realidades do século XXI). O Plano representa um avanço importante, porque salienta a necessidade de parcerias com a sociedade civil e o setor privado para a sua execução.</p> <p>Uma imagem positiva do envelhecimento é um aspecto essencial do Plano. Foi dedicada atenção especial aos problemas derivados do processo de envelhecimento dos países em desenvolvimento. Inclui recomendações gerais para adoção de medidas em todos os níveis, nacional e internacional, em três direções prioritárias: participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento e na luta contra a pobreza (que se centra na necessidade de as sociedades ajustarem suas políticas e instituições para que a crescente população idosa seja uma força produtiva em benefício da sociedade), promoção da saúde e do bem-estar na velhice (que atenda à necessidade de ações de promoção da saúde da infância à velhice) e, ainda, criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (pelo aprimoramento das condições de moradia, da promoção de uma visão positiva do envelhecimento e da necessidade de conscientização pública de que os idosos têm contribuições a dar à sociedade).</p>

⁷⁶ Disponível em: http://www.un.org/ageing/documents/building_natl_capacity/guiding.pdf e "Launch of Madrid+10: The Growing Opportunities & Challenges of Global Ageing". Disponível em: <http://translate.google.com.br/translate?hl=pt-BR&sl=en&tl=pt&u=http%3A%2F%2Fsocial.un.org%2Findex%2FAgeing%2FNewsandUpcomingEvents%2Ftabid%2F153%2Fnews%2F169%2FDefault.aspx&anno=2>

⁷⁷ Disponível em: http://www.c-fam.org/docLib/20080625_Madrid_Ageing_Conference.pdf

ANEXO 2 – RESUMO DOS MARCOS LEGAIS E NORMATIVOS NO BRASIL SOBRE O ENVELHECIMENTO.

ANO	EVENTO	OBSERVAÇÕES
1988	Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (DOU 05/10/1988)	O Artigo 230 da Constituição Federal dispõe sobre a proteção aos idosos e determina que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de ampará-los, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida. O artigo é complementado, ainda, pelo § 1º (“Os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares”) e pelo § 2º (“Aos maiores de sessenta e cinco anos é garantida a gratuidade dos transportes coletivos urbanos”).
1988	Protocolo de São Salvador (Brasil: Promulgado pelo Decreto 3.321 de 30/12/1999)	Artigo 17 - Proteção de Pessoas Idosas. “Toda pessoa tem direito a proteção especial na velhice. Nesse sentido, os Estados-Partes comprometem-se a adotar, de maneira progressiva, as medidas necessárias, a fim de porem em prática este direito e, especialmente, a: I) proporcionar instalações adequadas, bem como alimentação e assistência médica especializada, às pessoas de idade avançada que não disponham delas e que não estejam em condições de adquiri-las por seus próprios meios; II) executar programas de trabalho específicos, destinados a proporcionar a pessoas idosas a possibilidade de realizar atividades produtivas adequadas às suas capacidades, respeitando sua vocação ou desejos; e III) promover a formação de organizações sociais destinadas a melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas.” O Protocolo Adicional à Convenção Americana sobre Direitos Humanos em Matéria de Direitos Econômicos, Sociais e Culturais foi adotado durante a XVIII Assembleia-Geral da Organização dos Estados Americanos, em São Salvador, em 17/11/1988.
1994	Política Nacional do Idoso (PNI) e criação do Conselho Nacional do Idoso (Lei 8.842 de 04/01/1994)	Visa assegurar os direitos sociais do idoso e promover autonomia, integração e participação efetiva do idoso na sociedade.
2003	Estatuto do Idoso (Lei 10.741 de 01/10/2003)	O Estatuto possui 118 artigos voltados para os direitos e garantias dos idosos, obrigando ações por parte das famílias, da comunidade, da sociedade e do Poder Público, nos níveis federal, estadual e municipal. O Estatuto resgatou princípios constitucionais que garantem aos cidadãos direitos que preservam a dignidade, sem distinção de origem, raça, sexo e idade. Ele foi pautado nos princípios da absoluta prioridade do idoso e na proteção integral do indivíduo.
2003	I Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe.	Aprovado o documento intitulado “Estratégias Regionais de implementação para a América Latina e o Caribe do Plano de Ação Internacional de Madri sobre Envelhecimento”.
2004	Conselho Nacional	Tem por objetivo supervisionar e avaliar a Política Nacional do idoso;

ANO	EVENTO	OBSERVAÇÕES
	dos Direitos do Idoso (CNDI). (Decreto 5.109 de 17/06/2004)	elaborar proposições objetivando aperfeiçoar a legislação pertinente à PNI; estimular e apoiar tecnicamente a criação de Conselhos de Idoso no Brasil; zelar pela implementação dos instrumentos legais internacionais e nacionais. A principal atribuição dos Conselho do Idoso é formular e controlar a execução das políticas e programas voltados à garantia dos direitos das pessoas idosas em cada localidade do país.
2005	Plano de Enfrentamento à Violência Contra a Pessoa Idosa	O objetivo do Plano é promover ações que levem ao cumprimento do Estatuto do Idoso (lei nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003) e do Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU/2002), que tratem do enfrentamento da exclusão social e de todas as formas de violência contra o idoso.
2006	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria 2.528 de 19/10/2006)	A finalidade primordial da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa é recuperar, manter e promover a autonomia e a independência dos indivíduos idosos, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. É alvo dessa política todos os cidadãos brasileiros com 60 anos ou mais de idade. As Diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa são: a) promoção do envelhecimento ativo e saudável; b) atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; c) estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; d) provimento de recursos capazes de assegurar qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa; e) estímulo à participação e fortalecimento do controle social; f) formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa; g) divulgação e informação sobre a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa para profissionais de saúde, gestores e usuários do SUS; h) promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa; e i) apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas.
2006	Diretrizes do Pacto pela Saúde (que contempla o Pacto pela Vida) Portaria nº 399/GM 2006	Neste documento, a saúde do idoso aparece como uma das seis prioridades pactuadas entre as três esferas de governo, sendo apresentada uma série de ações que visam, em última instância, à implementação de algumas das diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde do Idoso.
2006	1ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI). (Brasília, 23 a 26/05/2006)	Tema: "Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI". Compromisso político do governo brasileiro e das organizações que representam a pessoa idosa no Brasil, bem como dos conselhos de controle democrático, de implementar e estruturar uma Rede de Proteção e Defesa de Direitos que, a médio e longo prazos, propicie uma velhice digna e ativa a milhões de brasileiros, além de discutir a necessidade de preparar o País para um novo sistema de seguridade econômica e social, de forma a responder ao acelerado fenômeno do envelhecimento populacional.

ANO	EVENTO	OBSERVAÇÕES
2007	II Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe. (Madri+5). (Brasília data???)	Tema: “Uma Sociedade para Todas as Idades e de Proteção Social baseada em Direitos”. Adotada a “Declaração de Brasília”, que recomendou expressamente o início de um diálogo abrangente rumo à construção de uma nova convenção da Organização das Nações Unidas, voltada à proteção dos direitos da pessoa idosa. Revisão do Plano Internacional do Envelhecimento. Os países reafirmaram o compromisso de não pouparem esforços para promover e proteger os direitos humanos e as liberdades fundamentais de todas as pessoas de idade, trabalhar na erradicação de todas as formas de discriminação e violência e criar redes de proteção das pessoas de idade, para tornar efetivos os direitos dessas pessoas. (CEPAL, 2007).
2009	2ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI). (Brasília, 18 a 2003/2009)	Tema: “Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios”. Entre os temas de discussão, destacam-se as ações para efetivação dos direitos das pessoas idosas quanto à promoção, proteção e defesa; o combate à violência, a atenção à saúde, previdência e assistência social, educação, cultura, esporte e lazer; transporte, cidades e meio ambiente.
2010	Fundo Nacional do Idoso (Lei 12.213 de 2010)	Conforme o artigo 1º, o fundo foi instituído com o objetivo de “financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas a assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade”.
2011	3ª Conferência Nacional dos Direitos das Pessoa Idosa. (Brasília, 23 a 25/11/2011)	Tema: “O compromisso de todos por um envelhecimento digno no Brasil”. Objetivo: debater avanços e desafios da Política Nacional do Idoso e demais assuntos referentes ao envelhecimento.
2012	III Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe (Madri+10) ⁷⁸ (São José, Costa Rica, 08 a 11/05/2012)	Tema: “Envelhecimento, solidariedade e proteção social: o tempo de avançar para a igualdade”. Objetivo: analisar os progressos na implementação dos compromissos internacionais assumidos por países-membros da CEPAL, na Declaração de Brasília, e identificar ações-chave destinadas a sua implementação ao longo dos próximos cinco anos, especialmente aquelas que irão reforçar as capacidades nacionais para dar resposta aos principais desafios e questões emergentes relativos aos idosos. Resultado: aprovação de documento denominado “Carta de San José”, que representa a contribuição da América Latina e do Caribe para a 51ª sessão da Comissão para o Desenvolvimento Social do Conselho Econômico e Social das Nações Unidas, agendada para fevereiro de 2013. Na carta, mais de 150 representantes dos Estados-Membros reafirmaram o compromisso expresso na Declaração de Brasília e se comprometeram a trabalhar para erradicar todas as formas de discriminação e violência contra as pessoas idosas, assim como criar redes para sua proteção, com vistas ao exercício efetivo dos seus direitos. Também foi ressaltada a obrigação dos Estados de erradicar a

⁷⁸ Disponível em: http://www.cepal.org/cgi-bin/getprod.asp?xml=/celade/noticias/paginas/2/46022/P46022.xml&xsl=/celade/tpl/p18fst.xml&base=/celade/tpl/top-bottom_env.xsl

ANO	EVENTO	OBSERVAÇÕES
		discriminação múltipla que afeta pessoas idosas, com especial ênfase na discriminação de gênero, bem como dar atendimento prioritário e preferencial aos idosos em emergência grave ou catástrofe natural.

Fonte: Brasil, 15 anos após a Conferência do Cairo / ABEP; UNFPA. – Campinas, 2009⁷⁹.

⁷⁹ Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/brasil_15_anos_cairo.pdf

ANEXO 3 - EXEMPLOS DE POLÍTICAS, PROGRAMAS E AÇÕES PREVISTAS NO BRASIL

Secretaria Especial de Direitos Humanos/SEDH da Presidência da República:

- Disque 100 – Módulo Idoso (telefone gratuito para dar orientações sobre programas e receber, encaminhar e acompanhar denúncias de maus-tratos e violações de direitos das pessoas idosas).
- Observatório Nacional do Idoso: é uma iniciativa da Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República em parceria com o Centro Latino-Americano de Estudos de Violência e Saúde Jorge Careli, da Escola Nacional de Saúde Pública - Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Constitui-se um dispositivo de observação, acompanhamento e análises das políticas e estratégias de ação de enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. Espaço permanente e interativo de intercâmbio de informações entre as equipes dos Centros de Atenção e Prevenção a Violência contra a Pessoa Idosa e demais usuários.

Ministério da Saúde:

- Programa “Saúde Não Tem Preço” (distribuição gratuita de remédios para hipertensão e diabetes, doenças que atingem a população como um todo e especialmente os idosos).
- Programa Nacional de “Formação de Cuidadores de Idosos” (o projeto, em parceria com o Ministério do Desenvolvimento Social, objetiva oferecer um olhar integral sobre o indivíduo, qualificando a atenção prestada às pessoas idosas. Em 2008 foi lançado o Guia Prático do Cuidador⁸⁰, um manual sobre noções práticas para profissionais e leigos. Até 2011, a meta era formar 65 mil cuidadores).
- Programa “Melhor em Casa” (serviço de atenção domiciliar do SUS. Objetiva ampliar a assistência aos usuários do SUS, oferecendo aos pacientes condições de concluir o tratamento em seu domicílio. Serão atendidos pacientes idosos, com necessidade de reabilitação motora, crônicos sem agravamento ou em situação pós-cirúrgica. O Melhor em Casa é substitutivo ou complementar à internação hospitalar e ao atendimento ambulatorial, com foco na assistência humanizada, sendo integrado às redes de atenção disponíveis na rede pública de saúde).

⁸⁰Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf

Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome:

- “Benefício de Prestação Continuada (BPC)” (garante a transferência mensal de um salário mínimo vigente ao idoso, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva do deficiente na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Em ambos os casos, a pessoa deve comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção, nem tê-la provida por sua família⁸¹). Atualmente são 3,6 milhões (dados de março de 2012) de beneficiários do BPC em todo o Brasil, sendo 1,9 milhão de pessoas com deficiência e 1,7 milhão de idosos.
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Idosos (tem como foco o desenvolvimento de atividades que contribuam para o processo de envelhecimento saudável, o desenvolvimento da autonomia e de sociabilidades, o fortalecimento dos vínculos familiares e do convívio comunitário e a prevenção de situações de risco social).

Ministério de Esportes:

- “Programa Vida Saudável” (atividades de exercícios e lazer para a população adulta e idosa).

Ministério do Transporte:

- Passe Livre do idoso⁸² (benefício da gratuidade nos serviços de transportes interestaduais nos modais rodoviário, ferroviário e aquaviário concedido a pessoa idosa com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (ou 65 anos, já que é regulamentado em nível municipal ou estadual) com renda individual de até 2 (dois) salários mínimos. São reservados dois lugares gratuitos; no caso de estarem esgotados, a empresa deverá conceder desconto de 50% no preço da passagem. A Carteira do Idoso é o instrumento de comprovação concedido aos idosos que não tenham como comprovar renda individual de até dois salários mínimos).

Ministério do Turismo:

- “Programa Viaja Mais Melhor Idade”⁸³ (iniciativa que facilita e estimula os brasileiros acima de 60 anos a viajarem pelo país na baixa ocupação. O programa teve início em

⁸¹ Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>

⁸² Disponível em: <http://www.transportes.gov.br/perguntasfrequentepasse+livre>

⁸³ Disponível em: <http://www.viajamais.com.br/viajamais/>

2007 com a organização e a comercialização de pacotes customizados para a terceira idade, além da concessão de uma linha de crédito consignado para estimular as viagens desse público).

Ministério das Cidades:

- “Programa de Mobilidade Urbana” (ações nas principais cidades do país para melhorar a acessibilidade em edificações públicas e privadas e em praças e passeios públicos).
- “Programa Minha Casa, Minha Vida” (MCMV). A Portaria 465/11 estabeleceu os aspectos econômicos, sociais e ambientais a serem seguidos no MCMV (as moradias devem apresentar condições de acessibilidade a todas as áreas públicas e de uso comum, com a disponibilidade de unidades adaptáveis ao uso por pessoas com deficiência, com mobilidade reduzida e por idosos).

ANEXO 4 – OCORRÊNCIA DE ACIDENTES DOMÉSTICOS E MEDIDAS DE PREVENÇÃO

Ocorrência de Acidentes Domésticos	Medidas Gerais de Prevenção
No quarto	Uso de cama larga, com altura suficiente para que, ao sentar-se, o idoso consiga apoiar os pés no chão, evitando tonturas. Uso de mesa de cabeceira, de preferência com bordas arredondadas e fixa ao chão ou à parede, para evitar que se desloque caso se apoie nela. Manter uma cadeira ou poltrona disponível para sentar na hora de calçar meias e sapatos. Os interruptores devem estar ao alcance da mão quando estiver deitado na cama, evitando levantar no escuro. Evitar prateleiras muito altas ou muito baixas, para diminuir o esforço físico ao procurar algum objeto.
No banheiro	O piso do box, assim como de todo o banheiro, deve ser antiderrapante. Evitar prateleiras de vidro e superfícies cortantes e o uso de aquecedores a gás dentro do banheiro. Instalar barras de apoio no box e nas paredes próximas ao vaso sanitário. O banheiro deve ter espaço útil para duas pessoas (em caso de necessidade de ajuda). Instalar interruptores e tomadas elétricas em locais altos e em áreas secas, além de promover iluminação eficiente. Elevar o vaso sanitário. Uso de cadeira para auxiliar no banho (lavar os pés).
Na cozinha	Os armários não devem ficar em locais muito altos. Guardar os objetos que são pouco utilizados nos armários superiores e os de uso frequente em locais de fácil acesso. Instalar o botijão de gás fora da cozinha. Utilizar as prateleiras da geladeira que não exijam que o idoso abaixe ou levante muito. Os fornos elétricos e os microondas devem ser instalados em local de fácil acesso.
Na sala	Utilizar cores claras nas paredes e aumentar a iluminação, tornando-a mais forte que o normal, para compensar as dificuldades visuais. Optar por sofás e poltronas confortáveis, com assentos não muito macios, e que facilitem os atos de sentar-se e levantar-se. Evitar quinas de vidro, metal ou materiais cortantes em mesas de apoio. Preferencialmente utilizar pisos antiderrapantes.
Medidas Preventivas Gerais de Segurança	Deixar o telefone em um local de fácil acesso para quando for necessário pedir ajuda. Objetos de uso frequente devem estar em locais de fácil acesso. Fios elétricos e de telefone devem ser protegidos e presos à parede. Preferência por trincos de segurança deslizantes e maçaneta tipo alavanca. Uso de rampas para vencer desníveis. Gavetas e portas devem ser de fácil abertura. Atenção máxima para pisos molhados, úmidos ou encerados. Usar sapatos com saltos largos e calcanhares reforçados, para evitar que o pé se movimente. Não usar chinelos e sapatos mal ajustados, dando preferência por calçados fechados. Retirar móveis do caminho (ou gavetas abertas, por exemplo), principalmente entre o quarto e o banheiro. Pintar de cores diferentes ou fazer marcas visíveis no primeiro e no último degrau da escada, utilizando piso ou faixa antiderrapante além de corrimão. Evitar a utilização de tapetes e, se necessário, fixá-lo ao chão. Ao dormir, deixar a luz de um cômodo acesa para auxiliar a visão caso acorde durante a noite. Soleiras das portas devem ser niveladas com o chão. Evitar o acúmulo de folhas e flores úmidas no chão do quintal. Dispor de escadas que possam ser adaptadas para acomodar um ascensor de cadeira de rodas.

Fonte: http://www.casasegura.arq.br/casa_segura.html

ANEXO 5 – ACIDENTES EM AMBIENTES PÚBLICOS - FATORES DE RISCO E MEDIDAS PREVENTIVAS

Fatores de Risco	Medidas de Proteção
Ambiente	Limpeza, nível de ruído em locais públicos. A percepção da sujeira tem um impacto na qualidade de vida dos idosos (Nairóbi é considerada superpovoada e é difícil para os idosos se locomoverem. Em Trípoli, o cheiro da fumaça do narguilé (um tipo de cachimbo oriental) é considerado “sufocante”, especialmente à noite e durante o Ramadan).
Espaços verdes	Espaços verdes bem conservados e seguros, com abrigos adequados, banheiros e bancos de fácil acesso. Exemplos de barreiras que impedem os idosos de utilizar estes espaços: ausência de proteção contra o mau tempo; risco resultante da utilização compartilhada do parque (skate, patins, cavalos, bicicletas etc.).
Calçadas	Livres de obstáculos (por exemplo, camelôs, carros estacionados, árvores, fezes de animais, neve), com superfície nivelada e de fácil acesso. As calçadas devem ser amplas o suficiente para acomodar cadeiras de rodas e o uso de bengala; possuir meio-fio baixo para facilitar a transição para a rua; ter prioridade para os pedestres (outra medida de prevenção é o acréscimo de calçadas em estacionamentos para garantir a segurança de pedestres).
Bancos públicos	Localizados em parques, nas paradas de ônibus, em espaços públicos e colocados a intervalos regulares. Importante para minimizar a dificuldade de percorrer longos trajetos.
Ruas	Cruzamentos em intervalos regulares, com faixas antiderrapantes, fazendo com que seja seguro aos pedestres atravessá-las. Passagens ou túneis para travessia são imprescindíveis em vias expressas.
Sinais de trânsito	Regulados para dar tempo suficiente para que os idosos atravessassem a rua, e que possuam contagem regressiva visual e dispositivo sonoro. Primordial para evitar o risco de atropelamento e de queda.
Tráfego	Cumprimento rigoroso das regras de trânsito. Medida que visa evitar o risco de atropelamento em decorrência de motoristas que não respeitam os sinais de trânsito.
Segurança	Segurança pública, em todos os espaços abertos e prédios, e iluminação pública eficiente. A segurança influencia a independência, a saúde física, a integração social e o bem-estar emocional do idoso. Os fatores limitantes da segurança são: violência, crimes, drogas, incluindo os sem-teto que moram em lugares públicos.
Serviços	Agrupados, de fácil acesso (por exemplo, localizado no andar térreo dos prédios) e próximos da residência. Atendimento especial (filas separadas ou guichês específicos). O excessivo tempo de espera para atendimento e a falta de local para sentar em estabelecimentos comerciais (bancos, mercados etc.) são fatores que limitam a autonomia do idoso.
Prédios	Garantia de acessibilidade e segurança. Exemplos: elevadores (com ascensorista), rampas, portas e corredores amplos (garantia do acesso de cadeira de rodas), sinalização adequada (emergência, banheiros, elevadores etc.), corrimãos em escadas, degraus não muito altos ou inclinados, piso antiderrapante, áreas de repouso com cadeiras, número suficiente de banheiros públicos com acesso a pessoas com deficiência (alguns idosos apresentam dificuldade para utilizar escadas rolantes em virtude da perda de equilíbrio ou do tempo insuficiente para entrar e sair dela).
Banheiros públicos	Limpeza, sinalização eficiente, bom estado de conservação e de fácil acesso a pessoas com diferentes graus de incapacidade. Portas pesadas ou estreitas para a passagem de cadeira de

Fatores de Risco	Medidas de Proteção
	rodas e a falta de barras de apoio e de bancos para sentar são alguns dos problemas enfrentados.
Transporte público	Veículos acessíveis, com piso que rebaixa, degraus baixos e assentos amplos e elevados, adaptados aos deficientes. As paradas devem possuir sinalização eficiente com indicação do local e da rota. Os motoristas devem ser capacitados para aguardar o idoso sentar antes de colocar o veículo em movimento, além de parar junto às calçadas para facilitar-lhe o embarque e o desembarque.

Fonte: Saúde (OMS). Guia Global: Cidade Amiga do Idoso (2008).