USP - Universidade de São Paulo

Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas

Doutorado em Geografia Humana

**Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos
serviços gerontológicos de saúde em Manaus (AM)**

Cleisiane Xavier Diniz

São Paulo - SP

2017

FFLCH

Universidade de São Paulo
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas

**Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde
em Manaus (AM)**

São Paulo - SP

2017

CLEISIANE XAVIER DINIZ

**Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos
de saúde em Manaus (AM)**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Geografia Humana, da Universidade de São Paulo,
para a obtenção do título de doutora em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Júlio César Suzuki

São Paulo-SP

2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Catálogo na Publicação
Serviço de Biblioteca e Documentação
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo

D585m

Diniz, Cleisiane Xavier

Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde em Manaus (AM) / Cleisiane Xavier Diniz ; orientador Júlio César Suzuki. - São Paulo, 2017.
264 f.

Tese (Doutorado) - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Geografia. Área de concentração: Geografia Humana.

1. MOBILIDADE URBANA. 2. ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE. 3. ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO. 4. IDOSOS. I. Suzuki, Júlio César, orient. II. Título.

Cleisiane Xavier Diniz

Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde em
Manaus (AM)

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Geografia Humana, da Universidade de São Paulo, para a
obtenção do título de doutora em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. Júlio César Suzuki

Instituição: FFLCH - USP

Profa. Dra. Maria de Nazaré de Souza Ribeiro

Instituição: UEA

Prof. Dr. Alécio Rodrigues de Oliveira

Instituição: IFSP

Prof. Dr. Paulo Sérgio da Silva

Instituição: UFU

Prof. Dr. Arley Andriolo

Instituição: IP - USP

Dedico este trabalho às minhas avós Maria Odete Ferreira Basílio e Maria da Cruz Diniz; aos avôs Geraldo Magela Xavier e Manoel de Jesus Teixeira Diniz (in memorian), construtores do meu caráter, alicerce moral de minha vida, inspiração constante por serem para mim representantes dos idosos desse país.

AGRADECIMENTOS

Agradecer é sinônimo de: reconhecer, recompensar, recolher, retribuir, mostrar ou manifestar gratidão; é admitir que houve um momento em que se precisou de alguém; é reconhecer que o ser humano jamais poderá lograr para si o dom de ser auto suficiente. Ninguém e nada cresce sozinho, sempre é preciso um olhar de apoio, uma palavra sincera e de incentivo, um gesto de compreensão e entendimento, uma atitude de amor. A lista, a seguir, mesmo que extensa, não contempla todas as pessoas que participaram do percurso desta tese. Sendo assim, sintam-se também incluídos aqueles (as) que se reconhecerem contribuintes deste trabalho, da mesma forma que sou grata:

À **Deus** e à **Nossa Senhora** por tudo na minha vida, guiando e iluminando sempre meus passos.

Ao meu orientador, **Dr. Júlio César Suzuki**, pelo acolhimento, amizade, disponibilidade, atenção e incentivo pessoal que sempre me dispensou ao longo de todo este trabalho e por ter aceitado o desafio de me orientar. Obrigada pelos ensinamentos e por este período de convivência, mas, principalmente, pela confiança que sempre depositou em mim. Não mediu esforços para que este trabalho pudesse ser concluído, sabendo conduzir com excelência sua orientação científica, crítica e criteriosa. Sua dedicação é digna de admiração.

Ao Programa de Pós-Graduação em Geografia Humana, da Universidade de São Paulo;

Aos professores **Dr. Reinaldo Paul Perez Machado** e **Dr. Rodrigo Ramos Hospodar Felipe Valverde**, pelas valorosas sugestões e contribuições durante o exame de qualificação, que levaram à melhoria deste trabalho.

A todos os professores do Departamento de Geografia da Universidade de São Paulo que se lançam ao desafio de conduzir novos conhecimentos, com dinamicidade e profissionalismo; pelo incentivo e aprendizado constante e sistemático;

Aos **membros da banca de defesa** pela disponibilidade, interesse e pelo aceite ao convite.

À Universidade do Estado do Amazonas (ESA/UEA), na pessoa do Dr. **Cleinaldo de Almeida Costa** (reitor); ao Diretor da Escola Superior de Ciências da Saúde, Professor Darlison Sousa Ferreira; à Professora Jucimary Almeida do Nascimento (coordenadora do curso de enfermagem), Professora **Cássia Rozária da Silva Souza** (ex-coordenadora do curso de enfermagem) e pelo apoio incondicional.

Às colegas professoras **Lilian Oliveira Corrêa, Jéssica Souza e Souza, Gisele Torrente, Sibila Lilian Osis**, sempre dispostas a ajudar na disciplina de paciente crítico. Agradeço pela paciência e apoio durante esta etapa de minha vida. Vocês são especiais.

Ao Instituto de Enfermeiros Intensivistas do Amazonas (IETI), aos amigos (as) da cooperativa, em especial a Enfermeira **Eveline Herculano** e Enfermeira **Suzany Teixeira** (Presidente/diretora), **Cacilda Silva Lourenço, Claudia Moura de Carvalho, Adriana**

Maciel de Oliveira, Jessica Lisl Rodrigues Moura, Alessandra Cristina da Silva, Antônia Ocilene Matos Loureiro, Danielle Coutinho Caliri, e Silvana Costa Vasques, pela apoio e ajuda nesses anos de estudo.

À equipe multiprofissional e interdisciplinar do Hospital e Pronto Socorro Dr. João Lúcio Pereira Machado (**médicos, fisioterapeutas, odontólogos, técnicos de enfermagem, secretários, serviços gerais, maqueiros e outros**);

À **Secretaria de Estado de Saúde do Amazonas (SUSAM)**, em nome do Dr. Wilson Duarte Alecrim, ex-secretário de saúde, pela autorização da pesquisa;

Aos diretores dos CAIMIS, **Sra. Verônica Virginia Santos Florêncio, Mary Jane Cardoso de Queiroz e Maria da Conceição dos Santos Alves**, pelas significativas contribuições nos primeiros passos desse estudo e pelo carinho com que sempre me receberam.

Aos funcionários e ex-funcionários da Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Amazonas (SUSAM), pelas entrevistas e demais materiais bibliográficos cedidos para a construção da história dos CAIMIs, em especial, à Dra. Denise Machado dos Santos;

A todos os **voluntários participantes da pesquisa, IDOSOS(AS)**, pela disponibilidade, carinho e atenção; por se prontificarem a fornecer informações sobre sua vida e seu cotidiano durante esta investigação, contribuindo para a criação deste legado aos idosos do nosso Brasil;

Ao **Felicién Gonçalves Vasquez**, pela colaboração no tratamento estatístico dos dados;

Aos geógrafos **Dr. Mateus Sampaio e Anne Diranne**, pela confecção dos mapas. O trabalho de vocês deu à minha tese a qualidade que gostaria de ter dado desde o projeto inicial;

Aos **colegas de doutorado em Geografia**. Com vocês, vivemos angústias e vitórias, construímos amizade e ciência;

Aos **amigos da igreja de São Pedro Apóstolo, Petrópolis, Manaus**, pela presença constante e alegre em minha vida, sempre me dando apoio e espaço de partilha. Obrigada pela torcida;

Aos meus alunos, motivação que me faz querer crescer sempre. Em especial, à admirável **Franciane Azevedo Almeida** (ex-orientanda) pela colaboração durante a coleta dos dados.

A todos os meus amigos de perto e de outros estados (Rio de Janeiro, São Paulo, Fortaleza) em especial **Lilian Prates Behring (UERJ), Deyse Conceição Santoro (UFRJ) e Tereza Cristina Felipe Guimarães (INC / Laranjeiras)**, pelos momentos de descontração e pela tranquilidade que me foi transmitida;

A você, **Wanuza do Nascimento**, pela colaboração na coleta de dados, agradeço sua disposição e amizade; à minha amiga irmã **Fernanda Farias Castro**, pelos bons momentos de convívio e apoio, dedicação, companheirismo constantes durante o decorrer do curso. À **Lisbeth Lima Hansen**, pela orações e incentivo. À **Selma Barboza Perdomo e Simone Marcela Souza de Carvalho do Nascimento**, que estiveram parcialmente nessa jornada

comigo, pela troca de experiências, ajuda, e compreensão despendida a mim desde a seleção do doutorado até as etapas finais.

À minha **Família Xavier, Família Cruz e Família Diniz**, pelo apoio incondicional e por quanto acreditaram nas minhas capacidades mesmo quando eu própria duvidava.

Aos amigos (as) da **Família Ribeiro**, pelo incentivo para ir sempre além, pelo apoio dado à minha família na minha ausência; pela ajuda na resolução de problemas de caráter profissional e pessoal, pelos momentos de celebrações e desabafos na construção desta tese. É sempre bom ter com quem contar mesmo de longe.

À **Selma Ribeiro**, pela contribuição na leitura e correção das referências bibliográficas no final deste trabalho.

À **Nazaré Ribeiro**, ex-professora, enfermeira, amiga e colega de trabalho, que deu início e sentido a minha trajetória acadêmica. Saiba que a sua luta e dedicação são exemplos a serem seguidos. Agradeço por todos os ensinamentos.

Aos amigos e sacerdotes **José Carlos Sabino, Orlando Gonçalves Barbosa e Joaquim Hudson de Souza Ribeiro**, pelos gestos carinhosos de preocupação pelo meu bem-estar. A vocês devo muito daquilo que sou hoje. Obrigado por continuarem me acompanhando nas orações e na amizade.

Aos meus pais: **Maria de Fátima Ferreira Xavier e Luiz Antônio da Cruz Diniz**, pela torcida, apoio incondicional e incentivo em todas as decisões e escolhas durante a minha vida. Dizer a vocês obrigada não deve ser suficiente para expressar meu sentimento de gratidão e não há outra forma de agradecer a não ser dizendo que **AMO VOCÊS!**

Aos meus **irmãos (a), sobrinhos(as), cunhado(as)**, a meu padrastro **Mario Miranda** e a minha madrastra **Mônica Oliveira** pelo carinho, pelos momentos de partilha das alegrias e tristezas, rogo a Deus que os abençoe e os faça muito felizes em suas vidas.

Ao meu irmão e amigo **Luiz Cleison Xavier Diniz**, pela presença constante, pela pronta ajuda nas minhas necessidades, presente em todas as horas. Você tem um coração generoso de natureza, essa é a sua maior beleza.

Meus sinceros agradecimentos a todos que de alguma forma me ajudaram e foram imprescindíveis na construção e realização deste Doutorado.

A vocês dedico a poesia que descrevo a seguir:

IDOSO

O velho é sempre esquecido, Esquecido toda hora,
Facilmente o mundo esquece, Sua vida, sua história

Esquece os anos de luta, A quantos pode ajudar,
Esquece o lar que formou, E a quantos pode amar.

A partir de seus setenta, Mais difícil fica a vida,
Se não conta com a ajuda, Se aproxima a despedida!

Há velhos afortunados, Tratados com muito amor,
A maioria, porém, Vive só, com sua dor.

Quando adoece, o velho, E seu estado se deplora,
Muita gente diz assim: Será que não está na hora?

Se depois falece o velho, E por saudade alguém chora,
Muitos dizem, secamente: Viveu muito... foi na hora!

Ampare o velho, meu jovem, Estime-o de coração,
Dê-lhe paz e segurança, Algo mais, a sua mão.

Aproveite a experiência, Do homem que envelheceu,
Procure ouvir-lhe os conselhos, Ele é sempre amigo seu.

Ouçá a voz da experiência, Meu jovem, seja seu fã,
É conselho de amigo... Ele é você, amanhã!

- Idoso de Claudiomiro Sevier - Umuarama - PR

RESUMO

DINIZ, Cleisiane Xavier. **Mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde em Manaus (AM)**, 264 fl. Tese (Doutorado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2017.

Palavras-chave: mobilidade urbana e pessoal, acessibilidade, cidade, espaço urbano e idoso

No Norte do Brasil e, especificamente, na cidade de Manaus-AM, observa-se a inexistência de estudos sobre mobilidade e acessibilidade de idosos. Este estudo visa analisar a mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde na cidade de Manaus numa perspectiva do uso do espaço urbano e suas repercussões no seu cotidiano, identificando fatores relacionados à determinação e às desigualdades de uso de tais serviços, na compreensão do urbano contemporâneo do século XXI, propondo adequações e adaptabilidades das suas estruturas. Utilizou-se a técnica de análise quali-quantitativa, de natureza transversal e descritiva, observacional, prospectivo e analítico com amostragem de 1.080 idosos. Para a coleta de dados quantitativos, foi utilizado questionário socioeconômico e para os qualitativos, utilizou-se o roteiro de passeio acompanhado, além da análise documental e dos registros dos espaços construídos nos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Este estudo identificou as inúmeras desigualdades espaciais no processo de mobilidade e acessibilidade do idoso aos serviços de saúde gerontológicos e trouxe indicativos de que existem dificuldades na acessibilidade e no uso de equipamentos públicos pelos idosos no ambiente interno dos CAIMIs, bem como, no deslocamento externo até a sua residência, haja vista o surgimento de limitações, que os tornam mais vulneráveis. Espera-se que esta pesquisa sirva de subsídio para implantação de novos CAIMIs nas demais zonas da cidade, com estratégias de acesso e intervenção adequados à realidade local; que possibilite reorganizar os serviços existentes de acordo com as particularidades de cada área geográfica, favorecendo a mobilidade e acessibilidade dos idosos; que os resultados encontrados repercutam e incentivem futuras políticas públicas, novas pesquisas na área, fortalecimento e cumprimento de direitos já instituídos.

ABSTRACT

DINIZ, Cleisiane Xavier. **The mobility and accessibility of elderly users of gerontological health services in Manaus (AM)**, 264 fl. Thesis (Doctorate). School of Philosophy, Languages, and Human Sciences, University of São Paulo. São Paulo, 2017.

Keywords: urban and personal mobility, accessibility, city, elderly and urban space

In the north of Brazil, and specifically in Manaus-AM city, there are no studies on mobility and accessibility of the elderly. This study aims to analyze the mobility and accessibility of elderly users of gerontological health services in the city of Manaus with a perspective of the use of urban space and its repercussions in their daily life, identifying factors related to the determination and the inequalities of use of such services, with an understanding of a 21st century contemporary city, proposing adjustments and adaptabilities of its structures. A prospective and analytical qualitative and quantitative analysis technique, of a transversal and observational descriptive nature, with 1,080 elderly subjects was used. For the collection of quantitative data, a socioeconomic questionnaire was used, and for the qualitative data, an accompanied walking tour was used, as well as the analysis of documents and the records of the spaces constructed in the Comprehensive Attention Centers for the Best Age (CAIMI). This study has identified the innumerable spatial inequalities in the process of mobility and accessibility of the elderly to gerontological health services, and has indicated that there are difficulties in the accessibility and use of public equipment by the elderly in the internal environment of the CAIMI's, as well as in the external displacement up to their residence, given the appearance of limitations, which make them more vulnerable. It is hoped that this research will serve as a subsidy for the implantation of new CAIMIs in other areas of the city, with adequate intervention and access strategies for the local reality; which make reorganizing existing services according to the particularities of each geographical area possible, promoting the mobility and accessibility of the elderly; and that the results found can reverberate and encourage future public policies, new research in the area, and strengthening and fulfillment of rights already established.

SUMÁRIO

Lista de Figuras	
Lista de Mapas	
Lista de Quadros	
Lista de Tabelas	
Lista de Gráficos	
Lista de Abreviaturas	

INTRODUÇÃO	21
-------------------------	-----------

CAPÍTULO I – TECENDO AS LINHAS GERAIS DA INVESTIGAÇÃO:

Diretrizes Metodológicas	26
1.1 Método	27
1.2 Delineamento da pesquisa, categorias de análise e descritores.....	28
1.3 População e amostra	33
1.3.1 Dados quantitativos	33
1.3.2 Dados qualitativos	34
1.4 Instrumentos para a coleta de dados e variáveis investigadas.....	34
1.5 Procedimentos para a coleta de dados, critérios de elegibilidade e aspectos éticos	38
1.6 Caracterização do local da pesquisa	40
1.6.1 Contexto Histórico do surgimento do CAIMI	40
1.6.2 Os CAIMIs	46
1.6.2.1 CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima	50
1.6.2.2 CAIMI Dr. André Araújo	54
1.6.2.3 CAIMI Ada Rodrigues Viana	58

CAPÍTULO II – A URBANIZAÇÃO, O FLUXO DOS CIDADÃOS, A SAÚDE E O IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM) ATÉ 1988

2.1 Formação da cidade de Manaus (AM) e início da transformação	63
2.2 A expansão da cidade e a melhoria da mobilidade	68
2.3 O Estado, a cidade e a Zona Franca de Manaus	79
2.4 O contexto da saúde e a inserção de políticas públicas para o idoso	84

CAPÍTULO III – TRANSFORMAÇÕES URBANAS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

3.1 Crescimento e desenvolvimento urbano da cidade de Manaus (AM)	102
3.2 Envelhecimento populacional numa visão prospectiva	110
3.3 O Estado e as políticas públicas para os idosos	117
3.3.1 Constituição Federal e o idoso (1988)	118
3.3.2 Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – Lei 8.742/93	121
3.3.3 Política Nacional do Idoso (PNI)	122
3.3.4 Estatuto do Idoso	124
3.3.5 Demais políticas públicas federais, estaduais e municipais de importância na atenção ao idoso	126
3.4 Envelhecimento populacional na estrutura urbana	137

CAPÍTULO IV – IDOSOS, ACESSIBILIDADE E MOBILIDADE NOS CAIMIS NA CIDADE DE MANAUS (AM)	143
4.1 Mobilidade e acessibilidade urbana e a inclusão do idoso	143
4.1.1 Conceitos de mobilidade, acessibilidade, espaço público e espaço urbano	143
4.1.2 O Espaço público é mesmo de uso coletivo ou só de alguns?	148
4.2 O idoso usuário do CAIMI	151
4.2.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos usuários dos CAIMIs	151
4.2.2 Perfil epidemiológico dos idosos usuários dos CAIMIs	159
4.3 O idoso no ambiente interno do CAIMI	165
4.4 Componentes de acessibilidade espacial do ambiente interno dos CAIMIs	171
 CAPÍTULO V – ENTRE A CASA E O CAIMI: acessibilidade e mobilidade de idosos na cidade de Manaus (AM)	 183
5.1 Dificuldades geográficas e sociais enfrentadas pelos usuários dos CAIMIs	184
5.2 Riscos e ocorrências de queda no processo de mobilidade	202
5.3. Passeio acompanhado	207
5.3.1 Dados relativos ao acesso e acessibilidade no percurso CAIMI-Residência	212
.....	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	227
REFERÊNCIAS	234

APÊNDICES

- Apêndice 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE
- Apêndice 2 - Autorização Comitê de Ética Em Pesquisa – CEP/UEA
- Apêndice 3 - Questionário socioeconômico
- Apêndice 4 - Roteiro de passeio acompanhado
- Apêndice 5 - Visita exploratória aos prédios dos CAIMIS

ANEXOS

- Anexo 1 – Decisão do CEP- ESA/UEA
- Anexo 2 – Termo de compromisso – liberação SUSAM

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Pesquisadora na entrada do CAIMI, para início da pesquisa. Manaus, AM, 2014	35
Figura 2	Organograma de atendimento da Superintendência de Saúde do Amazonas, 2002	42
Figura 3	Fluxograma de atendimento dos CAIMIs, Manaus, AM, 2015	48
Figura 4	CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima, Zona sul. Manaus, 2016	50
Figura 5	Inauguração do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima e o idealizador do projeto, Governador Amazonino Mendes	52
Figura 6	Equipe pioneira do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima	52
Figura 7	Estrutura externa do CAIMI Dr. Paulo César de A. Lima. Manaus, AM, 2016..	53
Figura 8	CAIMI Dr. André Araújo, zona norte – bairro Cidade Nova, Manaus, AM, 2016	54
Figura 9	Inserção do CAIMI Dr. André Araújo ao complexo maternidade e hospital universitário. Manaus, AM, 2016.....	57
Figura 10	CAIMI Ada Rodrigues Viana, zona oeste – bairro Compensa. Manaus, AM, 2016	58
Figura 11	A amplitude e a regularidade da Av. Eduardo Ribeiro no sentido Norte. Manaus, AM	77
Figura 12	Cidade Flutuante na orla da cidade de Manaus, AM, 1920	78
Figura 13	Vista aérea do Distrito Industrial. Manaus, AM, 1968	81
Figura 14	Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Manaus, AM, 2010	112
Figura 15	Distribuição da população por sexo, segundo os grupo de idade do município de Manaus em comparação com o Amazonas e o Brasil, 2010	112
Figura 16	Localização espacial do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima e os respectivos pontos de ônibus em sua proximidade. Manaus, AM, 2016	192
Figura 17	Localização espacial do CAIMI Ada Rodrigues Viana e os respectivos pontos de ônibus em sua proximidade. Manaus, AM, 2016	194
Figura 18	Localização espacial do CAIMI Dr. André Araújo e os respectivos pontos de ônibus em sua proximidade. Manaus, AM, 2016	197
Figura 19	Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Ada Rodrigues Viana-Residência, de carro, de ônibus e a pé, período do verão. Manaus, AM, 2016	216
Figura 20	Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Paulo Lima-Residência, de carro, de ônibus e a pé, período do verão. Manaus, AM, 2016	217
Figura 21	Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Dr. André Araújo-Residência de carro, de ônibus, e a pé, período do verão. Manaus, AM, 2016	218

Figura 22	Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Ada Rodrigues Viana-Residência de carro, de ônibus, e a pé, período do inverno. Manaus, AM, 2016	222
Figura 23	Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Paulo Lima-Residência de carro, de ônibus, e a pé, período do inverno. Manaus, AM, 2016	223
Figura 24	Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Dr. André Araújo-Residência de carro, de ônibus, e a pé, período do inverno. Manaus, AM, 2016	224
Figura 25	Mosaico fotográfico dos obstáculos enfrentados pelos idosos usuários dos CAIMIs. Manaus, AM, 2016	225

LISTA DE MAPAS

Mapa 1	Localização dos CAIMs Dr. Paulo César de Araújo Lima, Dr. André Araújo e Ada Rodrigues Viana, segundo as zonas administrativas da cidade de Manaus, AM, 2016	49
Mapa 2	Localização do CAIM Dr. Paulo César de Araújo Lima na cidade de Manaus, AM, 2016	51
Mapa 3	Localização do CAIM Dr. André Araújo na cidade de Manaus, AM, 2016	55
Mapa 4	Localização do CAIM Ada Rodrigues Viana na cidade de Manaus, AM, 2016	59
Mapa 5	Localização do Município de Manaus, AM, 2011	102
Mapa 6	Divisão administrativa da cidade de Manaus, em zonas e bairros, 2009	104
Mapa 7	Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) relacionado à Infraestrutura Urbana da Região metropolitana de Manaus, AM, 2010	107
Mapa 8	Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) relacionado à renda e trabalho na Região metropolitana de Manaus, AM, 2010	108
Mapa 9	Distribuição segundo a procedência das zonas da cidade de Manaus dos usuários dos CAIMs, 2016	155
Mapa 10	Distância percorrida pelos usuários do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2016	186
Mapa 11	Distância percorrida pelos usuários do CAIMI Dr. André Araújo. Manaus, AM, 2016	187
Mapa 12	Distância percorrida pelos usuários do CAIMI Ada Rodrigues Viana. Manaus, AM, 2016	188
Mapa 13	Demonstrativo do percurso e tempo de deslocamentos dos idosos, no período do verão, segundo o tipo de transporte usado para acesso aos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	210
Mapa 14	Demonstrativo do percurso e tempo de deslocamentos dos idosos, no período do inverno, segundo o tipo de transporte usado para acesso aos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	212

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Componentes de acessibilidade	36
Quadro 2	Contexto histórico e desafios para a saúde nos séculos XIX e XX até 1988	96
Quadro 3	Modificações que constituem e influenciam o processo de envelhecimento	114
Quadro 4	Componentes da acessibilidade	146
Quadro 5	Componentes de acessibilidade das instalações físicas do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2015	174
Quadro 6	Componentes de acessibilidade das instalações físicas do CAIMI Ada Rodrigues Viana. Manaus, AM, 2015	177
Quadro 7	Componentes de acessibilidade das instalações físicas do CAIMI Dr. André Araújo. Manaus, AM, 2015	179
Quadro 8	Dados relativos ao acesso e acessibilidade no período do verão, relacionados ao ambiente externo no percurso do CAIMI à residência dos idosos. Manaus, AM, 2016	212
Quadro 9	Dados relativos ao acesso e acessibilidade no período do inverno, relacionados ao ambiente externo no percurso do CAIMI à residência dos idosos. Manaus, AM, 2016	219

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	População residente no estado do Amazonas e município de Manaus/1960-1996	84
Tabela 2	Distribuição da População residente e domicílios 1980 – 2010 no município de Manaus, AM	103
Tabela 3	Distribuição dos índices de Desenvolvimento Humano do município de Manaus, segundo seus componentes. Manaus, AM, 2010	109
Tabela 4	Distribuição da população por sexo, segundo as faixas etárias de idosos na cidade de Manaus, no Estado do Amazonas e no Brasil, 2010	113
Tabela 5	Distribuição segundo a frequência das zonas da cidade, raça, situação conjugal e escolaridade dos idosos dos CAIMIs da cidade de Manaus, AM, 2015	154
Tabela 6	Distribuição segundo a renda, ocupação e convívio dos idosos dos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	158
Tabela 7	Frequência de Morbidades Hospitalar do SUS, na faixa etária de 60 a mais de 80 anos, segundo a Lista Morbidade CID-10, por Sexo na cidade de Manaus, AM, 2015	161
Tabela 8	Correração entre a mediana da idade e as morbididades mais frequentes dos idosos atendidos nos CAIMIs da cidade de Manaus, AM, 2016	162
Tabela 9	Distribuição segundo a frequência de ida e meio de identificação dos idosos aos Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	164
Tabela 10	Distribuição segundo a dificuldade de acesso, desorientação e as atividades que os idosos gostam de praticar nos CAIMIs da cidade de Manaus, AM, 2016	167
Tabela 11	Distribuição segundo aquilo que não gosta no CAIMI, os serviços de informação e as dificuldade de locomoção indicados pelos idosos no uso dos CAIMIS na cidade de Manaus, AM, 2016	169
Tabela 12	Distribuição segundo a utilização dos meios de transporte, suas dificuldades e eliminação dessas dificuldades dos idosos aos Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016,,,,,,.....	190
Tabela 13	Distância entre as paradas mais próximas dos transportes coletivos até o CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2016	192
Tabela 14	Dificuldades e facilidades de acesso ao CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, Amazonas, 2016	193
Tabela 15	Número de linhas de ônibus que dão acesso ao CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2016	194
Tabela 16	Distância entre as paradas mais próximas dos transportes coletivos até o CAIMI Dr. Ada Rodrigues Viana. Manaus, AM, 2016	195
Tabela 17	Dificuldades e facilidades de acesso ao CAIMI Dr. Paulo César de Araújo	

	Lima. Manaus, AM, 2016	195
Tabela 18	Número de linhas de ônibus que dão acesso ao CAIMI Ada Rodrigues Viana. Manaus, AM, 2016	196
Tabela 19	Distância entre as paradas mais próximas dos transportes coletivos até o CAIMI André Araújo. Manaus, AM, 2016	197
Tabela 20	Dificuldades e facilidades de acesso ao CAIMI Dr. André Araújo. Manaus, AM, 2016	199
Tabela 21	Número de linhas de ônibus que dão acesso ao CAIMI Dr. André Araújo. Manaus, AM, 2016	200
Tabela 22	Distribuição segundo ocorrência de queda e sensação de segurança por parte dos idosos no percurso de sua residência aos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	204
Tabela 23	Distribuição segundo o acompanhamento e o que deve melhorar no acesso dos idosos aos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	205

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1	Evolução da população da cidade de Manaus, AM, entre 1852 e 1940 ..	65
Gráfico 2	Distribuição segundo a frequência do gênero dos idosos dos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 201.	151
Gráfico 3	Distribuição segundo a faixa etária dos idosos dos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	153
Gráfico 4	Distribuição segundo as morbidades autodeclaradas dos idosos atendidos nos CAIMIs da cidade de Manaus, AM, 2016	160
Gráfico 5	Distribuição segundo as especialidades mais procuradas pelos idosos atendidos nos CAIMI da cidade de Manaus, AM, 2016	163
Gráfico 6	Distribuição segundo os serviços ou equipamentos públicos que favorecem acesso aos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	201
Gráfico 7	Distribuição segundo as dificuldades enfrentadas pelos idosos, de acordo com o período de verão e inverno, no acesso aos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016	208

Lista de Abreviaturas

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ABRASCO	Associação Brasileira de Saúde Coletiva
ADH	Atlas de Desenvolvimento Humano
AM	Estado do Amazonas
ASSF	Associação Saúde Sem Fronteiras
ASSU	Assistência e Serviço de Socorro de Urgência
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAI	Centro de Atenção ao Idoso
CAIC	Centro de Atenção Integral à Criança
CAID	Centro de Atendimento ao Idoso
CAIMI	Centro de Atenção Integral à Melhor Idade
CAP	Caixa de Aposentadoria e Pensões
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CEBES	Centro Brasileiro de Estudos de Saúde Sanitária
CECON	Centro de Controle de Oncologia
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CEPRAH	Centro de Profilaxia da Raiva Humana
CET	Companhia de Engenharia de Tráfego
CIPDPI	Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CONEP	Conselho Nacional de Ética e Pesquisa
CONASS	Conselho Nacional de Secretaria de Saúde
CPRM	Companhia de Produção e Recursos Minerais
CTB	Código de Trânsito Brasileiro
DATASUS	Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DGSP	Diretoria Geral de Saúde Pública
DM	Diabetes Mellitus
GMT	Greenwich Meridien Time
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica

IAP	Instituto de Aposentadoria e Pensão
IAPM	Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos
IBEU	Índice do Bem-Estar Urbano
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDHM	Índice de Desenvolvimento Humano Municipal
INAMPS	Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
IVS	Índice de Vulnerabilidade Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MS	Ministério da Saúde
NBRs	Normas Brasileiras
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC	Pronto Atendimento ao Cidadão
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIF	Programa de Atenção Integral à Família
PIB	Produto Interno Bruto
PIM	Pólo Industrial de Manaus
PMM	Prefeitura Municipal Manaus
PNAD	Política Nacional por Amostra de Domicílios
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCT	Programa Nacional de Controle do Tabagismo
PNE	Portadores de Necessidades Especiais
PNI	Política Nacional do Idoso
PROSAMIM	Programa Social e Ambiental dos igarapés de Manaus
PSF	Programa de Saúde da Família
PSI	Programa de Saúde Indígena
RGPS	Regime Geral da Previdência Social
SBOT	Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia
SHAM	Superintendência Habitacional do Amazonas
SISREG	Sistema Nacional de Regulação

SPA	Serviço de Pronto Atendimento
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUFRAMA	Superintendência da Zona Franca de Manaus
SUHAB	Superintendência Estadual de Habitação do Amazonas
SUS	Sistema Único de Saúde
SUSAM	Superintendência de Saúde do Amazonas
TCE	Traumatismo Crânio-encefálico
TCG	Termo de Compromisso de Gestão
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e comunicação
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEA	Universidade do Estado do Amazonas
UFAM	Universidade Federal do Amazonas
UFBA	Universidade Federal da Bahia
ULBRA	Universidade Luterana do Brasil
UnATI	Universidade Aberta da Terceira Idade
USP	Universidade de São Paulo
WHO	World Health Organization
ZFM	Zona Franca de Manaus

INTRODUÇÃO

A estrutura espacial intra-urbana é fortemente afetada pelos padrões de circulação, os quais impactam diretamente a posição dos subespaços, as próprias interações espaciais e, principalmente, quem as utiliza. Por isso, acreditamos que a Geografia pode contribuir de maneira ampla com estudos sobre mobilidade e acessibilidade, devido ao seu acúmulo teórico-metodológico, pois utiliza o espaço como um fator chave para o entendimento da cotidianidade, uma vez que a espacialidade é uma categoria geográfica usada por todos os seus ramos do conhecimento como uma primeira apreensão do fenômeno na busca de sua explicação pelas diferentes abordagens, incluindo-se aqui a saúde (MELGAÇO, 2010).

A ideia central dessa tese foi ressaltar a importância do debate da mobilidade urbana em sua dimensão espacial em diálogo com outras áreas de conhecimento, como a área da saúde, tomando como referência o caso da cidade de Manaus-AM.

Segundo Castells (1999), os espaços produzidos no decorrer da história, sempre mostraram que sua produção, sua organização, sua apropriação e seu usufruto foram determinados pelas relações de diferentes poderes: político, econômico, religioso e militar, existentes entre os diversos grupos sociais da sociedade humana. Assim, podemos dizer que as transformações sociais ocorrem impostas por transições de comportamentos e de políticas a partir das necessidades humanas e interesses oligárquicos, políticos, econômicos e ideológicos. A organização das grandes cidades, em sua maioria, se deu em função das necessidades de uma parcela da população e foram adaptadas à circulação de bens e serviços fundamentais. Porém, tal organização acabou prejudicando a dinâmica de vida de alguns indivíduos, como, por exemplo, os idosos.

Dessa forma, as transformações políticas urbanas deveriam articular os instrumentos de ordenação do território contidos nos Planos Diretores e evitar uma desconexão entre esses instrumentos, em que a lei do mais forte prevalece e as populações mais frágeis, como os idosos, ficam submetidas às suas consequências.

Segundo Oliveira (1999), a sociedade coloca o idoso numa situação típica de marginalização social, na proporção em que ergue contra ele inúmeras barreiras sociais e desenvolve atitudes de preconceitos e discriminação. Leite (2000) afirma que apesar das perdas orgânicas, funcionais e mentais, naturais do envelhecimento, é possível gerar um ser humano idoso sadio e com autonomia para realizar as tarefas diárias, bem como manter suas

relações intelectuais e sociais com o meio que o cerca. Neste sentido, o idoso, enquanto sujeito, tem inúmeros direitos, que, por vezes, não tem o conhecimento deles, por isso, em diversas situações, são desrespeitados.

A acessibilidade é uma das principais bases da inclusão social e, segundo Menezes (2005), é preciso problematizar a questão da inclusão social em todos os campos da sociedade, no campo da saúde, da segurança, do transporte, do turismo, do lazer e da educação. Em vista disso, é importante que o planejador possa intervir nos espaços com intuito de criar ambientes que facilitem o acesso, permita uma melhor mobilidade, elimine as barreiras que normalmente limitam, intimidam e excluem. Os ambientes devem ser planejados objetivando a promoção e encorajamento da independência e autonomia, de forma que uma boa acessibilidade possa ser proporcionada a todos os indivíduos (PERRACINI, 2002). O meio inacessível pode reforçar uma deficiência valorizando um impedimento da pessoa ou torná-la sem importância no contexto espacial em que se insere.

Neste aspecto de melhoria de acesso, medidas governamentais tais como o Decreto Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais para a promoção da acessibilidade (MINISTÉRIO DA JUSTIÇA, 2007) e a Lei 5296, de 2 de dezembro de 2004, que dá prioridade de atendimento aos idosos, foram conquistas importantes para este grupo, no entanto, necessitam ser implementadas efetivamente.

O Estatuto do Idoso, Lei n.º 10.741, de 1.º de outubro de 2003, criado para garantir que os direitos dos idosos fossem cumpridos em todo o território nacional, continua sendo ignorado, uma vez que são poucos e precários os serviços oferecidos pelo poder público a esta população (MENDES *et alii*, 2004).

A Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) tem como propósitos basilares: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção e a melhoria, ao máximo, da capacidade funcional dos idosos; a prevenção de doenças; a recuperação da saúde dos que adoecem; as reabilitações daqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem exercendo suas funções na sociedade de forma independente (BRASIL, 2006a).

O Sistema Único de Saúde (SUS) também se orienta pelo princípio da universalidade no acesso aos serviços de saúde e o Plano de Ação sobre o Envelhecimento, constituído na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, destacou a equidade no acesso aos

cuidados de saúde e às ações de promoção à saúde e prevenção de doenças como bases para um envelhecimento saudável (HOSKINS, KALACHE e MENDES, 2005).

Para Nogueira (2007), os direitos humanos, a democracia e a acessibilidade são inalienáveis e indissolúveis, pois defendem o reconhecimento e a valorização da diversidade humana como meio para uma vida independente. Para que o indivíduo se torne um cidadão ou cidadã é necessária sua interação com toda a sociedade. Um meio físico acessível pode ser extremamente libertador e pode transformar a possibilidade de integração entre o idoso e a sociedade em geral. Em contrapartida, espaços inacessíveis são fatores preponderantes na dificuldade de inclusão, principalmente para pessoas fragilizadas e com mobilidade prejudicada, e podem determinar que alguns sejam constantemente excluídos.

Porém, garantir acessibilidade e mobilidade para todos em diferentes espaços é uma tarefa difícil, que exige a necessidade de inserir neste planejamento pessoas com as mais diferentes restrições e limitações em desempenhar atividades de vida diária, como no caso das pessoas idosas (DISCHINGER e BINS ELY, 2006).

No Brasil, observa-se que a maioria dos estudos sobre mobilidade e acessibilidade de idosos, com limitação ou não, está voltada para o ambiente domiciliar, havendo grande necessidade de pesquisas, qualitativas e quantitativas, direcionadas aos espaços urbanos livres, tornando este um grande campo a ser investigado.

Na cidade de Manaus (AM), até o ano de 2017, não foram encontradas pesquisas semelhantes a que este estudo se propôs a realizar. Entende-se também que é importante observar tais fenômenos pela perspectiva do idoso, identificando as barreiras que encontram em seu ambiente no processo de mobilidade, que favorecem ou dificultam sua acessibilidade, especialmente aos serviços de saúde, por entender-se que este tipo de serviço é um dos mais procurados por esta população.

Estas foram as justificativas que levaram este estudo a ter como objetivo geral analisar a mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde na cidade de Manaus (AM), numa perspectiva do uso do espaço urbano e suas repercussões no seu cotidiano, identificando fatores relacionados à determinação e às desigualdades de uso de tais serviços, na compreensão do urbano contemporâneo do século XXI, propondo adequações e adaptabilidades das suas estruturas. Os objetivos específicos do estudo foram: Analisar a urbanização, o fluxo dos cidadãos, o contexto da saúde e a inserção de políticas públicas para o idoso na cidade de Manaus (AM) desde sua formação ao período que

antecedeu a Constituição Federal de 1988; Caracterizar as transformações urbanas e as políticas públicas garantidas aos idosos após a Constituição Federal; Debater o significado do envelhecimento populacional na sociedade urbana brasileira e manauara; Discutir mobilidade e acessibilidade urbana e a inclusão do idoso no acesso à cidade e aos serviços gerontológicos de saúde na cidade de Manaus; Descrever o perfil sociodemográfico, econômico e epidemiológico dos usuários dos serviços gerontológicos de saúde na cidade de Manaus; Discutir os componentes de acessibilidade e mobilidade dos idosos dentro dos serviços gerontológicos de saúde na cidade de Manaus; Avaliar como os idosos percebem os riscos e dificuldades geográficas e sociais enfrentadas no acesso aos serviços gerontológicos de saúde na cidade de Manaus, no percurso do Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI) à sua residência.

A hipótese que nos orienta é a de que a cidade de Manaus é deficiente para a mobilidade e acessibilidade de idosos no uso dos serviços gerontológicos de saúde; já que os ambientes construídos são menos acessíveis aos idosos, dificultando sua mobilidade e acessibilidade, aumentando a possibilidade de quedas, diminuindo a frequência com que poderiam utilizar os serviços de saúde, limitando a independência e favorecendo a diminuição da interação social.

Assim, o estudo ampliou a análise do fenômeno da mobilidade e acessibilidade de idosos e sua expressão no urbano, a partir da Geografia Humana em diálogo com outras áreas de conhecimento, como a da saúde, no sentido da compreensão sobre como o idoso vive e se move na cidade de Manaus, em busca de atendimento de saúde.

A análise foi estruturada em cinco capítulos, conforme segue.

No **primeiro capítulo**, foram apresentadas as diretrizes metodológicas da pesquisa, dando ênfase ao método de estudo, delineamento da pesquisa, população e amostra, instrumentos utilizados, variáveis investigadas, aspectos éticos, processamento e análise dos dados e caracterização do local da pesquisa, dando-se ênfase aos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMIs). Atribuímos a este capítulo o título de: **TECENDO AS LINHAS GERAIS DA INVESTIGAÇÃO: Diretrizes Metodológicas.**

Roberto Lobato Corrêa (2003) recomenda que quando se pretende estabelecer a periodização de um lugar, deve-se considerar a intensidade e variedade dos processos ocorridos, bem como reconhecer a existência de períodos históricos aplicáveis à escala geográfica. Isso é o que se fez no **Segundo Capítulo** que discutiu **A URBANIZAÇÃO, O**

FLUXO DOS CIDADÃOS, A SAÚDE E O IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM) ATÉ 1988. Assim estabeleceu-se um recorte temporal antes da Constituição Federal de 1988 e pós Constituição.

Dando continuidade ao reconhecimento de períodos históricos importantes, o **Terceiro Capítulo** inicia-se no ano de 1988, ano da promulgação da Constituição Federal Brasileira, destacando os avanços alcançados na área da saúde e demais direitos sociais que interferiram na melhoria dos direitos dos idosos. A discussão alcança o Século XXI, dando ênfase ao aumento da população idosa no mundo, as perspectivas para o idoso brasileiro e as dificuldades para se implementarem as políticas públicas de proteção ao idoso. O Capítulo **TRANSFORMAÇÕES URBANAS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988** se encerra afirmando que a cidade não se realiza por completa na vida dos idosos, na medida em que seu uso é restrito e cheio de restrições concretas e simbólicas.

O **Quarto Capítulo**, intitulado **IDOSOS, ACESSIBILIDADE E MOBILIDADE NOS CAIMIS NA CIDADE DE MANAUS (AM)**, iniciou-se com o debate dos conceitos de mobilidade, acessibilidade, espaço público, espaço urbano, relacionando-os ao idoso. Posteriormente, apresentam-se os resultados dos dados obtidos por meio dos questionários, entrevistas e visitas exploratórias realizadas nos CAIMIs, destacando o perfil sociodemográfico, econômico e epidemiológico dos usuários dos CAIMIs, o idoso no ambiente interno do CAIMI, os componentes de acessibilidade espacial do ambiente interno. Os resultados apresentados dão conta das inúmeras barreiras enfrentadas pelos idosos no ambiente interno dos serviços gerontológicos, construídos especialmente para atendê-los. Devido a essas barreiras, foram discutidos os impactos das ações de promoção e prevenção à saúde em relação à promoção da qualidade de vida dos idosos na cidade de Manaus.

O **Quinto Capítulo** segue destacando o ambiente externo dos CAIMIs com o título **ENTRE A CASA E O CAIMI: acessibilidade e mobilidade de idosos na cidade de Manaus (AM)**. Nele se discutem as dificuldades enfrentadas pelos usuários dos CAIMIs no percurso até sua residência, as longas distâncias dispendidas no processo de mobilidade realizada em diferentes meios de transportes. Para a construção desse capítulo, foi realizado o Passeio Acompanhado com metodologia primordial de coleta de dados e posterior análise das condições de uso do espaço físico, em relação à percepção do usuário em situações reais de dificuldades enfrentadas por ele, diferenciando os períodos de chuva e de estiagem no percurso residência–CAIMI.

CAPÍTULO I

TECENDO AS LINHAS GERAIS DA INVESTIGAÇÃO: Diretrizes Metodológicas

O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem o prazer de penetrar no mundo dos idosos, não é digno da sua juventude

August Cury

1.1 Método

A presente pesquisa sobre acessibilidade e mobilidade de idosos constituiu-se num estudo acerca de um tema árduo e polêmico a que pela complexidade das discussões, não se pretendeu esgotar, mas, pelo contrário, problematizar sua relação com o espaço urbano manauara.

Para tal, utilizou-se o método materialista histórico e dialético. O Método histórico e dialético foi grafado também como método dialético ou dialética, sem qualquer intenção de propor conteúdos diferentes, relacionado ao pensar dialético, cujos elementos básicos estão na tese, antítese e síntese, em que a tese afirma uma situação inicial, a antítese gera um conflito da tese e, a partir desse conflito, gera-se a síntese, que é uma condição nova. A síntese passa a ser uma nova tese, que novamente se contrapõe a uma nova antítese, gerando uma nova síntese, num cenário contraditório. O conflito e a contradição são características básicas do método dialético (ALVES, 2008).

Para Kosik (2010, p. 22), a dialética constitui-se num "método revolucionário, que permite compreender a realidade e se perceber sujeito da história, com a consciência de que é possível transformar a realidade".

Na perspectiva dialética, a ciência alicerça-se na transformação da realidade (noção de historicidade), a qual sofre análise crítica. Para Salvador (2012), os trabalhos científicos, fundamentados neste método, buscam interpretar a totalidade em movimento, chegando à essência do concreto, isto é, às contradições, às desigualdades e às possibilidades de mudança em direção a um futuro diferente do presente. A ciência, nessa perspectiva metodológica, é pensada de maneira engajada e política.

No materialismo histórico, o elemento básico na produção científica, literária ou artística é que as criações humanas, nos mais diferentes planos são expressões de uma visão do mundo e que as visões do mundo não são fatos individuais, mas sim fatos sociais (BRAY, 1999, p. 11).

O método materialista histórico e dialético vislumbra o social e seu processo histórico de formação, nesse sentido, as correntes teóricas marxistas predominam no conjunto das pesquisas geográficas. A atenção dada ao social, movimentos sociais, é muito significativa

(SALVADOR, 2012). Desta forma, as reflexões teórico-metodológicas desta pesquisa foram embasadas neste método.

Entre os pesquisadores da área de saúde, muitos utilizam o materialismo histórico e dialético para superar a visão pragmática, analisar a real estrutura social e demonstrar que os homens tornam-se diferentes frente ao processo de viver e morrer, de acordo com a classe em que estão inseridos.

1.2 Delineamento da pesquisa, categorias de análise e descritores

As ciências humanas delinearam concepções paradigmáticas que abordassem diversos problemas de seu campo de pesquisa, com a formação de muitos pesquisadores, que afirmam que as técnicas de análises quantitativas e qualitativas se complementam, e a escolha de uma dessas abordagens depende dos objetivos e finalidades de cada pesquisa.

Assim, não se deve desenvolver uma análise de um tema por meio, somente, das descrições, das percepções e das estatísticas. Imbricar as diferentes dimensões do real por técnicas diversas pode contribuir para a compreensão das dinâmicas espaciais. Assim, dentro do método histórico e dialético é importante trabalhar utilizando as técnicas de análises qualitativas e quantitativas, lançando mão de reflexões acerca da realidade estudada com observações e entrevistas com agentes sociais, objetivando uma análise crítica do objeto de estudo.

É imprescindível fundamentar as análises na totalidade da realidade estudada, considerando os diversos agentes sociais, as atividades desenvolvidas, as desigualdades e as contradições do espaço delimitado para pesquisa. Dessa forma, esta pesquisa ultrapassou as meras descrições, percepções e estatísticas que são insuficientes para uma análise da complexidade espacial, no que diz respeito à acessibilidade e mobilidade de idosos.

Por isso, optou-se por utilizar a técnica de análise **quali-quantitativa**, de natureza transversal e descritiva, para a obtenção do objetivo geral proposto, que foi analisar o espaço urbano na mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços gerontológicos de saúde na cidade de Manaus (AM). Tentou-se superar as possíveis contradições epistemológicas, metodológicas e operacionais entre as abordagens de escolha, com intuito de

constituir uma investigação sistemática, abrangente e comprometida com os princípios científicos e com a realidade investigada.

Ao tecerem-se as linhas gerais da investigação dessa pesquisa, iniciando com seu delineamento, decidiu-se pelo desenho, baseado nos estudos metodológicos de Gil (2002), Kendall (2003), Oliveira (2006) e Rodrigues (2007), conforme segue.

Quanto à *Forma de Abordagem do estudo*: É uma pesquisa **qualitativa e quantitativa**:

- **Qualitativa**: é o tipo de pesquisa que busca o entendimento de acontecimentos específicos e/ou complexos em profundidade, por meio de descrições, interpretações e comparações de dados, sem considerar os aspectos numéricos em termos estatísticos. Analisa os dados obtidos indutivamente, interpretando os fenômenos e atribuindo significados a eles. As pesquisas Qualitativas estimulam o entrevistado a se expressar livremente sobre o assunto (GIL, 2002). Neste estudo, foram realizadas entrevistas em que o idoso pode se expressar livremente sobre o tema proposto;
- **Quantitativa**: é aquela realizada por meio de variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos estatísticos para classificá-los e analisá-los. Em razão de sua alta precisão e confiabilidade, são as mais indicadas para o planejamento de ações coletivas, pois, permitem generalizar seus resultados, especialmente se as amostras pesquisadas representam a população estudada (GIL, 2002). A pesquisa se traduziu em números as opiniões e informações classificadas e analisadas, usando recursos e técnicas estatísticas, como percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc.

Quanto à *Interferência na pesquisa*: trata-se de um estudo **Observacional**, em que o pesquisador apenas observa o sujeito da pesquisa, as características da situação e sua evolução, sem interferir ou alterar qualquer aspecto que esteja estudando (OLIVEIRA, 2006), no entanto, neste meio tempo, foram realizadas medições, análises e outros procedimentos para coleta de dados, que serão descritos posteriormente.

Quanto à *Originalidade da tese*: trata-se de um **Estudo Primário**, por proceder investigações originais (GIL, 20-02). Atualmente, nenhum estudo sobre a temática proposta

foi realizada no estado do Amazonas, tornando-se este um estudo original, tampouco fora feito outro, com a mesma empreitada, na geografia humana.

Quanto ao *Período de seguimento do estudo*: é um estudo **Transversal**, em que a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo período de tempo analisado. Compara-se esse modelo como uma fotografia ou corte instantâneo que se faz numa determinada população por meio de uma amostragem, examinando-se nos sujeitos da amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito. Possui grandes vantagens em termos de custo-benefício e por não haver perdas de seguimento pesquisado (OLIVEIRA, 2006). A pesquisa foi realizada um período de tempo que correspondeu ao período de inverno (dezembro, janeiro, fevereiro, março, abril e maio) e período de verão (junho, julho, agosto, setembro, outubro e novembro). Destaca-se que só existem essas duas estações no estado do Amazonas.

Quanto à *Direcionalidade temporal da pesquisa*: trata-se de uma pesquisa **Prospectiva**, pois foi conduzida a partir do momento presente em direção ao futuro (GIL, 2002; RODRIGUES, 2007). Santos *et alii*, (2004) defendem o uso de pesquisas prospectivas, justificando que estas agregam valor às informações presentes, transformando-as em conhecimento e, terminam por subsidiar as decisões e as formulações de políticas e construção de suas estratégias. No entanto, pretendeu-se também comprovar nesta pesquisa que em qualquer ambiente complexo, o velho e o novo não se dissociam, as percepções e interpretações atribuídas a ambos convivem lado a lado, por vezes durante longo tempo.

Quanto ao *Perfil de avaliação epidemiológica da pesquisa*: trata-se de uma pesquisa **Descritiva**, que visou observar e descrever as características de um ou mais fenômenos ocorridos em uma amostra da população, sem, no entanto, analisar estatisticamente o mérito de seu conteúdo (RODRIGUES, 2007) e **Analítico**, pois procurou esclarecer uma dada associação entre uma exposição em particular e um efeito específico. Os dados do estudo foram reunidos, organizados e apresentados na forma de gráficos, tabelas, médias e distribuição segundo atributos da pessoa, do tempo e do espaço, sem o objetivo de se estabelecer associações ou inferências causais. Pela impossibilidade de se estudar o universo, adotou-se como opção o estudo de uma amostra estimada da população alvo.

Quanto aos *procedimentos técnicos*: É uma **Pesquisa de campo**, em que se procurou coletar dados que permitiram responder aos problemas relacionados a grupos, comunidades ou instituições, com a finalidade de entender os diferentes aspectos de uma realidade,

mediante técnicas observacionais e com a utilização de questionários para a coleta de dados (GIL, 2002; RODRIGUES, 2007). Esses procedimentos foram conjugados com a análise de documentos e fotografias.

Quanto à *Aleatorização amostral do estudo (casualização, randomização)*: a tese foi classificada como **Aleatorizada**, uma vez que após a definição dos fatores de inclusão e exclusão, os sujeitos foram escolhidos de forma aleatória. O objetivo da aleatorização consiste em evitar vieses, propiciando a comparabilidade entre diferentes grupos amostrais em uma possível análise estatística (OLIVEIRA, 2006). Todos os idosos participantes da pesquisa, no que se tratou da fase quantitativa, foram escolhidos de forma aleatória por demanda espontânea.

Quanto à *Finalidade*: trata-se de uma pesquisa **Básica ou Fundamental**: neste tipo de pesquisa, acumulou-se informações que possibilitaram levar a resultados importantes (KENDALL, 2003). Escolheu-se esse tipo de pesquisa com o objetivo de adquirir novos conhecimentos que poderão contribuir para o avanço da ciência na área da Geografia Humana e na Gerontologia.

Utilizou-se nesta pesquisa as seguintes **categorias de análise: mobilidade urbana e pessoal, acessibilidade, cidade, espaço urbano e idoso**, que se relacionam ao espaço público de instituições de saúde (CAIMIs) de atendimento especializado a idosos, sujeitos desta pesquisa. Essas categorias de análise foram discutidas ao longo dos capítulos, mas, especialmente conceituadas como base para a discussão dos resultados desta pesquisa. São elas:

- **Mobilidade Urbana**: segundo o Ministério das Cidades e Instituto Polis (BRASIL, 2004a), a mobilidade urbana é um atributo das cidades e se refere à facilidade de deslocamentos de pessoas e bens no espaço urbano. Tais deslocamentos são feitos através de veículos, vias e toda a infraestrutura (vias, calçadas etc.) que possibilitam esse ir e vir cotidiano, significando que a mobilidade urbana é mais do que o que chamamos de transporte urbano, ou seja, mais do que o conjunto de serviços e meios de deslocamento de pessoas e bens (MORRIS, DUMBLE e WIGAN, 1979).
- **Mobilidade Pessoal**: é interpretada como sendo a capacidade do indivíduo de se locomover de um lugar ao outro e dependente principalmente da disponibilidade dos diferentes tipos de modos de transporte, inclusive a pé (MORRIS, DUMBLE e WIGAN, 1979).

- **Acessibilidade:** é a capacidade do indivíduo de se locomover e atingir um destino almejado, dentro de suas capacidades, isto é, realizar qualquer movimentação ou deslocamento por seus próprios meios, com total autonomia e em condições seguras, mesmo que para isso precise de aparelhos específicos. Nesse sentido, a acessibilidade é, antes de tudo, uma medida de inclusão social (BRASIL, 2007a)
- **Cidade:** o geógrafo Paul Claval, no livro *La logique des villes* (1981, p.4), parte da ideia de que a cidade é “[...] uma organização destinada a maximizar a interação social”. A urbanização encontraria seu dinamismo na necessidade de interação, que é examinada junto com a comunicação e a centralidade (CLAVALL, 1981).
- **Espaço urbano:** Corrêa (2003, p.9) define o espaço urbano como um “fragmentado e articulado, reflexo e condicionante social, um conjunto de símbolos e campos de lutas”.
- **Idoso:** idoso é a pessoa com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2005a). Neste conceito, reconhece-se que a idade cronológica não é um marcador preciso para as mudanças do envelhecimento. Existem diferenças significativas relacionadas ao estado de saúde, participação e níveis de independência entre pessoas que possuem a mesma idade.

Com relação ao referencial teórico, o mesmo foi levantado nas bases de dados *online*, abrangendo os seguintes **descritores: idoso, estruturas de acesso, acessibilidade, envelhecimento, espaço urbano e mobilidade**. Foram realizados levantamentos de dados específicos na base de dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), da Organização Mundial de Saúde (OMS), do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS), no Departamento de Geografia Humana/USP e em teses no banco de dados da Universidade de São Paulo. Diversos textos disponíveis nas bibliotecas da Universidade de São Paulo serviram também como base para a construção desta tese.

Foram privilegiados levantamentos de campo, com entrevistas, aplicação de questionários, mapeamentos e séries fotográficas, bem como levantamentos em fontes secundárias, em órgãos governamentais como Superintendência de Saúde do Estado do Amazonas, Secretaria Municipal de Transportes Urbanos-AM, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e núcleos de pesquisa, além de revisão bibliográfica. Por fim, contribuíram para a pesquisa, diferentes profissionais, que participaram do projeto inicial dos CAIMIs, as atuais gestoras e outros que se dispuseram a colaborar com informações úteis ainda não registradas em fontes oficiais.

1.3 População e Amostra

1.3.1 Dados Quantitativos

No que diz respeito aos dados Quantitativos da pesquisa, para obtenção de informações sobre a mobilidade e acessibilidade aos CAIMIs, focalizando sua distribuição espacial nas zonas administrativas da cidade de Manaus, trabalhou-se com universo populacional aproximado de 5.700 idosos (≥ 60 anos) cadastrados em cada um dos três CAIMIs, resultando num tamanho amostral de 360 idosos por CAIMI, totalizando 1.080 idosos abordados, com margem relativa de erro de 5% e coeficiente de confiança de 95%.

A amostra foi do tipo probabilística aleatória, por demanda espontânea, sendo os idosos abordados a partir de sua chegada ao CAIMI. Isso possibilitou que cada sujeito dessa população tivesse uma probabilidade de fazer parte do estudo, assegurando a validade interna da pesquisa e possibilitando extrapolar os resultados (validade externa) para outras comunidades.

Sabe-se que a precisão na estimativa da prevalência obtida depende do tamanho da amostra. Assim, a amplitude do intervalo de confiança (estimada pelo intervalo da prevalência na população) reflete o grau de precisão decorrente do tamanho da amostra fixado. Por este motivo, para estimar o número de voluntários no estudo, foi realizado um cálculo do tamanho da amostra por CAIMI a partir da seguinte fórmula¹:

$$n = \frac{Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{d^2(N-1) + Z^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Sendo:

Pop. Universo N ►	5.700
Estimativa de P ►	0,5
Estimativa de Q =	0,5
Margem de erro B ►	5%
Ordenada da N(0,1) $Z\alpha$ =	1,96
Coeficiente de Confiança ►	95%
n (amostra) =	360
D =	0,000651
360 X 3 (CAIMS) = 1.080 idosos	

¹ A letra "p" significa a proporção ou prevalência esperada do agravo de estudo; o "q" é o complementar de "p", a margem de erro é a precisão, ou seja, a diferença esperada em relação à verdadeira proporção na população; o "Z" é o valor da probabilidade da significância; o "CC" é o Intervalo de Confiança que geralmente é fixado em 95% e o "n" é o tamanho da amostra.

1.3.2 Dados Qualitativos

Para os dados Qualitativos, fizeram parte da amostra 18 idosos sendo distribuídos da seguinte forma: 03 idosos por CAIMI, com trajetos diversificados em diferentes tipos de locomoção (carro, ônibus e a pé no percurso entre o CAIMI e sua residência), no período de verão, correspondendo aos meses de junho a novembro, totalizando 09 idosos; 03 idosos por CAIMI, com trajetos diversificados em diferentes tipos de locomoção (carro, ônibus e a pé no percurso entre o CAIMI e sua residência), no período de inverno, correspondendo aos meses de dezembro a maio, totalizando 09 idosos. Estes usuários foram escolhidos de forma aleatória e por demanda espontânea, dentro do que se preconizou como critério de inclusão.

1.4 Instrumentos para a coleta de dados e variáveis investigadas

Para a coleta de dados quantitativos, foi utilizado **Questionário socioeconômico** (Apêndice 3), constituído por questões fechadas, com as seguintes variáveis:

- **Idade** - variável contínua (foi coletado o dado numérico e na análise foram criadas as categorias);
- **Sexo** - variável nominal dicotômica (masculino e feminino);
- **Raça**: variável nominal politômica (branca, parda, negra, amarela, não souberam responder);
- **Situação conjugal** - variável nominal politômica (solteiro, viúvo, casado ou com companheiro, separado ou divorciado);
- **Escolaridade** - variável nominal politômica (analfabeto, alfabetizado, ensino fundamental incompleto, ensino fundamental completo, ensino médio incompleto, ensino médio completo, curso superior, não responde);
- **Situação ocupacional** - variável nominal politômica (aposentado, pensionista, desempregado, dono de casa, empregado em regime CLT, empregado eventual, autônomo, voluntário, empregador);
- **Renda mensal** - variável nominal politômica (foi coletado o dado numérico e na análise foram criadas as categorias possíveis. Estabeleceram-se os valores baseados na moeda corrente e no valor do salário mínimo atualizado para o final do ano de 2015, período de início da tabulação dos dados);
- **Moradia** - variável nominal politômica (sozinho, com cônjuge/companheiro, filhos).

Figura 1: Pesquisadora na entrada do CAIMI, para início da pesquisa. Manaus, AM, 2014

Fonte: arquivo pessoal, 2014

A Figura 1 mostra o início do estudo, com a pesquisadora fazendo uso do Questionário socioeconômico, no CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima.

Para os dados **Qualitativos**, utilizou-se o **Roteiro de Passeio Acompanhado** (Apêndice 04). Esta técnica investigativa foi desenvolvida por Dischinger (2000) e consiste em avaliar as condições de uso do espaço físico por meio da percepção do usuário em situações reais. Para a realização da técnica foram escolhidos 06 usuários voluntários de cada CAIMI, totalizando 18 idosos, que se dispuseram a participar da pesquisa, permitindo ser acompanhados no percurso entre o CAIMI e sua residência, sendo 09 deles no inverno e outros 09 no verão, tendo sido considerados os diferentes modos de locomoção: a pé, de carro e de ônibus.

Todo o percurso foi registrado por meio fotográfico pela pesquisadora, que acompanhou o entrevistado até sua residência, utilizando o mesmo meio de transporte de cada um.

Ao término do percurso, já em sua residência, o voluntário foi entrevistado, no intuito de se obter informações sobre sua percepção quanto ao ambiente externo do CAIMI (relativo ao percurso entre o CAIMI e sua residência), as tomadas de decisões (comportamento e ação) e informações relevantes para compreensão do espaço. O entrevistado manifestou ainda sua opinião sobre as facilidades e os problemas encontrados ao longo do percurso. As entrevistas foram gravadas de forma duplicada, para que não houvesse perda de nenhum relato.

Coube à pesquisadora registrar, a partir das técnicas de anotações, gravações e fotografias, as situações mais significativas. Posteriormente as gravações foram transcritas, as fotos selecionadas e organizadas de forma sintética conforme o percurso realizado.

Este método permitiu acompanhar e compreender situações concretas vivenciadas por usuários, principalmente aqueles com restrições. A elaboração do **Roteiro de Passeio Acompanhado** foi baseada no formulário desenvolvido por Carlin (2004) e Oliveira (2006), porém com algumas modificações, a fim de adequar-se aos locais de estudo avaliados nesta pesquisa.

Foram consideradas as seguintes variáveis no passeio acompanhado:

- Dados relativos ao acesso e acessibilidade – ambiente externo de seu deslocamento do CAIMI até a sua residência;
- Dados relativos ao acesso e acessibilidade - ambiente interno do CAIMI

Além do **Roteiro de Passeio Acompanhado** foi realizada a **Visita Exploratória aos prédios dos CAIMIs (apêndice 05)**, que consiste na análise documental e no registro do espaço construído quanto às condições de acessibilidade, com o propósito de demonstrar a existência de problemas na disponibilização de equipamentos básicos para assegurar a acessibilidade física de idosos usuários do serviço.

Conforme mostrado no Quadro 1, cada componente de acessibilidade (Orientação, Deslocamento, Uso e Comunicação) é formado por uma série de diretrizes que apontam características espaciais que permitem ou não a acessibilidade aos CAIMIs e mostram possíveis restrições espaciais. É importante destacar que tais barreiras, em maior ou menor grau, interferem na funcionalidade do espaço construído e inviabilizam a garantia integral do conforto, da independência e da segurança no uso dos ambientes e equipamentos. Segundo Dischinger, Bins Ely e Piardi (2012, p. 28 e 29):

[...] a acessibilidade espacial depende do atendimento desses componentes em sua totalidade e que, dependendo das condições dos usuários e de suas necessidades, basta o não-cumprimento de um deles para que todos os demais sejam comprometidos (DISCHINGER, BINS ELY e PIARDI, 2012, p. 28 e 29).

Dischinger, Bins Ely e Piardi (2012) descrevem os componentes de acessibilidade da seguinte forma (Quadro 1):

Quadro 1: Componentes de acessibilidade

<i>Orientação:</i>	É determinada pelas características ambientais que permitem que os usuários reconheçam a identidade e as funções dos espaços e definam estratégias para seu deslocamento e uso. As condições de orientação
--------------------	--

<p>dependem tanto das configurações arquitetônicas e dos suportes informativos adicionais existentes (placas, sinais, letreiros etc.) como das condições dos indivíduos de perceber, processar as informações espaciais, tomar decisões e agir. Assim, deve ser dada especial atenção às pessoas com deficiências sensoriais e/ou cognitivas, pois essas estão sujeitas a maiores dificuldades em obter informações e/ou processá-las. Deve-se observar “se as informações arquitetônicas expressas na estrutura urbana, na tipologia das edificações, da visibilidade de suas partes, da organização funcional das atividades e no formato e conteúdo das informações adicionais são acessíveis a todos os usuários, permitindo-lhes saber onde estão, o que fazer e para onde ir” (DISCHINGER, BINS ELY e PIARDI, 2012, p. 29).</p>
<i>Deslocamento</i>	<p>Refere-se à possibilidade das pessoas poderem movimentar-se de forma independente, segura e confortável, ao longo de percursos horizontais e verticais (saguões, escadas, corredores, rampas, elevadores), sem interrupções e livre de barreiras físicas para atingir o espaço que deseja. Quando houver desníveis, obrigatoriamente é necessário prover outros sistemas de deslocamento, como rampas e/ou elevadores. Da mesma forma, é necessário dispor de área suficiente e livre de obstáculos que permita o trânsito livre para cadeirantes ao longo dos percursos. “As superfícies de revestimento dos pisos devem ser planas e possuir textura que possibilite boa aderência e evite que ocorra escorregamento” (DISCHINGER, BINS ELY e PIARDI, 2012, p. 30).</p>
<i>Uso</i>	<p>Refere-se à possibilidade efetiva por todas as pessoas de participação e realização de atividade. “Para o uso efetivo de espaços e equipamentos, muitas vezes, é necessária a inclusão de equipamentos ou dispositivos de tecnologia assistiva², tais como pisos táteis e sistemas de voz em computadores para pessoas com deficiência visual” (DISCHINGER, BINS ELY e PIARDI, 2012, p. 32).</p>

² Tecnologia Assistiva é uma área de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços com a finalidade de promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação, de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social (BRASIL. SDHPR – Comitê de Ajudas Técnicas – ATA VII, 2012).

Comunicação:	Diz respeito às “possibilidades de troca de informações interpessoais, ou troca de informações pela utilização de equipamentos de tecnologia assistiva, que permitam o acesso, a compreensão e participação nas atividades existentes. A informação deve ser acessível a todos” (DISCHINGER, BINS ELY e PIARDI, 2012, p. 30). É de grande importância para melhorar a independência e autonomia dos idosos.
--	---

1.5 Procedimentos para a coleta de dados, critérios de elegibilidade e aspectos éticos

Após o convite, o voluntário recebeu todas as informações necessárias à sua participação e foi orientado conforme o que preconiza a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/2012, fazendo-se necessário o esclarecimento sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e incômodo que a pesquisa pode acarretar, na medida da compreensão e respeito às singularidades desses participantes.

No procedimento para a coleta dos dados quantitativos, a pesquisadora treinou dois colaboradores por meio de um simulado, com aplicação do questionário socioeconômico e demográfico.

Tendo em vista o potencial do teste piloto para o refinamento das decisões metodológicas e para oportunizar momentos de conhecimento dos procedimentos de coleta de dados e análise deles, antes do início oficial da pesquisa, realizou-se teste piloto com dez idosos de cada CAIMI, com a finalidade de testar, avaliar, revisar e aprimorar os instrumentos e procedimentos de pesquisa, evitando a possibilidade de criar um viés de amostragem. Nessa simulação, averiguaram-se erros no instrumento, dificuldades nas perguntas e entendimentos das respostas, além da cronometragem do tempo de aplicação do instrumento. Os idosos que participaram do teste piloto foram excluídos da pesquisa principal.

Para a coleta principal dos dados, definiu-se que os colaboradores ficariam um em cada CAIMI, entrevistando 04 voluntários no período matutino e 04 no período vespertino, totalizando 08 entrevistas/dia; 40 entrevistas/semana; 160 entrevistas/mês (previsão de perda aproximada de 11% = 40 questionários), totalizando a amostra final de **1.080 idosos** nos 03 CAIMIs.

Mediante análise quantitativa, chegou-se às sínteses correspondentes aos dados coletados, com base nessa amostra projetada para a totalidade do universo, levando em consideração a margem de erro prevista por meio de cálculo amostral, descrita anteriormente.

Os critérios de elegibilidade para a amostra quantitativa, que pretendeu obter informações sobre a mobilidade e acessibilidade aos CAIMIs, incluiu: idosos com idade ≥ 60 anos, cadastrados e frequentando o CAIMI, que concordaram em participar da pesquisa assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice 01), em gozo de suas capacidades cognitivas e não ser autodeclarado indígena. Considerou-se como critério de exclusão todos que apresentassem alguma manifestação de sofrimento psíquico durante as aplicações do questionário, que demonstrassem dificuldade de compreensão das perguntas inerentes ao formulário ou que não obedecessem a um dos critérios de inclusão descritos acima.

Os dados qualitativos relativos ao Passeio Acompanhado com os idosos e a Visita Exploratória aos 03 CAIMIs, que demandavam uma melhor observação do entrevistador, foram coletados somente pela pesquisadora, que os realizou conforme a exigência do método.

As falas dos participantes do Passeio Acompanhado, segundo o roteiro constituído (apêndice 04) e registrado em gravador de voz, foram transcritas fielmente respeitando o princípio de fidedignidade para depois serem analisadas e discutidas.

Os critérios de elegibilidade para esta etapa da pesquisa foram os mesmos da etapa anterior (quantitativa), incluindo ainda: idosos utilizando diferentes formas de locomoção (a pé, carro e ônibus) em períodos diferentes (inverno e verão).

O período de recrutamento de voluntários e coleta de dados equivaleu a 24 meses (julho de 2014 a julho de 2016), após o estudo de base.

Na Visita Exploratória (apêndice 05), foram estudadas as plantas baixas dos três CAIMIs e realizado levantamento de dados a partir das técnicas de medições e registros fotográficos. Segundo Ornstein (1979), as visitas exploratórias buscam analisar a funcionalidade do ambiente construído, propiciando a indicação dos principais aspectos positivos e negativos da acessibilidade, almejando parte do objeto do estudo proposto.

Entrevistas gravadas também foram realizadas com profissionais que participaram do projeto inicial dos CAIMIs, cuja finalidade foi identificar o contexto histórico e os determinantes da construção dos CAIMIs.

Por se tratar de uma pesquisa envolvendo seres humanos, o estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, para garantir os preceitos éticos da pesquisa com seres humanos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), corrigido posteriormente pela Resolução 466/12. Após

sua aprovação sob o protocolo 186/12 – CEP/UEA (Apêndice 02 e Anexo 1), a pesquisa foi iniciada.

A todos os participantes foi explicada a composição do TCLE para conhecimento e assinatura em duas vias ou colocação da impressão dactiloscópica; que a participação na pesquisa seria voluntária, possuindo o sujeito o direito de se retirar da pesquisa a qualquer momento, sem qualquer prejuízo; e foi assegurada a confidencialidade e sigilo com relação às suas respostas.

Os resultados da análise qualitativa foram apresentados de forma descritiva e os da análise quantitativa foram apresentados por meio de mapas, tabelas e gráficos, nos quais se calcularam as frequências absolutas simples (f_i) e relativas (%). Na análise das variáveis quantitativas, quando garantida a normalidade ao nível de 5%, foi calculada a média e o desvio-padrão (DP).

1.6 Caracterização do local da pesquisa

1.6.1 Contexto histórico do surgimento do CAIMI

Para o período de 1998 a 2002, o governador Amazonino Armando Mendes havia traçado diversas metas visando a melhoria da saúde no Estado do Amazonas e uma dessas metas foi a priorização e/ou atendimento diferenciado de assistência na saúde de certos grupos vulneráveis³, dentre eles a criança e o idoso, que a cada dia aumentava, segundo os dados do IBGE, população essa que até esta época não tinha um acompanhamento especializado, o qual foi denominado inicialmente como Programa de Revitalização da Saúde.

O Programa de Revitalização da Saúde foi resultado de um amplo diagnóstico da situação da saúde do município de Manaus, que permitiu planejar e reorganizar a rede de serviços de saúde para atender as necessidades da população. Obstinou-se o Governador a disponibilizar aos cidadãos um serviço de saúde com padrão de qualidade e de eficiência acima da média nacional. Tinha como objetivo, criar e padronizar a rede física de todas as Unidades de Saúde, em termos quantitativos e qualitativos, otimizar seus serviços e garantir a

³ Consideram-se grupos vulneráveis o conjunto de pessoas que pertence a uma minoria que, por diversas situações, têm dificuldade de acesso, participação e/ou oportunidade igualitária a bens e serviços universais disponíveis para a população (BASTOS, 2002).

presença de equipes de saúde continuamente treinadas. Foram estratégias adotadas para aumentar a capacidade de atendimento dessas Unidades e de resolutividade de suas deficiências.

A partir da ideia de criação dos Centros de Atenção Integral à Criança (CAIC)⁴, foi elaborado o projeto dos CAIMIs. Essa ideia inicial foi verbalizada pela Assistente Social Betsy Eddy Praia Morais e, a partir daí, iniciou-se um longo e árduo trabalho com diversos profissionais no intuito de criar o projeto, fazer ser aprovado na Assembleia Legislativa e receber aceitação por parte da sociedade.

Tratava-se de uma ideia factível, inovadora, jamais pensada, saída de um sonho e que passava para um projeto real após uma longa jornada de trabalho por uma equipe multiprofissional da Superintendência de Saúde do Amazonas (SUSAM).

Assim, o Programa de Revitalização da Saúde tratou da criação dos CAIMIs para que funcionasse como “porta de entrada” do atendimento de saúde do idoso, capaz de prestar o atendimento básico à população de terceira idade, com garantia de referência e retaguarda especializada em nível ambulatorial e hospitalar, fazendo parte do conjunto de Unidades que comporiam o Sistema Único de Saúde adotado pelo estado do Amazonas, hierarquizado em função do grau de complexidade dos seus serviços, conforme demonstrado na Figura 2, em que o indivíduo buscaria os cuidados inicialmente nas Unidades Básicas de Saúde, conhecidas como Centros de Saúde.

Em uma situação de atendimento especializado a determinados segmentos da sociedade, os atendimentos seriam realizados pelos CAICs (Centros de Atenção Integral à Criança), CAIMIs (Centro de Atenção Integral à Melhor Idade), CREPS (Centro de Referência em Pneumologia Sanitária) e CEPRAH (Centro de Profilaxia da Raiva Humana). Fora esses grupos, os demais seriam atendidos nos PAMs (Postos de Assistência Médica) e demais clínicas especializadas conveniadas com o SUS (Sistema Único de Saúde). As situações de urgências e emergências ficariam na responsabilidade dos Serviços de Pronto Atendimento, com as urgências e emergências leves e médias, e aos Prontos-socorros com as urgências mais graves. Aos hospitais gerais e especializados, caberiam os atendimentos especializados em nível secundário e terciário com tratamentos por internações, tais como as especialidades de obstetrícia (maternidades), oncologia (Centro de Controle de Oncologia –

⁴ CAICs: são unidades de saúde ambulatorial destinadas ao atendimento pediátrico, odontológico e psicológico da criança. Assistem crianças e adolescentes de 0 a 13 anos por meio de consultas e serviços visando tratamento e prevenção de doenças, além do acompanhamento e desenvolvimento infantil.

CECON), doenças tropicais (Fundação de Medicina Tropical), dentre outros, conforme mostra a Figura 2.

Figura 2: Organograma de atendimento da Superintendência de Saúde do Amazonas (SUSAM), 2002

Fonte: SUSAM, 2002

Com relação ao CAIMI, o projeto da criação foi coordenado pela Cirurgiã-dentista e Secretária Executiva Adjunta, Denise Machado dos Santos, juntamente à Assistente Social e Gerente de Serviços de Saúde, Cláudia Teixeira da Silva, a Subgerente de Sistemas de Clínicas Básicas e Especializadas, Rosana Castro de Souza, a Assistente Social e Subgerente de Atenção à População e à Família, Maria Keyla Amorim Figueira. Os cooperadores técnicos do projeto foram Betsy Eddy Praia Moraes (Assistente Social), Maria Cláudia Dias Carvalho (Ginecologista), Hélio Augusto Veras Marques (Clínico Geral), Aristóteles Comte de Alencar

Filho (Cardiologista), Cristiane Freire Ximenes Teixeira (Fisioterapeuta), Altemir Ferro Corrêa (Cirurgião-dentista), Ester Mourão Corrêa (Nutricionista), Joaquim José de Melo (Endocrinologista) e Luena Matheus Xerez (Psicóloga).

No ano de 2002, a equipe do Secretário de Estado de Saúde, Francisco Deodato Guimarães, composta por José Rodrigues (Diretor do Departamento de Controle e Avaliação), Leni da Silva Marreiros (Diretora de Departamento de Vigilância em Saúde) e Joaquim Luiz Barbosa Aranha (Diretor de departamento de administração e finanças), concretizou o serviço de saúde que seria oferecido integralmente e exclusivamente ao idoso, recebendo inicialmente o nome de CAID (Centro de Atendimento ao Idoso), posteriormente CAI (Centro de Atenção ao Idoso), porém, essa sigla não soava bem aos ouvidos, pois poderia servir de chacotas por estarem associados ao verbo “cair”, situação muito frequente entre os idosos. Assim, o governador solicitou à equipe a alteração da sigla, passando a se chamar CAIMI.

Vale ressaltar que não há registros sobre a história da construção dos CAIMIs e que todos os dados aqui descritos foram coletados por meio de entrevistas com alguns dos profissionais que atuaram na criação do projeto e construção dos CAIMIs, para que se pudesse reconstruir a história dos mesmos.

O projeto tão sonhado foi aprovado, mas dois pontos importantes precisavam ser discutidos para a sua implementação: quantos CAIMIs deveriam ser construídos e em quais locais seriam implantados na cidade?

Foram estudados diversos locais e a melhor alternativa foi pela divisão municipal em cada uma das zonas administrativas da cidade de Manaus. Assim deveria ser construído um CAIMI em cada zona, num total de seis CAIMIs, porém somente três deles foram implantados no governo de Amazonino Mendes. Os demais ficaram para ser construídos pelo governante sucessor, o que não aconteceu até o governo atual.

A Enfermeira Neylane Macedo Gonçalves Pimentel, assessora Técnica da Secretaria de Estado de Saúde, foi entrevistada em (19.04.2015 pela Cleisiane Xavier Diniz), na sede da SUSAM, na qual relatou que o Sr. Jorge Pimentel foi o engenheiro do projeto dos CAIMIs e que a construção dos mesmos aconteceu após a escolha dos locais a serem implantados. Os locais escolhidos deveriam ter as seguintes características: serem terrenos municipais desocupados, possuírem uma área que permitisse futuramente ampliação, que fosse geograficamente acessível à população idosa e que tivesse uma estrutura de serviços próxima como Delegacia, Escolas, Unidades de Saúde etc.

O primeiro CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima foi planejado e implantado dentro de padrões para atender as necessidades físicas e psicossociais dos idosos, sendo modelo para os demais CAIMIs construídos posteriormente. No entanto, o segundo CAIMI Dr. André Araújo não seguiu este padrão, tendo sido adaptado em um espaço ocioso de um edifício garagem anexo ao hospital Francisca Mendes, na zona Norte da cidade. Por conta disso, apresenta uma série de dificuldades de acessibilidade e mobilidade por seus usuários, que será mostrado posteriormente. Já na construção do terceiro e último CAIMI Ada Rodrigues Viana, foi levada em consideração a planta original do projeto, porém sua área total é inferior ao padrão do projeto inicial, dificultando também a acessibilidade e mobilidade dos usuários desse serviço.

Esses espaços construídos representam a superação das desigualdades físicas e sociais, no entanto, grande parte dos espaços de órgãos públicos não está preparada para acolher pessoas com mobilidade reduzida e deficientes, porque apresentam inúmeras barreiras à acessibilidade.

A Lei 10.098/2000, em seu art. 11, estabelece que:

A construção, ampliação ou reforma de edifícios públicos destinados ao uso coletivo deverão ser executadas de modo a torná-los acessíveis às pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida. O art. 23 define que a administração pública federal direta e indireta deverá destinar, a cada ano, dotação orçamentária para a promoção de adaptações, eliminações e supressões de barreiras arquitetônicas existentes nos edifícios de uso público de sua propriedade e nos que se encontrarem sob sua administração ou uso. Tais barreiras dificultam, e podem até impedir, fisicamente, a pessoa com deficiência de acessar e circular em determinado local, podendo ser citado como exemplos a falta de rampas, portas e corredores estreitos, sanitários não adaptados, que se configuram obstáculos para a acessibilidade de pessoas em cadeira de rodas (BRASIL, 2012, p.24).

No que se refere ao espaço construído especificamente para atendimentos de pessoas idosas, o primeiro entre, CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima, foi arquitetado e elaborado levando-se em consideração a necessidade de acessibilidade interna e externa. A área construída foi de 967,00 m², de uma área total de 3.750,00 m², restando uma área a construir de 2.783,00 m², conforme planta física existente.

O mais interessante que, naquela época, ao se pensar na construção desse grandioso projeto, não havia ainda a integralização das redes na área da saúde, muito menos a percepção de que a população idosa estaria em ampla ascensão, em termos de números, na cidade de Manaus, e, que mais tarde, a partir da Promulgação do Estatuto do Idoso, seria exigido dos governantes uma atenção maior a esses indivíduos.

Dessa forma, podemos considerar que a ideia de criação dos CAIMIs antecipou o futuro, uma vez que todo o país hoje se depara com a falta de projetos e infraestrutura para atendimento a esta população específica, tendo a cidade de Manaus, saído na frente com um projeto ousado que, além de prestar assistência à saúde, também priorizou a socialização desse grupo etário.

Segundo o censo 2000, a população brasileira de 60 anos ou mais, neste período, era de 14.536.029. Entre 1991 e 2000, o número de idosos aumentou em quase 4 milhões de pessoas, já tendo sido possível prever uma tendência de crescimento para os anos seguintes. Entre os municípios das capitais brasileiras, Rio de Janeiro e Porto Alegre se destacavam com as maiores proporções de idosos, com 12,8% e 11%, respectivamente, da população total de seus municípios. Em contrapartida, no norte do país, a cidade de Manaus apresentava uma taxa de 4,7% (IBGE, 2002). Esse crescimento, porém, não representava uma preocupação em nível nacional.

Após a implantação dos CAIMIs na cidade de Manaus, o projeto deveria seguir ampliando-se em direção aos diversos municípios do estado do Amazonas. Houve um projeto de construção de um CAIMI no município de Maués no ano de 2002, com recursos do governo do Amazonas e a prefeitura local, haja vista pesquisas apontarem que esse município era o que apresentava maior número de idosos centenários no estado do Amazonas. Foi então iniciado aquilo que seria o primeiro CAIMI interiorano, contudo, por questões de divergências políticas, o projeto não foi finalizado, tendo sido retomado posteriormente com o nome de Centro de Convivência do Idoso, em que pese que as cidades do interior não receberam este benefício dos governos que se sucederam.

Segundo Odontóloga Denise Machado dos Santos (Cirurgiã-dentista e Secretária Executiva Adjunta), entrevistada em (19.04.2015 pela Cleisiane Xavier Diniz), verbalizou que o projeto da construção dos CAIMIs teve repercussão nacional e internacional, pois não havia conhecimento público de um projeto semelhante. Nesta época, uma equipe da França esteve na cidade de Manaus, especialmente para conhecer o projeto e implantá-lo em diversas cidades francesas.

1.6.2 Os CAIMIs

Os CAIMIs vieram proporcionar maior e melhor acesso aos bens e serviços de saúde com qualidade de vida e, sobretudo, desafogar os hospitais e pronto-socorros sempre lotados por internações de idosos com doenças crônicas, minimizando os custos do Poder Público para estas Unidades de Saúde.

Na cidade de Manaus, foram construídos três CAIMIs: Dr. Paulo César de Araújo Lima, Dr. André Araújo e Ada Rodrigues Viana, localizados em diferentes zonas, conforme mostrado no Mapa 1.

Esses centros, CAIMIs foram criados com a missão de garantir assistência ambulatorial de média complexidade aos idosos referenciados pelo Sistema Único de Saúde com equipe multidisciplinar especializada, por meio de atendimento e manuseio de doenças prevalentes da terceira idade, objetivando o maior grau de resolutividade possível.

E para atingir os objetivos e metas, foi necessário adotar estratégias em que o planejamento sugerido pudesse prevalecer de acordo com a necessidade da instituição, como: desenvolvimento dos objetivos no planejamento estratégico; realização de parceria com a direção de outras unidades para que juntos pudessem traçar as metas, visando sempre o bom atendimento à sociedade; montagem de equipes para consultoria e auditoria; e fortalecimento do acolhimento e do atendimento humanizado.

Os CAIMIs continuam sob responsabilidade administrativa da Secretaria de Estado da Saúde (SUSAM) que gerencia as unidades, enquanto o Conselho de Desenvolvimento Humano realiza o acompanhamento da assistência aos idosos usuários. A missão dessas unidades é garantir assistência ambulatorial de média complexidade aos idosos referenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Nos CAIMIs o idoso é atendido por uma equipe multidisciplinar especializada por meio de consultas: médica, enfermagem, fisioterapia, fonoaudiologia, psicologia, odontologia, psicoterapia, terapia ocupacional, nutricionista, serviço social e outras, baseando-se nos preceitos da gerontologia, enfatizando-se a prevenção e tratamento de doenças prevalentes da terceira idade e objetivando-se o maior grau de resolutividade possível (SUSAM, 2010).

Dentro das especialidades médicas, os CAIMIs oferecem atendimento nas áreas de: clínica geral, ginecologia, oftalmologia, cardiologia, geriatria, neurologia, endocrinologia,

gastroenterologia, ortopedia e cirurgia geral. Além dos atendimentos assistenciais especializados e individualizados, são implementadas ações de apoio ao idoso, ao cuidador e à família, assim como monitoramento de doenças como hipertensão, diabetes, câncer de colo de útero e câncer de mama.

Todos os CAIMIs seguem o Fluxograma, conforme a necessidade de atendimento de cada usuário (Figura 3).

Ao chegar à recepção, o usuário do CAIMI segue normalmente para o preparo onde é realizado antropometria com aferição do peso e estatura, e medidas vitais, como pressão arterial, frequência cardíaca e respiratória.

A seguir, o idoso é encaminhado aos consultórios de alguma das especialidades médicas, dando sequência ao atendimento pelos demais profissionais da área da saúde: enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista etc, conforme o fluxograma de Atendimento dos CAIMIs, representado na Figura 3,

Atividades educativas e preventivas são realizadas de forma coletiva e individual. Além disso, o idoso tem acesso ao serviço de farmácia, com distribuição de medicamentos necessários conforme prescrição médica e avaliação social. São ainda disponibilizados serviços de apoio diagnóstico, como: radiologia, exames laboratoriais, eletrocardiograma, exame colpocitológico, teste de glicemia capilar, serviços de curativos, nebulização e imunizações.

Além disso, estão incluídas atividades de apoio como: atividade física recreativa, bailes, passeios, hidroterapia, oficina de memória, ginástica terapêutica, caminhada, alfabetização, oficina de nutrição, dança de salão, coral, artesanato, dominó e outros.

Em determinadas situações, o idoso procura o CAIMI para a realização de curativo, imunização, nebulização e medicação, além de disponibilização de medicamento por meio de receita pela farmácia. Neste caso, o fluxo é direto da recepção para o setor de procura.

A partir do atendimento inicial por um dos profissionais da equipe e caso seja necessário, o idoso pode ainda ser encaminhado para outras unidades de saúde de maior complexidade. Durante o período de espera para atendimento, palestras sobre saúde do idoso são proferidas pelos profissionais de diferentes áreas, com a finalidade de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Figura 3 - Fluxograma de Atendimento dos CAIMIs. Manaus, AM, 2015

Fonte: SUSAM, 2015

Mapa 1 - Localização dos CAIMIs Dr. Paulo César de Araújo Lima, Dr. André Araújo e Ada Rodrigues Viana, segundo as zonas administrativas da cidade de Manaus, AM, 2016.

Fonte: CPRM, 2009; PMM, 2010

Dentro do contexto atual, do aumento do número de idosos pelo qual passa o Brasil e o estado do Amazonas, os CAIMIs continuam tendo uma enorme importância no que diz respeito à saúde, socialização, valorização, autoestima, cidadania, promoção e integração entre as gerações, com respeito às limitações próprias da idade.

1.6.2.1 CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima

O CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima⁵ (Figura 4) está localizado no bairro da Colônia Oliveira Machado, zona Sul da cidade de Manaus (Mapa 2). Foi o primeiro CAIMI a ser inaugurado, em março de 2002 (Figura 5 e 6), e recebeu sua designação em homenagem ao médico do mesmo nome. Teve como primeira diretora a psicóloga Verônica Virginia Santos Florêncio, que permaneceu à frente desta instituição até final de junho de 2004. Posteriormente, a Gerontóloga Mary Jane Cardoso de Queiroz, assumiu a direção até o momento da pesquisa em 2016.

Figura 4: CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima, Zona sul. Manaus, 2016
Fonte: Arquivo pessoal, 2016

⁵ Nascido na cidade de Manaus, no dia 03 de julho de 1924, formou-se, em medicina, no ano de 1949, pela Universidade Federal da Bahia. Foi membro do Colégio de Cirurgiões, da American Academy of Orthopaedic Surgeons, da Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia – SBOT, da Academia Americana de Medicina, da Academia Amazonense de Medicina. Atuou como Professor da Faculdade de Medicina da Universidade do Amazonas, Presidente da Associação Médica do Amazonas, Médico da Legião Brasileira de Assistência e Serviço de Socorro de Urgência – ASSU, Sócio Honorário da Sociedade Portuguesa Beneficente do Amazonas e um dos pioneiros na artroscopia no Brasil. Fez estágio no Hospital das Clínicas/SP, especializando-se em ortopedia e traumatologia. Pelos amigos, era definido como uma pessoa culta e atenciosa. Acreditava na socialização do atendimento médico, que permitisse tratamento qualificado e gratuito a todos. Paulo Lima faleceu na cidade de Manaus, em 15 de junho de 2000, aos 75 anos de idade (ARQUIVOS DA SUSAM, 2014).

Mapa 2: Localização do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima na zona sul da cidade de Manaus, AM, 2016

Fonte: CPRM, 2009; PMM, 2010

Figura 5: Inauguração do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima e o idealizador do projeto, Governador Amazonino Mendes
Fonte: Arquivo do CAIMI, 2002.

Figura 6: Equipe pioneira do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima
Fonte: Arquivo do CAIMI, 2002.

As Figuras 5 e 6 retratam o momento da inauguração do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima e a equipe pioneira. A maioria continua a exercer alguma atividade profissional no CAIMI.

O bairro Colônia Oliveira Machado já existia desde 1855, antes mesmo de receber esta denominação. Hoje é considerado um dos mais antigos e tem uma boa proximidade com o centro da cidade. A história da criação oficial do bairro teve origem com uma trágica seca que assolou o Nordeste, principalmente a província do Ceará, no ano de 1888.

No dia 2 de abril de 1889, os retirantes foram instalados e a colônia agrícola recebeu o nome de Colônia Oliveira Machado. Tratava-se de uma área reservada para os retirantes da seca, não sendo permitida a permanência de outra pessoa, exceto sob uma ordem do presidente da província (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

Apesar de ser uma colônia agrícola não teve um desenvolvimento sustentável nas duas décadas seguintes à sua ocupação, devido às condições inadequadas do solo. A manutenção

da colônia ficou insustentável para a província do Amazonas e por volta de 1915 o governo decidiu emancipar a região, elevando-a à categoria de bairro da cidade de Manaus.

De acordo com o censo do IBGE (2010), o bairro possui 286,4 mil habitantes e faz fronteira com os bairros Santa Luzia, Educandos, Morro da Liberdade, São Lázaro, Crespo e Vila Buriti. Apresenta grande contraste social, abarcando uma grande área comercial, com indústrias de grande porte, vila militar pertencente à Marinha do Brasil, Base Aérea de Manaus e aeroporto de Ponta Pelada (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

Neste bairro também está implantado o Educandário Gustavo Capanema que, desde 1942, serviu de Preventório para abrigar os filhos de hansenianos isolados na Colônia Antônio Aleixo (RIBEIRO, 2011), funcionando com serviços de educação formal e profissionalizante. Possui escolas de nível fundamental e médio, Unidades de Saúde nos níveis primários e secundários, serviços de urgência e emergência, CAIC (Centro de Atendimento Integrado a Criança) e o **CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima** (Figura 7). Na mesma zona da cidade estão instalados diversos serviços de saúde de grande importância para a cidade de Manaus.

Figura 7: Estrutura externa do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, 2016

Fonte: Arquivo pessoal, 2016

Localizado em avenida principal, o CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima possui ao seu redor outras instituições de atendimento à população de modo geral, tais como, delegacia, escolas, CAIC, Serviço de Pronto Atendimento (SPA), feira etc. Em 2008, o CAIMI foi reformado com algumas melhorias, ganhando nova fachada, pintura, aplicação de adesivos, ampliação dos muros do terreno, recuperação hidráulica, instalação de novos equipamentos, e aquecimento da hidroterapia.

1.6.2.2 CAIMI Dr. André Araújo

O CAIMI Dr. André Araújo (Figura 8), localizado no bairro Cidade Nova, zona Norte da cidade de Manaus, foi inaugurado em 02 de Outubro de 2002 e reformado em Julho de 2008, tendo recebido esse nome em homenagem ao sociólogo magistrado Dr. André Araújo⁶.

Figura 8: CAIMI Dr. André Araújo, Zona Norte – Bairro Cidade Nova, Manaus, AM, 2016

Fonte: Arquivo pessoal, 2016

Possui a mesma finalidade dos demais CAIMIs, porém com uma estrutura diferenciada por estar instalado sobre uma maternidade, ocupando uma área de um antigo edifício garagem do hospital Francisca Mendes.

No Mapa 3, pode-se perceber a inserção do CAIMI no bairro Cidade Nova: bairro que começou a ser construído na década de 1980, em forma de núcleos habitacionais, edificados por etapas. Os moradores do bairro receberam casas da antiga SHAM (Superintendência Habitacional do Amazonas), hoje SUHAB (Superintendência Estadual de Habitação do Amazonas), mediante pagamento que durou, na maioria dos casos, 25 anos para quitação. A finalidade da Cidade Nova era atender a população oriunda do interior em busca de emprego no Pólo Industrial de Manaus (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

⁶ André Araújo nasceu em 1899, em Goiana (PE) e faleceu em 1975. Jornalista, formado em Direito, Pedagogia, Psicologia, Sociologia e Filosofia, foi juiz de menores, desembargador, procurador geral do estado do Amazonas, presidente do Tribunal de Justiça do Amazonas, político, secretário de educação e cultura do estado do Amazonas. Fundou e dirigiu o Instituto Montessoriano Álvaro Maia e a Escola de Serviço Social do Amazonas. Fundou o Instituto Mello Mattos para menores abandonados, o Instituto Maria Madalena, para abrigar meninas carentes, e a Creche Circulista Menino Jesus, para filhos de operárias. Primeiro juiz de menores do Amazonas. Colaborou com vários jornais e revistas da região. Escreveu obras sobre questões políticas, econômicas, sociais, educacionais e religiosas (ARQUIVO DA SUSAM, 2014).

Mapa 3: Localização do CAIM Dr. André Araújo, na zona norte da cidade de Manaus, AM, 2016

Fonte: CPRM, 2009; PMM, 2010

De acordo com censo IBGE (2010), a Zona Norte de Manaus tem uma população de 501.055 habitantes. É a zona mais populosa do município e com maior área territorial (6.000 km²), formado por 10 bairros e 80 sub-bairros, com uma população estimada em mais de 121 135 habitantes.

O bairro Cidade Nova está inserido neste contexto da zona Norte, tendo seus limites com os bairros Parque 10, 1º de Novembro e Flores ao sudoeste; Colônia Terra Nova ao noroeste; Nova Cidade e Monte das Oliveiras ao norte; Colônia Santo Antônio e Novo Israel ao oeste; Cidade de Deus e Novo Aleixo ao leste, e o bairro do Aleixo ao sul (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

O bairro mantém amplos espaços verdes, jardins, condomínios, empresas de informática, bancos, shoppings, comércios, áreas de lazer, empresas de comunicação e agências de publicidade. É um dos maiores bairros em área territorial e populacional. É também um dos únicos bairros manauaras que possuem núcleos independentes, com escolas, igrejas e infraestrutura completa. O bairro é dividido em 24 núcleos organizados de forma numeral.

A Cidade Nova divide-se em vinte e quatro núcleos e cinco subdivisões:

Cidade Nova 1: É o bairro mais populoso da cidade de Manaus, superando os 50.000 habitantes possui grande parte do comércio e das principais escolas do bairro, além das agências bancárias, e do Terminal de Integração da Cidade Nova e Centro de Convivência da Família (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

Cidade Nova 2: Estende-se desde o limite com o bairro Parque 10 até o limite com a Zona Leste, possuindo uma população de aproximadamente 60.000 hab.. Na Cidade Nova 2 encontramos a garagem da Trans Manaus, a maior empresa de transportes da cidade. Fazem parte da Cidade Nova 2 os Núcleos 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 10, 11, 12, 13 e 14, além de Canaranas, Colônia Cachoeira Grande, Fazendinha e Francisca Mendes (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

Cidade Nova 3: É a menor subdivisão do bairro em área. Estende-se também desde o limite com o bairro do Parque 10 de Novembro e Aleixo até a Zona Leste. Fazem parte da Cidade Nova 3 os Núcleos 15 e 16 (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

Cidade Nova 4: Comporta 4 núcleos, São eles: 17, 18, 19 e 20 (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

Cidade Nova 5: É a segunda maior subdivisão do bairro em área e a mais populosa, com população superior aos 100.000 habitantes. Possui algumas das principais escolas e o prédio do Instituto Médico Legal, além do Hospital Universitário Dona Francisca Mendes. Cerca de 40% da área da Cidade Nova 5 é mata nativa. Fazem parte da Cidade Nova 5 os Núcleos 21, 22, 23 e 24 e os bairros de Amazonino Mendes, Amadeu Botelho e Nossa Senhora de Fátima (PORTAL AMAZÔNIA, 2012).

O crescimento demográfico da Cidade Nova resultou na carência de espaços para a comunidade desenvolver atividades sociais, culturais e esportivas. Em toda sua extensão são poucas as praças públicas e espaços de lazer.

O bairro possui um comércio diferenciado e serviços de utilidade pública: delegacia, Instituto Médico Legal de Manaus, Pronto Atendimento ao Cidadão (PAC), Hospital Universitário, Serviço de Pronto Atendimento (SPA), Maternidade e o **CAIMI Dr. André Araújo** (Figura 9).

Figura 9: Inserção do CAIMI Dr. André Araújo ao complexo Maternidade e Hospital Universitário. Manaus, AM, 2016

Fonte: Arquivo pessoal, 2016

O CAIMI Dr. André Araújo encontra-se inserido no complexo da Maternidade Nazira Daou e Hospital Universitário Francisca Mendes (Figura 9)

1.6.2.3 CAIMI Ada Rodrigues Viana

O CAIMI Ada Rodrigues Viana (Figura 10) foi inaugurado em 18.06.2004 e reformado após 4 anos: 10.12.2008, possuindo uma área total e terreno de 3.750,00 m² e de área construída de 967,00 m². Recebeu este nome em homenagem à Conselheira Ada Rodrigues Viana⁷ por sua história de lutas pela saúde e pelos direitos da terceira idade.

Figura 10: CAIMI Ada Rodrigues Viana, Zona Oeste– bairro Compensa. Manaus, AM, 2016

Fonte: Arquivo pessoal, 2016

Foi o terceiro CAIMI construído dentro da rede de atenção especializada ao idoso, prestando serviços de saúde. Conta com equipe multidisciplinar capacitada. A unidade tem 967 m² de área construída. Está implantado na Avenida Brasil, bairro da Compensa I, zona Oeste da cidade de Manaus, conforme mostra o Mapa 4.

⁷ Ada Rodrigues Viana foi uma expressiva militante na área social e de saúde. Foi agente de saúde, trabalhando no combate à cólera. Como agente voluntária, desenvolveu diversas atividades como mutirões de educação em saúde, limpeza de igarapés, nutrição infantil, campanhas de vacinação e apoio a famílias carentes nas áreas urbana e rural. Atualmente, trabalha pelas crianças e deficientes, principalmente no Ramal do Leão e Comunidade São João (rodovia AM 010). Foi ainda fundadora e membro do Conselho Municipal de Saúde. Esteve presente em várias Plenárias Nacionais de Conselhos de Saúde, onde foi conselheira representante do Amazonas e Presidente de Honra. Na 12a. Conferência Nacional de Saúde, realizada em 2003, recebeu o título de Mensageira do SUS Verde ((ARQUIVO DA SUSAM, 2014).

Mapa 4: Localização do CAIMI Ada Rodrigues Viana na zona norte da cidade de Manaus, AM, 2016

Fonte: CPRM, 2009; PMM, 2010

A zona Oeste é a segunda zona mais extensa entre as áreas administrativas da cidade. Seu bairro mais populoso é o Compensa, com 75.832 habitantes, sendo ainda, o quarto bairro mais populoso de Manaus. É neste bairro que o CAIMI Ada Rodrigues Viana foi implantado (Mapa 4).

Na década de 1960, o bairro da Compensa foi formado por inúmeras famílias removidas da histórica Cidade Flutuante pelo governador Arthur Cezar Ferreira Reis. Esse conglomerado urbano passou a assumir características mais metropolitanas e, com isso, impulsionou uma ocupação irregular em toda a área do bairro. O lugar fora denominado inicialmente de Vila de Sapé, devido à cobertura de palhas que protegiam os casebres instalados após a ocupação; posteriormente, com o aumento do número de ocupações, o local foi denominado de Cidade das Palhas. Finalmente, devido à existência de uma fábrica de madeira compensada na mesma área, o bairro passou a se chamar Compensa (BARBOSA, 2010).

O bairro faz fronteira com Santo Agostinho, Nova Esperança, São Jorge, Vila da Prata, Santo Antônio, São Raimundo e a orla do Rio Negro.

Com o aumento do comércio, das melhorias urbanas e da infraestrutura, o bairro passa por constantes transformações na área econômica, com o surgimento de um comércio forte e variado. As melhorias de infraestrutura foram impulsionadas com a retirada de palafitas, construção de pontes e avenidas. No setor de lazer e entretenimento a comunidade tem à disposição campos de futebol, quadras poliesportivas, Centro de Convivência da Família e casas de shows (BARBOSA, 2010).

Mas, mesmo com todo o desenvolvimento obtido ao longo dos anos, a Compensa do século XXI ainda vive o estigma de violência, tráfico, criminalidade, prostituição e carências sociais. Muitas famílias ainda estão vivendo em condições desumanas nas palafitas, sob os igarapés poluídos que cortam o bairro.

O igarapé⁸ que corta a principal avenida já foi utilizado por lavadeiras nas décadas de 1960 e 1970 e serviu para o lazer de moradores da Compensa e de outros bairros. Porém,

⁸ O significado de igarapés - é o curso de um rio ou canal, e o termo significa "igara", significa "canoa"; "pé", significa "caminho". Portanto, igarapé significa "caminho da canoa" ou seja, um pequeno rio, um riacho por onde passa somente canoas. "É um termo oriundo do tupi, uma língua indígena. Igarapé pode ser um estreito ou pequeno canal entre duas ilhas, ou entre uma ilha e a terra firme. existem principalmente na Bacia amazônica, e são conhecidos por só darem passagem a embarcações pequenas, pois possuem pouca profundidade, águas normalmente escuras e costumam ficar escondidos no interior de matas. Mesmo com o tamanho, o igarapé não deixa de ser uma importante via de transporte, mesmo que para embarcações pequenas. (www.numaboa.net.br/glossarios/indigenas?start=100).

hoje, é um córrego poluído. Recentemente, com os benefícios trazidos pelo Programa Social e Ambiental dos igarapés da cidade de Manaus (PROSAMIM), estão sendo construídas áreas de lazer e quadras de esporte no entorno do igarapé, sendo as famílias retiradas do local.

Bancos, escolas, empresas, comércio, hospitais, transporte coletivo, Pronto Atendimento ao Cidadão (PAC), ponte Manaus-Iranduba, sede do governo municipal, sede do governo estadual e feira modelo são apenas alguns elementos da infraestrutura existente no bairro, embora muitos também sejam os problemas ainda pendentes.

Na saúde, o bairro possui Serviço de Pronto Atendimento, base de atendimento do SAMU, Centro de Atendimento e Integração da Criança (CAIC), Pronto Socorro da Criança da Zona Oeste, Maternidade Moura Tapajós e o **CAIMI Ada Rodrigues Viana**.

Por ser uma Unidade de Saúde estrategicamente bem localizada em uma avenida de grande fluxo e por ser vista com o de bastante credibilidade pelos usuários, termina sendo referência para outros bairros que não fazem parte da Zona Oeste, bem como para outros municípios do Amazonas e outros Estados, como Pará, Acre, Roraima, Rondônia, São Paulo e outros.

Os CAIMIs fazem parte de uma história recente da cidade de Manaus, assim como, a preocupação com a acessibilidade e mobilidade da população de modo geral. Esses temas serão abordados nos próximos dois capítulos, fazendo-se um recorte temporal dos investimentos em infraestrutura urbana e leis que beneficiam o idoso, antes e após a Constituição Federal, promulgada em 1988.

CAPÍTULO II

A URBANIZAÇÃO, O FLUXO DOS CIDADÃOS, A SAÚDE E O IDOSO NA CIDADE DE MANAUS (AM) ATÉ 1988

“Inutilmente, magnânimo Kublai, tentarei descrever a cidade de Zaíra [...]. Poderia falar de quantos degraus são feitos as ruas em forma de escada, da circunferência dos árticos dos pórticos, de quais lâminas de zinco são recobertos os tetos; mas sei que seria o mesmo que não dizer nada. A cidade não é feita disso, mas das relações entre as medidas de seu espaço e os acontecimentos do passado [...]. A cidade se embebe como uma esponja dessa onda que reflui das recordações e se dilata. Uma descrição de Zaíra como é atualmente deveria conter todo o passado de Zaíra. Mas a cidade não conta seu passado, ela o contém como as linhas da mão, escrito nos ângulos das ruas, nas grades das janelas, nos corrimãos das escadas, nas antenas dos pára-raios, nos mastros das bandeiras, cada segmento riscado por arranhões, serradelas, entalhes, esfoladuras”.

Ítalo Calvino, As cidades Invisíveis

2.1 Formação da cidade de Manaus (AM) e início da transformação

Em 1669, época da colonização da Amazônia, os portugueses fundaram o forte de São José do Rio Negro, sendo elevado à vila de Manaos, em 1832, e à categoria de cidade no dia 24 de outubro de 1848, com o nome de Cidade da Barra do Rio Negro que, em 4 de setembro de 1856, passou a ser chamada de Manaus (FREIRE, 1990, PÁSCOA, 1997 e FILIPPINI, 2010).

Segundo Freire, em 1669, o Forte de São José do Rio Negro tratava-se “[...] de um território densamente povoado por índios, e que pela sua localização geográfica, permitia o controle do recrutamento da mão-de-obra de toda a vasta região do Negro, além de servir de apoio logístico para as tropas de descimentos, resgates e ‘guerras justas [...]’ (FREIRE, 1990, p. 167).

A implantação do Forte simbolizava a primeira construção europeia que trazia consigo a pretensão do domínio sobre a cultura indígena local, constituída por várias etnias indígenas, marcando assim o primeiro momento desse processo de imposição cultural na região. (FREIRE, 1990).

Por volta de 1757, após a criação Capitania de São José do Rio Negro (1754), novas fortificações foram construídas nas cabeceiras dos rios Solimões e Negro. Em 1783, o Forte foi desativado e sua artilharia foi transferida para Mariuá, hoje município de Barcelos. Porém, em 1791, por ostentar geograficamente uma posição privilegiada, o Lugar da Barra passou a abrigar novamente a sede do governo. Foi durante este período, na administração de Manuel da Gama Lobo d’Almada, que surgiram os primeiros prédios públicos, dentre eles estão: o Palácio dos Governadores, o hospital, o quartel e a cadeia pública. Segundo Páscoa (1997, p.9), além dessas obras públicas, foram erguidas também “uma fábrica de panos de algodão e outra de tecidos e redes (estes de juta), um depósito de pólvora, uma olaria, uma padaria, uma tarracena e uma cordoaria [...]”

Embora seja de conhecimento que a cidade de Manaus sempre manteve uma relação muito íntima com o rio e a natureza, fora muito mais intensa no início do século XIX. Segundo Oliveira (2003), a cidade estava inserida às margens do Rio Negro, no meio da floresta e cercada de cursos de água, onde a dinâmica espacial se fazia pelas estradas de rio. Mas, a cidade de Manaus não era objeto de admiração por parte da elite local que sonhava

com um espaço urbano desenvolvido. A cidade permanecia constrangida e acanhada pelo rio, para onde estava voltada (OLIVEIRA, 2003).

Na primeira metade do século XIX, o látex extraído da seringueira já era exportado, mas em quantidades modestas, para vários países e utilizado como matéria-prima para a produção de bens de consumo. Após superar as dificuldades enfrentadas com as variações de temperatura que limitavam a produção em larga escala, a cidade se tornou uma das maiores produtoras da matéria-prima para a produção de correias, mangueiras e outros produtos. Entre 1890 e 1900, o consumo se tornou ainda mais intenso com a difusão do uso da bicicleta e do automóvel, especialmente pelo desenvolvimento de pneumáticos. No final do século XIX, o ciclismo já era um esporte popular em várias cidades da Europa e das Américas, incluindo velódromos em Porto Alegre (RS), São Paulo (SP) e Manaus (AM), no Brasil (WEINSTEIN, 1993).

Com a popularização do uso das bicicletas na cidade de Manaus, começaram a surgir diferentes problemas nos espaços da cidade: acidentes, disputa de espaço público, tensão social, dentre outras. Mas, também começaram a ser comercializados novos modelos do veículo, como triciclos, considerados mais seguros e que permitiam uso, sem preocupação, pela população mais idosa. Esses veículos eram a novidade do momento e não havia referências sobre segurança no trânsito. Para muitos, esses veículos corriam mais que o conveniente, freavam menos que o necessário e eram pouco estáveis. Para aqueles que não faziam uso, o que a princípio era visto como uma interessante novidade, passou a ser motivo de desconforto e irritação (WEINSTEIN, 1993; TELLES, 2008; MACIEL e FILIPPINI, 2010).

O processo de expansão econômica, iniciado no final do século XIX, trouxe consigo um conjunto de transformações que atingiram toda a cidade. As principais obras realizadas foram as de infraestrutura básica, ocorridas entre os anos de 1857 a 1880. Dentre elas estão: cemitérios dos Remédios e São José, o início da Igreja Matriz, a Praça São Sebastião, abertura de ruas, serviços de água, iluminação pública e calçamentos (MACIEL e FILIPPINI, 2010). O crescimento e desenvolvimento da capital aconteceram com traços culturais, políticos e econômicos herdados dos portugueses, espanhóis e franceses.

Entre 1880 e 1913, fase áurea da borracha, a capital do Amazonas foi, talvez, a cidade que mais conheceu a riqueza, os encantos e o glamour do primeiro mundo no Brasil, somando a seus rios e florestas o ouro e a sofisticação importados da Europa. Tendo a elite manauara a França como modelo, a cidade passou a buscar uma identificação europeia, passando a ser

transformada na “Paris dos Trópicos”, com a implementação das suntuosas construções como a Biblioteca Pública, o Porto Flutuante, o Teatro Amazonas, a Penitenciária, a Alfândega, o Palácio da Justiça, o Palácio Rio Negro e o Mercado Adolpho Lisboa (COSTA, 2000; DIAS, 2007; MACIEL e FILIPPINI, 2010).

No final do século XIX e início do século XX, impulsionada pelo processo migratório que chegava do exterior para disputar espaços de trabalho nas mais diferentes atividades urbanas, a cidade assumiu a função de centro comercial passando a necessitar de uma melhor infraestrutura (SANTOS JUNIOR, 2007).

Em sua obra intitulada *A ilusão do fausto: Manaus, 1890-1920*, Ednéa Mascarenhas Dias (1999) descreve que a ampliação do mercado de trabalho na cidade de Manaus foi decorrente da expansão econômica associada ao crescimento populacional.

É no decorrer desse processo [de expansão econômica] que Manaus passa a vivenciar a ampliação e remodelação de seu espaço, assim como o aumento de sua população. Se em 1852 a cidade contava com uma população de 8.500 habitantes, em 1900 já tem sua população ampliada para 50.300, sendo o processo migratório o principal responsável por este crescimento populacional. O centro urbano se constitui como polo de atração de gente das mais diversas nacionalidades: ingleses, alemães, portugueses, espanhóis, italianos, franceses, deslocam-se para cá, como também imigrantes de vários estados do país (DIAS, 2007, p.38).

Nesse sentido, podemos afirmar que o período de maior crescimento da população manauara coincidiu justamente com os tempos áureos da borracha, conforme observado na Gráfico 1.

Gráfico 1: Evolução da população da cidade de Manaus, AM, entre 1852 e 1940

Fonte: Séries Estatísticas e Séries Históricas (IBGE)

Em decorrência desta expansão econômica e populacional, as elites locais influenciadas pelas elites estrangeiras, passaram a implementar inovações na dinâmica do espaço urbano e a consolidar uma nova forma de sociabilidade mais identificada com o novo padrão de vida moderno, ocidental e cosmopolita de relacionamento, de consumo e de hábitos, mais condizente com a nova postura que a cidade passara a ter. Por conta disso, a elite, política e econômica, desenvolveu um conjunto de ações em torno do espaço urbano e das relações nele desenvolvidas (DIAS, 2007).

Nas mudanças que dizem respeito ao espaço urbano, foram implementadas diversas obras de infraestrutura e serviços urbanos. Dentre elas estão a implantação de diversas firmas estrangeiras que atuavam na administração dos serviços urbanos, como porto, transporte, energia, abastecimento de água etc. A praça comercial foi expandida e diversas atividades passaram a ser desenvolvidas na cidade, tais como: comercialização de grande variedade de produtos nacionais e importados; oferta de serviços de hotéis, restaurantes, botequins etc.; instalações de marcenarias e fábricas de tecido, de roupas, de vassouras, de cerveja, de sabão além de sapatarias, alfaiatarias, funilarias e tabacarias (COSTA, 2000).

No reordenamento da espacialidade, foi definida a ocupação de novas áreas e os rumos da expansão urbana, destacando-se os padrões de edificação e arruamento padronizados (FENELON, 2000).

Segundo Santos Júnior (2007), foi a partir deste momento que a palavra modernidade e civilidade passam a se tornar mais presentes no vocabulário de determinadas autoridades, no senso comum dos membros das elites e na percepção de seus cidadãos e onde as contradições sociais no espaço da cidade se afluaram, tornando-se perceptíveis as tensões no desenrolar do processo histórico da cidade.

Portanto, é de se pensar que as transformações empreendidas no final do século XIX na cidade de Manaus, além da remodelação e ampliação dos espaços públicos e implantação de inovações na dinâmica do espaço urbano, objetivavam a consolidação de outro tipo de sociabilidade, identificada com o padrão que estabelecia a “vida moderna”, ou seja, os habitantes deveriam estar condizentes com a nova postura que a cidade exigia. Contudo, o espaço de circulação e convivência utilizado pelas elites era, muitas vezes, o mesmo de movimento de pessoas trabalhando e morando ocultamente nos arredores (SANTOS JÚNIOR, 2007).

A modernidade para a Manaus da Borracha emergiu com a pretensão de cisão com tudo que era considerado desconexo das posturas e práticas eleitas como referências de modernidade e civilidade. Foi à procura da consistência de um discurso que objetivou projetar sobre a sociedade – principalmente populares – o lapso com práticas de vida cotidiana consideradas pelas elites e autoridade como anticivilizadas (SANTOS JUNIOR, 2007, p.129).

E assim, gostos, consumo e ideais europeus invadiram a vida dos cidadãos manauaras, transformando o cotidiano numa desenfreada busca da sintonia com os referenciais modernos instalados na cidade e em constante mutação.

Para Mesquita:

Adotar as formas da cidade burguesa era abraçar o universo material do mundo capitalista e isto implicava um íntimo compromisso com o conjunto de ideias e interesses que sustentavam o sistema e definiam suas práticas. As elites locais, através do Estado, não apenas assimilavam as ideias, como reivindicavam compromissos com grandes encargos financeiros. A administração pública implantava melhoramentos urbanos e tentava normatizar o uso dos espaços públicos e do comportamento social, através de manuais e códigos (MESQUITA, 2005, p. 104).

Mas não foi somente o reordenamento da espacialidade urbana que sofreu intervenções. Para boa parte da elite local, a Europa era o centro irradiador de ideias e valores entendida como ideal a ser seguido. Por isso, um conjunto de regras de condutas, que pretendiam eliminar os comportamentos e hábitos indesejáveis, foi estabelecido, tendo em vista que o embelezamento da cidade merecia novos padrões de comportamentos “civilizados”, porque, para a elite, parte dessa população ainda não estava apta para a convivência na nova cidade (MESQUITA, 1999).

Outro problema também emergia nesta época: as demandas por emprego no mercado de trabalho foram superiores à capacidade de absorção, produzindo grande números de pessoas desempregadas, carentes e marginais, que desenvolveram no espaço urbano estratégias de sobrevivência diversas, caminhando na contramão da cidade. Desta forma, no dia primeiro de junho de 1872, foi promulgada a Lei N°247 conhecida como Código de Posturas Municipais de Manaus (SANTOS JUNIOR, 2006).

O Código de Posturas era rico em punições, com multas entre um a oito dias de prisão, para a infração de qualquer um de seus artigos. Dentre os vários itens, destacam-se aqui a proibição de edificações de casas cobertas de palha em determinadas ruas da cidade, lavar roupas nos igarapés que cortavam a cidade e disparar flechas (MESQUITA, 1999).

Ana Maria Daou, em sua Tese *A cidade, o teatro e o país das seringueiras: práticas e representações da sociedade amazonense na virada do século XIX*, também trata do controle do espaço no Código de Postura, dizendo que:

[...] ficavam proibidas dentro de “determinado perímetro da cidade” as hortas, capinzais e cocheiras e eram autorizadas por lei a colocação de placas de denominação das ruas e a numeração das casas. Eram inúmeras as medidas que promoviam a regularização e o controle do espaço da cidade, racionalizando seus usos e expulsando do perímetro urbano comportamentos indesejáveis que viessem a macular a imagem de “progresso” pretendida (DAOU, 1998, p.193).

Para Santos Junior (2007), este período trouxe novos olhares sobre a cidade, uma redefinição da identidade e representações diferenciadas dos outros espaços, especialmente suas autoridades e elites. *A Belle Époque* passou a ser representada por segmentos da sociedade local como a cidade moderna e civilizada. Para que a cidade se constituísse moderna, deveria adotar os símbolos e emblemas próprios do progresso e deixar pra trás o passado considerado retrógrado (CALIRI, 2013).

Maciel e Filippini (2010) relatam que, em 1905, Euclides da Cunha, ao visitar a cidade de Manaus, afirmou que a cidade havia entrado numa profunda crise de identidade histórico-cultural, pois passou a negar sua identidade indígena, porque isso remetia ao passado e ao atraso, e buscava uma nova identidade europeia, mas tal desejo era inacessível e distante.

De aldeia até se tornar cidade, Manaus se desfez da imagem hostil, erma e pacata, com poucas casas, ruas, praças e igrejas em precárias condições, a lugar com uma atmosfera de cultura expansiva, com boas edificações. Da sua origem inicial, como aldeia, até sua configuração como cidade, o desenvolvimento se deu em torno das questões políticas e econômicas locais e nacionais presentes naquele momento no Brasil (LIMA *et alii*, 2011).

2.2 A expansão da cidade e a melhoria da mobilidade

A partir da Primeira Revolução Industrial, na Europa, o processo de urbanização se intensificou trazendo grandes transformações para diversas cidades brasileiras. Essas mudanças tornaram-se mais visíveis em algumas cidades e proporcionaram o surgimento de outras novas, provocando modificações profundas no campo, atraindo grande contingente de pessoas para a cidade e determinando uma nova lógica nas relações que ocorrem nos espaços urbanos. No campo e na cidade, vão se construindo territórios do capital, sem destruir as

formas pré-existentes que, ao sofrerem metamorfoses, encontram meios de resistirem e persistirem, enquanto outras são criadas (SUZUKI, 2007).

Assim, a cidade de Manaus, nessa perspectiva, também passou por modificações em sua dinâmica, enquanto local onde se estabeleceram novas demandas do capital, o que provocou transformações no cotidiano e na própria organização do espaço intra-urbano.

Essa dinâmica de relações econômicas e sociais ocorrida na cidade de Manaus foi marcada por uma intensa mobilidade do trabalho do campo em direção à cidade e da periferia em direção ao centro. Embora existam poucos dados geohistóricos sobre mobilidade e acessibilidade da cidade de Manaus e esses não constituíam um problema para o Estado, além do que a mobilidade e acessibilidade no século XIX eram privadas, portanto, sem registro confiável, consideramos importante discutir como a cidade evoluiu, que equipamentos de deslocamentos as pessoas utilizavam e como as atividades eram distribuídas no espaço físico.

Segundo Pinheiro (2001);Dias (2007) e Teles (2008), na última década do século XIX e nos anos iniciais do século XX, o capital estrangeiro, principalmente o procedente da Inglaterra, tornou-se o maior responsável pela execução dos grandes projetos de reforma e urbanização da cidade de Manaus. A maioria dessas obras foi realizada por firmas inglesas que passaram a agenciar melhoramentos e criar serviços inexistentes na cidade. Implantaram-se, então, diversas empresas na cidade de Manaus, tais como: Manáos Markets, Manáos Tramways and Light, Manáos Improvements, Amazon Engineering, Amazon Telegraph, Booth Line e Amazon River passaram a manter relações cotidianas com a população local.

Parte da riqueza gerada pelos tributos recolhidos pela administração pública foi destinada para reordenamento da cidade, sobretudo na construção de opulentos prédios públicos; abertura e pavimentação de novas ruas, avenidas, alamedas e *boulevards* com colocação de trilhos urbanos; encanamentos subterrâneos; construção de parques, praças, jardins e passeios públicos, inicialmente iluminados à gás e depois à luz elétrica, que permitia um prolongamento do tempo usado para a sociabilidade urbana e permitia uma melhor mobilidade urbana, principalmente para os mais velhos (OLIVEIRA, 2003).

O plano executado no governo de Eduardo Ribeiro e de seus sucessores nivelou ruas, projetou novas avenidas e boulevards, alinhou e calçou as principais vias, construiu praças e jardins, instalando neles coretos, estátuas, fontes e chafarizes importados da Europa. Se não removeu montanhas, arrasou morros, aterrando com eles diversos igarapés como o Espírito Santo e o do Aterro, transformados nas duas principais avenidas da cidade [...] No caso dos igarapés maiores, foram construídas pontes de pedra e ferro para permitir que a cidade se espalhasse além deles. A cidade deu as

costas ao rio e expandiu-se em direção ao norte e à leste (VICENTINI, 2004, p. 127).

Assim, a cidade passou a ter uma vida social e cultural intensa, com o surgimento de novos espaços de sociabilidade como cafés, teatros, parques e passeios públicos.

As obras de embelezamento garantiam a diversificação do espaço, criando novas áreas urbanas de lazer e facilidade de mobilidade e acessibilidade por meio de ruas retas e longas, calçadas com granito e pedras de lioz importadas de Portugal. Essas infraestruturas estavam quase sempre concentradas no centro da cidade (OLIVEIRA, 2003).

Essa nova complexidade urbana ajudou a melhorar a mobilidade e acessibilidade em nível social, econômico e político, e as especificidades de sua inserção nas diversas esferas que o urbano oferece, haja vista que locomover-se sempre foi uma necessidade primordial do homem urbano que convive com as intensas dinâmicas da cidade.

De acordo com Raia Junior (2000), na geografia urbana, o deslocamento nas cidades é analisado e interpretado a partir da articulação de três elementos: a **mobilidade urbana**, que são as massas populacionais e seus movimentos; a **rede**, que é a infra-estrutura que faz fluir os deslocamentos no espaço e no tempo; e os **fluxos**, que são os condicionantes que orientam o processo no espaço. Dependendo do ambiente urbano, esses processos tendem a ocorrer de forma divergente, pois cada cidade possui um dinamismo urbano próprio.

É preciso considerar ainda que “a mobilidade urbana é, ao mesmo tempo, causa e efeito do desenvolvimento urbano e integra as ações dos principais agentes e fatores que afetam a forma como uma cidade se desenvolve” (ANTP, 2003, p. 16). Pizzol (2006) e Gomide (2006) relatam que são evidentes os impactos exercidos pela mobilidade sobre o desenvolvimento e a dinâmica das cidades, tornando-a importante fator de declínio da qualidade de vida e geradora de graves problemas nas cidades brasileiras. Por isso, os problemas de mobilidade urbana trazem o grande desafio da reformulação das políticas de mobilidade na perspectiva de uma mobilidade urbana sustentável, integradas com as áreas de planejamento, com intuito de buscar soluções efetivas para as condições de deslocamento e não somente remediar problemas atuais, mas que surtam efeitos a médio e longo prazo, permitindo o desenvolvimento social, econômico e ambiental das cidades.

Dessa forma, é necessário envolver a adoção de medidas para garantir uma mobilidade que permita o uso coletivo da cidade e o acesso aos serviços de uma forma mais equânime; que garanta a segurança e diminua os fatores geradores de acidentes e mortes; que atue

diretamente na melhoria das condições ambientais, reduzindo a poluição e os desperdícios de energia e que torne cada vez mais eficaz o desenvolvimento econômico.

Por sua vez, a acessibilidade, ao ser parte integrante do funcionamento da cidade, contribui para viabilizar sua aproximação com as atividades econômicas e melhorar a qualidade de vida urbana ao facilitar o acesso da população aos serviços e equipamentos urbanos (CARDOSO e MATOS, 2007).

Em se tratando da cidade de Manaus, nas últimas décadas do século XIX, percebe-se uma cidade do poder, um espaço repleto de conflitos, segregações e contradições. Ao mesmo tempo em que uma minoria desfrutava a riqueza das benfeitorias da borracha, evidenciava-se também um grupo convivendo com as mazelas da exclusão e das desigualdades sociais (DIAS, 2007).

A implantação das novas infraestruturas era concentrada no centro da cidade, para a elite que buscava uma nova identidade, excluindo-se a periferia. A cidade de Manaus passou a construir uma nova identidade, tomando como modelo outras cidades europeias, cujas realidades fogem às especificidades locais. Essa imagem da cidade de Manaus culmina com o que descreveu Henri Lefebvre (1991) em sua obra *O direito à cidade* referindo-se ao simbolismo das cidades, destacando que os centros eram o lugar privilegiado para se construir a identidade de uma nação, estado ou região, e um espaço de socialização das elites em que um padrão de comportamento era produzido.

A construção de imponentes residências, cercadas de conforto e modernidade por famílias abastarda, bem como a opulência que o dinheiro era usado para comprar dos artigos mais fúteis aos azulejos portugueses, colunas de mármore e mobiliário francês, mostravam como a cidade se modificava. As reinterpretações das culturas europeias, especialmente a francesa, pelas elites locais, foram utilizadas para produzir um dinamismo diferenciado do já existente na cidade (SARGES, 2002).

Santos Junior afirma que:

A capital crescia na virada dos séculos XIX e XX[...]. A agitação ligada à circulação de passageiros e de mercadorias no porto evidenciava o seu dinamismo. Com a reestruturação urbana e com a pujança da economia gomífera passaram a viver na capital não só as elites agro-exportadoras, mas grandes negociantes, técnicos, profissionais diversos e uma gama de trabalhadores que exerciam suas atividades na cidade que se expandia (SANTOS JUNIOR, 2007, p.2).

A descrição de Santos Junior (2007) mostra que este período foi marcado por muito trabalho e sacrifício, influenciando o desenvolvimento econômico, político, social e espacial da cidade de Manaus.

Um importante aliado para o desenvolvimento industrial e para o comércio, viabilizado pelos avanços da tecnologia, foi o aproveitamento do gás como nova fonte de energia e eletricidade. Passaram a fazer parte da conformação das cidades as infraestruturas de água, esgoto, carris urbanos⁹ e iluminação pública, que exigiram competências técnicas específicas. Para isso foram criados setores especializados no serviço público, com contratação de engenheiros e técnicos (PINHEIRO, 2001; DIAS, 2007 e TELES, 2008).

Pinheiros também faz referência à prosperidade na cidade de Manaus:

A prosperidade começaria a mostrar-se em Manaus na última década do século XIX. A renovação dos prédios públicos, as construções monumentais, os aterros e desaterros, a abertura de ruas e avenidas foram acompanhadas pela incorporação, em alguns casos pioneira, de tecnologia urbana moderna como o sistema de bondes, a iluminação elétrica, a comunicação telefônica, sistema de galerias para drenagem de águas e esgotos, além da abertura de espaços destinados ao lazer refinado, hipódromo, teatro, clubes, etc. (PINHEIRO, 2001, p.30).

Com a prerrogativa da ordem e do progresso, alguns setores do governo foram implantados e melhorados tais como a polícia, a educação, os médicos sanitaristas e a imprensa, que mantiveram o mesmo discurso de modernidade que deveria suplantiar as características regionais da cidade de Manaus, mas excluía uma parte da população (SANTOS JUNIOR, 2007).

Oliveira e Magalhães afirmam que:

Com a receita advinda da exploração do látex, foi possível a implementação dos serviços de locomoção num período em que ocorriam na Capital, além das intervenções urbanísticas e sanitárias, a ampliação da malha viária, bem como a edificação de suntuosos prédios públicos, praças e avenidas, gerando a necessidade de eficiência na circulação com vista a cobrir o percurso do perímetro urbano, reproduzindo desse modo mensagens positivas da elite local que demonstrava aos visitantes sinais de modernização da Cidade nos trópicos (OLIVEIRA e MAGALHÃES, 2003, p.47).

Porém, pode-se observar que as principais políticas de intervenção urbanística, sanitárias e arquitetônicas na última década do século XIX e início do século XX, descritas anteriormente, acabaram por negar a natureza amazônica, quando incorporou distintos

⁹ Carris são barras de ferro laminadas, dispostas de forma paralela entre si sobre travessas de madeiras, nas quais se movem as rodas de diferentes veículos como trens e bondes elétricos. Hoje são mais conhecidos como trilhos.

elementos e valores nas relações da população com o lugar, produzindo novas representações sociais e do espaço. Essa apropriação do espaço constituiu uma catástrofe para a estrutura urbana quando, passados poucos anos, já não representava qualquer vantagem e eram vistas como problemas.

Portanto, o espaço foi transformado não em função da população, mas de acordo com as “necessidades de expansão das relações capitalistas e por isso um urbanismo, pretensamente moderno, apareceu como o elemento privilegiado, revelador do papel imane do Estado, assinalado pelo signo da violência contra a natureza e especialmente contra a cultura” (OLIVEIRA e MAGALHÃES, 2003, p.48), além de toda a exclusão de velhos e pobres.

Sabe-se que nos moldes da sociedade capitalista, a pessoa vale o que produz. Em vista desse crescente processo de industrialização e desenvolvimento econômico, ocorridos nos séculos XIX e XX, no mundo inteiro, o idoso passa a ser reconhecido como inútil, fraco e improdutivo. Esse era também o entendimento da época na cidade de Manaus, onde o poder se encarregou de tornar o envelhecimento um processo nada funcional e pouco operacional, diante do ritmo do processo produtivo. Além da alteração da visão da velhice, que passa a ser vista como uma “doença social”, a estrutura familiar altera-se também, já que o homem deixa de seguir o ofício familiar para ser operário fabril (ESCOBAR, 2009).

Alcântara (2004) também faz referência ao processo de industrialização e aos efeitos ocasionados à pessoa idosa no Brasil:

A partir da década de 1950, auge da industrialização no país movimentos migratórios do campo para as grandes metrópoles expandiram-se cada vez mais, ocasionando efeitos sociais e econômicos para a população de uma maneira geral e para os velhos em particular (ALCÂNTARA, 2004, p.17)

Destarte, do século XIX ao século XX, pode-se observar que o espaço urbano da cidade de Manaus se transformou profundamente. A cidade era entrecortada por igarapés com um difícil traçado para a circulação de pessoas e mercadorias. Desta forma, as propostas de regularização da cidade, apresentadas pelo governador Eduardo Ribeiro, para viabilizar a criação de um traçado regular para a cidade de Manaus, passavam pelo aterramento e regularização dos cursos d’água, aliadas à instalação de pontes sobre os igarapés mais volumosos além do nivelamento da topografia irregular (MESQUITA, 2005, DIAS, 2007).

Santos Junior destaca que:

A implementação de padrões inovadores de edificação e arruamento possibilitaram a abertura e pavimentação de ruas, terrenos terraplenados, igarapés aterrados ou mudados de curso, a cidade desprende-se das beiras dos rios rumo ao interior da terra-firme, incorporando as áreas de mata ao quadriculado do novo traçado urbano. Marcava-se no espaço o início de um novo tempo permeado de signos de poder, da vitória do homem sobre a natureza, da civilidade do urbano sobre a *incivilidade* da selva (SANTOS JUNIOR, 2007, p.14).

Mais uma vez, vemos claramente descrito pelo autor a alteração da concepção do espaço urbano na sua relação com a natureza. Porém, essa realidade da urbanização fazia parte da maioria das cidades brasileiras sob o impulso dos trilhos que, partindo das áreas centrais portuárias, induziam o crescimento dos bairros periféricos aos centros históricos (MINORA, 2008). Na cidade de Manaus não foi diferente, o porto era o espaço do comércio regional gomífero. Além disso, o porto atraía visitação pública que buscava contemplar vapores que chegavam do estrangeiro trazendo aquilo que significava moderno, como novas modas, hábitos, costumes e notícias. O porto era a ponte de ligação com o ocidente e com a europeização, ficando conhecido não só como entreposto comercial, mas como a principal conexão da cidade de Manaus com o mundo (SANTOS JUNIOR, 2007).

Em todo o país, a urbanização se acentuava com as migrações campo–cidade. Nos deslocamentos centro–periferia, verificava-se a hegemonia das ferrovias suburbanas e, mais tarde, dos bondes elétricos, construídos e operados por empresas privadas de origem estrangeira (BRASILEIRO, 1991). Porém, a cidade de Manaus não possuía longas estradas e sua ligação campo-cidade era feita sempre por via fluvial. O porto da cidade de Manaus, banhado pelo Rio Negro, e construído sobre boias de ferro cilíndricas para flutuar independentemente do nível do rio, era o ponto de convergência de navios que iam e vinham abarrotados de passageiros e cargas, que garantiam não só o deslocamento para a zona rural, garantindo a ligação aos inúmeros núcleos da região amazônica, como para os portos nacionais e internacionais. Neste período, tornou-se um eixo da navegação fluvial da Amazônia e do Brasil, devido a sua estratégica localização geográfica (CORRÊA, 2005).

Para Mesquita (2005), toda a reforma urbana empreendida na cidade de Manaus provocou uma drástica mudança na cidade e na mobilidade de seus moradores. Percebe-se que as transformações, descritas anteriormente, realizadas na virada do século XIX para o XX, não conseguiram abarcar todos os espaços da cidade. As estruturas instaladas de

encanamento de água, drenagem de águas paradas, sistema de esgoto, calçamento de ruas e outros estavam alocados nas áreas centrais da cidade, onde se localizavam os prédios públicos, o comércio e os grandes casarões de estilos europeus onde moravam as elites.

Quanto a estas estruturas urbanísticas, consideradas preponderantes na metamorfose das cidades, concretizada para uma minoria, Oliveira e Magalhães descrevem que:

O espaço urbano apareceu como resultado de processos geradores de formas e funções modificadoras da Cidade encravada no meio da selva. Jamais, todavia, significou um espaço transformado para todos, pois era privilegio apenas de uma minoria. Os pobres não eram considerados; a Cidade era sempre apresentada em largo cenário onde só a elite tinha rosto e se destacava na paisagem. No caso dos bondes, visavam não apenas a atender à demanda, mas principalmente ser os indutores do padrão de ocupação (OLIVEIRA e MAGALHÃES, 2003, p.54).

A descrição acima mostra que uma grande parcela do povo vivia sobre péssimas condições em um espaço disperso e isolado, enquanto a elite ficava na cidade desfrutando de tudo o que se produzia. Isso incluía o direito de usar os bondes que já circulavam na cidade. Na Belle Époque, a concentração de população pobre em construções insalubres nas proximidades do centro foi alvo de uma cruzada sanitária do poder público, que buscava melhorar as condições do centro da cidade, mas acabava por expulsar os pobres de suas casas para bairros cada vez mais distantes e sem nenhuma infraestrutura.

Harvey (2005) afirma que para a garantia das condições de mobilidade e acessibilidade favoráveis, o sistema de transportes constitui elemento relevante, e as demandas que tal processo impõe implicam uma reconfiguração do espaço urbano. Portanto, o sistema de transporte compreende todas as variáveis relacionadas à mobilidade das pessoas e mercadorias, englobando a estrutura física necessária à mesma.

Os serviços de transporte por bondes movidos à eletricidade sempre foram vistos como um dos mais importantes investimentos da época, atestando a presença da modernidade. Esse investimento transformou o ritmo local, garantindo as condições para interligação das áreas em expansão da Cidade. Porém, o bonde não era o único meio de transporte existente, pois as carroças de tração animal, as catraias e os carros de aluguel eram os transportes mais utilizados, principalmente pelas classes mais excluídas. Aliás, todo o projeto de reordenamento da cidade de Manaus já tinha um cunho de exclusão, como descreve Dias (2007), a população mais pobre foi alijada dos investimentos implantados para o atendimento do embelezamento da Cidade. Para exemplificar, a autora relata a situação das linhas de bonde:

A estratégia consistia em criar dificuldades de circulação para as pessoas que dependeriam dos mecanismos de locomoção para os diversos afazeres da vida urbana, principalmente acesso aos postos de trabalho (e que não havia suficientes para dar conta da demanda de desempregados). O controle da circulação urbana se dava principalmente pela limitação das linhas concentradas na parte central da cidade e pela tarifa. Delimitou-se o espaço para a moradia consequentemente tornou-se fácil exercer o controle social sobre a prática de vida dos trabalhadores, disciplinando-se suas vidas quanto ao trabalho, ao lazer, ao mesmo tempo em que também se restringia o acesso aos serviços (DIAS, 2007, p. 57).

Porém, o crescimento na área do transporte só foi possível devido aos investimentos na implantação dos sistemas elétricos e em iluminação pública, a partir de 1869, quando foi contratado o serviço de iluminação pública, inaugurado somente em 1870 (PROVÍNCIA DO AMAZONAS, 1870).

A partir disso, foram ainda aplicados recursos em construções de parques, passeios e jardins, que modificaram completamente a cidade, transformando-a em “Paris da Selva”. Mas, como em muitas cidades brasileiras, com exclusão de muitos em detrimento ao privilégio de poucos, a cidade de Manaus foi, segundo Santos Junior (2007), produtora de tensões entre o novo e o velho, o moderno e o arcaico, o belo e o feio, a expressão estética das elites e a desqualificada simplicidade das construções populares, múltipla, híbrida, com diferentes usos e representações de seus espaços e territórios, num grande universo cultural e étnico que causaram transformações intrínsecas à cidade e entre seus habitantes.

Segundo Mauricio de Almeida Abreu (2014), as relações de trabalho de tipo assalariado, capitaneadas pela produção industrial e pelo setor de serviços urbanos, foram aquelas que mais se expandiram nas cidades, tornando-as cada vez mais diferentes do campo, onde relações pretéritas de produção e de trabalho ainda mantiveram-se predominantes.

Como se pode perceber na Figura 11, que destaca a Avenida Eduardo Ribeiro esquina com a rua Municipal, hoje Sete de Setembro, no ano de 1901-1902, a cidade aparece saneada e embelezada, como um espaço de aparência moderna e referência de avanço.

O embelezamento da capital era prioridade, pois visava oferecer atrativos que amenizassem a pura realidade que era a dureza do trabalho na região, principalmente aos estrangeiros, que estranhavam o clima equatorial do Norte, sendo este um dos fatores que mais influenciaram a não permanência de famílias europeias na cidade de Manaus.

Figura 11: A amplitude e a regularidade da Avenida Eduardo Ribeiro no sentido Norte. Manaus, AM
Fonte: Mesquita (2005)

Entre os europeus que migraram para a cidade de Manaus, os portugueses representavam o maior percentual populacional na cidade e se envolveram em segmentos econômicos variados, mas especialmente no comércio. Os ingleses, em sua maioria, eram agentes comerciais e funcionários de firmas comerciais, de navegação, como a Booth Line Company, e de concessão de serviços públicos, como a The Manáos Harbour Limited. Os alemães desenvolveram atividades comerciais diversas e entre as firmas de destaque estão Ohliger & Cia., G. Deffner & Cia. e Semper & Cia. Já os italianos, como não ocorreu uma grande imigração agrícola, o envolvimento deles parece ter sido maior nas áreas de arquitetura, artes e urbanismo (DIAS, 2013).

A transformação urbana ocorreu em um ritmo acelerado e acentuado. As significativas mudanças visuais, arquitetônicas, culturais e sociais que foram implantadas promoveram tantas mudanças que o resultado pode ser interpretado como uma nova cidade “refundada” (MESQUITA, 2005).

Abreu (2014) afirma que, entre 1870-1930, firmaram-se solidamente nas cidades brasileiras os processos capitalistas modernos, com a difusão das relações sociais de base capitalista, substituindo aquelas que vigoraram em tempos anteriores. Como resultado, modificou-se a paisagem urbana, tanto para a burguesia em ascensão quanto para o

proletariado em formação, diferenciando-se uns dos outros por sua localização no tecido urbano, separando usos e classes sociais no espaço.

Segundo Malveira (2009), a época da borracha foi um período de grande *boom* econômico para toda a Amazônia, especialmente para a cidade de Manaus, porém, esta condição sofreu uma queda brusca a partir de 1910. Isto porque em 1876, sementes da seringueira (*Hevea brasiliensis*) foram contrabandeadas para a Inglaterra e no ano seguinte, os ingleses levaram mudas desse vegetal para a Malásia e logo inúmeros seringais produziram a borracha em grande escala, implementando uma concorrência desigual, superando a produção brasileira em volume e na comercialização a baixo custo, permitindo aos ingleses assumirem o controle do comércio mundial do produto, e decretando a estagnação da economia regional

Em dezembro de 1913, foi criada a Comissão Especial Mista da Defesa da Borracha; tempos depois da promulgação do Plano de Defesa da Borracha (FEITOSA e SAES, 2013). Feitosa e Saes (2013) ressaltam que, em 1915, com o cenário da Grande Guerra, as condições financeiras do governo estavam deterioradas, a escassez de capital privado, a pequena dimensão do mercado interno e a fragilidade financeira do Estado não permitiram atingir a contento os objetivos do Plano.

Os trabalhadores dos seringais migraram para a cidade e fixaram-se na periferia em busca de melhores condições de vida (SOUZA, 1993). Foi no ano de 1920 que, por falta de habitação, iniciou-se a construção da cidade flutuante, um gênero de moradia sobre as águas, que interagiu com a paisagem urbana da capital, conforme retratado na Figura 12.

Figura 12: Cidade Flutuante na orla da cidade de Manaus, AM, 1920

Fonte: <http://manausdeantigamente.blogspot.com.br/2013/04/a-cidade-flutuante-da-manaus-antiga.html>

Com o passar dos anos, a frente da cidade às margens do rio Negro, foi o local dos mais promissores para o comércio de gêneros agrícolas e extrativistas. Porém, havia péssimas condições de infraestrutura, mobilidade e acessibilidade, conforme retratado na Figura 12.

No período da Segunda Guerra Mundial a borracha voltou a ter importância para a economia da cidade de Manaus. Nesse período, o governo de Getúlio Vargas estimulou uma grande operação, conhecida como “Batalha da Borracha”, para extração em grande escala do látex. Durante a Segunda Guerra Mundial toda a Amazônia viveria outra vez a expansão da extração e comércio da borracha, embora por pouco tempo. Essa segunda fase não passou de grande frustração e muito sofrimento para os chamados soldados da borracha (PRATES e BACHA, 2011).

Após a Segunda Guerra, as atividades vão se normalizando, novas instituições vão sendo instaladas e outras reformuladas, com objetivo de fomentar diferentes atividades regionais, dando-se ênfase ao extrativismo mineral, agricultura e industrialização de matérias-primas regionais. O leque de intervenções estratégicas planejadas possibilitava o início de uma nova fase do desenvolvimento regional.

2.3 O Estado, a cidade e a Zona Franca de Manaus

Considerando a necessidade de promover a ocupação da Amazônia, de integrar a economia da região à economia do país e elevar o nível de segurança para a manutenção de sua integridade territorial, foi instituída a Zona Franca de Manaus (ZFM), em 1957, tendo sido reformulada em 1967. Salazar (2006) cita como foi iniciada a política dos incentivos fiscais.

A política de incentivos Fiscais para a Amazônia Ocidental iniciou-se pela criação da Zona Franca de Manaus, através da lei nº 3.173, de 6 de junho de 1957, regulamentada pelo Decreto nº 47.757, de 2 de fevereiro de 1960. A referida lei foi uma iniciativa do parlamentar amazonense Francisco Pereira da Silva e estabelecia uma área de livre comércio de importação em um perímetro de 200 hectares na cidade de Manaus (SALAZAR, 2006, p. 231-232).

Lyra (1995, p.7) descreve que a “isenção constitui-se na modalidade mais tradicional de incentivo fiscal, consistindo na liberação da obrigação do contribuinte de recolher o

imposto devido, parcial ou totalmente”. O benefício monetário que propicia, vincula-se à promessa da adoção pelo beneficiário de condutas preestabelecidas. A dedução consiste na concessão do direito de deduzir certa parcela do imposto ou de sua base de incidência à condição de que os recursos correspondentes tenham sido ou venham a ser aplicados em eventos relevantes para a política econômica.

A criação efetiva da ZFM se deu no momento em que a economia brasileira começava a sair da recessão e ingressava na fase de mais rápido crescimento econômico de sua história, o período do "milagre econômico", que se estende de 1967 a 1974 (LYRA, 1995).

Entre os anos de 1957 e 1967, a ZFM era uma área de livre comércio de importação e exportação, com reduzidas alíquotas de Imposto de Importação. O objetivo era criar no interior da Amazônia um centro industrial, comercial e agropecuário dotado de condições econômicas que mantivessem seu desenvolvimento, elevando as receitas portuárias e criando postos de trabalho, tendo em vista a longa distância dos grandes centros consumidores de seus produtos (BONFIM e BOTELHO, 2009).

Entre os anos de 1967 e 1976, na ZFM, observou-se que as importações de produtos geraram demandas na área do turismo local e a instalação de grandes comerciantes, motivados pela comercialização de produtos importados livres de impostos.

Na década de 1960, a cidade de Manaus, com uma população abaixo de 150.000 pessoas, exibia uma enorme fragilidade econômica, definhava em termos urbanos e sociais; sobrevivia com muito custo à grave falta de energia elétrica, a um deficiente sistema de comunicação e transporte, com um ínfimo mercado de consumo e baixo poder aquisitivo, deixando a cidade isolada dos centros do poder político (BONFIM e BOTELHO, 2009).

Becker (2004) afirma ter ocorrido também uma mudança no processo de ocupação após a década de 1960 em toda a Amazônia, especialmente na cidade de Manaus. Afirma que a ocupação passa a ser contínua no tempo e em maior extensão. À frente deste processo está o Estado brasileiro, por meio do governo federal, fazendo uso de uma política deliberada de integração regional, com a implementação de planos de desenvolvimento para a região, marcando o início de um tempo de transformações. Verificam-se mudanças no cenário econômico de toda a região norte, que após longo período de estagnação econômica é reavivado por medidas com intuito de promover o desenvolvimento e a ocupação da região.

Neste mesmo período, foi dado início à construção do Distrito Industrial de Manaus (Figura 13), com a desapropriação de uma área de 1.700 hectares e a implantação de várias

Indústrias de capital estrangeiro, com a finalidade de formação de mercado interno, substituindo os produtos de importação e abertura de postos de trabalhos, com contratação de mão-de-obra barata, proveniente da capital e de outras cidades do estado do Amazonas. A área ocupada pelo Distrito Industrial de Manaus, entranhada na área da floresta, nas proximidades do Rio Negro, está retratada na Figura 13.

Figura 13: Vista aérea do Distrito Industrial. Manaus, AM, 1968
Fonte: Portal Amazonia.com, 2016

Esse novo período econômico determinou um novo ambiente para a cidade de Manaus, conforme descreve Raimundo Pereira Pontes Filho:

Manaus inchou. A população, desassistida e sem perspectiva no interior, veio em massa para a capital. O êxodo rural foi a tônica da década de 80. Favelas, desemprego, criminalidade, violência urbana, uma enxurrada de problemas projetou-se fortemente sobre a cidade. Do mesmo modo, prevaleceu na capital a ampliação de seu equipamento urbano. Seus governantes desperdiçaram a oportunidade de reverter o que, para qualquer administrador previdente, era previsível e capaz de ter sido evitado — o caos social (PONTES FILHO, 2011 p.231).

Scherer e Mendes Filho também se referem a este período relatando que:

Essa nova racionalidade capitalista transforma a cidade de Manaus. A modernidade trazida pelo processo de industrialização afeta rapidamente o mundo da vida cotidiana dos amazonenses. A fisionomia da cidade modifica-se, com o processo de urbanização. O espaço urbano ganha uma outra visibilidade com o crescimento populacional decorrente do processo

migratório que ocorre e com a constituição de inúmeros bairros que passam a formar a periferia da cidade. Formam-se e redefinem-se as novas classes sociais, configuradas pela dinâmica do capital na região. Compõe-se uma nova força de trabalho constituída por levas de caboclos que migram para a cidade de Manaus. Aos olhos dos ribeirinhos, dos seringueiros, dos castanheiros, do caboclo/camponês, abandonados (SCHERER e MENDES FILHO, 2004, p.1).

Até a década de 1970, a cidade de Manaus tinha um quadro de ocupação do espaço urbano em que os aglomerados estavam nas zonas administrativas Sul, Centro Sul, Oeste e Centro Oeste, com as margens dos seus igarapés densamente povoados. No final da mesma década, com a implantação do Distrito Industrial começa a expansão para as zonas Leste e Norte, sendo algumas delas por ocupações irregulares e sob impactos ambientais significativos, ocasionando graves problemas de infraestrutura, grande incidência de doenças infectocontagiosas, somados à degradação ambiental. Os espaços urbanos brasileiros constituídos a partir de ocupações irregulares somam precárias condições de vida urbana e socioambientais, resultando em inúmeros problemas de ordem física e de saúde pública (MARICATO, 2001).

Neste período, a cidade de Manaus possuía determinadas características geográficas peculiares que determinam seu traçado urbano, como a existência de cursos d'água em toda sua extensão. Isto poderia conferir à cidade uma posição de destaque em termos de infraestrutura para a vida da população local. No entanto, os igarapés na malha urbana da cidade foram apresentando sérios problemas, ao longo do tempo, devido a diversas ações antrópicas e, principalmente, a ocupação humana às margens dos cursos d'água (BRAGA, SILVA e SCHAFFRATH, 2012).

Tendo o imediatismo como diretriz básica, a cidade de Manaus se desenvolveu sem nenhum acompanhamento e planejamento municipal, levando-a à desorganização espacial da sua área urbana, com ocupações irregulares às margens dos igarapés e áreas de floresta. Dessa forma, as soluções tomadas eram sempre emergenciais para os problemas de infraestrutura, serviços básicos e equipamentos, além de uma grande carência de políticas públicas no que diz respeito à saúde, ao transporte e à segurança.

Ao falar de ocupação urbana da cidade de Manaus, Giatti *et alii* (2011) afirmam que:

A ocupação de áreas distantes ocorreu por projetos estaduais ou municipais de construção de residenciais populares (Nova cidade, Cidade Nova, e outros), criando vácuos centrais e ilhas de populações

isoladas dos centros. As dificuldades de ordenamento e planejamento urbano mediante a velocidade do crescimento populacional materializam uma cidade espalhada e com inúmeros vazios, que destrói rapidamente sua cobertura vegetal natural, tornando difícil atender a população com serviços essenciais, também reproduzindo sérios problemas viários (GIATTI *et alii*, 2011, p. 21).

Até a década de 1980, a cidade de Manaus contava com 37 bairros e um Distrito Industrial, mas a partir de 1980, com o crescimento demográfico, a zona urbana sofre mudanças rápidas e agressivas ao ambiente. Essa realidade, infelizmente, não foi privilégio apenas da cidade de Manaus, pois as grandes capitais brasileiras apresentaram o mesmo problema em decorrência da ausência de planejamento urbano sistemático e a falta de controle relacionado ao crescimento da cidade.

Scherer e Mendes Filho (2004), ao falar sobre as mudanças ocorridas na área urbana da cidade de Manaus na década de 1980, relatam que:

Os trabalhadores urbanos pré-existent, remanescentes do extrativismo da borracha e aqueles que se encontram vão somar-se, na década de 70 e 80, na superpopulação relativa, com seu exército de reserva, que se entrega a toda sorte de atividades no setor informal, em buscas de estratégias de sobrevivência, mas também da mendicância, da violência, da criminalidade, enfim, compondo um cenário urbano de conflitos socioambientais.

A intervenção do poder público na construção da infraestrutura pública e na expansão dos serviços coletivos, sempre esteve longe de atender às demandas sociais colocadas pelas classes subalternas que vivem nos bairros periféricos da cidade. Seja do ponto de vista habitacional, da saúde, da educação, seja dos bens de consumo coletivos mínimos necessários à reprodução da força de trabalho (SCHERER e MENDES FILHO, 2004, p.23).

Dessa forma, a cidade de Manaus adentrou a década de 1990, agregando duas novas peculiaridades: a redução da mão de obra empregada no seu polo industrial, devido à abertura econômica que provocou profundas mudanças nos processos produtivos da ZFM, e uma grande variação em termos de crescimento populacional, advinda do interior para a capital, movidas pela ausência de infraestrutura básica. Os interioranos viam na cidade, embora de modo utópico, a chance de trabalho e da satisfação das suas necessidades básicas não contempladas em seu local de origem (GIATTI *et alii*, 2011).

Essa dinâmica da população possibilitou-lhe concentrar grande parte da população do estado, sendo nítida e intensa a sua progressão a partir da década de 1970, conforme observado na Tabela 1.

Tabela 1: População residente no estado do Amazonas e município de Manaus/1960-1996

LOCAL	ANOS				
	1960	1970	1980	1991	1996
Amazonas	714.774	955.203	1.430.528	2.103.243	2.389.279
Manaus	173.703	311.622	633.383	1.011.501	1.157.357

Fonte: IBGE, Censos Demográficos, _Banco de Dados SIDRA, 2004

Até a década de 1990, convivendo com esta expansão populacional, a cidade de Manaus não estava preparada para atender as demandas que cresciam a cada dia por habitação, emprego, transporte, educação, lazer, saúde, segurança e demais serviços urbanos, pois as riquezas produzidas na cidade continuavam a não ser distribuídas de forma a beneficiar a população de uma maneira mais equitativa, além da falta de planejamento das ações dos governos local, estadual e nacional.

Os impactos desse processo de desenvolvimento atravessaram inúmeras décadas, destinando à cidade de Manaus do século XX a convivência com a ambiguidade das grandes cidades: a pobreza e a riqueza, a inclusão e a exclusão, o velho e o novo, demonstrando a quão distante foi deixada a preocupação com uma vida urbana que permitisse o acesso à cidadania para todos os seus habitantes, sem nenhuma distinção.

2.4 O contexto da saúde e a inserção de políticas públicas para o idoso

A saúde de uma população é resultante da forma como é estabelecida a relação entre o Estado e a sociedade. A ação do Estado é feita por meio das Políticas Públicas de proteção social, e dentre elas estão as Políticas de Saúde (RONCALLI, 2003). Destacamos que de todas as dimensões do envelhecimento humano, as repercussões no estado de saúde se afiguram como as de maior impacto no âmbito social. Desse modo, a análise dos aspectos relacionados à saúde e à doença resulta em temas que permitem compreender as sociedades em determinadas épocas.

No século XIX, com a vinda da família real para o Brasil, começaram a se implementar políticas públicas de saúde, obstaculizadas pela carência de profissionais. Uma estruturação sanitária mínima foi implantada, porém restrita ao atendimento da corte. Às juntas municipais cabiam as atribuições sanitárias e o controle de navios e saúde dos portos

considerados a porta de entrada das epidemias. Já a população, preferia ser tratada por curandeiros. A inexistência de uma assistência médica estruturada fez proliferar pelo país os Boticários (POLIGNANO, 2001).

Segundo Oda e Dalgalarrodo (2005), a presença das Santas Casas de Misericórdia no território brasileiro teria acrescentado poucas alterações fundamentais em relação à assistência das até então existentes em Portugal e outras colônias. No Brasil, somente as principais localidades sediavam as Santas Casas de Misericórdia, o que resultou em uma pequena ou quase inexpressiva rede de proteção institucional, com serviços pouco sistemáticos e pouco abrangentes, destinados ao recolhimento de alienados pobres. Surgiram quase sempre como estruturas asilares fazendo, assim, com que muitas fossem desativadas após poucos anos de existência.

No século XIX, por exemplo, os conhecimentos e ações das autoridades médicas foram de grande importância na construção da sociedade. Nesta época, a medicina se institucionalizou para buscar soluções, debater o urbano, o fluxo dos cidadãos e suas consequências na saúde pública (SANTOS JUNIOR, 2008).

Segundo Abreu (2014), no final do século XVIII, o pensamento higienista já se fazia presente nos trópicos, embora com pouca força. Com a instituição do ensino médico, autorizado a funcionar no Rio de Janeiro em 1809 e na Bahia em 1815 foi ganhando espaço e, a partir destas instituições, difundiu-se pelo Brasil no século XIX. A cidade do Rio de Janeiro, nesta época capital do país, com suas epidemias de cólera e febre amarela tornou-se um laboratório de aplicação do saber médico. A criação da Junta Central de Higiene em 1850 realçou ainda mais a posição de destaque do saber médico, uma vez que todas as iniciativas do Governo Imperial no urbano teriam que passar pela permissão da Junta.

O médico se tornou “autoridade reguladora da vida urbana, de intervenções e ações carregadas de sentido em direção à medicalização da sociedade” (MATOS, 2005, p. 33), num contexto em que a saúde e a doença se entrelaçavam como uma rede de relações estabelecidas, envolvendo manifestações, saberes e práticas de uma sociedade em que o processo do adoecer e da cura estavam intimamente relacionados com a ciência, a sociedade, a cultura, a religião e o ambiente, e toda intervenção feita para o controle das doenças e para a cura produziam impactos sobre o espaço, principalmente os de maior complexidade e diversidade.

Ainda que as epidemias sempre cursassem com agressividade nas distintas realidades das sociedades humanas, no século XIX, leigos, médicos e cientistas desconheciam os agentes etiológicos das doenças. Dessa forma, a sua causa estava sempre associada à relação homem e ambiente, no caso amazônico, ao clima do tipo quente e úmido e fatores associados a ele.

[...] os médicos do Império dedicaram-se no exercício de seu ofício a identificar no ambiente natural brasileiro, e no nosso caso em particular no ambiente natural amazônico, as causas das patologias que recorrentemente acometiam a população, identificando nos seus elementos constituintes – calor, umidade, eletricidade, ventos, produções do solo – o papel de cada um deles no que tange à sua ação patogênica. Seguindo os padrões científicos vigentes – climatologia médica, constituição médica e *topografia médica* – eles se dedicaram a conhecer detalhadamente as condições físicas do solo e da atmosfera identificando suas características mórbidas ou patológicas e neste mesmo movimento buscaram ainda determinar os mecanismos pelos quais eles agiam, seja de forma isolada ou em conjunto, no processo de adoecimento. [...] Estas características climáticas favoreceriam a formação e a propagação das emanções pútridas provenientes das matérias orgânicas em processo de decomposição. Transportadas pelo ar atmosférico estas emanções acabavam por contaminar o ar ambiente causando o adoecimento das populações que habitavam nas proximidades do seu foco (COSTA, 2008, p. 64-65).

Complexidade e diversidade são as principais características que distinguem e diferenciam os estados e municípios amazônicos de todos os demais do Brasil, expressada em sua territorialidade, marcada por segmentos sociais distintos que intervêm no território, que vai desde o grande capital aos pequenos produtores rurais; e dos mecanismos desiguais e combinados, nos quais convivem processos sociais tradicionais e outros extremamente modernos, com a lógica capitalista presente como uma mediação geral (CASTRO, 2009; SUZUKI, 2006). É dentro desta realidade que está a cidade de Manaus, geograficamente localizada no centro de uma floresta tropical, onde os mosquitos sempre dominaram o ambiente.

Os mosquitos e as condições sanitárias faziam a fama da cidade que tanto propiciava riqueza como representava riscos à saúde. A cidade de Manaus reunia as condições necessárias para a disseminação das doenças vetoriais porque era cortada por uma rede de igarapés e tinha uma constante renovação de pessoas não-imunes às doenças tropicais (SCHWEICKARDT, 2009, p.72).

Os rios que entrecortaram e que entrecortam a cidade de Manaus sempre desempenharam um papel importante na sobrevivência do homem, assim como também favoreceram o aparecimento e a propagação de inúmeras doenças. No século XIX, as doenças e a salubridade das cidades já se apresentavam como problema em todo o mundo e encontraram sua fundamentação na teoria miasmática. O termo “miasmas” traduzia tudo o que se relacionava à insalubridade. Os miasmas eram emanções nocivas invisíveis, que,

gerados pela sujeira e por gases formados pela putrefação de cadáveres (humanos e animais), corrompiam o ar e atacavam o corpo humano (CORBIN, 1987).

Em razão da grande quantidade de materiais orgânicos e de umidade que se concentravam nos leitos de rios e igarapés, a cidade de Manaus passou a ser vista como lugar por excelência das doenças originadas pelos miasmas. Com base nesses pressupostos, as autoridades médicas da província do Amazonas reforçavam os argumentos que as doenças neste território tinham procedência miasmática. Assim, a partir dos anos de 1880, o melhoramento e a ampliação das ações de saúde pública puderam ser percebidos, de maneira mais nítida, na cidade de Manaus, principalmente em razão dos melhoramentos urbanos promovidos a partir do crescimento da economia gomífera.

Mesmo com tantas medidas tomadas para melhoria do ambiente da cidade com o alargamento e calçamento das vias públicas, a retirada de moradores de casas palustres, fiscalização sanitarista, a imposição no uso da água encanada e sistema de drenagem de águas paradas, a proibição de víveres e hortifrutigranjeiros no perímetro urbano, seria um erro pensar que as transformações alcançaram todos os espaços da cidade, pois elas tinham espaços definidos para serem erigidos pelos poderes públicos (SANTOS JUNIOR, 2008).

Essas melhorias se davam na parte central da cidade, porque em outros de seus pontos a situação era bem diferente, conforme descreve Júlio César Schweickardt (2009, p.72):

A elite urbana ufanava-se pelas belezas da sua cidade, por detrás dessa vitrine os cortiços se multiplicavam em pleno centro, abrigando estrangeiros e nacionais que trabalhavam no comércio. Por esse motivo, os cortiços sofriam constantes intervenções sanitárias, especialmente no período de epidemias. O subúrbio, por outro lado, concorria com a mata e com os igarapés, dificultando qualquer ação de saneamento. As condições ambientais do subúrbio propiciavam o meio favorável à reprodução do temido *Anopheles* que transmitia a malária. [...] os costumes da população, o regime de águas e as dificuldades de saneamento contribuíam para a continuidade das doenças tropicais em Manaus. Desse modo, viver na capital amazonense era perigoso, pois significava um risco constante de se contrair uma dessas terríveis doenças que atemorizavam os estrangeiros e os migrantes (SCHWEICKARDT, 2009, p.72).

O desenvolvimento econômico local obrigou o governo provincial a implementar um programa sanitário que atendesse os regulamentos da Junta Central. Mesmo, com um número de médicos e de estabelecimentos de saúde reduzidos, procurava-se atender as necessidades de saúde mais urgentes dos habitantes da província. Assim, como não se podia alterar alguns dos componentes climáticos, pois tratava-se de elementos próprios da paisagem natural, as autoridades médicas do Império acreditavam que a adoção das regras da Higiene tornava-se a

melhor alternativa para a solução dos problemas sanitários e de saúde pública para a população (COSTA, 2008).

De acordo com Costa (2008), em 1886, a Junta Central de Higiene Pública foi extinta, criando em seu lugar a Inspetoria Geral de Higiene (IGH). Devido ao surto de varíola, em 1887, a Inspetoria foi substituída pela Diretoria Geral de Higiene (DGH) mantendo as mesmas atribuições.

Com o advento da República e com a autonomia federativa, em 1891, criou-se a Inspetoria de Higiene do Estado do Amazonas, que tinha a função de fiscalizar o serviço sanitário, exercício da medicina, os estabelecimentos públicos e as condições de higiene; promover o saneamento dos espaços públicos; adotar medidas para prevenir, tratar e atenuar as doenças epidêmicas, endêmicas e infectocontagiosas; organizar o atendimento público de saúde; organizar as estatísticas demografossanitárias. O Porto, localizado no centro da cidade, era merecedor de maiores cuidados por parte do poder público, por ser um dos espaços de entrada e saída de produtos e pessoas da cidade de Manaus (COSTA, 2008).

Para Polignano (2001), as ações em saúde sempre ganharam relevância na proporção em que determinadas endemias ou epidemias repercutiram com prejuízos econômicos na sociedade. Desta forma, o Estado passava a conceder atenção a grupos sociais importantes de regiões socioeconômicas igualmente importantes, quase sempre direcionadas aos grupos mais urbanos, demonstrando que as conquistas obtidas pelos demais foram e são resultado do poder de luta, organização e reivindicação dos trabalhadores brasileiros.

Nos primeiros anos da República Velha, o desafio da medicina era de se empenhar na luta contra os males da nação, o que justificaria as medidas intervencionistas e autoritárias que marcaram este período, como a reforma urbana e higienização da cidade do Rio de Janeiro, assim como as campanhas para a vacinação da população, que teve como consequência eventos como a Revolta da Vacina¹⁰, ocorrida em 1904, em decorrência do caráter austero das medidas governamentais empreendidas.

¹⁰ A revolta da vacina foi um movimento social urbano que marcou a sociedade política durante a primeira República brasileira (1902-1906). No dia 09 de novembro de 1904, é publicado oficialmente o plano de aplicação obrigatória da vacina contra a varíola. A população, humilhada pelo poder público autoritário e violento, não acreditava na eficácia da vacina. Os pais de família rejeitavam a exposição das partes do corpo a agentes sanitários do governo. A partir deste momento se desencadeia um debate transpondo as dimensões do legislativo, para empolgar toda a imprensa da capital federal com sede no Rio de Janeiro. A vacinação obrigatória foi o estopim para que o povo, já profundamente insatisfeito e insuflado pela imprensa, se revoltasse. Durante uma semana, enfrentou as forças da polícia e do exército até ser reprimido com violência (BENCHIMOL, 2003).

Com relação aos cuidados assistenciais aos idosos, eles eram prestados pelas Santas Casas de Misericórdias. A criação de instituições filantrópicas destinadas a prestar cuidados a velhos, denominadas de asilos, teve sua origem no final do século XIX e início do século XX (SANTOS JUNIOR, 2008). Porém, grande parte da população, em toda a região amazônica, fazia uso da prática milenar de manipulação das ervas medicinais, facilmente encontradas na floresta; do parto assistido por parteiras; e da consulta ao curandeiro. Essa prática era repassada pelos idosos de geração a geração. Se a Inspetoria de Higiene do Estado do Amazonas já combatia o que considerava exercício ilegal da medicina, de nenhum modo deixou de perseguir os curandeiros e as parteiras, na sua maioria idosos, que tinham papel importante e gozavam de muita credibilidade até aquele momento, tentando inibir suas práticas de cuidado nos diferentes grupos sociais e étnicos no início do século XX.

Na medicina da floresta introduziu-se paulatinamente palavra “ciência”, em que o científico e o milagroso dividiam o mesmo espaço (FIGUEIREDO, 2003).

Nos primeiros anos do século XX, sob moldes militares, de natureza autoritária, diferentes campanhas implementaram as ações de saúde pública, gerando conflitos de interesses por parte da população, de políticos e líderes militares. Em 1920, com a saída de Oswaldo Cruz do comando das ações sanitárias, o médico Carlos Chagas assumiu a organização do Departamento Nacional de Saúde. Assim, o problema de cunho sanitário adquiriu um caráter de questão social, deixando de ser um caso de polícia (POLIGNANO, 2001).

Com relação ao sistema de previdência, ele surgiu nas primeiras décadas do século XX, graças à iniciativa dos trabalhadores. A assunção do Estado brasileiro na gerência do sistema previdenciário foi lenta e gradual. O primeiro ato governamental nesta área ocorreu em 1923, com a promulgação da Lei Eloy Chaves, determinando a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP) para os trabalhadores de ferrovias. Entretanto, eram sociedades civis em que a ingerência do setor público era mínima, tendo sua administração composta por empregados e empregadores (BRAVO, 2006; PAIM *et alii*, 2011; BATICH, 2004).

Nas décadas de 1920 e 1930, os direitos civis e sociais do indivíduo foram vinculados à sua posição no mercado de trabalho (PAIM *et alii*, 2011). Dessa forma, somente aqueles que possuíam o vigor da força física eram protegidos, ficando o idoso excluído e recaído sobre ele o peso da sua inutilidade na lógica capitalista de produção de mercadorias.

Durante o governo do Presidente Getúlio Vargas (1930-45) e dos governos militares (1964-84), houve a expansão do sistema de proteção social e de saúde em todo o Brasil. Neste período, o setor de saúde enfrentou sérios problemas que perpassaram pela falta de ampliação dos serviços, falta de recursos financeiros e pelos interesses advindos das conexões entre o setor estatal e empresarial médico (BRAVO, 2006).

O Estado assumiu uma postura mais intervencionista, porém, não investiu em obras públicas para idosos sob sua responsabilidade direta, não fomentou políticas de promoção de práticas que contribuíssem para o ajustamento de seus velhos, que também necessitava de mobilidade e convivência social. As ações do Estado na saúde pública passaram a meras normas, deixando no campo teórico as soluções dos grandes problemas existentes (BRAVO, 2006; ESCOBAR, 2009; PAIM *et alii*, 2011).

A Revolução Industrial do século XIX ocasionou mudanças drásticas na sociedade capitalista, que desvalorizou o idoso, principalmente o menos favorecido. Essas mudanças alcançaram o século XX, em pleno período de industrialização, aumentando o estigma da velhice improdutiva (ESCOBAR, 2009).

De modo geral, na segunda metade do século XX, a velhice era considerada um problema social e o idoso brasileiro doente era tratado em abrigos de mendigos, moribundos e leprosos. As desigualdades sociais vigentes no país, naquele momento, tornaram mais agudos os problemas relacionados à velhice, em decorrência das transformações sociais, econômicas e culturais vigentes, que provocou o enfraquecimento das relações na comunidade e na família, principal suporte para a pessoa idosa (ESCOBAR, 2009).

O atendimento ao idoso era feito pelo Estado por auxílios e convênios com o setor privado. Por um lado, ampliava-se o escopo das práticas institucionais de âmbito particular, por outro, práticas assistenciais passaram a adquirir espaços em instituições públicas (ESCOBAR, 2009).

A estrutura de saúde no setor privado, desde 1950 estava montada para a formação das empresas médicas, ligadas aos interesses capitalistas, que buscavam desde então a privatização dos serviços de saúde. A política de atenção à saúde era de cunho nacional, sendo subdividida em: saúde pública, predominante na primeira metade da década de 1960, que atuava junto às populações urbanas buscando melhorar minimamente as condições sanitárias, mas esquecendo das populações residentes no campo; e medicina previdenciária, que tornou-

se superior à saúde pública a partir de 1966. A assistência médico-hospitalar aos trabalhadores rurais ocorreu somente a partir de 1971 (BRAVO, 2006).

Segundo Paim *et alii*:

O sistema de saúde era formado por um Ministério da Saúde subfinanciado e pelo sistema de assistência médica da previdência social, cuja provisão de serviços se dava por meio de institutos de aposentadoria e pensões divididos por categoria ocupacional (p. ex., bancários, ferroviários etc.), cada um com diferentes serviços e níveis de cobertura. As pessoas com empregos esporádicos tinham uma oferta inadequada de serviços, composta por serviços públicos, filantrópicos ou serviços de saúde privados pagos do próprio bolso. Após o golpe militar de 1964, reformas governamentais impulsionaram a expansão de um sistema de saúde predominantemente privado, especialmente nos grandes centros urbanos. [...] Entre 1970 e 1974, foram disponibilizados recursos do orçamento federal para reformar e construir hospitais privados; a responsabilidade pela oferta da atenção à saúde foi estendida aos sindicatos e instituições filantrópicas que ofereciam assistência de saúde a trabalhadores rurais (PAIM *et alii*, 2011, p.17).

Percebe-se, então, que vigoravam regimes diferenciados de atendimento, desde aqueles vigentes no âmbito da Previdência Social, com contratação e financiamento de serviços para os trabalhadores rurais, até os esquemas de assistência alternativos, proporcionados por serviços privados, contratadas pelo Estado.

Com relação aos idosos, Vicente Faleiros (2007) os descrevem como improdutivos pela Constituição de 1934, o que lhes garantia apenas a implementação da assistência social por meio dos direitos trabalhistas, previsto no artigo 121, item h, caso tivessem sido inscritos na produção como operário. A mesma Constituição previa a contribuição social tripartite em “favor da velhice”, pelo empregador, pelo empregado e pela União. Na Constituição de 1946, o artigo 157 trazia explícita a formulação da previdência contra as consequências da velhice. O mesmo autor acrescenta que:

Quando a velhice passa de uma questão filantrópica e privada para a esfera pública, a perspectiva dominante passou a ser a incorporação do direito do trabalhador e não o direito da pessoa envelhecida. Ao mesmo tempo, manifestava-se que a velhice tinha uma relação profunda com a privacidade, o âmbito da família e o âmbito da filantropia e da religião. As Sociedades São Vicente de Paula tentavam manter a família assistida em lares subsidiados e os asilos atendiam àqueles privados de laços familiares e de renda. A Legião Brasileira de Assistência, fundada em 1943, possuía programas para idosos como o apoio a asilos (FALEIROS, 2007, p.41).

Confrontando interesses públicos e privados, percebemos que, na prática, não se deu importância à vida do sujeito que envelheceu. Consideramos que, para o idoso, a qualidade de vida no espaço urbano estaria relacionada ao ambiente físico limpo e seguro, serviços de saúde acessíveis, possibilidade de participação social por meio de interações sociais e a possibilidade de se deslocar de forma independente no espaço urbano de circulação.

Segundo Mariana Batich (2004), com as mudanças econômicas da década de 1930 e a crise no mercado internacional do café, um processo de crescimento industrial se intensifica e as classes assalariadas urbanas passam a reivindicar melhores condições de vida, o que levou o Estado a interferir nas relações trabalhistas, no intuito de conciliar conflitos entre capital e trabalho. Dessa forma, o poder público se colocou como o principal responsável pela proteção social dos trabalhadores, determinando que as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fossem substituídas por outro tipo de instituição, aglutinando categorias profissionais e abrangendo todo o território nacional.

A primeira instituição desse tipo surgiu em 1933, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Marítimos - IAPM, e destinava-se a agregar as CAPs dos marítimos. Ao longo da década, foram criados outros institutos para as categorias dos comerciários (1934), bancários (1935), industriários (1938) e os empregados em transportes e cargas (1938). Vale ressaltar que os tipos e valores dos benefícios previdenciários dos IAPs não eram uniformes (BATICH, 2004).

Cada categoria de atividade os estabelecia livremente e eram dependentes do percentual de contribuição que os participantes pagavam ao instituto durante sua vida ativa. As categorias com salários mais elevados tinham mais recursos para as provisões previdenciárias e incluíam até serviços de assistência médica. E tal como acontecia com as CAPs, os participantes dos IAPs conduziam-se pautados por laços de solidariedade, uma vez que as contribuições dos trabalhadores da ativa eram utilizadas para a cobertura de quem se afastava do trabalho por doença ou velhice, porém, agora, além de contarem com a contribuição dos empregadores, passavam a ser financiados também pelo Estado, que cuidaria principalmente das despesas com a administração (BATICH, 2004, p. 34).

Assim, na Era Vargas, muitos dos direitos ligados à seguridade social foram instituídos, ao passo que também se aprimoraram as ações de Estado acerca da saúde pública. No entanto, embora esses avanços tenham sido de grande importância do ponto de vista da saúde pública e seguridade social, somente em 1953 ocorreu a criação do Ministério da Saúde. Daí até a criação do SUS (Sistema Único de Saúde), a população brasileira esperou mais 35 anos.

Em março de 1964, os militares derrubam o governo e assume a presidência da República o general Castelo Branco. Estabeleceu-se a institucionalidade do novo regime que perduraria por vinte anos e que pode ser resumida em: ampliação do poder executivo, exclusão dos trabalhadores do pacto de poder, eleições indiretas para presidência da República e dos estados, censura e repressão à discordância ao regime. Na economia, houve um grande crescimento, chamado ‘milagre econômico’, baseado no arrocho salarial e na

transnacionalização crescente da estrutura produtiva. As reformas realizadas nesse sentido, além de favorecerem a acumulação capitalista, submeteram o Estado às regras do capital privado. Para justificar tal medida, extinguiu o Estado populista que estava em crise e conteve a radicalização do movimento de massas exigindo as reformas de base (FLEURY, 1994).

Em sua obra intitulada *História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária*, Sarah Escorel (2008), relata que até 1964 a assistência médica previdenciária da população era de responsabilidade da rede de serviços próprios dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), compostas por hospitais, ambulatórios e consultórios médicos. A partir da criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi priorizada a contratação de serviços de terceiros, com a justificativa que haveria uma incapacidade da rede fornecer assistência médica a todos os beneficiários. Essa tendência de abandono das ações executivas, em benefício do setor privado foi estabelecida para todos os ministérios da Saúde, pelo primeiro governo do regime ditatorial, Castelo Branco na presidência, que institucionalizou o novo regime, em 1964.

Estimulando um padrão de organização da prática médica orientado pelo lucro, o INPS passou a ser o grande comprador de serviços privados de saúde. Além disso, todos os IAPs foram unificados no INPS, com o que os benefícios para os trabalhadores segurados foram uniformizados. Sua organização eliminou a gestão tripartite (União, empregadores e empregados), afastando os últimos dos processos decisórios. Aqueles que não contribuíam para a previdência social só eram atendidos se integrassem o perfil dos programas (materno-infantil, tuberculose, hanseníase etc.), dos serviços filantrópicos ou que pudessem pagar, em consultórios e clínicas privadas (ESCOREL, 2008).

Na década de 1970, em todo o mundo discutiam-se as reformas no setor de saúde, porém o Brasil estava na contramão da história. O governo do general Figueiredo, foi marcado por 3 importantes crises: crise econômica, que fragilizou a aliança do regime militar com o empresariado nacional e em conjunto com as pressões das reivindicações populares, sindicais e de entidades de oposição liberal, acirrou uma crise política; crise social, em que a concentração de renda, que já vinha da época do ‘milagre econômico’, somada ao arrocho salarial e ao desemprego, desencadearam uma série de tumultos; e crise moral, com perda de legitimidade do regime, denúncias de corrupção e crimes do colarinho branco (FLEURY, 1994; ESCOREL, 2008).

A abertura política oportunizava a luta pelo resgate da dívida social engavetada pela ditadura. Neste cenário, inicia-se o histórico *Movimento da Reforma Sanitária*, constituído

por intelectuais, trabalhadores da saúde, líderes políticos de partidos de esquerda, população de classe média e os sindicatos, que trazia um discurso pautado pela teoria crítica histórico-estrutural do binômio saúde-doença, inspirada nos conhecimentos da medicina social inglesa, no estruturalismo francês e na sociologia política italiana (CARVALHO, 2002), questionando a manutenção do Estado de bem-estar social.

A concepção política e ideológica do movimento pela reforma sanitária brasileira defendia a saúde como uma questão social e política a ser abordada no espaço público. Muitos se engajaram na luta, incluindo, principalmente, duas grandes instituições que propiciaram a base institucional para alavancar as reformas: o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), fundado, em 1976 e responsável pela organização do movimento da reforma sanitária, e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), fundada em 1979, quando muitas reuniões e assembleias foram realizadas com a participação de técnicos e gestores municipais, e, em 1980, foi constituído o Conselho de Secretários de Saúde (CONASS) (PAIM *et alii*, 2011).

Em 1986, em Brasília, aconteceu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, chamando a sociedade para um amplo debate. Esta conferência tornou-se um marco na história da saúde brasileira porque aprovou o conceito de saúde como direito de cidadania e dever do Estado; propôs um sistema de saúde nos princípios da participação popular, equidade, descentralização, universalidade e integralidade das ações de saúde, delineando os alicerces do Sistema Único de Saúde (SUS) vigente até os dias de hoje.

Apesar da forte oposição por parte de um setor privado poderoso e mobilizado, os participantes do movimento da reforma sanitária garantiram a sua aprovação na Assembleia Nacional Constituinte (1987-1988).

A década de 1980 foi iniciada com baixas taxas de crescimento do Produto Interno Bruto (PIB), de salários achatados, de crise na Previdência Social e aumento da concentração da riqueza com distanciamento de classes sociais, mas com uma expressiva organização da sociedade civil, que rompia com a ditadura militar e instaurava um Estado Democrático, exigindo eleições diretas e uma nova Constituição.

Segundo Escobar (2009), na década de 1980, houve um aumento do número de associações e federações de pensionistas e aposentados e o movimento da sociedade civil que exigia a valorização e o respeito à pessoa idosa começa a ganhar forças, com a participação de

professores universitários, associações de idosos e alguns políticos comprometidos com questões sociais:

Como reflexo das defasagens nos proventos dos aposentados e pensionistas no ano de 1985, inicia-se um movimento social de idosos que irá se organizar posteriormente através da Confederação Brasileira de Aposentados e Pensionistas. Tal instituição desempenhou um importante papel no debate previdenciário brasileiro e se fortaleceu no momento em que os protestos contra a miséria da população encontram espaço para a emergência de novos atores sociais. Esse movimento conseguiu introduzir modificações no plano de benefícios como recomposição dos valores de aposentadorias e pensões que serão efetivados na constituição de 1988 (ESCOBAR, 2009, p.6).

Não seria exagero afirmar que as inovações da política de saúde na década de 1980 foi tomada como a mudança ideal na política social dentro do contexto da transição democrática pós-1985. Fiori (1991) indica que, no plano das chamadas reformas sociais, a reorganização da assistência médica do sistema previdenciário foi o que mais avançou.

O nascimento de uma nova configuração institucional, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), implementado a partir do Ministério da Previdência Social de 1987 a 1988, encontrou perfeita continuidade e a devida consolidação no reconhecimento constitucional da saúde como direito de todos e dever do Estado e, conseqüentemente, na reordenação legal do sistema de prestação do serviço de saúde que passou a obedecer às normas deste sistema de formato unificado [...]. Este projeto reformista conquistou na Assembleia Constituinte uma ampla base de sustentação que incluiu alentados apoios reformistas por parte de setores conservadores que, insatisfeitos com a situação de saúde da população, passaram a defender a mudança de modelo assistencial privatista que vinha sendo promovido pela Previdência Social desde os anos sessenta (FIORI 1991, p. 4-5).

Essa mobilização deu rumo e base à Constituição Cidadã (1988), primeira Constituição da República Federativa do Brasil, que trouxe descrita no seu texto linhas para a proteção jurídica ao idoso, que imputava à família, à sociedade e ao Estado obrigações de amparo aos idosos (ESCOBAR, 2009).

A promulgação da Constituição Brasileira, em 1988, tratou das questões específicas da velhice e garantiu direitos sociais mais equitativos e um capítulo exclusivo para a saúde com um modelo considerado um avanço para a política de saúde no mundo, conhecido como SUS. Essas disposições constitucionais permitiram a elaboração de legislação complementar posterior acerca do assunto.

Numa retrospectiva histórica, os eventos mais importantes ocorridos durante este período no Brasil que influenciaram as políticas de saúde em todos os municípios do país estão descritos no Quadro 2 abaixo:

Quadro 2: Contexto histórico e desafios para a saúde nos séculos XIX e XX até 1988, no Brasil

	Contexto macroeconômico e socioeconômico	Contexto político	Sistema de saúde	Principais desafios de saúde
Colonialismo português (1500-1822)	- Exploração de matérias-primas e monopólio comercial por Portugal	- Controle político e cultural de Portugal	- Século XIX: - Criação de Hospitais da Santa Casa de Misericórdia em Santos, São Paulo, Bahia, Rio de Janeiro, Belém e Olinda - Organização Sanitária incipiente	- Doenças, pestilências e assistência à saúde para a população
Império (1822-1889)	- Abertura dos portos (1808), surgimento do capitalismo moderno e início da industrialização	- Centralismo político e sistema de coronelismo, que dava aos grandes proprietários de terra o controle político de províncias e localidades	- Estruturas de saúde com ênfase na polícia sanitária - Administração da saúde centrada nos municípios - Criação das primeiras instituições de controle sanitário dos portos e de epidemias (1828 e 1850)	- Doenças, pestilências e prioridade da vigilância sanitária (portos e comércio)
República Velha (1889-1930)	- Economia agroexportadora (capital comercial), crise do café e insalubridade nos portos	- Estado liberal-oligárquico, revoltas militares e emergência das questões sociais	- Diretoria Geral de Saúde Pública (DGSP; 1897) - Revolta da Vacina (1904) - Reformas das competências da DGSP (Oswaldo Cruz, 1907) - Caixa de Aposentadoria e Pensões (Lei Eloy Chaves, 1923) - Incipiente assistência à saúde pela previdência social - Dicotomia entre saúde pública e previdência social	- Doenças, pestilências (febre amarela, varíola, peste) e doenças de massa (p.ex, tuberculose, sífilis, endemias rurais)
Ditadura Vargas (1930-1945)	- Industrialização, mas com manutenção da estrutura agrária	- “Estado Novo” – Estado autoritário entre 1937 e 1938 identificado com o nazifascismo	- Saúde pública institucionalizada pelo Ministério da Educação e Saúde Pública - Previdência social e saúde ocupacional institucionalizada pelo Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio - Campanhas de Saúde pública contra a febre amarela e a tuberculose - Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP) estendem a previdência social à maior parte dos trabalhadores urbano (1933-1938)	- Predominância de endemias rurais (p.ex, doença de chagas, esquistossomose, ancilostomíase, malária), tuberculose, sífilis e deficiências nutricionais

Instabilidade democrática (1945-1964)	<ul style="list-style-type: none"> - Substituição de importações, rápida urbanização, migrações, advento da indústria automobilística, penetração do capital internacional 	<ul style="list-style-type: none"> - Governos liberais e populistas 	<ul style="list-style-type: none"> - Criação do Ministério da Saúde (1953) - Leis unificaram os direitos de previdência social dos trabalhadores urbanos (1960) - Expansão da assistência hospitalar - Surgimento de empresas de Saúde 	<ul style="list-style-type: none"> - Emergência de doenças modernas (p.ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito)
Ditadura militar (1964-1985)	<ul style="list-style-type: none"> - Internacionalização da economia ou - Milagre econômico (1968-1973) - Final do milagre econômico - Penetração do capitalismo no campo e nos serviços 	<ul style="list-style-type: none"> - Golpe militar, ditadura (1964) - Reforma administrativa (1966) - Crise política (eleições de 1974) - Abertura política lenta, segura e gradual (1974-1979) - Liberação - Criação do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (1976); movimentos sociais - 1°. Simpósio de Política de Saúde do Congresso (1979) - Transição política (1974-1984) - Criação da Associação Brasileira em Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979) 	<ul style="list-style-type: none"> - Instituto de Aposentadoria e Pensão (IAP) unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), privatização da assistência médica e capitalização do setor saúde (1966) - Capitalização da medicina pela previdência social - Crise do sistema de saúde - Programas de Extensão de Cobertura (PEC) para populações rurais com menos de 20.000 habitantes - Crise na previdência social - Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS, 1977) - Centralização do sistema de saúde, fragmentação institucional, beneficiando o setor privado - INAMPS financia estados e municípios para expandir a cobertura 	<ul style="list-style-type: none"> - Predominância da morbidade moderna (p.ex., doenças crônicas degenerativas, acidentes de trabalho e de trânsito) - Persistência de endemias rurais com urbanização - Doenças infecciosas e parasitárias predominando nas regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste
Transição Democrática (1985-1988)	<ul style="list-style-type: none"> - Fim da recessão, reconhecimento da dívida social e planos de estabilização econômica 	<ul style="list-style-type: none"> - Início da “Nova República” (1985) - Saúde incluída na agenda política - 8°. Conferência Nacional de Saúde - Ampliação do Movimento de Reforma Sanitária - Assembleia Nacional Constituinte - Nova Constituição (1988) 	<ul style="list-style-type: none"> - INAMPS continua a financiar estados e municípios - Expansão das AIS - Sistema Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS (1987) - Contenção das políticas privatizantes - Novos canais de participação popular 	<ul style="list-style-type: none"> - Redução da mortalidade infantil e de doenças preveníveis por imunização - Persistência de doenças cardiovasculares e cânceres - Aumento nas mortes violentas e relacionadas à AIDS - Epidemia de Dengue

Fonte: PAIM *et alii*, 2011, p. 16-17

O tempo transcorrido entre as décadas de 1940 e 1950 mostrou o crescimento médio anual no período de 2,3% para a população geral e 3,2% para a população idosa. Em 1940, a esperança de vida ao nascer era de 41,5 anos de idade, passando para 67,7 em 1990, uma

média de mais de 5 anos por década. Os maiores índices aparecem na década de 1980, quando aumentou de 53,5 anos de idade em 1970 para 61,8 em 1980 (IBGE, 1995).

Este crescimento se deu basicamente pelo fim dos constantes períodos de guerras, peste, fome e evolução da medicina curativa e preventiva sobre doenças infecciosas e parasitárias, somadas à descoberta dos antibióticos, o que resultou no aumento da expectativa de vida, na queda da fecundidade e da mortalidade. O Brasil chegou ao final da década de 1980 com indicadores inquietantes com situações de desigualdades contrastantes. Na cidade de Manaus, a situação não foi diferente (GIATTI *et alii*, 2011).

Giatti *et alii*, relatam que:

Assim, se, por um lado, ocorre o envelhecimento da população, aumento da expectativa de vida, redução da mortalidade infantil e redução da mortalidade bruta sobre a população, prevalece ainda para Manaus uma situação em que indicadores de morbidade assinalam a persistência de doenças fortemente ligadas a riscos ambientais do âmbito do domicílio e da comunidade, ampliando a carga de doenças, sobretudo se considerarmos grupos de agravos importantes como das causas externas. Também é necessário salientar que na categorização de riscos ambientais, aqueles de ordem global como as consequências das mudanças climáticas, podem representar sérios riscos como de enchentes e inundações, deslizamentos de terra e epidemias, dadas as precariedades de moradia e ocupação de áreas irregulares na cidade de Manaus (GIATTI *et alii*, 2011, p.35).

As estatísticas gerais mostravam que a maior concentração de idosos encontrava-se em áreas urbanas. Isso é importante porque a ampliação desta população aumenta também sua razão de dependência, mesmo que estes idosos ainda sejam produtivos para o país; uma vez que muitos deles são portadores de múltiplos problemas de saúde crônicos e coexistente carecendo de formulação de políticas públicas sociais voltadas para essa faixa etária.

Morar na cidade pode significar que esses idosos tenham disponíveis espaços equipados de infraestrutura urbana e social, tais como unidades de atendimento em saúde, mas eles podem não ter a infraestrutura adequada para sua acessibilidade e mobilidade (calçadas, rampas, guias rebaixadas etc.) e nem estarem recebendo o atendimento adequado.

Considera-se de fundamental importância, a participação da sociedade, da população-alvo e das três esferas de governo, nas discussões e planejamentos de projetos para este segmento, observando os contextos dos municípios e estados de acordo com as demandas apresentadas pelos idosos, especialmente aqueles com mobilidade reduzida, que enfrentam inúmeros problemas relacionados a uma cidade com tão grande diversidade de problemas estruturais,

Dadas as suas peculiaridades de ser uma cidade na floresta de um país em desenvolvimento, a cidade de Manaus merece ser analisada de modo a atender suas peculiaridades e desigualdades, buscando-se assim compreender os impactos à saúde. Assim, chamamos atenção para as situações de vulnerabilidade [...], como no caso da distribuição espacial da pobreza, o precário saneamento, a proximidade com os igarapés poluídos, a periferia distante em contato com a floresta e a sobreposição com os riscos “modernos” como o crescimento da frota de veículos e a poluição atmosférica, as ilhas de calor urbano, os acidentes de trânsito etc. Recordamos, entretanto, que todos esses determinantes devem ser compreendidos em sua motricidade a partir de forças como as grandes mudanças nas dinâmicas socioeconômicas que incidem sobre Manaus oriundos de seus problemas socioambientais (GIATTI *et alii*, 2011, p.33).

Segundo Raul Borges Guimarães (2013), cada lugar é uma combinação desigual de tempos, em que podem encontrar meios diversificados e sobrepostos, em que interesses, disputas, conflitos e tensões são a base da vida social. Esta é a forma como o espaço é produzido e transformado.

Compreende-se que a dinâmica de formação de centros urbanos é complexa e apresenta uma necessidade de um contínuo processo de reorganização espacial com mudanças na qualidade de vida do indivíduo à equiparação de oportunidade, reforçando a acessibilidade como atributo da qualidade de vida, além da valorização do idoso possibilitando-lhe autonomia e bem estar.

Muitos problemas de saúde podem ser causados não somente pelo envelhecimento natural, mas também pela qualidade das relações sociais que se processam no meio. Assim, vale ressaltar o grande significado, para o idoso, das interações sociais e a possibilidade de participar como sujeito social nestas interações que permitirão uma melhora na sua qualidade de vida no que diz respeito à saúde física e mental.

Dessa forma, é possível compreender que as características da velhice afetam suas relações sociais que, por sua vez, afetam a saúde e a qualidade de vida do indivíduo que envelhece. Portanto, a organização dos espaços públicos é elemento de coesão territorial ao nível da mobilidade e acessibilidade, promovendo também coesão social. É neste contexto que as questões relacionadas à mobilidade e acessibilidade devem ser consideradas no planejamento da cidade (REIS, 2009).

Ao longo da história do envelhecimento, foram significativos os avanços na área de acessibilidade e mobilidade urbanas, principalmente no que diz respeito às leis que garantem o direito de ir e vir dos idosos no espaço urbano de circulação. Mas todas as proposições

feitas acima iniciaram com uma revolução no campo da previdência social, do sistema de saúde e do serviço assistencial, que puderam ser vislumbrados a partir da Constituição de 1988, o que será tratado no capítulo seguinte.

CAPÍTULO III

TRANSFORMAÇÕES URBANAS E POLÍTICAS PÚBLICAS PARA OS IDOSOS APÓS A CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988

“Se quisermos lançar novos alicerces para a vida urbana, cumpre-nos compreender a natureza histórica da cidade e distinguir, entre as suas funções originais, aquelas que dela emergiram e aquelas que podem ainda ser evocadas”

(Lewis Mumford).

3.1 Crescimento e desenvolvimento urbano da cidade de Manaus (AM)

A cidade de Manaus é a maior metrópole da Amazônia Ocidental, situada na região Norte do Brasil, no estado do Amazonas (Mapa 5), aos 03° 06' 07" de latitude sul e 60° 01' 30" de longitude oeste de frente para as confluências dos rios Negro e Solimões e a 3.490 km de Brasília. A superfície total do município é de 11.40692 Km² e sua densidade demográfica é de 158,06 hab/ Km², com um clima predominante equatorial, quente úmido, e vegetação densa (SEPLAN, 2013); ocupa o quarto fuso horário a oeste de GMT (*Greenwich Meridien Time*), correspondendo quatro horas a menos em relação à hora local de Londres e uma hora em atraso em relação as demais capitais brasileiras, com exceção do Acre, que está duas horas menos em relação à capital Brasília (IBGE, 2010).

Mapa 5: Localização do Município de Manaus, AM, 2011.

Fonte: RIBEIRO, 2011

Segundo o Censo de 2010 (IBGE, 2010), a cidade de Manaus possui 1.802.014 habitantes. Após a implantação do Polo Industrial de Manaus (PIM), a sua população aumentou consideravelmente, duplicando a cada dez anos.

Nos últimos anos, a cidade de Manaus (AM), passou a exercer força de atração sobre muitas pessoas, pela possibilidade de emprego e melhores condições de vida. O número de migrantes que se deslocaram para a cidade de Manaus, proveniente do interior do estado e de outros pontos do país (migração sentido rural-urbano e urbano-urbano) aumentou significativamente. A zona urbana municipal passou, e continua passando, por um processo de crescimento demográfico, com um grande contingente de pessoas que se dirige às zonas periféricas da cidade, ocupando as áreas de expansão urbana, de forma irregular, rápida e agressiva, gerando práticas ambientais predatórias. (NOGUEIRA, SANSON e PESSOA, 2007).

Assim, a cada censo demográfico, deparamo-nos com a multiplicação dos índices populacionais, que são incrementados continuamente pelos fluxos migratórios, que favorecem as transformações na configuração da cidade de Manaus, como observado na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição da População residente e domicílios 1980 – 2010 no município de Manaus, AM

População residente e domicílios 1980 – 2010				
	1980	1991	2000	2010
Domicílios	118.375	205.997	326.837	460.767
População	633.383	1.011.501	1.405.835	1.802.014

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Hoje é classificada como a mais populosa de toda a Amazônia ocidental. O município registrou em 2015 um total de 2.057.711 habitantes; de 2014 a 2015 houve aumento de 37.410 habitantes, representando 1,8% a mais que a última estimativa do IBGE. A estimativa para o ano de 2016 é de 2.094.391 habitantes. Essa massa populacional mais significativa concentra-se nas regiões norte e leste do município (IBGE, 2016).

A cidade Manauara divide-se em sete regiões administrativas (Mapa 6), sendo uma na área rural e seis na urbana (RIBEIRO, 2011). A lei n 1.401, de 14 de janeiro de 2010, Diário Oficial do município de Manaus nº 2.365, criou nova divisão dos bairros e, a partir dessa redefinição, a cidade passou a contar com 63 bairros e 255 sub-bairros.

Mapa 6: Divisão administrativa em zonas e bairros da cidade de Manaus, AM, 2009

Fonte: RIBEIRO, 2011

Em termos de crescimento do espaço urbano da cidade de Manaus, pode-se afirmar que as zonas Sul, Centro Sul e Centro Oeste estão consolidadas enquanto urbanas em toda sua extensão. A zona Leste, apesar de possuir uma imensa área ainda não ocupada, não dispõe mais de espaços, pois aproximadamente 45% do total dessa área pertence à Superintendência da Zona Franca de Manaus (SUFRAMA). A Zona Oeste, que possui a maior área ainda não ocupada, é hoje um dos espaços de maior especulação imobiliária para empreendimentos habitacionais de alto custo. É possível afirmar, portanto, que o crescimento do espaço urbano da cidade de Manaus se concentrará em direção a Zona Norte da cidade.

A Ponte Rio Negro permitiu uma maior integração entre os municípios de Iranduba, Manacapuru e Novo Airão, ligando os municípios à capital Manaus e permitindo uma maior mobilidade pendular. Em seu processo de produção espacial urbana ocupou a centralidade na formação do quadro regional em todo seu percurso histórico. Essa centralidade resultou da expansão da lógica capitalista que influenciou na expansão dos espaços urbanos da cidade de Manaus.

A cidade de Manaus tomou ares de grande cidade; nova paisagem se impõe aos que chegam ou passam; a estrutura urbana foi e é constantemente modificada, tornando-se quase impossível reconhecê-la em sua totalidade. Nas três últimas décadas, a cidade mudou suas feições com as construções de grandes edifícios e seus shopping centers, reconfigurando a dinâmica da vida e de sua paisagem.

Mas isso também tem escondido outra face da realidade urbana que é a desigualdade e a periferização, na tentativa de mascarar a pobreza e a miséria que se acentuam, enraizadas na estrutura social, econômica e política da cidade. Assim, com o aparecimento de edifícios e condomínios de alto padrão em zonas urbanizadas e o surgimento de uma classe média mais numerosa, percebe-se também um aumento significativo de loteamentos clandestinos, ocupações irregulares, conjuntos habitacionais precários, crescimento vertiginoso da violência urbana e sensação de insegurança, estrangulamento da malha viária, degradação ambiental em decorrência do aumento da produção de resíduos sólidos, e outros desequilíbrios (OLIVEIRA e SCHOR, 2008; ANDRADE, 2012).

Vale lembrar que, no Brasil, e em particular no estado do Amazonas, a década de 1990 presenciou profundas transformações com a implementação de uma política neoliberal que desencadeou uma enorme precarização do trabalho, desregulamentações dos direitos sociais, exclusão, empobrecimento e desigualdade social. Com a abertura do mercado e competitividade da indústria com o mercado internacional, o desemprego passou a ser visível.

De acordo com Silva (2010), em 1990, as empresas do Pólo Industrial de Manaus (PIM) abarcavam 76.798 mil operários, entretanto, até setembro de 1999 registravam-se 36.712 mil postos de trabalho, representando uma redução de 53%. A expansão do desemprego e a precarização do trabalho elevou a demanda por assistência social (ROLIM, 2015). Dessa forma, os problemas sociais foram sendo agravados com a falta de proteção aos trabalhadores, que passaram a buscar no mercado informal os meios necessários para a satisfação de suas necessidades básicas.

Ainda na década de 1990, nota-se o surgimento de uma classe média mais numerosa, o acirramento das desigualdades sociais, o crescimento vertiginoso da violência urbana, o estrangulamento da malha viária, a intensificação da sensação de insegurança, a degradação ambiental com o significativo crescimento da produção de resíduos sólidos, a elevação da temperatura, dentre outros desequilíbrios (OLIVEIRA, 2003; SEPLAN, 2013). E foi com essas características, na década de 1990, que a cidade de Manaus foi elevada à posição de metrópole da Amazônia Ocidental.

Em 2000, a população da cidade de Manaus já era oito vezes maior que em 1960 e a cidade passa a assumir a posição de cidade-estado com uma grande concentração de atividades econômicas. Segundo Scherer (2009), os indicadores sociais, no que diz respeito à renda familiar per capita, mostravam que a cidade de Manaus ocupava a 864ª posição entre os municípios brasileiros. Os 20% mais pobres apareciam com apenas 1,6% da renda produzida e os 20% mais ricos com 68%.

Ao longo dos anos de 2000 a 2010, as estatísticas mostram que os programas de transferência de renda mantidos pelos governos não tiveram grande significância na redução da miséria concentrada na periferia da cidade de Manaus. Nela pôde-se continuar percebendo a precarização da oferta de serviços públicos, a perda de direitos, os incentivos à adesão de planos de aposentadorias e serviços de saúde privados. As imagens das calçadas dos bairros da periferia da cidade de Manaus, além do centro da cidade, revelavam a proliferação das atividades informais, com vendedores ambulantes, barraqueiros e quituteiros disputando com as grandes lojas os clientes passantes (ANDRADE, 2012). Mesmo assim, a política de assistência social, empreendida pelos últimos governos, desempenhou papel importante para o enfrentamento da chamada questão social decorrente do capitalismo selvagem, amenizando seus impactos e assegurando, mesmo que de forma seletiva e precária, a inserção de pessoas que estão vivenciando situação de extrema pobreza (ROLIM, 2015).

No mais, a cidade manteve-se mostrando seus contrastes nos inúmeros carros luxuosos, importados versus os precários ônibus urbanos, superlotados com sua massa de trabalhadores, que dividem a estrangulada malha viária; dos grandes hotéis, shopping centers e lojas de importados versus seus guetos, casas de forró, pontos de prostituição, de ruas lamacentas, de palafitas e casebres (OLIVEIRA, 2003; DIAS, 2007; ANDRADE, 2012).

O Índice de Vulnerabilidade Social (IVS), construído a partir de indicadores do *Atlas do Desenvolvimento Humano* (ADH) no Brasil, procura destacar as diferentes situações indicativas de exclusão e vulnerabilidade social na região metropolitana de Manaus, onde a capital se destaca. O IVS é um índice que varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais próximo a 1, maior é a vulnerabilidade social de um município. Para os municípios que apresentam IVS entre 0 e 0,200, considera-se vulnerabilidade social *muito baixa*. IVS entre 0,201 e 0,300 indicam *baixa* vulnerabilidade social. IVS entre 0,301 e 0,400 são de *média* vulnerabilidade social, enquanto que índices de 0,401 e 0,500 são considerados de *alta* vulnerabilidade social. Qualquer valor entre 0,501 e 1 indica que o município possui *muito alta* vulnerabilidade social (IPEA, 2015).

Dessa forma, pode-se observar no Mapa 7 que o município de Manaus apresentou um IVS de muito alta vulnerabilidade social no que diz respeito à infraestrutura urbana.

Mapa 7: Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) relacionado à Infraestrutura Urbana da Região metropolitana de Manaus, AM, 2010

Fonte: IPEA, 2015

A expansão e o desenvolvimento rápido da cidade resultaram, proporcionalmente, em grandes problemas de infraestrutura urbana e sociais. Segundo Campos Filho (1999), a infraestrutura urbana compreende todos os serviços urbanos, que diretamente possibilitam uma qualidade de vida para a população que os usufrua, tais como: habitação, transporte urbano coletivo, segurança, educação, rede de água e esgoto, iluminação pública, energia elétrica, cultura, lazer, ruas em boas condições e saúde. Os equipamentos urbanos se encontram distribuídos de forma desigual entre as diferentes classes sociais. Cabe ao Estado, distribuí-los por meio de ações efetivas.

Com relação ao IVS relacionado à renda e trabalho na região metropolitana de Manaus, o Mapa 8 mostra que o município apresentou um IVS de muito alta vulnerabilidade social. Santos (1997, p.52) destaca que é preciso “dar a todos os homens o direito a um emprego e uma acessibilidade igual a todos os bens e serviços considerados essenciais”. Diante desses dados, nota-se que parte da população manauara convive com situações de pobreza e vulnerabilidades sociais.

Mapa 8: Índice de Vulnerabilidade Social (IVS) relacionado à renda e trabalho na Região metropolitana de Manaus, AM, 2010

Fonte: IPEA, 2015

No entanto, quando os dados se referem ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), a cidade de Manaus alcançou índice de 0,737, em 2010, o que situa esse município na faixa de Desenvolvimento Humano Alto (0,700 e 0,799), sendo que a variável

que mais contribui para o IDHM foi a Longevidade (0,826), a Renda (0,738) e a Educação (0,658), conforme apresentado na Tabela 3.

Tabela 3: Distribuição dos Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de Manaus, segundo seus componentes. Manaus, AM, 2010

IDHM e componentes	1991	2000	2010
IDHM Educação	0,307	0,443	0,658
% de 18 anos ou mais com ensino fundamental completo	43,64	51,75	67,93
% de 5 a 6 anos frequentando a escola	38,37	61,38	85,57
% de 11 a 13 anos frequentando os anos finais do ensino fundamental	34,57	50,03	83,69
% de 15 a 17 anos com ensino fundamental completo	17,28	31,71	51,23
% de 18 a 20 anos com ensino médio completo	12,49	20,33	38,76
IDHM Longevidade	0,681	0,727	0,826
Esperança de vida ao nascer (em anos)	65,87	68,60	74,54
IDHM Renda	0,676	0,674	0,738
Renda per capita (em R\$)	537,29	531,53	790,27

Fonte: PNUD, IPEA e FJP, 2015

Entre os anos de 2000 a 2010, o IDHM passou de 0,601 para 0,737, uma taxa de crescimento de 22,63%. A distância entre o IDHM da cidade de Manaus e o limite máximo do índice, foi reduzida em 65,91% entre 2000 e 2010 (PNUD/IPEA, 2015).

Com relação a renda *per capita* média, percebe-se que houve um crescimento de 47,08% nas últimas duas décadas, passando de R\$ 537,29, em 1991, para R\$ 531,53, em 2000, e para R\$ 790,27, em 2010. Isso equivale a uma taxa média anual de crescimento nesse período de 2,05%. Assim, a proporção de pessoas pobres com renda domiciliar *per capita* inferior a R\$ 140,00 (referência de agosto de 2010), passou de 28,63%, em 2000 para 12,90%, em 2010 (PNUD/IPEA, 2015).

No entanto, em 2014, a cidade de Manaus apareceu como a segunda pior dentre as 15 capitais do Brasil, no cálculo do Índice de Bem-estar Urbano (IBEU). A capital do estado do Amazonas apresentou resultados muito ruins no que diz respeito à infraestrutura urbana, condições ambientais, condições habitacionais, distribuição desigual de serviços e equipamentos públicos municipais (INCT, 2014). Enfrenta um intenso processo de precarização das condições de vida e de viver, com o crescente desemprego, informalidade,

violência, espaço da exclusão social, expondo muitas famílias às situações de risco e vulnerabilidade (ANDRADE, 2012).

Em 2016, a cidade passou a concentrar mais de 50% da população do estado; a maior parte dos estabelecimentos de saúde, em especial, os de especialidades e alta complexidade; 90% dos estabelecimentos de ensino superior e 80% das indústrias de diferentes segmentos. Isso faz entender os movimentos diários na esfera intra-urbana da capital que se tornou centro de atração populacional do estado. Tal força de atração tem contribuído para a multiplicação dos índices populacionais, aumentados ainda pelos fluxos migratórios, que contribuem para as transformações na configuração da cidade de Manaus e, conseqüentemente, aumentam a demanda por serviços, relacionadas à rede de infraestrutura urbana, a saber, transportes, comunicações, comércio e demais serviços, assim como a acessibilidade aos mesmos, trazendo grandes desafios para a problemática da mobilidade urbana.

É de se reconhecer que houve avanços importantes, mas ainda sem contemplar a maioria da população. Uma importante parte da população tem um rendimento baixíssimo, uma infraestrutura urbana insatisfatória, principalmente no que tange ao sistema de esgoto sanitário, além de péssimas condições de moradia (ANDRADE, 2012).

De modo geral, seria ingênuo não pensar que uma cidade, sendo hoje a sétima capital mais populosa do Brasil, que alcançou esse crescimento em tão pouco tempo, não apresentasse nesse processo tantos problemas sociais, como desemprego, violência, degradação e poluição ambiental, empobrecimento da população etc. Segundo Suzuki (2016), no contexto de reprodução das relações sociais onde vivem os homens simples, em que o Estado nega seus direitos fundamentais, como o da presença da Justiça, violências das mais avassaladoras podem se estabelecer nas contradições das construções inacabadas de atraso e modernidade. Assim como as grandes capitais brasileiras, a cidade de Manaus continuará seu processo de crescimento populacional, convivendo com mudanças na relação de dependência econômica de uma população de idosos com demandas muito específicas no que diz respeito às políticas sociais, o que discutiremos a seguir.

3.2 Envelhecimento populacional numa visão prospectiva

Nos últimos 50 anos, houve um grande crescimento mundial da população de idosos. Em 1950, havia cerca de 204 milhões de idosos no mundo e, após 48 anos, este número alcançava 579 milhões; um crescimento médio de quase oito milhões de pessoas idosas por

ano. Nas próximas décadas, a população mundial de idosos vai passar dos 841 milhões, contabilizados no ano de 2015, para 2 bilhões até o ano de 2050 (OMS, 2015).

Atualmente (2017), a maior proporção da população de idosos está concentrada no continente europeu. O contingente de idosos em 2025 vai representar 40% da população na Alemanha, do Japão e da Itália, este último, inclusive, o único país no mundo a ter mais pessoas acima de 65 anos do que menores de 15 anos. A estimativa é de que, até a primeira metade do século 21, outros países industrializados cheguem a esse patamar. Calcula-se que, em 2050, a expectativa de vida nos países desenvolvidos será de 87,5 anos para os homens e 92,5 para as mulheres. Já nos países em desenvolvimento será de 82 anos para homens e 86 para mulheres (IBGE, 2010).

No Brasil, a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), esse movimento de crescimento vem sendo contínuo e acompanha uma redução pequena e constante do número de jovens (PNAD, 2014).

Estima-se que em 40 anos, a população idosa brasileira irá triplicar, passando de 19,6 milhões (13,7% do total), em 2010, para 66,5 milhões em 2050 (29,3%). As estimativas mostram que, em 2030, ocorrerá a virada no perfil da população, momento no qual o número absoluto de brasileiros com 60 anos ou mais será superior ao de crianças e jovens com até 14 anos. Ou seja, passados mais 14 anos, os idosos alcançarão a marca de 41,5 milhões (18% da população) e as crianças e jovens com até 14 anos serão 39,2 milhões (17,6%), segundo estimativas do IBGE (SIMÕES, 2016).

Na cidade de Manaus, a população apresenta ainda um perfil bastante jovem, decorrente dos altos níveis de fecundidade de décadas recentes, porém observa-se também uma porcentagem bastante significativa de idosos com mais de 60 anos de idade no ano de 2010, no estado do Amazonas e no Brasil (Figura 14, Figura 15 e Tabela 4).

A população de idosos acima de 60 anos em 2010 estava composta de 46.880 homens e 61.201 mulheres, sendo em níveis percentagens de 2,6% masculino e 3,4 % feminino, totalizando 108.081 idosos, ou seja, 6% da população total de 1.802,014 na cidade de Manaus (IBGE, 2010).

Figura 14: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade. Manaus, AM, 2010

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Figura 15: Distribuição da população por sexo, segundo os grupos de idade do município de Manaus em comparação com o Amazonas e o Brasil, 2010

Fonte: IBGE, Censo Demográfico 2010

Tabela 4: Distribuição da população por sexo, segundo as faixas etárias de idosos na cidade de Manaus, no Estado do Amazonas e no Brasil, 2010

Idade	Manaus		Amazonas		Brasil	
	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres	Homens	Mulheres
60 a 64 anos	17.532	20.521	34.510	35.037	3.040.897	3.467.956
65 a 69 anos	11.484	14.158	25.717	26.005	2.223.953	2.616.639
70 a 74 anos	7.964	10.483	17.663	18.906	1.667.289	2.074.165
75 a 79 anos	4.894	7.254	11.747	12.939	1.090.455	1.472.860
80 a 84 anos	2.922	4.716	6.750	8.053	668.589	998.311
85 a 89 anos	1.371	2.502	3.335	4.494	310.739	508.702
90 a 94 anos	501	1.056	1.354	2.051	114.961	211.589
95 a 99 anos	151	400	426	823	31.528	66.804
Mais de 100 anos	61	111	149	266	7.245	16.987
Total	46.880	61.201	101.651	108.574	9.155.656	11.434.013

Fonte: IBGE: Censo Demográfico 2010;

Para Renato Veras (2003), as mulheres vivem mais que os homens pelas diferenças no consumo de álcool e tabaco, considerados fatores de risco para doenças cardiovasculares, uma vez que homens fumam e bebem mais que mulheres; exposição de risco, como acidentes de trânsito e homicídios, que são quatro vezes mais frequentes com homens; e diferença em relação ao uso de serviços de saúde, já que as mulheres fazem uso mais constante desses serviços.

O indicador utilizado para compor a dimensão Longevidade do Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM) é a esperança de vida ao nascer, que na cidade de Manaus cresceu 5,9 anos na última década, saindo de 68,6 anos, em 2000, para 74,5 anos, em 2010. Em 1991, alcançou o índice de 65,9 anos. No Brasil, a esperança de vida ao nascer foi de 73,9 anos, em 2010, de 68,6 anos, em 2000, e de 64,7 anos em 1991 (IPEA, 2015).

De modo geral, pode-se considerar que o processo de envelhecimento populacional resulta em uma maior proporção de idosos em relação ao conjunto da população, devido à redução da fecundidade da população, que torna os grupos etários mais jovens, menos representativos no cômputo geral da população. Além disso, o envelhecimento populacional também é decorrente do declínio das taxas de mortalidade, relacionado, principalmente, aos avanços na medicina e na saúde pública; à melhoria das condições de alimentação; ao maior

acesso aos serviços de saúde; à melhoria da renda; ao controle de doenças infecciosas; ao desenvolvimento tecnológico e terapêutico no tratamento de doenças, especialmente as crônicas

Com a mudança na pirâmide etária, percebe-se que os países desenvolvidos, principalmente os europeus, enriqueceram e depois envelheceram. Eles tiveram recursos e tempo para isso. No entanto, o Brasil está envelhecendo sem antes enriquecer. A França precisou de 115 anos para dobrar de 7% para 14% a proporção de seus idosos. Isso equivale a seis gerações. O Brasil vai fazer o mesmo em 19 anos, ou seja, em uma geração apenas (FELIX, 2009).

A mudança drástica na estrutura etária, em direção ao envelhecimento provoca mudanças na relação de dependência econômica do ciclo de vida, uma vez que esse grande contingente de pessoas, que não tem envelhecido de forma homogênea, emerge com demandas muito específicas para as políticas sociais. No entanto, existe uma necessidade premente de se fazer compreender as complexas mudanças que constituem e influenciam o processo de envelhecimento (Quadro 3).

Quadro 3: Modificações que constituem e influenciam o processo de envelhecimento

FISIOLÓGICAS	São associadas ao acúmulo de uma grande variedade de danos moleculares e celulares, reveladas por aparecimento de rugas, cabelos brancos, alterações das funções orgânicas;	(FREITAS et alii, 2006)
BIOQUÍMICAS	Estão diretamente ligadas às transformações das reações químicas que se processam no organismo	(CARVALHO FILHO e PAPALÉO NETTO, 2006)
PSICOLÓGICAS	Ocorrem quando, ao envelhecer, o ser humano precisa adaptar-se a cada situação nova do seu dia-a-dia.	(SILVA e ALVES, 2007)
RELAÇÕES SOCIAIS	Tornam-se alteradas em função da diminuição da produtividade e do poder aquisitivo econômico e físico.	(SANTOS, 2003).
ESPIRITUAIS	Evidenciam-se pela necessidade de aproximação com Deus	(DENDENA <i>et alii</i> , 2011);

A principal característica desses idosos ao envelhecer é o declínio, que se classifica em senescência e senilidade. Segundo Simões (1998), senescência é um fenômeno fisiológico,

arbitrariamente identificado pela idade cronológica, que pode ser considerada um envelhecimento sadio, em que o declínio físico e mental é lento, sendo compensado, de certa forma, pelo organismo. Com relação à senilidade, ela normalmente é caracterizada pelo declínio físico associado ao declínio cognitivo. Curiosamente, a senilidade não é exclusiva da idade avançada, mas pode ocorrer prematuramente, pois se identifica uma perda considerável do funcionamento físico e cognitivo, observável pelas alterações na coordenação motora, alta irritabilidade, além de uma significativa perda de memória.

A antiga maneira de pensar que a velhice é dominada pela doença nem sempre se mostra real, pois, apesar das perdas biológicas, econômicas, sociais e psicológicas, a manutenção das atividades e do engajamento social e familiar favorece o envelhecimento saudável. Portanto, envelhecer não significa viver doente ou dependente. O argumento preconceituoso do passado, que preconizava que, na velhice, todos deveriam se conformar com a deterioração da qualidade de vida e o mau funcionamento do organismo, hoje está absolutamente ultrapassado.

O maior desafio do indivíduo que envelhece é contribuir para que ele possa redescobrir possibilidades de viver sua vida com qualidade, apesar das limitações que venham a ocorrer. Essa possibilidade aumenta à medida que a sociedade consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas, pois parte das suas dificuldades está relacionada a uma cultura de séculos que as desvaloriza e limita.

No entanto, não se pode esquecer, também, que na realidade atual, numa sociedade de mercado, indivíduo e mercadoria se misturam no sistema: valores são atribuídos à mercadoria e àqueles que a consomem. Quanto mais consumir e quanto mais caros forem os objetos de consumo, mais subirá na escala de valores de mercado. Dessa forma, a propaganda que utiliza a imagem do idoso cria o corpo e a face da velhice, sem história e sem memória. As imagens do novo idoso, consumidor juvenilizado e feliz, povoam a publicidade (STEPANSKY, 2013).

Para Marielle Rodrigues Correa (2009), a face da velhice hoje, enquanto construção social, apresenta aspectos bem diferentes em relação àquela exibida no início do século XX. Surgiram novos sujeitos, novas materialidades, novos procedimentos para se referir à velhice e alusões a novas possibilidades de se vivê-la. Além disso, a autora destaca que:

Não somente as palavras, mas também os signos óticos, as imagens visuais, registram as mudanças da produção de sentido sobre a velhice. Ao olharmos fotografias antigas com idosos, identificamos alguns signos típicos da velhice de épocas passadas: senhores com ternos, chapéus e bengalas, e senhoras, com vestidos mais recatados e cabelos penteados. Se, antes, a valorização do homem velho era calcada no signo do recato, comedimento,

sobriedade, da sabedoria, da experiência de vida, hoje ela também passa pela possibilidade de ser uma fase de realizações, de atividade, de atualização, de acompanhamento das inovações e modismos, como se pode observar na iconografia expressa, por exemplo, nas novelas e anúncios comerciais dirigidos para esse segmento. Certamente, essa velhice se modificou, ou pelo menos se abriu um leque maior de modos de ser e de viver essa fase da vida (CORREA, 2009, p.28).

No mais, é preciso reconhecer que existem duas vertentes do envelhecimento acontecendo ao mesmo tempo: uma que ocorre como processo individual e natural de mudança progressiva, conduzindo a uma maior longevidade; e o envelhecimento como fenômeno coletivo, que se traduz no envelhecimento demográfico e que se define pelo aumento da proporção dos idosos numa determinada população (ALVES, 2013).

Para categorizar as pessoas na qualidade de idoso, ou de terceira idade, a OMS declarou 65 anos como o limite inicial da velhice para indivíduos de países desenvolvidos e 60 anos para os de países em desenvolvimento ou subdesenvolvidos, enquanto que, para a Organização das Nações Unidas (ONU), o marco dessa fronteira é os 60 anos. A OMS atualmente classifica a velhice em estágios: o idoso, dos 60 aos 74 anos; o ancião, entre 75 a 90 anos; e a velhice extrema, dos 90 anos em diante. Outra categorização feita pela idade classifica o idoso em: idoso jovem (60 a 69 anos), idoso velho (70 a 79 anos), idoso muito velho ou muito idoso (a partir de 80 anos).

No mundo desenvolvido, o tempo cronológico desempenha um papel essencial em que a idade de 60 ou 65 anos está legislada a ser a idade de reforma e ser assim o início da velhice. O conceito que podemos estabelecer acerca do envelhecimento é aquele que o considera como um processo inevitável e irreversível, que não acontece numa data predefinida, pelo contrário, é um acontecimento que decorre durante a vida toda do ser humano (MEDEIROS, 2003; FARINHA, 2013).

Vários são os conceitos de envelhecimento, porém nenhum deles pode definir o envelhecimento de maneira absoluta, justamente pelo fato de as pessoas serem diferentes e, consequentemente, a idade ser encarada de modo peculiar.

Segundo Corrêa (2009), a necessidade de se diferenciar e conceituar essa faixa etária durante todo este tempo e, especialmente no século XXI, fez a velhice ser redescoberta.

Não apenas o mercado descobre o potencial desse segmento, como também o estado de direito registra seu reconhecimento, mediante a criação de leis específicas. O estatuto do idoso, elaborado em 2003, ao estabelecer os direitos dessa população, evidencia, sobretudo o reconhecimento social desse segmento. A ciência, por meio da gerontologia e da geriatria, alavanca

pesquisas e cria especialidades médicas. Novos corredores de circulação são abertos à velhice, que é convidada a sair do confinamento do lar e mostrar sua face em bailes, clubes de convivência, projetos de Universidades Abertas à Terceira Idade (UNATIs), no comércio e no turismo. É certo que, ao lado dessas e outras tantas novas ofertas de espaços sociais, existe ainda uma velhice segregada pela sociedade. Nesse cenário, o abandono, o preconceito e a desvalorização ainda recaem sobre o idoso de forma violenta (CORRÊA, 2009, p.31).

É importante lembrar que esse envelhecimento da população ocorre num quadro de mudanças sociais aceleradas, cujas circunstâncias transformam, muitas vezes, a vida do idoso em sofrimento e privação. Assim, em muitas sociedades, envelhecer é um drama social, exceto se esse envelhecimento não se constitua um problema para a sociedade. De fato, ele não é um problema e sim uma das maiores conquistas da humanidade.

3.3 O Estado e as políticas públicas para os idosos

Segundo Debert (2004), a década de 1980 foi a da descoberta da velhice nas organizações privadas e na gestão pública brasileira. As políticas voltadas para a velhice começam a ter uma nova imagem do idoso e, assim, propor programas de promoção com ações preventivas que conduzissem para uma visão positiva do envelhecimento. Isso ocorreu após inúmeros discursos dos estudiosos do envelhecimento, enfatizando que o Estado, o sistema capitalista e a cultura brasileira eram os grandes responsáveis pela desvalorização do idoso, colocando-o numa posição indefinida na organização social, por ser considerado inativo economicamente, tornando-o um ônus para a sociedade.

A projeção para o período entre 1985 e 2005 era de um crescimento de 94% do número de idosos, que levou a questão do envelhecimento da população a ser tratado como problema para a administração pública, no que diz respeito, principalmente, à questão econômica e o peso que representaria aos cofres públicos (CORRÊA, 2009).

Mas a gestão da velhice não representa uma problemática específica da vida privada, familiar ou institucional do Brasil. Ela percorreu por discussões em diferentes sociedades ocidentais modernas. Ao adquirir visibilidade social, conseguiu legitimidade no âmbito das preocupações sociais e transformou-se em uma questão da esfera pública dessas sociedades (DEBERT, 2004).

No Brasil, o período que antecedeu a Constituição Federal de 1988 foi marcado por grandes discussões, em termos de direitos sociais, com a participação de aposentados

empenhados na luta por suas reivindicações, que lhes deu uma notória visibilidade social (CIELO e VAZ, 2009).

O Brasil tem uma legislação avançada para a garantia dos direitos daqueles que já passaram dos 60 anos. Estas legislações são vinculadas às políticas públicas que tentam garantir o acesso mínimo necessário para a sobrevivência e a manutenção das condições dignas de vida, por meio das Leis, Decretos e Resoluções, criadas ao longo dos anos. Em relação à pessoa idosa, podemos observar que no Brasil a legislação vem sendo revista para a garantia dos direitos daqueles que já possuem 60 anos de idade.

3.3.1 Constituição Federal e o idoso (1988)

Com a promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, em toda a nação, foi promovida a dignidade da pessoa humana e garantido o exercício da cidadania. O artigo 1º, inciso III, apresenta o fundamento dessa dignidade, coibindo as desigualdades sociais e eliminando quaisquer preconceitos ou discriminações. Isso significou conceder a todos, inclusive às pessoas idosas, direitos sociais à educação, à saúde, ao trabalho, ao lazer e à segurança.

A Constituição Federal de 1988 favoreceu significativos avanços na área da proteção social. No artigo 3º, por exemplo, estipula que um dos objetivos fundamentais da República é o de promover o bem de todos, sem preconceito ou discriminação em face da idade do cidadão. O texto afirma que a cidadania e a dignidade da pessoa humana são fundamentos do Estado Democrático de Direito.

A ideia da dignidade humana é universal e ao colocá-la no texto constitucional significa representá-la empiricamente. Nos países democráticos, a dignidade do cidadão é um dos mais importantes temas constitucionais, por estar contemplado na Declaração dos Direitos Humanos. Dessa forma, a Constituição brasileira procurou atentar a esses dispositivos específicos aos idosos (CIELO e VAZ, 2009).

Braga (2005), ao apresentar os direitos garantidos pela Constituição, no que se refere ao idoso destaca que:

- O direito à vida engloba o envelhecimento com dignidade, respeito, proteção e inserção social e não apenas o direito à envelhecer.

- O direito à cidadania deve possibilitar ao idoso conservar a capacidade de analisar, compreender, criticar e atuar sobre a realidade política e social.
- O direito à liberdade deve ser propiciado por providências reais por parte do Estado e da sociedade, principalmente a independência familiar e social, por meio de prestações previdenciárias e assistenciais eficazes.
- O direito à igualdade dos idosos deve ser resguardado nas mesmas condições das demais pessoas que vivem em sociedade.
- O direito ao trabalho necessita estender-se ao idoso de forma eficaz, haja vista ser uma garantia constitucional, para que ele possa prover seu sustendo.
- O direito à integridade física deve-se dar em todos os âmbitos, principalmente na conscientização da sociedade no que se refere às particularidades do processo de envelhecer e na educação social para o resgate das boas maneiras no trato com idosos.

Braga (2005, p.134) destaca ainda que "deve ser efetivamente assegurado a todo idoso, o direito de associação e convívio, garantindo a participação no processo de produção, re-elaboração e fruição dos bens culturais, educacionais e sociais".

O artigo 230, §1º, preceitua que a família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhe o direito à vida. E que os programas de amparo aos idosos serão executados preferencialmente em seus lares.

Cielo e Vaz (2009) destacam ainda pontos importantes da Constituição Federal, no que diz respeito à proteção ao idoso: no tocante à individualização da pena, o artigo 153, § 2º, I, diz que o mesmo deverá cumpri-la em estabelecimento penal distinto; os artigos 127 e 129 repassam ao Ministério Público a defesa dos direitos da sociedade, incluindo-se os idosos; o artigo 134, diz que, no campo individual, os idosos carentes devem contar com o apoio da Defensoria Pública.

Aos economicamente frágeis, o artigo 201, isenta-os do imposto sobre a renda e dá a ele direito ao seguro social, ou aposentadoria; os artigos 203 e 204, assegura a prestação de assistência social à velhice para aquele idoso que não integre o seguro social; dentre outras iniciativas, prevê ainda a garantia de um salário mínimo mensal ao idoso que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família (CIELO e VAZ, 2009).

Visto que muito idosos em épocas passadas não puderam ou não tiveram acesso à educação, a Constituição vigente também prevê o direito à ela. No artigo 205, consta que a educação é direito de todos e dever do Estado e da família; O artigo 208, inciso I, cita que o ensino fundamental é obrigatório e gratuito, estando assegurado sua oferta para todos os que a ele não tiveram acesso na idade própria. Desta forma, Ramos destaca que:

O Estado tem o dever de promover a integração social dos idosos analfabetos mediante o desenvolvimento de um conjunto de ações voltado a inserir os idosos no contexto social a partir de sua integração ao sistema educacional, não se justificando iniciativa contrária, com base no argumento de que, em razão de essas pessoas já terem atingido idade elevada, dispensarem educação, sob pena de omissão inconstitucional (RAMOS, 2003, p.2200).

Assim, a Constituição Federal brasileira de 1988, tornou-se um marco importante, com certo grau de evolução social, ao fazer com que a rede de proteção social ao idoso alterasse o seu enfoque assistencialista para uma de direito de cidadania.

A Constituição Federal de 1988 trouxe em seu texto, expressamente, direitos e garantias fundamentais, mas, apesar disso, há a necessidade de vontade política para o implemento das políticas públicas para a proteção do ser humano. Alexandre de Moraes (2007, p. 805) acrescenta que:

Mais do que reconhecimento formal é obrigação do Estado para com os cidadãos da terceira idade, que contribuíram para seu crescimento e desenvolvimento, o absoluto respeito aos direitos humanos fundamentais dos idosos, tanto em seu aspecto individual como comunitário, espiritual e social, relaciona-se diretamente com a previsão constitucional de consagração da dignidade da pessoa humana.

Afinal, não basta possuir a legislação, é preciso verificar o seu cumprimento. Da mesma forma, o Estado tem o dever de adotar uma postura ativa para concretizá-la. Mas não é apenas na Constituição que os idosos possuem normas que lhes garantam alguma proteção e direitos, pois, em quase todos os campos de normatização do Direito, existe alguma regra dedicada a eles.

3.3.2 Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS – Lei 8.742/93

A Assistência Social, com a Constituição Federal de 1988, ganhou nova institucionalidade, que a fez pautar-se no modelo da cidadania ampliada e a funcionar como garantia de política pública de direitos sociais básicos, direcionado especialmente a grupos vulneráveis, como crianças, idosos, portadores de deficiência, famílias e pessoas e vulnerabilidade socioeconômica.

A criação e implementação da LOAS permitiu uma distinção entre o “assistencialismo” e a “assistência”. Segundo Oliveira e Pinto (2005, p.54):

O primeiro é visto como uma postura tutelar do trabalhador social para com o usuário das políticas sociais, de forma a subalternizá-lo. A assistência, por sua vez, é a compreensão total de que o bem ou o serviço repassado ou executado é um direito, e não uma benesse. O assistencialismo encara estes direitos inerentes à cidadania como favores.

A superação do enfoque assistencialista faz perceber o assistencial como um direito que se constitui no acesso dos menos favorecidos a bens e serviços que de outra forma lhes seriam negados. Esta visão é a compreensão do direito, que encerra em seu interior a possibilidade de conquistas e lutas por parte da população usuária. Neste processo é que se vai constituindo a cidadania possível, ou melhor, a cidadania conquistada (OLIVEIRA E PINTO, 2005).

No que diz respeito ao idoso, Pereira–Pereira (2002) destaca que, em todas as unidades federadas do Brasil, a política pública de Assistência Social constitui área estratégica de importante cobertura, englobando: 1) No âmbito federal: transferência contínua de renda a idosos impossibilitados de prover sua manutenção ou de tê-la provida por sua família; e proteção social básica e especial à pessoa idosa. 2) No âmbito estadual, municipal e no Distrito Federal: ações desenvolvidas pelos governos, em parceria ou não com o governo federal ou instituições privadas, com celebração de convênios para prestação de serviços; distribuição de benefícios; criação e regulamentação de atendimentos asilares para idosos; realização de programas culturais e educativos; isenções fiscais de entidades particulares.

Os estados, os municípios e o Distrito Federal têm autonomia para definirem e colocarem em prática ações que julgarem procedentes, porém, em nível federal existem

benefícios importantes de abrangência nacional, dos quais destacam-se (PEREIRA–PEREIRA, 2002):

- **Benefício de Prestação Continuada:** trata-se de benefício não contributivo, previsto na Constituição Federal vigente, regulamentado pela LOAS e endossado, com alterações, pelo Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003). Nela, aos idosos, a partir de 65 anos - e não de 67 como prevê a LOAS - que não possuam meios para prover sua subsistência e nem de tê-la provida por sua família, é assegurado um provento mensal de um salário mínimo (art.33). O benefício concedido a qualquer membro da família não será computado para fins de cálculo da renda familiar definidora da linha de pobreza, tal como indicado na LOAS. Porém, ele não é vitalício, podendo ser suspenso caso as condições que lhe deram motivo forem superadas.
- **Proteção social básica e especial à pessoa idosa:** é concedido apoio financeiro federal a serviços, programas e projetos executados por governos Estaduais, Municipais, Federal e entidades sociais, com vista ao atendimento de pessoas idosas pobres, a partir dos 60 anos de idade. Sua finalidade é contribuir para a promoção da autonomia do idoso, sua integração na sociedade e fortalecimento dos vínculos familiares.
- **Programa de Atenção Integral à Família (PAIF):** realizado nos Municípios, em unidades locais de Assistência Social, chamadas de Casa das Famílias, com vistas ao acolhimento, convivência, socialização e estímulo à participação social das família e seus membros.

3.3.3 Política Nacional do Idoso (PNI)

A Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, integra o Programa Nacional de Direitos Humanos, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI), cria o Conselho Nacional do Idoso (pessoas maiores de 60 anos de idade), e dá outras providências. A PNI foi regulamentada pelo Decreto 1.948/96, definindo programas e serviços a serem oferecidos ao segmento idoso, bem como distinguindo as competências a serem articuladas, compartilhadas e integralizadas pelas três esferas de governo.

Segundo Lisboa (2011), a cidade de Manaus consta entre os municípios pioneiros da região norte na elaboração de sua Política Municipal de Idosos, baseado na PNI, que tem por

objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação na sociedade e de se integrar às demais gerações; o idoso tem o direito de participar, por meio de organizações que o representem, da formulação, implantação e avaliação das políticas, programas e projetos; deve ser priorizado o atendimento ao idoso dentro de suas próprias famílias, em detrimento do atendimento em asilo; deve ser dada prioridade aos idosos no acesso a serviços de órgãos públicos e privados; o Estado deve trabalhar para capacitar pessoas nas áreas de geriatria (medicina voltada para o idoso) e gerontologia (especialização de profissionais no atendimento à população idosa) (BRASIL, 2004b).

Os princípios, expostos acima, permitem dizer que a lei atende à atualização da concepção de Assistência Social como política de direito, da mesma forma como garantido na LOAS, o que implica na garantia de uma renda, de vínculos relacionais e de pertencimento à sociedade. Assegura ainda proteção social mínima, visando a participação, a emancipação, a cidadania e um novo conceito social para a velhice.

A LOAS dispõe sobre os princípios, diretrizes, organização, ações governamentais e disposições gerais que deverão orientar a PNI. A lei parte do princípio de que o envelhecimento diz respeito à sociedade em geral e, assim, fortalece a importância de garantir direitos de cidadania ao idoso, protegendo-o contra a discriminação. A inovadora lei trata da proteção integral desse público de modo a proporcionar saúde e bem-estar no processo de envelhecimento e construir uma rede de proteção social que contemple todas as esferas da vida dos idosos. Esta Lei foi regulamentada em 03 de julho de 1996, pelo Decreto Lei nº 1.948.

A PNI traz em seu artigo 10 as competências dos órgãos e entidades públicos em diversas áreas, como a da assistência social, reforçando as políticas sociais de parcerias público/privadas, ao enfatizar que, na área da promoção e assistência social, cabe a prestação e desenvolvimento de ações voltadas para o atendimento das necessidades básicas do idoso, por meio da participação das famílias, da sociedade e de entidades governamentais e não governamentais. Reafirma direitos garantidos constitucionalmente e aponta “a participação da sociedade civil como espaço de efetivação de serviços e proteção social ao idoso, em especial, a modalidade não mercantil, como a família” (TEIXEIRA, 2008, p. 279).

A participação da cidade de Manaus nas Comissões articuladoras para a regulamentação da PNI Lei nº. 8.842/94, através do Decreto nº. 1.948/96, contou com a participação de profissionais e idosos assistidos pela extinta Legião Brasileira de Assistência

(LBA). Esta comissão trouxe de imediato um documento referência para elaboração da política Estadual e Municipal, visando à municipalização (LISBOA, 2011).

Lisboa (2011, p.77) afirma que:

Assim como no cenário nacional, Manaus passou a priorizar a população idosa ativa, que assumirá o discurso do envelhecimento saudável e buscará no ativismo cultural e esportivo a garantia de qualidade aos dias prolongados de vida. Ocorre que, o processo de envelhecimento na região norte-nordeste é totalmente diferenciado à realidade sul-sudeste. As condições de vida e de trabalho, a exposição diária ao sol, as alimentações inadequadas, devido aos hábitos e costumes, contribuem para um envelhecimento precoce. Como agravante desta realidade, destaca-se que o trabalhador envelhecido no contexto urbano, distanciou-se de suas origens e vínculos familiares.

Embora possua algumas ambiguidades, a PNI é um valioso instrumento para a efetivação dos direitos dos idosos, porém necessita da luta e mobilização contínua das organizações.

3.3.4 Estatuto do Idoso

O Estatuto do Idoso, após tramitar por sete anos no Congresso Nacional, foi aprovado por meio da Lei n. 10.741, de 2/10/2003, garantindo direitos às pessoas com mais de 60 anos no Brasil. Nos seus 118 artigos, traz consigo uma legislação capaz de realizar profundas mudanças sociais, econômicas, culturais e políticas às pessoas idosas no Brasil. Nele, percebe-se o predomínio de importantes direitos sociais à população idosa, voltadas à saúde, previdência e assistência social, renda mínima, educação, trabalho e moradia (BRASIL, 2003).

Segundo Mayo (2013), o Estatuto do Idoso foi um importante marco jurídico e político e mostrou ser uma lei amplamente protetiva, inovadora, ousada e avançada que:

Assegurou, com 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, dentre outros. Ao lado da garantia de direitos, ordenou todo um sistema protetivo de resguardar estes direitos, com o devido acesso à justiça, e à prevenção de crimes que procuram evitar que a pessoa idosa seja objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão (MAYO, 2013, p.38).

Portanto, ele veio afirmar o compromisso institucional com a construção e a garantia da cidadania do idoso. Mais ainda, veio estabelecer recursos para informar e educar,

observando os aspectos biopsicossociais do envelhecimento, dando ênfase ao resgate de valores e mudança de comportamento em relação à identidade social dos idosos numa sociedade que se caracteriza como jovem.

Quanto ao acesso à Justiça, Stepansky (2013, p.59) afirma que:

O Estatuto do Idoso define prioridade de atendimento para a pessoa idosa, o que esbarra nas práticas do Sistema Judiciário, que condena os idosos e demais cidadãos à mesma morosidade. Reconhecendo a importância dos meios de comunicação na construção do imaginário social, o Estatuto qualifica como crime, exibir, ou veicular, informações ou imagens depreciativas ou injuriosas à pessoa do idoso. As identidades sociais são criadas e recriadas pelas imagens produzidas e divulgadas pela mídia: a figura do idoso é, frequentemente, associada ao arcaico, à resistência às inovações tecnológicas, é folclorizado, como uma figura fora do cenário atual, localizada no passado, sem lugar na vida produtiva e na vida social. As mudanças nas imagens do idoso imprimem mudanças nas identidades sociais dos idosos.

Com relação à saúde, o artigo 15 estabelece o acesso universal do idoso à saúde plena, garantida pelo Sistema Único de Saúde, mediante prevenção, promoção, proteção e recuperação da saúde; destaca que os planos de saúde não poderão utilizar de tarifas diferenciados em razão da idade; idosos internados terão direito a acompanhantes em tempo integral, podendo o idoso optar pelo tratamento mais favorável; ao Estado cabe o fornecimento de medicação gratuita, especialmente as de uso continuado pelo idoso, assim o fornecimento de próteses, órteses e outros recursos necessários ao tratamento, habilitação ou reabilitação; os idosos têm prioridade ao atendimento; o Estado tem obrigação de treinar e capacitar os profissionais da saúde para tratarem com este segmento da população (BRASIL, 2003).

Com relação à moradia, o artigo 37 declara que o idoso tem direito à moradia digna junto à sua família natural ou substituta ou mesmo estando desacompanhado de seus familiares ou em instituição pública ou privada. Na assistência em instituições de longa permanência, deve-se de manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades dos idosos, provendo-os de alimentação e higiene, sob as penas da lei (BRASIL, 2003).

No artigo 38, dá-se prioridade aos idosos na aquisição da casa própria, destinando-se aos idosos 3% das unidades residenciais, dentro dos programas habitacionais, com critérios de financiamento da casa própria compatíveis com os rendimentos de aposentados ou pensionistas. O Estatuto também prevê a implantação de equipamentos urbanos e

comunitários para esta parcela da população, com eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas (BRASIL, 2003).

No artigo 10, é assegurado ao idoso o direito à liberdade. Segundo o § 1º do artigo, o direito à liberdade compreende os seguintes aspectos:

Faculdade de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas as restrições legais; opinião e expressão; crença e culto religioso; prática de esportes e de diversões; participação na vida familiar e comunitária; participação na vida política, na forma da lei; faculdade de buscar refúgio, auxílio e orientação” (BRASIL, 2003. Art.10, §1).

Importante considerar que o direito à liberdade da pessoa idosa deve ser compreendido de forma ampla, não se limitando somente às dimensões desse dispositivo legal.

3.3.5 Demais políticas públicas federais, estaduais e municipais de importância na atenção ao idoso

Tendo em vista as grandes desigualdades sociais e econômicas ainda presentes na realidade brasileira, inúmeras Leis, Decretos e Portarias foram criadas e implementadas nos últimos anos no país, para a garantia de qualidade no envelhecimento e dos direitos fundamentais da pessoa idosa. Além da publicação de tais documentos, outros eventos de grande importância influenciaram as políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. Dentre elas destaca-se:

1994 - Lei n. 8926 criada em 9 de agosto de 1994, dispõe sobre recomendações dos usos de medicamentos, tornando obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, das advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos (BRASIL, 1994).

1999 - Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153, de 7 de abril de 1999 - Programa Nacional de Cuidadores de Idosos, institui o programa, coordenado por Comissão Interministerial, constituída por representantes da Secretaria de Estado de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência e da Secretaria de Políticas de Saúde do Ministério da Saúde, levando em consideração o aumento da população idosa brasileira; a necessidade de criar alternativas para a melhoria da qualidade de vida dos idosos; a diretriz para atendimento ao idoso e a sua família; com o objetivo de reduzir a institucionalização; e

levando em consideração a necessidade de capacitar recursos humanos no cuidado do idoso (BRASIL, 1999a).

1999 - Portaria MS/GM 1.395/1999, de 10 de dezembro de 1999 – Política Nacional da Saúde do Idoso, teve por finalidade assegurar aos idosos sua permanência no meio em que vivem, desempenhando suas atividades de modo independente, a partir do estabelecimento de diretrizes que norteiem a definição dos programas, planos, projetos na atenção às pessoas em processo de envelhecimento e idosos. Suas diretrizes são essencialmente: promoção do envelhecimento saudável, prevenção de doenças, manutenção da capacidade funcional, assistência às necessidades de saúde, à reabilitação da capacidade funcional comprometida, capacitação de recursos humanos, apoio ao desenvolvimento de cuidados informais, e apoio aos estudos e pesquisas. (BRASIL, 1999b).

2000 - Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000 - Promoção da acessibilidade, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências. Define em seu texto os requisitos mínimos de acessibilidade que abrangem desde as vias públicas, parques, espaços livres, estacionamentos, reformas e construção de edificações de uso coletivo e privado, conforme os padrões testados e aprovados pela ABNT (BRASIL, 2000).

2001 - Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001 - Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Essa portaria integra a regulamentação da Política Nacional do Idoso e propõe novas modalidades de atenção ao idoso, que poderão ser adequadas à realidade de cada município, entendendo que é fundamental a participação do idoso, da família, da sociedade, dos fóruns e dos conselhos nas formas de organização dos serviços de atenção ao idoso, a saber: família natural; família acolhedora; residência temporária; centro dia; centro de convivência; casa lar; república; atendimento integral institucional; assistência domiciliar/atendimento domiciliar (BRASIL, 2001).

2002 - Portaria MS/GM nº 16, de 8 de janeiro de 2002 - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Tem como objetivo primordial traçar diretrizes e metas no SUS para a atenção aos que convivem com esses agravos, mediante a reestruturação e a ampliação do atendimento da Hipertensão Arterial e Diabetes mellitus, na prevenção primária, na ampliação do diagnóstico precoce e na vinculação dos pacientes à rede básica de saúde (BRASIL, 2002a).

2002 - Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002 - Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Essas redes são integradas por hospitais gerais e centros de referência em assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2002b).

2002 - Portaria MS/GM nº 703, de 16 de abril de 2002 - Programas Nacionais para doenças específicas aos portadores da doença de Alzheimer. Define que o Programa será desenvolvido de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, distrito federal e municípios em cooperação com as redes estaduais de assistência e centros de referência em assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2002c).

2002 - Portaria MS/SAS nº 470, de 24 de julho de 2002 - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Osteoporose. Contém o conceito geral da doença, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão/exclusão de pacientes ao tratamento proposto pelo protocolo, esquemas terapêuticos e mecanismos de acompanhamento e avaliação do tratamento da osteoporose. Tem caráter nacional, portanto destinado ao uso pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios (BRASIL, 2002d).

2002 - Plano Internacional do Envelhecimento – Realizada em Madri a II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento, com objetivo de servir de orientação às medidas normativas sobre o envelhecimento no século XXI, fundamentado em três princípios: 1) participação ativa dos idosos na sociedade, no desenvolvimento, na força de trabalho e na erradicação da pobreza; 2) promoção da saúde e bem-estar na velhice; e 3) criação de um ambiente propício e favorável ao envelhecimento (ONU, 2003).

2003 - Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento da América Latina e Caribe – Realizada no Chile, com objetivo de propor estratégias de implantação das metas e objetivos acordados no Plano Internacional do Envelhecimento, em Madri. Foi recomendado que os países propiciassem condições favoráveis ao envelhecimento individual e coletivo com segurança e dignidade, de acordo com suas realidades nacionais. Na área da saúde, a proposta foi melhorar o acesso aos serviços de saúde integrais e adequados à necessidade do idoso, com objetivo de melhorar a qualidade de vida com manutenção da funcionalidade e da autonomia (OPAS, 2005).

2004 - Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004 - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI). Este é um órgão colegiado de caráter deliberativo,

integrante da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República, que tem por finalidade elaborar as diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional do Idoso, observadas as linhas de ação e as diretrizes conforme dispõe o Estatuto do Idoso, bem como acompanhar e avaliar a sua execução (BRASIL, 2004b).

2004 - Decreto n. 5.296 de 02 de dezembro de 2004 – Prioridade de atendimento aos idosos. Regulamenta as leis n. 10.048, de 08 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimentos às pessoas que especifica; e a lei n. 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida e dá outras providências (BRASIL, 2004c).

2005 - Plano de Ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa - Lançado no Brasil pela Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. O Plano visa estabelecer as estratégias de ação, tendo em vista o resultado do planejamento, organização, coordenação, controle, acompanhamento e avaliação de todas as etapas da execução das ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa. O documento propôs estratégias e ações a serem adotadas pelos países membros para a prevenção e intervenção nas diversas manifestações da violência contra a pessoa idosa. No documento são expressas as competências e ações dos Ministérios e a co-responsabilização dos estados e municípios no desenvolvimento de ações para o enfrentamento da violência a pessoa idosa no território nacional (BRASIL, 2005b).

2006 - I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa - Foi antecedida de Conferências Estaduais nas 27 unidades da Federação. Propôs estabelecer prioridades a médio e longo prazo em investimentos em políticas públicas que possibilitem assegurar os direitos fundamentais da população idosa. Aprovadas diversas deliberações, divididas em eixos temáticos, que visou garantir e ampliar os direitos da pessoa idosa e construir a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (BRASIL, 2006a).

2006 - Portaria MS/GM nº399 de fevereiro de 2006 - Pacto pela Saúde. Conjunto de reformas institucionais pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) do Sistema Único de Saúde, com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão. Sua implementação se dá por meio da adesão de Municípios, Estados e União ao Termo de Compromisso de Gestão (TCG), que, renovado anualmente, substitui os anteriores processos de habilitação, além de estabelecer metas e compromissos para cada ente da federação. 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 (BRASIL, 2006b).

2006 - Portaria MS/GM nº 648 de 29 de março de 2006 – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa de Saúde da Família (PSF) e para o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). A nova política aponta para a redefinição dos “princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infraestrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família”. A saúde do idoso é uma das áreas definidas como estratégicas para a operacionalização da Atenção Básica no que se refere à atuação em todo o território nacional (BRASIL, 2006c).

2006 - Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006 – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Direciona medidas coletivas e individuais de saúde para população idosa em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, a fim de promover a recuperação, a autonomia e a independência dos idosos (BRASIL, 2006d).

2006 - Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006 – Dia Nacional do Idoso. Institui o dia 1º de outubro como o Dia Nacional do Idoso. Também determina que os órgãos públicos responsáveis pela coordenação e implementação da Política Nacional do Idoso fiquem incumbidos de promover a realização e divulgação de eventos que valorizem a pessoa do idoso na sociedade. Nesse sentido, fica o desafio de mudar a concepção negativa de velhice, presente na sociedade brasileira, somado ao desafio de enfrentar e combater as desigualdades, que trazem implicações à vida e ao envelhecimento da população (BRASIL, 2006e).

2007 - Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 – Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social- BPC. Regulamenta o Benefício à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. O BPC, no valor de um salário mínimo mensal, é garantido à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família e que cumpram as condições determinadas no Decreto (BRASIL, 2007a).

2007 - Portaria MS/GM nº 3.213, de 21 de dezembro de 2007 – Institui Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa (BRASIL, 2007b).

2008 - Portaria MS/GM nº 221, de 18 de abril de 2008 – Publica a Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Ao mesmo tempo, define que a Lista será utilizada como instrumento de avaliação da atenção primária e/ou da utilização da atenção hospitalar, podendo ser aplicada para avaliar o desempenho do sistema de saúde. Na lista constam doenças comuns em idosos, tais como: pneumonia, hipertensão, diabetes e outras (BRASIL, 2008).

2009 - Portaria MS/GM nº 1.820, de 14 de agosto de 2009 – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Traz informações sobre os direitos e deveres dos usuários dos sistemas de saúde público ou privado, constituindo, assim, a Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde (BRASIL, 2009a).

2009 - Portaria MS/GM nº 2.669, de 6 de novembro de 2009 – Pacto pela Saúde. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011 (BRASIL, 2009b).

2009 - Portaria MS/GM nº 1.944, de 28 de agosto de 2009 – Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Um dos principais objetivos desta política é promover ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos, de forma a possibilitar o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Básica e com as estratégias de humanização em saúde, e em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, fortalecendo ações e serviços em redes e cuidados da saúde (BRASIL, 2009c).

2010 - Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010 – Fundo Nacional do Idoso. Institui o Fundo Nacional do Idoso. Destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade. Além disso, autoriza as pessoas físicas e jurídicas a deduzirem do imposto de renda devido as doações efetuadas aos fundos municipais, estaduais e nacional do idoso (BRASIL, 2010a).

2010 - Portaria MS/GM nº 228, de 11 de maio de 2010 – Protocolo Clínico Nacional e Diretrizes para Doenças Específicas para o Tratamento da Doença de Parkinson. O Protocolo contém o conceito geral da doença, os critérios de inclusão/exclusão de pacientes no tratamento, critérios de diagnóstico, e mecanismos de regulação, controle e avaliação do tratamento. Ele é de caráter nacional, e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios, na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASI, 2010b).

2010 - Portaria MS/GM nº 491, de 24 de setembro de 2010 – Protocolo Clínico Nacional e Diretrizes para Doenças Específicas para o Tratamento da Doença de Alzheimer. Contém o conceito geral da Doença de Alzheimer, critérios de diagnóstico, critérios de inclusão e de exclusão, tratamento e mecanismos de regulação, controle e avaliação. É de caráter nacional e deve ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos Estados e dos Municípios na regulação do acesso assistencial, autorização, registro e ressarcimento dos procedimentos correspondentes (BRASIL, 2010c).

2010 - Portaria MS/GM nº 3.318, de 28 de outubro de 2010 – Programa Nacional de Imunização - PNI. Institui, em todo o território nacional, os calendários de Vacinação da Criança, do Adolescente, do Adulto e do Idoso, integrantes do PNI, visando ao controle, à eliminação e à erradicação das doenças imunopreveníveis. O PNI inclui nas ações de prevenção das doenças evitáveis por imunização na população acima de 60 anos as vacinas preconizadas pela Oms: antipneumocócica e antigripal. A vacina contra influenza ou gripe é oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso. A vacina contra pneumococo é aplicada, durante a Campanha Nacional de Vacinação do Idoso, nos indivíduos que convivem em instituições fechadas, tais como, casas geriátricas, hospitais, asilos, casas de repouso, com apenas um reforço cinco anos após a dose inicial (BRASIL, 2010d).

2011 - Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011 – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Plano Viver sem Limites). Este Plano tem a finalidade de promover, por meio da integração e articulação de políticas, programas e ações, o exercício pleno e equitativo dos direitos das pessoas com deficiência, nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo (Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009). O Plano considera pessoas com deficiência aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2011).

2013 - Decreto 8.114, 30 de setembro de 2013 – Estabelece o Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo e institui Comissão Interministerial para monitorar e avaliar ações em seu âmbito e promover a articulação de órgãos e entidades públicos envolvidos em sua implementação (BRASIL, 2013).

2014 – Lei nº 13.063 de 30 de dezembro de 2014. Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, para isentar o aposentado por invalidez e o pensionista inválido beneficiários do Regime Geral da Previdência Social - RGPS de se submeterem a exame médico-pericial após completarem 60 (sessenta) anos de idade (BRASIL, 2014).

2015 - Projeto Lei do Senado nº 20/2015. Altera as Leis nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), nº 8.069/1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente) e nº 11.340/2006 (Lei Maria da Penha), para aprimorar os mecanismos de proteção às pessoas em condições especiais de vulnerabilidade, como idosos, crianças e adolescentes, e mulheres em situação de violência doméstica. Estabelece providências de aplicação imediata pelo delegado de polícia (BRASIL, 2015a).

2016 - Projeto Lei do Senado nº 11/2016. Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara e dá outras providências (BRASIL, 2016a).

No Amazonas, as seguintes Leis cabem destaques (BRASIL, 2016b):

- ✚ Lei nº 2.689, de 18 de outubro DE 2001. Institui o programa de valorização do idoso.
- ✚ Lei nº 2.877, de 30 de março de 2004. Institui a Semana Estadual do Idoso, a realizar-se anualmente na última semana de setembro.
- ✚ Lei nº 2.887, de 04 de maio de 2004. Dispõe sobre a Política Estadual do Idoso e dá outras providências.
- ✚ Constituição do Estado do Amazonas. Emenda Constitucional nº 65, de 18 de dezembro de 2008. Dispõe sobre a isenção do pagamento de tarifas nos transportes coletivos, fluviais e terrestres: às pessoas portadoras de deficiência com reconhecida impossibilidade de locomoção; e aos idosos maiores de sessenta anos.
- ✚ Projeto de Lei nº 158/2015 – Estabelece o direito a cadastramento anual na previdência do Estado em domicílio para segurados com dificuldade de locomoção
- ✚ Projeto de Lei nº 204/2015 – Estabelece política de proteção ao idoso no âmbito do Estado do Amazonas.

- ✚ Projeto de Lei nº 83/2016 – Estabelece normas para o exercício da atividade profissional de Cuidador de Idosos no âmbito do Estado do Amazonas.
- ✚ Projeto de Lei nº 120/2016 – Cria o Programa Educativo de Prevenção de Quedas Acidentais, em especial para Terceira Idade.
- ✚ Projeto de Lei nº 144/2016 – Dispõe sobre a criação do Programa Hospital para Idosos no Estado do Amazonas.
- ✚ Projeto de Lei nº 175/2016 – Dispõe sobre a criação da Carteira de Informação do Paciente Diabético onde constarão detalhes de sua patologia, medicações utilizadas e recomendações para o tratamento de urgência e emergência.

A capital Manaus também aderiu à política de assistência social ao idoso promulgando as seguintes Leis (LEIS MUNICIPAIS, 2016):

- ✚ Lei nº 620, de 25 de outubro de 2001. Modifica a Lei nº 487 de 01.09.89 e dá outras providências, tais como: ficam obrigados os supermercados de grande porte, os shopping centers e empreendimentos de diversões públicas a manterem à disposição de seus clientes portadores de deficiência ou dificuldades de locomoção, cadeiras de roda motorizadas com cesto de compras; o número de cadeiras a que se refere o caput do presente artigo deverá ser de, no mínimo, 05 (cinco). As cadeiras de rodas deverão ser colocadas a disposição do público, nas proximidades de estacionamento de veículos, na entrada dos estabelecimentos ou instituições e em áreas internas de circulação. Os estabelecimentos devem afixar cartazes nos locais adequados e de fácil visualização para o público, contendo informações a respeito da obrigatoriedade do oferecimento gratuito do uso de cadeiras de rodas, bem como o número do telefone dos órgãos fiscalizados para a apresentação de reclamações e denúncias dos usuários.
- ✚ Lei nº 661, de 10 de julho de 2002. Assegura direito à prioridade de atendimento em hospitais e postos de saúde (exceto emergências), sediados na cidade de Manaus, às pessoas idosas e aos portadores de deficiência física, sensorial e mental.
- ✚ Lei nº 138, de 17 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a criação do Programa Permanente de Capacitação e Treinamento para motoristas, cobradores e fiscais de empresas de transporte coletivo urbano, direcionado ao atendimento a idosos, gestantes e deficientes e dá outras providências.

- ✚ Lei nº 145, de 17 de dezembro de 2004. Dispõe sobre a obrigatoriedade de as agências bancárias, no âmbito do município de Manaus, abrirem mais cedo para atender a pensionistas públicos, especialmente idosos e deficientes.
- ✚ Lei nº 806, de 08 de novembro de 2004. Torna obrigatória a hospitais da rede pública e privada a fixação de aviso esclarecendo aos idosos o direito de terem um acompanhante em caso de internação.
- ✚ Lei nº 807, de 08 de novembro de 2004. Institui a publicação de informativos de divulgação dos direitos e garantias preceituados no Estatuto do Idoso, nos órgãos, repartições, hospitais e transportes públicos.
- ✚ Lei nº 895, de 03 de novembro de 2005. Dispõe sobre a obrigatoriedade de os *Shopping Centers* e similares, disponibilizarem cadeiras de rodas a deficientes físicos e idosos e dá outras providências.
- ✚ Lei nº 900, de 23 de novembro de 2005. Determina a fixação de aviso nas bilheterias de estabelecimentos que promovam eventos artísticos, culturais, esportivos e de lazer, esclarecendo sobre os direitos garantidos pelo artigo 23 do Estatuto do Idoso e dá outras providências.
- ✚ Lei nº 980, de 29 de maio de 2006. Dispõe sobre a reserva de habitações populares a idosos carentes.
- ✚ Lei nº 1441, de 09 de abril de 2010. Institui, no âmbito do Município de Manaus, o Programa "Minha Casa, Minha Vida" - PMCMV, vinculado ao Programa Federal "Minha casa, Minha Vida", criado pela Lei Federal nº 11.977, de 7 de julho de 2009. Essa Lei tem como um de seus objetivos criar políticas habitacionais para os idosos, portadores de necessidades especiais (PNE) e servidores públicos municipais.
- ✚ Lei nº 1405, de 18 de janeiro de 2010. Dispõe sobre a reserva de vantagem em apartamentos térreos para idosos e pessoas com deficiência física nos conjuntos populares e dá outras providências.
- ✚ Lei nº 2075/2015. Institui o Plano de Mobilidade Urbana de Manaus e as Diretrizes da Política de Mobilidade Urbana de Manaus.
- ✚ Lei nº 1515, de 06 de outubro de 2010. Dispõe sobre a criação do Fundo Municipal de Direitos do Idoso.

- ✚ Decreto nº 3210, de 12 de novembro de 2015. Regulamenta a Gestão e a Operacionalização do Fundo Municipal de Direitos do Idoso.
- ✚ Lei nº 2.094, de 22 de janeiro de 2016, que torna preferencial todos os assentos de ônibus do transporte público na cidade de Manaus aos passageiros com prioridades.

A regulamentação dessas leis representa o passo decisivo para a cidadania além de efetivar oportunidades não só de idosos, mas de crianças, jovens e adultos com deficiência ou mobilidade reduzida, fazendo com que a escola, a saúde, o trabalho, o lazer, o turismo e o acesso à cultura sejam elementos presentes na vida destas pessoas.

De maneira geral, são inúmeros estudos que apontam a população idosa como uma das mais passíveis de sofrer exclusão social e pobreza e cabe ao Estado Social, ou o Estado-Providência, zelar pelos mais vulneráveis dividindo esse ônus com a família que, tradicionalmente, sempre assumiu essa responsabilidade (ALVES, 2013).

Boaventura Sousa Santos definiu o Estado Social como:

A forma política dominante nos países centrais na fase de “capitalismo organizado”, constituindo, por isso, parte integrante do modo de regulação fordista. Baseia-se em quatro elementos estruturais: um pacto entre o capital e o trabalho sob a égide do Estado, com o objetivo fundamental de compatibilizar capitalismo e democracia; uma relação constante, mesmo que tensa, entre acumulação e legitimação; um elevado nível de despesas em investimentos e consumos sociais; e uma estrutura administrativa consciente de que os direitos sociais são direitos dos cidadãos e não produtos da benevolência estatal (SANTOS, 1993, p.43-44).

Se todas essas leis fossem cumpridas no Brasil pelas instâncias de responsabilidade, a vida seria muito mais digna para as atuais e futuras gerações de idosos, lembrando que hoje o país encontra-se em ascensão em número de idosos que buscam ter seus direitos de cidadania e necessitam ter seus programas, projetos e ações integrados e contemplados no orçamento público. A responsabilidade frente à problemática social está sendo revisitada constantemente desde a sua estrutura organizacional, gestão, financiamento, legislação etc., porém, seguem adaptando-se a contextos político-ideológicos que nem sempre são favoráveis aos grupos vulneráveis.

Dentre os avanços na atuação do Estado, na cidade de Manaus, destacam-se importantes investimentos na área de atenção ao idoso: construção dos Centros de Convivência de Idosos e da Família, Centro de Atenção Integral à Melhor Idade – CAIMI, Centro Integrado de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – CIPDPI, Delegacia do Idoso e Universidade aberta à Terceira Idade – UNATI/UEA e seus respectivos núcleos municipais, e

o fortalecimento do segmento por intermédio da Frente Parlamentar de proteção e defesa da pessoa idosa e do deficiente (LISBOA, 2011).

O que é preciso, além de criar essas leis, é efetivar a implementação, fiscalização e a aplicação das mesmas, impondo sanções pelo descumprimento das determinações legais.

3.4 Envelhecimento populacional na estrutura urbana

No Brasil, a expansão e as grandes transformações das cidades influenciaram de maneira significativa a qualidade de vida da população idosa, principalmente no que diz respeito aos aspectos de mobilidade e acessibilidade urbanas. E o processo de organização dessa cidade se dá em função das necessidades de uma parcela dessa população que é adaptada à circulação de bens e serviços fundamentais (SEPLAN, 2013).

Sílvia Lourenço Alves (2013, p.41-42) destaca as vantagens de se envelhecer no meio rural ou em meio urbano:

Se o meio urbano oferece, para alguns, um melhor nível educacional e uma situação financeira mais confortável, sem que viver na cidade seja, obrigatoriamente sinônimo de abundância econômica, na cidade, pode-se ter acesso, facilitado a bens e serviços (saúde, cultura, lazer). Por outro lado, o meio rural pode proporcionar uma maior autonomia e uma rede social mais densa e eficaz. No entanto, se esse meio for desprovido de assistência e cuidado de saúde direcionados para os mais idosos, certamente que a autonomia, a qualidade de vida e o bem-estar do idoso serão reduzidos. (...) Envelhecer num meio rural pode proporcionar aos idosos uma atitude e uma postura menos negativa face ao envelhecimento, mesmo que existam situações de carência econômica/material. Ainda subsistem relações de vizinhança e estarão mais por perto familiares e amigos, o que pode colmatar a carência, pelo que, em regra, os idosos que vivem nos meios rurais são menos dependentes, mais ativos e o seu suporte social é maior.

Paúl *et alii* (2005), em seu estudo acerca da população idosa que vive em meio rural e urbano, chegaram à conclusão que os idosos rurais levam uma vida mais ativa e possuem maior autonomia, porque mantêm um ritmo de trabalho diário. No entanto, envelhecer em meio rural nem sempre é vantagem, principalmente em pequenas localidades que apresentam sinais de isolamento uma vez que os mais jovens saem em busca de melhores condições de vida em direção às cidades mais urbanizadas e os idosos ficam convivendo com um sentimento de fim de vida (FONSECA *et alii*, 2005).

Os estudos de Sequeira e Silva (2002) concluem que o envelhecimento no meio rural tem inúmeras vantagens quando comparadas ao meio urbano, destacando que, as mudanças ocorridas no meio físico são graduais, não exigindo do idoso uma adaptação radical; o ritmo é menos acelerado; a população não tem grandes oscilações, mantendo-se estável; há, de certa forma, uma conservação dos laços afetivos, que funciona como um suporte emocional, físico e psicológico para o idoso; quando as capacidades funcionais do idoso diminuem, ele pode sentir-se vinculado e identificado com o contexto, que lhe confere um sentimento de identidade. Porém, sabe-se que as pessoas idosas das zonas rurais dos países desenvolvidos e de economias em transição, como o Brasil, costumam precisar de serviços básicos, pois são insuficientes os recursos econômicos e comunitários de que dispõem.

O *Plano de ação internacional sobre o envelhecimento*, da ONU, publicado em 2003 (p.39), também faz referência às diferenças entre envelhecer no meio rural e urbano:

Em geral, o meio urbano é menos favorável que o meio rural por não 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 frequência 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.

Nesse sentido, é necessário refletir sobre as demandas dessa população urbana, reforçando o pensamento de que a qualidade de vida dos indivíduos depende também do meio no qual ele vive e se desloca.

Fonseca (2005) explica que, para os idosos, a vida nas cidades sustenta-se num escasso suporte social, e, na existência dele, apresentam-se frágil e sem visibilidade social, podendo submeter os idosos a casos de desprezo e marginalização, uma vez que novas necessidades são geradas pela pessoa idosa, como de autonomia, mobilidade, acesso à informação, segurança, saúde preventiva, lazer e outras. A fim de atender a essas novas expectativas foram estruturados, nos últimos trinta anos, instrumentos legais que garantem proteção social e ampliação de direitos às pessoas idosas (BRASIL, 2015b).

Mas, embora haja inúmeras leis, estatutos e pactos firmados com esse segmento da sociedade brasileira, o Estado ainda mantém seu papel conservador, desenvolvimentista e

financiador da economia voltada para atender aos interesses do capital nacional e internacional, abrindo mão de efetivar uma política pública inclusiva para esta população que já produziu para o país. Como nos diz Harvey (2014), a cidade capitalista global, sustentada pelos fortes pilares do livre mercado, transformou-se em um bem de consumo, e seus habitantes, inclusive os idosos, vivem dependendo de sua capacidade de consumir o que a cidade lhes oferece.

Assim, os países tem cada vez mais a necessidade de se adaptem às estruturas da sociedade, pois, segundo Sílvia Lourenço Alves (2013, p. 35-36):

(...) não importa, apenas, que as pessoas vivam mais tempo, é vital que os idosos se sintam parte de uma sociedade que os acolhe, que os inclui, e que toma medidas para que envelheçam de uma forma digna e com qualidade de vida. Para tal é importante fomentar a ideia de envelhecimento ativo, da interação com o lazer e a cultura, e é vulgar encontrarmos idosos que se adaptam de uma forma muito fácil às novas tecnologias de informação e comunicação (TIC). Estas, podem ser fundamentais para evitar o isolamento dos idosos, e podem funcionar como uma janela para o mundo e uma porta de entrada para o relacionamento familiar, apesar da distância que os separa. Um idoso ativo, dinâmico, é um idoso que não é um “fardo” para a família, tanto os mais jovens como a sociedade em geral, têm muito a aprender com os conhecimentos que os mais velhos possam transmitir.

A estrutura urbana atual não contempla o princípio básico de que a cidade deve ser de todos e para todos e que, portanto, a qualidade de vida de todos os indivíduos, e neste caso dos idosos, inclui o direito à participação nas atividades econômicas, sociais, políticas e culturais da cidade. Quanto ao capital, ele atua para construir um ambiente urbano a favor de sua reprodução e acumulação em detrimento do bem-estar do trabalhador ou do cidadão.

Não se pode mais ignorar que o envelhecimento populacional interfere na economia do país; modifica a cadeia das várias relações políticas e sociais, desafiando governo, sociedade e famílias a encontrar soluções para equacionar estas questões, as quais aparecem no âmbito privado (familiar) e coletivo (políticas públicas de seguridade social, urbanas, de trabalho, de sustentabilidade do meio, de mobilidade e acessibilidade urbana, de ações intergeracionais e pluriculturais) (BRASIL, 2015b)

Não se pode mais ignorar que o aumento do número de idosos nos grandes centros urbanos é real, contínuo e irreversível. Isto implica em necessidades distintas de cuidados para essa camada da população. Não se pode mais ignorar a luta travada pela ciência na busca incessante pelo aumento da longevidade e a contradição, na prática, de que esta ampliação se dá apenas para aumentar o tempo de sofrimento com os problemas crônicos de saúde e da exclusão econômica e social.

Na realidade atual do Brasil, a cidade é um espaço fragmentado e fragilizado, em que a sociedade se sujeita e se adapta à reprodução das relações de produção, que a todo custo o poder normatizou e hierarquizou na tentativa de produzir um espaço homogêneo aparente e fictício (RIBEIRO, 2011). Dessa forma, quando o espaço é transformando em mercadoria, o mercado impõe cada vez mais limites às condições e possibilidades de seu uso. O espaço urbano passa a possuir valor de troca o que faz com que sua apropriação se dê nos marcos da propriedade privada e do mercado.

Na condição de trabalhador, o idoso se obriga a adaptar-se a esse ambiente (re)construído. Frequentemente ele compartilha o espaço público para trabalhar ou para atender a essa nova exigência do Estado, cada vez mais propício a punir quem envelhece, tentando protelar sua aposentadoria formal, estendendo para além do viável sua vida laboral ou obrigando-o a reinventar-se como nova força de trabalho após o marco cronológico dos 60 anos, comparando o idoso brasileiro ao idoso europeu em condições de vida completamente distintas (VÉRAS e FELIX, 2016). Em outras palavras, Vêras e Felix (2016, p.452) concluem que "o desmonte do bem-estar social faz desaparecer aquela seguridade coletiva do passado e alcança um último estágio ao negar-lhe o direito à cidade".

No caso da cidade de Manaus, pode-se observar o impacto do neoliberalismo nessa primeira década do século XXI, com o aumento das desigualdades sociais, apesar de existirem algumas ferramentas de proteção social.

Oliveira e Schor (2008) em um artigo intitulado "*Das cidades da natureza a natureza das cidades*", descrevem que as ações postas para as pessoas devem contribuir para superar a visão funcional reduzida caricaturalmente que predomina sobre a região. Tais ações deveriam buscar as condições da urbanidade, o que significa reinventar os espaços coletivos como signo da nova cidade, não só como funcionalidade da produção e da circulação, mas como lugar das pessoas. É preciso criar espaços para vida em toda sua dimensão, isso passa pelo resgate da cidadania, que exige uma vida decente e pressupõe o acesso às condições dignas de vivência. As ações deveriam ser na proporção inversa de sua dimensão, ou seja, nas pequenas ações voltadas para os mais vulneráveis.

Assim como muitas capitais brasileiras, a desigualdade urbana na cidade de Manaus continua sendo resistente e crescente. Acompanham tais contrastes, a proliferação de moradias precárias; as ocupações desiguais e sem infraestrutura; a autosegregação das elites que habitam os condomínios fechados ou os bairros com melhores condições urbanas; o espraiamento da pobreza para zonas periféricas, especialmente para as zonas Leste e Norte da

cidade, associadas às deficiências de serviços básicos (água, luz, esgoto, asfalto etc.) e equipamentos, em combinação perversa à não propriedade do solo, cor/etnia e tantos outros fatores ligados à má distribuição de renda. Tudo isso somado às outras demandas, não menos importantes, que dizem respeito às questões culturais, valores, hábitos, costumes e significados de todo um fazer humano com suas expressões individuais e distinções sociais.

José Aldemir de Oliveira (2003, p.30) afirma que “ao longo do processo de desenvolvimento urbano, algumas formas se transformam e/ou são transformadas ou desaparecem, passando a ter novos conteúdos, que podem perder ou não algumas características pretéritas”. No caso da cidade de Manaus, as “formas pretéritas” que retomam seus períodos históricos (sobretudo dos séculos XVIII e XIX) adaptaram-se e criaram novas formas de relações nos períodos sucessivos. As estruturas e as dimensões espaciais na Amazônia, no início do século XXI, são compartilhadas de modo diferente do que eram no século passado. Novos movimentos sociais, empresas, forças armadas, Organização não governamental, mídia e os sujeitos produzem espacialidades diversas e articulam estruturas preexistentes quase sempre locais (OLIVEIRA e SCHOR, 2008).

Pode-se dizer, assim, que essa Manaus contemporânea não apenas reflete as desigualdades geradas em várias esferas, mas que ela mesma é produtora de desigualdades. Nesse sentido, Milton Santos (1987) diz que o direito à cidade e ao lugar como espaço identitário é o que possibilitaria ao indivíduo ser mais ou menos cidadão e lhe permitiria o acesso a direitos e à participação política.

Os corpos e os passos das pessoas idosas já se tornam naturalmente mais limitados fisicamente, no entanto, suas ações são ainda mais limitadas pelas desigualdades e pelas restrições que são impostas. Seu direito à cidade é ínfimo ou inexistente. Para elas, a cidade acaba por não se realizar por completo em suas vidas, na medida em que seu uso é limitado e cheio de restrições concretas e simbólicas.

Considera-se que todos os indivíduos deveriam utilizar os espaços e equipamentos com igualdade e independência na medida de suas possibilidades. Em situação mais específica, destaca-se aqui os serviços de saúde, que muitas das vezes se tornam inacessíveis ao idoso pelo fato de apresentar restrições físicas para seu uso. Em determinadas situações são os espaços que se apresentam cheio de obstáculos dificultando ou impedindo o acesso. Os capítulos a seguir, tratarão deste tema, avaliando as dificuldades advindas da condição física do idoso e das dificuldades oriundas do espaço físico no uso dos serviços gerontológicos de saúde, mais especificamente, dos CAIMIs.

CAPÍTULO IV

IDOSOS, ACESSIBILIDADE E MOBILIDADE NOS CAIMIS EM MANAUS (AM)

*“O tempo é muito lento para os que esperam,
muito rápido para os que têm medo,
muito longo para os que lamentam,
muito curto para os que festejam.*

Mas, para os que amam, o tempo é uma eternidade.”

William Shakespeare

4.1 Mobilidade e acessibilidade urbana e a inclusão do idoso

4.1.1 Conceitos de mobilidade, acessibilidade, espaço público e espaço urbano

Diz-se que, viver a cidade estando de fato nela, construindo e ampliando seus usos, desnaturalizando as forças que promovem a distinção territorial, ampliando a co-existência e a política, identificando os vínculos entre as representações sobre as pessoas, sobre o espaço e sobre as práticas que promovem os arranjos espaciais da cidade é condição *sine qua non* para a ação (CASSAB, 2010).

A população idosa, no Brasil, cresce em um espaço urbano complexo e com dificuldades de acesso aos serviços de que necessita. Neste contexto, os idosos precisam se adaptar à realidade urbana que apresenta como principais problemas: poluição do ar, poluição sonora, violência e falta de infraestrutura adequada às suas necessidades.

Ao se elaborarem políticas públicas de uso do solo e ações no espaço urbano, deve-se atentar para os conceitos de mobilidade e acessibilidade já que ao mesmo tempo em que aparecem como distintos em termos de definições, na prática os dois caminham juntos.

Mobilidade urbana pode ser compreendida como a facilidade, ocorrência e possibilidade de deslocamentos diários de pessoas e bens dentro de um espaço urbano. Em sua abordagem convencional, a mobilidade sempre foi tratada por meio de uma abordagem quantitativa, significando o número de deslocamentos ou viagens que acontecem nas cidades, que tem como referência um local de origem e outro de destino. No entanto, a atual situação urbana ajudou a compor um conceito mais complexo que capta a mobilidade como um fenômeno multifacetado, com dimensões diferenciadas, em nível social, econômico e político, e as especificidades de sua inserção nas diversas esferas que o urbano oferece.

A Política Nacional da Mobilidade Urbana Sustentável, desenvolvida pelo Ministério das Cidades (BRASIL, 2004a), por sua vez, define mobilidade urbana também como atributo associado às pessoas e aos bens, estando relacionada às necessidades de deslocamentos no espaço urbano, de acordo com as atividades nele desenvolvidas.

Na geografia urbana, costuma-se analisar e interpretar os deslocamentos das pessoas nas cidades em termos de conceitos que articula um esquema de três elementos, que são

analisados de acordo com as peculiaridades de cada espaço urbano. Segundo Raia Junior (2000) são eles:

- **Mobilidade urbana**, que são as massas populacionais e seus movimentos;
- **A rede**, representada pela infraestrutura, que canaliza os deslocamentos no espaço e no tempo;
- **E os fluxos**, que são as macro decisões ou condicionantes que orientam o processo no espaço.

Inúmeros fatores podem induzir, restringir ou condicionar a mobilidade dos indivíduos, no entanto, é importante observar as necessidades específicas de cada um de acordo com o sexo, idade e habilidade motora, considerando-se que a adaptação do ambiente não é simplesmente uma técnica, mas um processo diretamente relacionado com a adaptação de determinada população. Esses fatores podem ser relacionados com a infraestrutura urbana (disponibilidade e possibilidade de acesso ao sistema viário, de transportes etc.) e medidas de regulação por parte do órgão gestor como restrições de horários, locais, veículos, entre outros. (MINORA, 2008; MONTEIRO, 2015).

Outro conceito importante é o de acessibilidade. O Ministério das Cidades, no 2º caderno intitulado *Construindo uma Cidade Acessível* (BRASIL, 2007a), define a acessibilidade como a capacidade do indivíduo de: movimentar, locomover e atingir um destino almejado, dentro de suas capacidades individuais, isto é, realizar qualquer movimentação ou deslocamento por seus próprios meios, com total autonomia e em condições seguras, mesmo que para isso precise de aparelhos específicos. Nesse sentido, a acessibilidade é, antes de tudo, uma medida de inclusão social.

A Lei nº 10.098/00 define acessibilidade como a “possibilidade e condição de alcance para utilização, com segurança e autonomia, dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos transportes e dos sistemas e meios de comunicação por pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida” (artigo 2º, inciso I).

Ao analisarmos o conceito de acessibilidade, percebemos que ele desenvolve tal conceito pela ideia de complementaridade entre as características da oferta e da população. Segundo Frenk (1985), a acessibilidade é a relação entre um conjunto de obstáculos (de ordem ecológica, financeira e organizacional) para procurar e obter cuidados (resistência) e as correspondentes capacidades da população para superar tais obstáculos (poder de utilização).

A “resistência” inclui aqueles impedimentos que não se referem à mera disponibilidade de serviços.

Dischinger e Bins Ely (2006) conceituam acessibilidade como a possibilidade de compreensão da função, da organização e das relações espaciais que o ambiente estabelece e a participação das atividades que ali ocorrem, fazendo uso dos equipamentos disponíveis com segurança e autonomia.

Pode-se encontrar o conceito de acessibilidade na NBR 9050/2004 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que conceitua a acessibilidade como a possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para a utilização com segurança e autonomia de edificações, espaço, mobiliário urbano e equipamentos (ABNT, 2004).

Há ainda que se considerar as proposituras de Dischinger e Bins Ely (2006), que consideram a acessibilidade espacial bem mais do que apenas poder chegar ou entrar num lugar desejado. Segundo os autores, é necessário que a pessoa possa situar-se e orientar-se no espaço e que, além disso, compreenda o que acontece, para que possa encontrar os diversos lugares e ambientes com suas diferentes atividades, sem precisar fazer perguntas.

Donabedian (2003) distingue duas dimensões da acessibilidade que se inter-relacionam: 1) a sociorganizacional, que inclui todas as características da oferta de serviços, exceto os aspectos geográficos, que obstruem ou aumentam a capacidade das pessoas no uso de serviços, como exemplo as políticas formais ou informais que selecionam os pacientes em função de sua condição social, econômica ou diagnóstica; 2) a geográfica, relacionada à fricção do espaço que pode ser medida pela distância, percurso, tempo de locomoção, custo da viagem entre outros.

Para que os espaços sejam acessíveis, deve-se considerar os componentes da acessibilidade, conforme apresentado no Quadro 4:

A acessibilidade é a garantia de usufruto dos espaços de uma cidade, seja na comunidade ou domicílio. O objetivo da acessibilidade é proporcionar à população geral um ganho de autonomia e mobilidade, principalmente àquelas pessoas que possam usufruir dos espaços e das relações com mais segurança, confiança e comodidade (ALMEIDA PRADO, 2003).

Quadro 4: Componentes da acessibilidade

Orientação	Deslocamento	Uso	Comunicação
Está relacionada com a compreensão dos ambientes, permitindo que um indivíduo possa situar-se e deslocar-se a partir das informações postas no ambiente, sejam elas visuais, sonoras, arquitetônicas, entre outras. Por exemplo, quando não se consegue identificar todo um ambiente a partir de seus diferentes pontos, a presença de mapas e placas informativas contribuem com a orientação do usuário.	Corresponde às condições de movimento e livre fluxo que devem ser garantidas pelas características das áreas de circulações, tanto no sentido vertical como no horizontal. A implantação de pisos regulares e antiderrapantes, a presença de corrimãos e patamares em escadas e rampas, presença de faixa de mobiliário fora das áreas de circulação.	Está relacionado com a participação em atividades e utilização dos equipamentos, mobiliários e objetos dos ambientes, sendo garantido a partir de características ergonômicas adequadas aos usuários e de uma configuração espacial que permita ao usuário sua aproximação e presença.	Corresponde à facilidade de interação entre os usuários com o ambiente, podendo ser garantido a partir de configurações espaciais de mobiliários de estar ou de tecnologias assistivas, como terminais de informação computadorizados, para o caso de pessoas com problemas auditivos e de produção linguística.

Fonte: Dischinger e Bins Ely (2006).

Pereira (2006) lembra que nem sempre a mobilidade possibilita a acessibilidade, pois esta não significa simplesmente movimentar-se, mas chegar aos destinos desejados com eficiência. Muitos leigos consideram locais acessíveis aqueles em que uma pessoa que utiliza cadeira de rodas possa entrar e circular, mas se esquecem de que, além da deficiência físico-motora, existem outras deficiências tais como: as visuais, auditivas, cognitivas, intelectual, mental e outras, as quais exigem diferentes adequações espaciais. Igualmente não levam em consideração, que não só as pessoas com deficiência podem sofrer restrições no desempenho de atividades, no acesso e na mobilidade, mas também os idosos, gestantes, crianças, obesos, entre outros, devido às barreiras presentes nos ambientes.

Considera-se que, a todos os indivíduos, deveria garantir-se o direitos de se deslocar ou se movimentar com facilidade e sem impedimentos. Além disso, um lugar acessível deveria permitir, da maneira como está construído e das características de seu mobiliário, que todos pudessem participar das atividades existentes e que utilizem os espaços e equipamentos com igualdade e independência na medida de suas possibilidades.

O artigo 5º da Constituição da República Federativa do Brasil, de 05 de outubro de 1988, estabelece o que se convencionou chamar de direito de ir e vir de todos os cidadãos brasileiros. Ou seja, qualquer pessoa, livre ou não de deficiência ou mobilidade reduzida, deve ter o direito de poder chegar facilmente a qualquer espaço público.

Segundo Gomes (2006) e Gomes Neto (2009), a ideia de espaço público nasce na Grécia antiga durante o governo de Clístenes, que tem no seu embrião uma concepção de cidadania, sendo assim, desde o seu nascimento, podemos vislumbrá-lo como um espaço segmentado, pois, neste período da história, o termo cidadão era aplicado a algumas porções da sociedade grega, ou seja, a uma elite, portanto, o estatuto do espaço público tem no seu embrião uma forma territorial que excluía e segregava.

No sentido de estabelecer ponte para aproximar o conceito geográfico de espaço, espaço público e espaço urbano, será utilizado o conceito de Serpa (2007, p.9), que descreve o espaço público como:

[...] espaço da ação política ou, ao menos, da possibilidade da ação política na contemporaneidade. Ele é analisado sob a perspectiva crítica de sua incorporação como mercadoria para consumo de poucos, dentro da lógica da produção e reprodução do sistema capitalista na escala mundial.

Com relação ao espaço urbano, Carlos (2008) o descreve como a base material, o meio, o lugar onde se dão as realizações da sociedade humana e que, no momento histórico, se constitui articulado ao processo de reprodução das relações sociais globalizadas. Assim, nesse lugar, nesse meio, o local se articula com o mundial e produz transformações na sociedade urbana. Essas transformações marcam e constroem a identidade dos sujeitos, a qual se define no seu tempo e lugar histórico cultural. Tanto a condição humana de ser social, como as vivências e experiências desses idosos, expostas e/ou adquiridas, interagindo por meio de relações sociais, organizando suas representações sobre si e sobre o mundo em que vivem se justapõem no cotidiano em diversos espaços e meios de socialização.

Para Gomes (2006), um estudo geográfico que tenha como foco os espaços públicos precisa ter como parâmetro sua configuração física e as dinâmicas sociais que ocorrem no local, ou seja, observado que existe uma estrutura física, há necessidade de se perceber se irão se estabelecer relações sociais, que serão das mais variadas naturezas

[...] um olhar geográfico sobre o espaço público deve considerar por um lado, sua configuração física e, por outro, o tipo de práticas e dinâmicas sociais que aí se desenvolvem. Ele passa a ser visto como um conjunto indissociável das formas com as práticas sociais (GOMES, 2006: 172).

Essas relações irão dotar o espaço de um determinado conteúdo, este último sendo de extremo interesse para a geografia, porque a partir dele se perceberá como as ações, as relações, os usos irão se estabelecer em um espaço público (GOMES NETO, 2009).

Gomes (2006, p.19-20) ratifica que “uma análise geográfica do espaço urbano deve ser nutrida da disposição locacional dos objetos espaciais confrontados com o comportamento social que aí tem lugar”. Dessa forma, a geografia nos revela as dificuldades enfrentadas durante este processo vivido nos diversos espaços e meios de socialização, em diferentes contextos históricos.

Ao analisar espaços de uso coletivo, como, por exemplo, os serviços de saúde e, neste caso específico, de atendimento ao idoso, deve-se compreender as limitações e necessidades apresentadas por uma parcela desta população usuária, que pode apresentar restrições no uso do espaço oriundas ou não de suas limitações. Devido ao seu caráter democrático, os espaços públicos urbanos devem ser acessíveis e adequados a todos os usuários, independente de suas capacidades e habilidades individuais.

4.1.2 O Espaço público é mesmo de uso coletivo ou só de alguns?

Ao se levar em consideração a população idosa é preciso estar atento ao processo de envelhecimento e suas necessidades, independente se esses indivíduos possuam ou não deficiências, restrições ou mobilidade reduzida. Tais necessidades podem ser supridas a partir de projetos de ambientes adequados, considerando suas limitações e capacidades.

Hunt (1991) classifica as necessidades em três categorias: necessidades físicas, necessidades informativas e necessidades sociais.

As necessidades físicas estão relacionadas com a saúde física, segurança e conforto dos usuários no ambiente e, por isso, são mais facilmente identificadas. Esses ambientes devem estar livres de obstáculos, ser de fácil manutenção, para evitar acidentes, e respeitar as características biomecânicas e antropométricas da população usuária (HUNT, 1991; BINS ELY e CAVALCANTI, 2001).

As necessidades informativas estão relacionadas ao modo como a informação sobre o meio-ambiente é processada. Hunt (1991) identifica dois aspectos principais para a informação ser processada: a percepção, que é o processo de obter ou receber a informação do

ambiente; e a cognição, que indica a forma como a pessoa organiza e relembra a informação recebida do ambiente.

Assim, deve-se procurar projetar espaços legíveis e, ainda, estimular todos os sentidos, para que, no caso de haver restrição em algum deles, o ambiente possa suprir a informação através dos demais (BINS ELY e CAVALCANTI, 2001). No caso de um idoso com restrição visual, por exemplo, a utilização de elementos com cores contrastantes, odores e/ou texturas diferenciadas servem como referencial para sua orientação. Outro exemplo, é o projeto de ambientes padronizados ou temáticos, com uso repetitivo de cores ou elementos que indiquem a mesma função ou atividade, contribui com idosos que possuem dificuldade de relembrar as informações adquiridas.

As necessidades sociais são aquelas relacionadas com a promoção do controle da privacidade e/ou interação social. Deve-se, então, proporcionar um senso de comunidade, onde a camaradagem ocorra naturalmente, em locais projetados para idosos (HUNT, 1991).

Em função do crescimento populacional de idosos, e do processo de envelhecimento, faz-se mister observar as necessidades espaciais diferenciadas, que devem ser estudadas e conhecidas, para que se possa projetar ambientes acessíveis, confortáveis e adequados ergonomicamente e equipamentos que facilitam a realização de atividades com independência e segurança, obtendo melhor qualidade de vida (BINS ELY e DORNELES, 2006). Isso porque a partir dos 60 anos de idade, as incapacidades crescem em grau e número e isso se torna ponto fundamental para o planejamento de políticas públicas que favoreçam a mobilidade e a acessibilidade de idosos.

Segundo Venturi (2007), um terço da população idosa (35%) brasileira declara encontrar dificuldades para andar nas ruas e calçadas das cidades onde vive; um quarto da população idosa usuária tem dificuldades nos transportes públicos; e 11% têm dificuldades no acesso a prédios públicos como bancos, shoppings, hospitais, repartições públicas etc.

Levando-se em consideração as dificuldades de mobilidade e acessibilidade da pessoa idosa, faz-se urgente cumprir as políticas públicas aprovadas em função desse grupo etário, que dizem respeito à melhoria da mobilidade espacial e à acessibilidade aos bens e serviços dispersos no espaço urbano. É preciso considerar as diferenças de renda, a estruturação da malha urbana, a concentração dos equipamentos coletivos e as dificuldades de locomoção, para que seja favorecido o direito de ir e vir.

Vale lembrar que a pessoa idosa tem garantido em lei direito a uma atenção humanizada, com orientação, acompanhamento e apoio domiciliar, respeito às culturas locais, às diversidades do envelhecer e à diminuição das barreiras arquitetônicas de forma a facilitar o acesso. Por isso é premente a adoção de intervenções que criem espaços de uso público e promovam opções saudáveis em todos os estágios da vida (MATOS, 2005; COSTA 2008).

Em geral, vivemos em um meio projetado para adultos jovens, de altura mediana e sem limitações funcionais. Exemplo disso são as prateleiras altas de supermercados, os degraus altos e rápidos das escadas rolantes dos shoppings, as calçadas desniveladas que oferecem riscos de quedas constantes, quase todos esses ambientes construídos para atender os anos iniciais da vida adulta.

Estes ambientes deveriam ser planejados para promover e encorajar a independência e a autonomia, de forma que uma boa qualidade de vida pudesse ser proporcionada a todos os indivíduos, sem exclusão de grupos tal comum entre os idosos. Desta forma, um espaço público deve ser concebido nas cidades para a coletividade e a questão do acesso universal deveria ser sempre central nesse aspecto.

Para a estruturação dos espaços físicos, é necessário promover a inclusão e a utilização deste espaço por qualquer indivíduo, com autonomia e segurança. Para que isso aconteça, o Desenho Universal deve ser considerado, em que seja respeitada a concepção de espaços que visa atender simultaneamente todas as pessoas, com diferentes características, de forma autônoma, segura e confortável, constituindo-se nos elementos ou soluções que compõem a acessibilidade (BRASIL, 2006a).

As transformações no espaço urbano de circulação estão diretamente relacionadas à necessidade de uma adequada infraestrutura que atenda à demanda de uma determinada população específica, uma vez que o crescente desenvolvimento da cidade apresenta como consequência a fragmentação e uso inadequado do solo, disponibilizando um espaço físico de circulação cada vez mais limitado.

Em se tratando do idoso, a longevidade traz consigo, além de todas as dificuldades de uso dos espaços, mudança do perfil de saúde que passa para o predomínio das doenças crônicas e suas complicações, num cenário de desigualdades e superposição de morbididades.

Ressalta-se assim, a relevância científica e social de se investigar as condições sociodemográficas, econômicas e epidemiológica do idoso e os fatores associados à sua qualidade de vida.

4.2 O idoso usuário dos serviços gerontológicos de saúde

4.2.1 Perfil sociodemográfico e econômico dos usuários dos CAIMIs

A pesquisa foi realizada com 360 idosos entrevistados em cada um dos CAIMIs totalizando 1.080 idosos. O Gráfico 2, apresenta o percentual de homens e mulheres distribuídos nos três CAIMIs, no qual percebe-se que: no CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima houve predominância do sexo feminino, com 68,9%; já no CAIMI Ada Rodrigues Viana e CAIMI Dr. André Araújo a predominância foi do sexo masculino totalizando 51% e 55,1%, respectivamente.

Gráfico 2: Distribuição segundo a frequência do gênero dos idosos dos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo

Destaca-se aqui o maior percentual encontrado de idosos do sexo masculino atendidos em dois CAIMIs. O quadro de feminilização do envelhecimento no país vinha sendo atribuído à menor exposição da mulher aos fatores de risco, principalmente externos (como por exemplo, acidentes de trabalho), diminuição da prevalência de tabagismo e alcoolismo nas últimas décadas e melhoria da assistência ginecobstétrica. Também, vários estudos demonstram que a alta mortalidade na população masculina no Brasil indica que os homens, por questões culturais e educacionais, experimentam riscos elevados à saúde, como acidentes

de trânsito e de trabalho, uso abusivo de substâncias psicoativas, comportamentos não preventivos, além de procurar os serviços de saúde em menor frequência.

No entanto, esta pesquisa mostra mudanças no comportamento masculino, com procura aumentada aos serviços de saúde. É importante entender que a melhor compreensão do universo masculino em relação a questões de saúde e doença favorece a oferta de serviços mais condizentes com as reais problemáticas, expectativas e demandas dos homens, de modo a contribuir para que adotem uma prática cotidiana mais saudável e se tornem administradores de sua própria saúde e do seu ambiente social (BORGES e SEIDL, 2012), modificando a realidade mais presente nas estatísticas brasileiras, em que a mulher, em termos de cuidado à saúde, ainda é mais favorecida e utiliza mais de todos os recursos disponíveis na rede.

Com relação à faixa etária, a pesquisa mostrou uma mediana de 65 anos de idade para o cálculo dos três CAIMIs. A maior prevalência de idoso foi na faixa etária de 65 à < 70 anos (Gráfico 3).

Gráfico 3: Distribuição segundo a faixa etária dos idosos dos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo

No entanto, observa-se que a faixa acima dos 80 anos teve baixa frequência de atendimento nos CAIMIs, possivelmente porque essa faixa já possui problemas de saúde que

necessitam de atendimento de maior complexidade, com internações e exames diagnósticos mais sofisticados, não sendo possível realizá-los nos CAIMIs, ou também devido à dependência de terceiros para a sua locomoção.

Sabe-se que no processo de envelhecimento, conforme há o aumento da idade, há também uma maior procura dos serviços de saúde, tendo em vista que há um crescimento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), representando um dos principais desafios para a saúde pública da década presente.

A pesquisa procurou identificar outros dados para obter o perfil do idoso atendido nos CAIMIs. Com relação ao deslocamento, pode-se observar que o CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima atende uma maior demanda de idosos provenientes da zona Sul (65%), onde fica localizado, porém, 35% de sua clientela é oriunda de outras zonas da cidade, exceto da zona Centro-oeste (Tabela 5).

No CAIMI Ada Rodrigues Viana, 80,6% de idosos eram provenientes da zona Oeste, onde está localizado, somando-se a idosos de outras zonas, exceto Norte e Centro-sul. No CAIMI Dr. André Araújo, 92,2% dos atendimentos foram de idosos da zona Norte, local onde o CAIMI está instalado, mas não foram encontrados idosos das zonas Sul, Centro-sul e Centro-oeste neste CAIMI no período da pesquisa (Tabela 5 e Mapa 9).

Houve uma particularidade na zona Leste onde não há instalado um CAIMI. Percebe-se que essa população migra decrescentemente para zona sul, oeste e norte. Dai existir uma certeza da necessidade de um novo CAIMI na zona leste da Cidade para atender os idosos dessa zona e desafogar os demais CAIMIs (Tabela 5 e Mapa 9).

De acordo com Pinheiro e Travassos (1999), moradores de zonas com menor disponibilidade de serviços públicos, tendem a procurar menos serviços ou ter sua demanda reprimida. Salientam que essas restrições só são normalmente ultrapassadas por meio da compra de serviços (atendimentos particulares) em áreas próximas de sua residência.

Dessa forma, evidenciam-se desvantagens no acesso aos serviços de saúde pelos indivíduos socialmente menos privilegiados, moradores, principalmente da zona leste da cidade de Manaus.

Tabela 5: Distribuição segundo a frequência das zonas da cidade, raça, situação conjugal e escolaridade dos idosos dos CAIMIs da cidade de Manaus, AM, 2015

Variáveis (n = 360)	Paulo Lima		Ada R. Viana		Andre Araújo	
Zonas	f_i	%	f_i	%	f_i	%
Sul	234	65,0	5	1,4	0	0,0
Leste	89	24,7	30	8,3	15	4,1
Norte	15	4,2	0	0,0	333	92,2
Centro - Sul	14	3,9	0	0,0	0	.00
Oeste	8	2,2	291	80,6	13	3,6
Centro - Oeste	0	0,0	35	9,7	0	0,0
Raça						
Branca	67	18,6	118	32,7	102	28,3
Parda	245	68,1	191	52,9	162	44,9
Negra	35	9,7	48	13,3	86	23,8
Amarela	3	0,8	2	0,6	4	1,1
Não souberam responder	10	2,8	2	0,6	7	1,9
Situação conjugal						
Solteiro	61	16,9	37	10,2	52	14,4
Viúvo	114	31,7	67	18,6	72	19,9
Casado/ União estável	148	41,1	222	61,5	205	56,8
Separado/ Divorciado	37	10,3	35	9,7	32	8,9
Escolaridade						
Não alfabetizado	39	10,8	26	7,2	12	3,3
Alfabetizado	59	16,4	170	47,1	106	29,4
Fundamental incompleto	144	40,0	125	34,6	172	47,6
Fundamental completo	40	11,1	21	5,8	36	10,0
Médio incompleto	16	13,6	7	1,9	13	3,6
Médio completo	49	13,6	8	2,2	22	6,1
Superior incompleto	3	0,8	4	1,1	0	0,0
Superior completo	10	2,8	0	0,0	0	0,0

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo

Mapa 9 - Distribuição segundo a procedência das zonas da cidade de Manaus dos usuários dos CAIMIs, 2016

Fonte: Pesquisa de campo

Com relação à raça, houve autorreferência da cor parda para a maioria dos idosos atendidos nos três CAIMIs (68,1%, 52,9% e 44,9%) (Tabela 5), o que não difere das demais pesquisas realizadas na região norte onde a cor parda sempre foi a mais prevalente nos últimos censos.

A diferença na proporção de viuvez entre idosos ocorre em função de dois fatores: a menor mortalidade das mulheres e o recasamento, mais observado entre os homens. Este último caso pode explicar a maior proporção de mulheres que vivem só em termos de situação conjugal, dentre elas estão as viúvas, separadas e solteiras.

Observa-se ainda, na Tabela 5, que a maioria dos idosos participantes da pesquisa apresentou baixo grau de escolaridade, limitando-se ao ensino fundamental incompleto e alfabetizado, sendo que do universo de 1.080 idosos que participaram da pesquisa, somente 10 (0,92% do total da população) conseguiram concluir um curso superior (Tabela 5). Sabe-se que o nível de escolaridade é um indicador importante para avaliar a vida dos cidadãos. A baixa escolaridade afeta as condições de saúde; impede uma boa carreira profissional; limita a participação no mercado de trabalho e o usufruto de bens e produtos culturais; e reduz os salários e a defesa dos próprios direitos. Isso se constitui num dos principais fatores de exclusão social, sendo importante que os idosos, independentemente do grau de escolaridade, tenham acesso à educação ao longo de toda a velhice, incluindo o domínio de novas tecnologias e a participação na produção e na difusão de bens culturais (NOGUEIRA, SANSO e FERNANDES, 2016).

De modo geral, a população idosa brasileira foi excluída da educação formal, em que se percebe que quanto maior a idade, maior o grau de iletrados, revelando-se o descaso do Estado pela educação pública. A constatação dessa conjuntura favorece a visão da disparidade em relação ao acesso a direitos fundamentais.

Para Peres (2011), a visão economicista e funcionalista da educação brasileira, que sempre se preocupou com a formação de recursos humanos para o trabalho produtivo, torna evidente o porquê de o sistema educacional ter sido estruturado tendo como “final da cadeia” a formação para o mercado de trabalho, e não para o exercício da cidadania, como defendem alguns pedagogos. Dessa forma, a exclusão da velhice da esfera produtiva justifica também a sua exclusão do sistema educativo.

A aposentadoria e o recebimento de pensão se constituem a principal fonte de renda para a maior parte dos idosos brasileiros. Nesta pesquisa, buscou-se também identificar a renda dessa população. Pode-se observar que, a maioria dos idosos entrevistados responderam que ganhavam entre R\$ 788,00 a R\$ 1.576,00, sendo a mediana encontrada de R\$ 788,00¹¹ (Tabela 6). Estes dados foram semelhantes ao encontrado no estudo de Costa (2008), em que foi identificada uma renda igual ou menor a um salário mínimo.

Observa-se que, no Brasil, a proporção de idosos que recebia algum tipo de benefício monetário a que faz jus (aposentadoria, benefício assistencial ou pensão por morte), passou de 59,6%, em 1983, para 74,9% em 2014, sendo que 75,2% dos homens idosos e 74,7% das

¹¹ O salário mínimo do ano de 2015, ano da coleta de dados, estava no valor de R\$ 788,00 reais equivalente a aposentadoria.

mulheres eram beneficiários da seguridade social (NOGUEIRA, SANSO e FERNANDES, 2016). Segundo Neri (2002), as mulheres se aposentam por idade enquanto os homens por tempo de serviço.

A aposentadoria prepara a população idosa para mudanças em sua vida cotidiana, que podem continuar ou não após o benefício, até a desvinculação total do trabalho. Se, nas sociedades capitalistas, coloca-se o trabalho e a vida profissional como a referência chave da vida social, qual seria, portanto, o espaço da pessoa idosa nesse cenário? A verdade é que não há lugar para a velhice dentro da sociedade capitalista.

(...) a sociedade capitalista estruturou um sistema educacional e produtivo coerente aos seus interesses, relegando os idosos ao esquecimento. (...) Na perspectiva do capital, o velho representa o trabalhador que já se tornou improdutivo e obsoleto e que deve dar lugar às novas gerações de trabalhadores, dotadas de conhecimentos atualizados e de uma maior disposição para o trabalho. (...) o capital não se preocupa com o tempo de duração da força de trabalho, uma vez que seu exército industrial de reserva tende a ser numericamente abundante. Assim, o velho deve ser expulso, retirado do mercado de trabalho. A aposentadoria, de certa forma, assume, simbolicamente, o significado de retirada ou saída da vida produtiva. Isso é bem claro pelas suas designações em outros idiomas, como no inglês (*retired*) e no francês (*retrait*). A velhice, então, é claramente excluída do projeto capitalista de educação, uma vez que a elite industrial nunca possuiu um projeto para os trabalhadores que envelheciam, a não ser criar estratégias para os excluir da esfera produtiva – tal como a garantia do direito à aposentadoria – dando lugar aos jovens trabalhadores, recentemente “educados” ou “formados” (PERES, 2011, p. 636 e 637).

Na cultura brasileira, o papel profissional é fundamental para a autoestima, manutenção da identidade e senso de utilidade na sociedade. A interrupção do trabalho e a perda dos vínculos sociais podem implicar em danos na qualidade de vida do indivíduo, acarretando em sentimentos de inutilidade, de solidão e de baixa autoestima. No entanto, possui também seu lado positivo, já que o indivíduo passa a possuir maior disponibilidade de tempo para executar atividades que por muito tempo durante a vida estiveram adormecidas.

A Constituição Federal de 1988 ampliou direitos civis e sociais e dentre estes, um dos mais importantes foi a garantia de uma renda para a população idosa, por meio de benefícios contributivos (previdenciários), ou não contributivos, baseado no fundamento de que todo cidadão, independentemente de sua trajetória no mercado de trabalho, tem direito a uma mesma renda de substituição no momento em que sua capacidade para o trabalho diminui, isto é, quando da velhice.

O estudo também constatou que os idosos moram com o cônjuge ou companheiros, 34,4%; 63,2% e 55,1%, seguido de moradia com o filho em, 34,4%, 36,6% e 29,4%. Porém,

nota-se ainda que entre 7,5 a 14,4 % de idosos entrevistados referiram morar sozinhos (Tabela 6).

Tabela 6: Distribuição segundo a renda, ocupação e convívio dos idosos dos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Variáveis (n = 360)	Paulo Lima		Ada R. Viana		Andre Araújo	
Faixa de renda	f_i	%	f_i	%	f_i	%
Menos de R\$ 788,00	24	6,6	25	7,0	34	9,4
De R\$ 788,00 a R\$ 1.576,00	297	82,5	281	78,1	261	72,5
De R\$ 1.576,00 a R\$ 2.364,00	22	6,1	49	13,6	62	17,3
De R\$ 2.364,00 a R\$ 3.152,00	11	3,1	4	1,1	2	0,6
Mais R\$ 3.152,00	6	1,7	1	0,2	1	0,2
Ocupação						
Aposentado	260	72,2	250	69,3	191	52,9
Pensionista	40	11,1	74	20,5	31	8,6
Dona de casa	26	7,2	7	1,9	13	3,6
Empregado em regime CLT	6	1,7	17	4,7	30	8,3
Empregado eventual	3	0,8	4	1,1	71	19,7
Autônomo	19	5,3	8	2,2	2	0,6
Voluntário	1	0,3	1	0,3	22	6,1
Empregador	1	0,3	0	0,0	1	0,3
Desempregado	4	1,1	0	0,0	0	0,0
Com quem vive						
Sozinho	52	14,4	27	7,5	51	14,1
Com cônjuge/companheiro	124	34,4	228	63,2	199	55,1
Com os filhos	124	34,4	96	26,6	106	29,4
Netos	25	6,9	8	2,2	0	0,0
Outros	35	9,7	2	0,6	5	1,4

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo

Em pesquisa publicada por Nogueira, Sanso e Fernandes (2016) é mostrado que a maioria dos idosos brasileiros vive com sua família, numa opção de coresidência; quase a metade das mulheres reside com os filhos no mesmo domicílio; 14% vivem sozinhos e 1% vive em instituições; de todos os domicílios unipessoais, mais de 40% são de pessoas idosas.

Chama-se a atenção para o fato de que estas mudanças nos arranjos familiares afetam a oferta de cuidados familiares para idosos frágeis. Um indicador de fragilidade (física, mental, financeira ou social) é a proporção de idosos na condição de outros parentes (filhos, genros ou noras, sobrinhos etc.). Esta proporção sempre foi mais alta entre as mulheres, haja vista que elas vivem mais, cuidam dos seus maridos e, quando estes morrem, passam a morar com outros parentes, normalmente com os filhos.

4.2.2 Perfil epidemiológico dos idosos usuários dos CAIMIs

Os serviços de saúde representam uma das maiores demandas apresentadas pela população idosa. Por isso, faz-se necessário conhecer o seu perfil epidemiológico, especialmente as doenças crônicas mais prevalentes, para que se possa planejar e elaborar políticas de saúde mais específicas. Descreve-se este perfil por meio de informações declaradas pela população idosa entrevistada.

Os resultados encontrados neste estudo mostram que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes Mellitus tipo 2 (DM2) continuam sendo as doenças mais prevalentes e a principal procura dos idosos aos serviços de saúde especializados, correspondendo a 50,8% e 18,2% das causas de atendimentos, respectivamente. Os Distúrbios da Acuidade Visual apareceram com 9% e as doenças associadas ao sistema musculoesquelético somaram 6,8%, correspondendo aos dados da artrite e artrose (Gráfico 4).

Em se tratando de doença com fator de risco cardiovascular, a HAS é considerada de alta prevalência em pessoas idosas e, muitas vezes, associada à doença arterial coronariana, doença cerebrovascular, vasculopatias periféricas, dentre outras. Acomete cerca de 60% das pessoas idosas, com influência direta nas elevadas taxas de morbimortalidade.

Pesquisa realizada nas cidades de Manaus e Porto Alegre, por Cauduro *et alii* (2011) identificou que 50,1% dos idosos da cidade de Manaus e 48,7% dos idosos da cidade de Porto Alegre declararam fazer tratamento para hipertensão, mostrando que não há tanta diferença entre as regiões Norte e Sul do Brasil.

Gráfico 4: Distribuição segundo as morbidades autodeclaradas dos idosos atendidos nos CAIMIs da cidade de Manaus, AM, 2016

Fonte: Fonte: Pesquisa de campo

Pode-se considerar que existe uma alta prevalência e um forte fator de risco para doenças cardiovasculares e renais nesses idosos entrevistados.

Com relação ao Diabetes Tipo 2, a prevalência encontrada entre o grupo em estudo foi de 18,2% (Gráfico 4). Aparentemente esse resultado não representa maiores preocupações. No entanto, esta prevalência é bastante significativa se considerarmos que o grupo em estudo é idoso e que se trata de uma morbidade limitante, de longo tratamento, incurável e geralmente causando sequelas e restrições funcionais, riscos de nefropatias e agravos circulatórios, além de ocasionar cegueira, amputações e complicações encefálicas, demandando adaptações individuais. Essas complicações aumentam também os custos sociais e financeiros, impactando o sistema de saúde, a família e a própria pessoa.

Estima-se que 387 milhões de pessoas no mundo convivem com a Diabetes Tipo 2 e que em 2035 este número alcance 471 milhões, em virtude do crescimento e do envelhecimento populacional, da maior urbanização, da progressiva prevalência de obesidade e sedentarismo muito presentes nas condições de vida das populações urbanas. Aproximadamente 80% desses indivíduos vivem em países em desenvolvimento, onde a epidemia tem maior intensidade. No Brasil, em 2014, estimou-se que existiriam 11,9 milhões

de pessoas, na faixa etária de 20 a 79 anos, com diabetes, podendo chegar, conforme estimativa estimativa a 19,2 milhões em 2035 (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2016).

Dados da SUSAM indicam os motivos de internação de idosos nos diversos hospitais públicos na cidade de Manaus em 2014. A Tabela 7 revela que as doenças cardiovasculares acontecem com gravidade tanto em homens quanto em mulheres, seguida das doenças do aparelho digestivo.

Tabela 7: Frequência de Morbidades Hospitalar do SUS, na faixa etária de 60 a mais de 80 anos, segundo a Lista Morbidade CID-10, por Sexo na cidade de Manaus, AM, 2015.

Lista Morbidade CID-10	Masc	Fem	Total
Doenças infecciosas e parasitárias	552	445	997
Neoplasias (tumores)	448	403	851
Doenças do sangue e dos órgãos hematológicos	19	26	45
Doenças endócrinas nutricionais e metabólicas	287	230	517
Transtornos mentais e comportamentais	8	14	22
Doenças do sistema nervoso	360	333	693
Doenças do olho e anexos	40	36	76
Doenças do ouvido e da apófise mastoide	2	1	3
Doenças do aparelho circulatório	2.079	1.373	3.452
Doenças do aparelho respiratório	647	658	1.305
Doenças do aparelho digestivo	888	828	1.716
Doenças da pele e do tecido subcutâneo	100	56	156
Doenças sistema osteomuscular e tecido conjuntivo	54	93	147
Doenças do aparelho geniturinário	488	427	915
Algumas afecções originadas no período perinatal	2	1	3
Malformação congênita/deformidades e anomalias cromossômicas	5	7	12
Sintomas/sinais e achados anormais de ex. clínico e laboratorial	64	47	111
Lesões/envenenamento e outras situações de causas externas	563	484	1.047
Causas externas de morbidade e mortalidade	-	1	1

Obs.: Situação da base de dados nacional em 23/01/2015.

Fonte: Ministério da Saúde - Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH/SUS)

Por adquirirem um grande número de doenças crônicas, os idosos tendem a utilizar mais serviços de saúde, muitos necessitando de hospitalização. Normalmente, a taxa de internação hospitalar de idosos é muito mais elevada, assim como sua taxa de ocupação do leito é mais prolongada. A grande parte dos idosos brasileiros possui pelo menos uma doença de caráter crônico e aproximadamente um terço apresenta três agravos ou mais.

De modo geral, no Brasil, em 2013, as principais causas de anos vividos com incapacidade entre os idosos foram: dor lombar, depressão, ansiedade, diabetes, problemas de audição, outras doenças musculoesqueléticas, dor cervical, asma, enxaqueca e doença pulmonar obstrutiva crônica (VOS *et alii*, 2015).

Ao analisar a correlação entre as morbidades e a mediana da idade, observou-se significância estatística na Artrose ($p < 0,029$), Doença Cerebrovascular Aguda ($p < 0,049$) e Mal de Alzheimer ($p < 0,001$), conforme Tabela 8, indicando que, quanto maior a faixa etária, maior a possibilidade de aparecimento de tais doenças.

Tabela 8: Correlação entre a mediana da idade e as morbidades mais frequentes dos idosos atendidos nos CAIMIs de da cidade de Manaus, AM, 2016

Morbidades	Resultado/ Idade						
	Sim			Não			p*
	Q1	Mediana	Q3	Q1	Medi	Q3	
HAS	62,0	67,0	75,0	62,0	66,0	73,0	0,074
DM2	62,0	66,0	72,0	62,0	67,0	75,0	0,525
Distúrbios da Acuidade Visual	63,0	67,0	74,0	62,0	67,0	74,0	0,343
Artrose	62,0	65,0	70,0	62,0	67,0	75,0	0,029
Doença Cerebrovascular Aguda	63,0	71,5	77,0	62,0	67,0	74,0	0,049
Artrite	63,0	66,0	69,0	62,0	67,0	69,0	0,321
Mal de Alzheimer	77,0	81,0	84,0	62,0	66,0	74,0	<0,001
Cardiopatia	67,0	71,0	75,0	62,0	67,0	74,0	0,295
Mal de Parkinson	77,0	78,5	80,0	62,0	67,0	74,0	0,093

*Teste de *Mann-Whitney*.

Obs.: Q=Quartil; Q1 é o número que deixa 25% das observações abaixo e 75% acima; Q3 deixa 75% das observações abaixo e 25% acima.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Da mesma forma, a procura por especialistas vai ocorrer com o aparecimento das morbidades que estarão mais presentes com o passar da idade. Diante da problemática das doenças crônicas mais prevalentes nos idosos, o médico clínico geral se torna o mais procurado (31,1%) diante de sua capacidade de resolução de problemas de saúde em vários contextos (Gráfico 4).

Porém, o que não se esperava era a frequência muito baixa de consultas ao cardiologista (0,7%), uma vez que a HAS foi a morbidade mais prevalente, conforme mostrado anteriormente. Possivelmente isso ocorreu pela limitação do número de cardiologistas lotados nos CAIMIs, bem como restrição na distribuição de fichas para esta especialidade, ficando sob a responsabilidade do Clínico Geral à conduta prescritiva do tratamento da HAS.

Embora os Distúrbios da acuidade visual tenham aparecido com 9% entre as principais causas de atendimento ao CAIMI (Gráfico 4), a oftalmologia foi a segunda especialidade mais procurada para atendimento, com 31% , possivelmente por encaminhamento do Clínico Geral para controle de pessoas com DM2, que foi a segunda maior causa de procura de atendimento aos CAIMIs, pois a catarata, o glaucoma e a cegueira representam complicações graves do DM2 (Gráfico 5). Segundo o Censo de 2010, o percentual de idosos com algum grau de dificuldade para enxergar, no Brasil, foi de 47,7%.

Gráfico 5: Distribuição segundo as especialidades mais procuradas pelos idosos atendidos nos CAIMIs da cidade de Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Como o envelhecimento é um processo natural da redução progressiva das respostas adaptativas do corpo ao ambiente, é natural que, com o avançar da idade, as doenças crônicas se tornem mais prevalentes na população. Além disso, essas doenças exigem tratamentos contínuos e podem vir acompanhadas de disfunções e/ou algum nível de dependência. Isso leva a acreditar que a deficiência de cuidados especializados para as doenças agudas levará a efeitos crescentes sobre os gastos com cuidados na cronificação das doenças.

Com a expansão e estruturação da oferta dos serviços de saúde, o debate sobre o acesso a essas ações e serviços ganhou outras nuances, em que as análises e alternativas de soluções para o problema de acesso são quantificadas e qualificadas a partir do usuário. Dessa forma, esta pesquisa procurou identificar, a partir dos idosos usuários dos CAIMIs, diferentes concepções sobre a utilização desse serviço.

A Tabela 9 mostra que, aproximadamente, 50% dos idosos da pesquisa utilizam os serviços dos CAIMIs alguma vez no mês, considerado “poucas vezes”, e identificaram o local para atendimento por meio de alguém desconhecido.

Tabela 9: Distribuição segundo a frequência de ida e meio de identificação dos idosos aos Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Variáveis (n = 360)	Paulo Lima		Ada Viana		André Araújo	
Frequência que vai ao CAIMI						
Toda semana (Muitas vezes)	103	28,6	68	18,8	97	26,9
Alguma vez no mês (Poucas vezes)	180	50,0	200	55,4	159	44,2
Quase nunca (Raramente)	77	21,4	93	25,8	104	28,9
Como identificou o CAIMI em seu 1º atendimento						
Já sabia/ conhecia o local exato	131	36,4	30	8,3	39	10,8
Seguiu as placas de sinalização	6	1,7	19	5,3	33	9,1
Perguntou a alguém desconhecido	157	43,6	293	81,2	274	75,9
Por tentativa / procurando (sem pedir ajuda)	2	0,6	4	1,1	11	3,0
Encaminhamento médico com orientação	21	5,8	15	4,2	0	0,0
Ajuda de amigo	12	3,3	0	0,0	2	0,6
Outros	31	8,6	254	70,4	2	0,6

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

A frequência periódica condiciona-se à viabilidade de encontrar acesso; à qualidade dos serviços oferecidos; à resolatividade do motivo da procura; e à possibilidade do deslocamento até o serviço. O acesso tem sido considerado um elemento importante no padrão de uso de serviços de saúde em todos os níveis de atenção, independente de faixa etária.

É importante destacar que o perfil de uso de serviços de saúde e a trajetória terapêutica¹² estão normalmente condicionados às condições econômicas individuais e familiares e à oferta de serviços na comunidade em que reside o indivíduo. Outro fator diz respeito à percepção subjetiva das pessoas sobre sua saúde ou condição de doença, que vai determinar o padrão de consumo de serviços de saúde (ALCÂNTARA e LOPES, 2012).

Nos estudos de Moraes (2007), realizados com idosos do município de Encruzilhada do Sul (RS), foi constatado que os idosos procuraram os serviços de saúde de atendimento privado pela rapidez da consulta. Porém, não se trata de uma livre escolha ou de vínculo com o profissional. Trata-se de estratégias familiares e facilidade de transporte, pois o deslocamento às áreas onde se encontra a maioria dos serviços de saúde demanda tempo e disponibilidade de acompanhante.

Em todo caso, observa-se que os idosos produzem diferentes estratégias de acordo com suas capacidades, histórias de vida pessoal e coletiva, que são adotadas pelas disponibilidades circunstanciais e socioculturais, na busca de solução para os problemas de saúde (GERHARDT, 2006; ALCÂNTARA e LOPES, 2012).

4.3 O idoso no ambiente interno do CAIMI

Assim como os diversos equipamentos disponibilizados ao uso público, os espaços de circulação de uma unidade de saúde carecem de uma adequada infraestrutura que atenda à demanda de uma população específica, como a dos idosos, uma vez que se percebe muito presente uma limitação do espaço físico de circulação para este público.

Para que uma edificação ou espaço seja considerado acessível é obrigatório que ele tenha sido pensado, projetado e executado de acordo com as exigências legais e com as Normas Brasileiras (NBRs) da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT). Locais

¹² São todos os movimentos desencadeados por indivíduos na preservação ou recuperação da saúde e no uso dos recursos disponíveis de atenção.

em que as exigências legais referentes à acessibilidade foram observadas de modo parcial, não podem ser considerados como acessíveis, pois um espaço é ou não acessível (BEZERRA, 2013).

Em relação às dificuldades dentro do ambiente interno relacionado à estrutura física, os idosos usuários do CAIMI Paulo Lima consideraram os consultórios dos CAIMIs de fácil acesso (82,2%), no entanto, os usuários do CAIMI Dr. André Araújo não perceberam a mesma facilidade, onde somente 39,6% disseram haver facilidade de acesso. Lembrando que o CAIMI Dr. André Araújo foi instalado em um prédio adaptado e não construído com a finalidade de atendimento ao idoso (Tabela 10).

Quando se perguntou sobre as principais dificuldades de acesso e mobilidade dentro do CAIMI, houve múltiplas respostas pelos idosos das quais se destacaram: a falta de barras de apoio nos banheiros e de piso antiderrapante; assento sanitário inadequado; falta de iluminação; portas com defeitos e inapropriadas para segurança; banheiros com defeito na descarga, sem água e falta de material de higiene; falta de corrimão duplo em diversos pontos no CAIMI e de sinalizações dos setores de forma legível; falta de rampa de acesso; excesso de degraus (particularmente no CAIMI Dr. André Araújo) (Tabela 10).

Vale lembrar que a estrutura física dos CAIMIs Dr. Paulo de Lima e Ada Rodrigues Viana foram planejada para atender especificamente os idosos, enquanto que o CAIMI Dr. André Araújo foi adaptado para este grupo etário.

O estudo também mostrou que os usuários dos CAIMIs já se sentiram perdidos ou desorientados e a maioria afirmou ter pedido ajuda de um funcionário ou desconhecido para orientá-los, ou seguiam as placas de informação; menos da metade desses idosos que frequentam os CAIMIs não conheciam as saídas de emergência do local (Tabela 10).

Observou-se ainda que os idosos sentiam-se à vontade para usar os espaços e realizar atividades, no entanto, a minoria respondeu realizar atividades no CAIMI, ainda que sejam aceitos pelos usuários, sobretudo: oficina da memória, caminhada, hidroginástica/ginástica, palestras e sessão de cinema. Os idosos afirmaram realizar tais atividades porque faz bem à saúde, exercita a mente, permita fazer amizades e aprender coisas novas. Só não frequentam mais atividades pela distância, pois moram longe e chegam a gastar horas até o CAIMI. Devido a esse empecilho, na maioria das vezes, vão ao CAIMI somente à procura de consultas médicas (Tabela 10).

Tabela 10: Distribuição segundo a dificuldade de acesso, desorientação e as atividades que os idosos gostam de praticar nos CAIMIs da cidade de Manaus, AM, 2016

Variáveis (n = 360)	Paulo Lima		Ada Viana		André Araújo	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Os consultórios são de fácil acesso	296	82,2	176	48,9	143	39,6
Dificuldade de acesso dentro do CAIMI						
Falta de Rampa	10	2,8	64	17,7	49	13,6
Falta de corrimão duplo	37	10,3	69	19,1	52	14,4
Excesso de degraus e/ou degraus que dificultam o acesso	2	0,6	89	24,7	73	20,2
Falta de sinalização dos setores de atendimento	19	5,3	101	28,0	53	14,7
Assento sanitário inadequado para o idoso	108	30	109	30,2	70	19,4
Falta de barras de apoio nos banheiros	239	66,4	132	36,6	93	25,8
Falta de piso apropriado e antiderrapante	218	60,6	155	42,9	79	21,9
Sentiu-se perdido ou desorientado, enquanto estava dentro do CAIMI	44	12,2	51	14,1	97	26,9
Como faz para se orientar						
Seguia as placas de sinalização	42	11,7	51	14,1	31	8,6
Perguntava a alguém	301	83,6	301	83,4	319	88,4
Por tentativa, procurando não pediu ajuda	7	1,9	9	2,5	10	2,8
Outro	10	2,8	0	0,00	1	0,3
Sabe localizar as saídas de emergência	130	36,1	103	28,5	124	34,3
Sente-se à vontade para usar o espaço e participar das atividades	165	45,8	256	70,9	204	56,7
Atividade que mais gosta no CAIMI	(n = 31)		(n = 65)		(n = 196)	
Caminhada	10	32,3	5	7,8	11	5,6
Hidroginástica e ginástica	4	12,8	17	26,1	0	0,0
Oficina de memória	14	45,2	41	63,0	106	54,1
Outros (palestra, sessão cinema, crochê,	3	9,7	2	3,1	79	40,3
Por quê gosta de participar	(n = 31)		(n=184)		(n=84)	
Exercita a mente	12	38,7	2	1,0	9	10,7
Faz amizades	3	9,7	29	15,8	15	17,9
Faz bem a saúde	14	45,2	133	72,3	60	71,4
Gosta de aprender	2	6,5	20	10,9	0	0,00

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Normalmente, as alterações repentinas de saúde e de rotinas diárias, especialmente no caso de idosos que possuem dificuldade de locomoção, implicam na perda de contatos sociais, despertando a necessidade ampliação do convívio com outros sujeitos para não permitir que a solidão se instale. Assim, as iniciativas de inserção de pessoas idosas nos espaços da sociedade contribuem para a prevenção de muitas outras doenças e para a melhoria da qualidade de vida.

No estudo, os idosos destacaram o que não os agrada no CAIMI. Das principais respostas, destaca-se: atendimento médico, marcação de consultas pelo SISREG¹³, atendimento na recepção, falta de médicos especialistas, falta de lanchonete e localização geográfica do CAIMI (Tabela 11).

Questionados porque não gostam, responderam que é devido à demora no atendimento; poucas vagas no sistema; falta de educação dos funcionários; e por não haver todas as especialidades. Desta forma, percebe-se que os usuários insatisfeitos com os serviços dos CAIMIs identificam dificuldades de acesso a exames, desde a demora na marcação e resultados, até mesmo para serem atendidos e conseguirem consultas especializadas, já que há poucos profissionais para atender a população (Tabela 11).

Nesse caso, a principal razão para a não utilização do serviço público local foi a indisponibilidade de consulta e a falta de um acolhimento qualificado capaz de identificar a necessidade de saúde do idoso. Esses dados apontam para certa falta de cobertura.

O termo “cobertura” designa a medida de quanto um serviço realmente alcança as necessidades potenciais da população. Por esse motivo, muitos usuários que dispõem de condições para consulta particular, dão preferência a esta modalidade de serviço em busca de resolutividade.

¹³ O SISREG é o Sistema Nacional de Regulação on-line desenvolvido pelo DATASUS (Departamento de Informática do SUS/MS), que funciona com navegadores instalados em computadores conectados à internet. É disponibilizado pelo Ministério da Saúde para o gerenciamento de todo Complexo Regulatório, indo da rede básica à internação hospitalar, visando à humanização dos serviços, maior controle do fluxo e a otimização na utilização dos recursos, além de integrar a regulação com as áreas de avaliação, controle e auditoria. Atualmente, o sistema atua em 1600 municípios em todo o Brasil com 204 CENTRAIS DE REGULAÇÃO AMBULATORIAL e 19 CENTRAIS DE REGULAÇÃO HOSPITALAR (Fonte: Coordenação de Desenvolvimento de Sistemas de Saúde/CGAM Departamento de Informática do SUS).

Tabela 11: Distribuição segundo aquilo que não gosta no CAIMI, os serviços de informação e as dificuldade de locomoção indicados pelos idosos no uso dos CAIMIS na cidade de Manaus, AM, 2016

Variáveis (n = 360)	Paulo Lima		Ada Viana		Andre Araújo	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%
O que não gosta no CAIMI	(n=76)		(n=59)		(n = 54)	
A localização	1	1,3	1	1,7	2	3,7
Atendimento médico	35	46,1	27	45,8	43	79,6
Atendimento na recepção	10	13,2	15	25,4	3	5,5
Falta de lanchonete	7	9,2	0	0,0	0	0,0
Falta de médicos especialistas	9	11,8	5	8,5	2	3,8
Marcação de consultas	14	18,4	11	18,6	4	7,4
Por quê não gosta	(n = 76)		(n=59)		(n=52)	
Demora no atendimento	37	49,3	38	64,4	45	86,5
Distância	1	1,3	1	1,7	2	3,8
Falta de educação dos funcionários	14	18,7	15	25,4	3	5,9
Não tem todas as especialidades	9	12	4	6,8	2	3,8
Poucas vagas	14	18,7	1	1,7	0	0,0
Os serviços de informação dispostos no CAIMI atendem às necessidades	324	90,0	312	86,4	273	75,6
Por que não atendem	(n = 36)		(n = 26)		(n=87)	
Demora no atendimento médico	5	13,9	15	57,7	50	57,5
Falta de médicos especialistas	4	11,1	3	11,5	23	26,4
Falta de remédios	2	5,6	3	11,5	12	13,7
Funcionários não atendem bem	25	69,4	5	19,3	2	2,4
Dificuldade física para locomoção	60	16,7	70	19,4	180	50,0
Quais dificuldade	(n = 60)		(n = 4)		(n = 10)	
Artrose/ osteoporose/ reumatismo	38	65,5	1	25,0	0	0,0
Cadeirante	4	6,9	1	25,0	6	60,0
Problemas da Coluna e Fratura de Fêmur	9	15,5	0	0,0	0	0,0
Problema na visão	4	6,9	1	25,0	1	10,0
Tonteira/ falta de equilíbrio	3	5,2	1	25,0	3	30,0

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Destaca-se que houve inúmeras mudanças na estrutura do sistema de saúde desde a implantação do SUS, com objetivo de melhorar o acesso da população aos serviços, no entanto, observa-se que as ações de saúde buscadas pelos idosos e as próprias demandas e expectativas destes parecem centrar-se no atendimento individual, prestado pelo profissional médico e com enfoque curativo, embora existam outras categorias profissionais disponíveis no serviço para auxiliá-lo em diferentes âmbitos do cuidado, além da sua própria participação social nas atividades desenvolvidas pelo CAIMI. Isso só reforça a ideia da procura do serviço apenas por motivo de doença e não para a promoção e proteção da saúde.

Observa-se que grande parte dos idosos declarou ter dificuldade de locomoção relatando as seguintes justificativas para essas dificuldades: problemas de artrose/osteoporose/reumatismo; problemas de coluna e fratura de fêmur; cadeirantes; problemas de visão; tonturas/falta de equilíbrio (Tabela 11). Diversos estudos já apontaram que o envelhecimento traz consequências na vida do ser humano, levando a modificações nos tecidos musculares, conjuntivo, ósseo, diminuição da força motora, elasticidade e amplitude nos movimentos trazendo dificuldade para a locomoção dos idosos (FREITAS *et alii*, 2006).

A assistência à saúde, no Brasil, apresenta-se precária e focada no modelo médico e hospitalocêntrico, insuficiente para dar conta do padrão heterogêneo de mortalidade e morbidade que combina doenças infecciosas, parasitárias, crônico-degenerativas e condições de vida, resultado da transição demográfica e epidemiológica de um país continental de inúmeros contrastes sanitários. Por isso, se a utilização dos serviços pelos idosos não forem repensados, a racionalização dos recursos no atual contexto trará graves consequências na qualidade de vida dos atuais e futuros idosos.

A universalidade do acesso aos serviços de saúde ainda parece uma realidade longínqua. Apesar dos avanços do SUS, principalmente com a implantação da Estratégia Saúde da Família, o acesso à saúde gerontológica necessita ser ampliado para grupos populacionais que têm como porta de entrada a rede de atenção primária.

Donabedian (2003) define dois componentes da qualidade nos cuidados de saúde: ciência e tecnologia. Afirma que a qualidade alcançada na prática é resultante desses dois fatores, que têm como atributos: eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade, conceituando-os da seguinte forma:

- a) Eficácia: habilidade da ciência e tecnologia do cuidado em trazer melhoras na saúde e no bem-estar, em circunstâncias favoráveis; b) Efetividade: grau em que o cuidado, cuja qualidade está sendo avaliada, alcança o nível de melhoria da saúde. Isso implica, em comparação entre o

desempenho atual e o desempenho em condições específicas; c) Eficiência: habilidade de diminuir os custos do cuidado sem diminuir melhoras obtidas na saúde. Se duas estratégias de cuidado são igualmente eficazes e efetivas, a mais eficiente é a de menor custo; d) Otimização: representa o balanço das melhoras da saúde contra os custos dessas melhoras. Essa definição demonstra que existe uma “melhor” relação entre custos e benefícios dos cuidados de saúde; e) Aceitabilidade: conformidade aos desejos, vontades e expectativas dos pacientes e seus familiares. Pode ser definida em cinco partes: acessibilidade, a relação entre médico-paciente, a comodidade, as preferências dos pacientes; e o que os pacientes consideram ser justo e igualitário; f) Legitimidade: conformidade de preferências sociais de expressar princípios éticos, valores, normas, leis e regulações; g) Equidade: conformidade de um princípio determinar o que é justo ou não na distribuição dos cuidados da saúde e seus benefícios entre os membros da população (DONABEDIAN, 2003, p. 39).

É importante se considerar o princípio da resolatividade, que é a capacidade do sistema em dar soluções às diversas situações que dizem respeito ao processo saúde/doença dos usuários e/ou atendê-los adequadamente nos níveis de atenção primária, secundária e terciária¹⁴, englobando os aspectos relativos à percepção dos usuários, à estruturação dos serviços e à organização do sistema de saúde.

4.4 Componentes de acessibilidade espacial do ambiente interno dos CAIMIs

Com o intuito de orientar as ações de avaliação e fiscalização dos edifícios públicos, Dischinger, Bins Ely e Piardi (2012) propôs uma classificação dos Componentes da acessibilidade espacial em quatro categorias: Orientação espacial, Comunicação, Deslocamento e Uso. Cada um desses componentes foi constituído por um conjunto de diretrizes que definem características espaciais que permitem a acessibilidade aos edifícios públicos e minimizam as restrições espaciais.

Para os autores,

(...) a acessibilidade espacial depende do atendimento desses componentes em sua totalidade e que, dependendo das condições dos usuários e de suas necessidades, basta o não-cumprimento de um deles para que todos os demais sejam comprometidos. A conceituação de cada componente está acompanhada por fotos e descrições que ilustram como os ambientes podem possuir soluções que permitam seu uso de forma acessível

¹⁴ A atenção Primária é o atendimento inicial, realizado pelas Unidades Básicas de Saúde da Família; a Atenção Secundária realiza os procedimentos de média complexidade e é formada pelos serviços especializados em nível ambulatorial e hospitalar, com densidade tecnológica intermediária entre a atenção primária e a terciária; a Atenção Terciária é integrada pelos serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de alta complexidade.

ou, ao contrário, apresentar restrições espaciais para a realização de atividades (DISCHINGER, BINS ELY e PIARDI, 2012, p.29).

Os componentes de acessibilidade foram assim descritos por Dischinger, Bins Ely e Piardi (2012):

a) Orientação

Acredita-se que para se orientar espacialmente, vários processos interligados ocorrem para se obter informações ambientais por meio dos sistemas perceptivos. Assim, as condições de orientação dependem das configurações arquitetônicas, dos suportes informativos existentes (placas, sinais, letreiros etc.) e das condições dos indivíduos de perceber e processar as informações espaciais, bem como tomar decisões e agir.

Portanto, na avaliação desse componente, atenção especial deve ser dada às pessoas com deficiências sensoriais e/ou cognitivas, por possuírem maiores dificuldades em obter informações e/ou processá-las.

Na avaliação deste componente deve ser possível identificar a porta de acesso, o balcão de recepção, sala de espera, sistemas de conexão e os equipamentos/suportes informativos. Contribui para essa identificação, a legibilidade espacial arquitetônica, fornecida pela distribuição organizada dos ambientes e de seus elementos. O destaque do mobiliário e os suportes informativos podem ser obtidos por meio de sua disposição e pelo contraste de cor dos elementos e pisos/paredes, além de uma boa iluminação e devem ser legíveis para todos os usuários, oferecendo mais de uma opção de linguagem (tátil, pictórica, sonora, Braille, sinais luminosos). Para as pessoas com deficiência visual, o uso dos pisos táteis é fundamental para a identificação desses elementos. O conteúdo das informações deve possibilitar a todos localizar-se no edifício, identificar o local das diferentes atividades e definir rotas de forma independente.

b) Comunicação

Esse componente diz respeito às possibilidades de troca de informações interpessoais, ou troca de informações pela utilização de equipamentos de tecnologia assistiva¹⁵, que permitam o acesso, compreensão e participação nas atividades existentes. Orienta-se que em locais com uma maior densidade de pessoas, como aeroportos, centrais rodoviárias, escolas

¹⁵ "Tecnologia Assistiva é uma área do conhecimento, de característica interdisciplinar, que engloba produtos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que objetivam promover a funcionalidade, relacionada à atividade e participação de pessoas com deficiência, incapacidades ou mobilidade reduzida, visando sua autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social" (PORTARIA Nº 142, DE 16 DE NOVEMBRO DE 2006)

especiais ou unidades de saúde, deve haver dispositivos alternativos de comunicação tais como terminais de computador e/ou telefones especiais para utilização de pessoas surdas. A informação deve ser acessível a todos. A avaliação das condições de comunicação é especialmente importante para melhorar a independência e autonomia de pessoas com deficiência auditiva, problemas na fala ou deficiência cognitiva.

A comunicação deve ser facilitada pelo mobiliário e pela localização dos dispositivos. Assim, os balcões de atendimento ou os guichês não devem ser fechados e os dispositivos de segurança e o sistema de alarme de incêndio devem ser luminosos e sonoros.

c) Deslocamento

Os ambientes edificados devem possibilitar qualquer pessoa movimentar-se ao longo de percursos horizontais e verticais (saguões, escadas, corredores, rampas, elevadores), sem interrupções, de forma segura, confortável e independente, e livre de barreiras físicas. Por isso, na ocorrência de desníveis, deve haver sistemas alternativos de deslocamento, tais como rampas e/ou elevadores.

Da mesma forma, as áreas devem ser livres de obstáculos, permitindo o trânsito livre para pessoas em cadeira de rodas ao longo dos percursos. Os pisos devem ter suas superfícies de revestimento planas com textura que possibilite boa aderência e evite que ocorra escorregamento.

Para a avaliação das condições de deslocamento, deve ser dada uma maior atenção às pessoas idosas, devido à fadiga e ao cansaço fácil, estando mais expostas a quedas. Também é fundamental averiguação da continuidade, das dimensões, dos revestimentos e das declividades dos percursos para pessoas com deficiências motoras, que utilizam muletas ou cadeira de rodas.

d) Uso

As condições de uso dos espaços e dos equipamentos referem-se à possibilidade efetiva de participação e realização de atividades por todas as pessoas. Chama-se a atenção para as instalações sanitárias em que se deve oferecer acesso facilitado ao balcão e uso das torneiras; o boxe com vaso sanitário deve possuir barras de apoio, dimensões e altura adequadas para permitir sentar e levantar, mesmo com o auxílio da barra; e a transferência da cadeira de rodas.

Para o uso efetivo de espaços e equipamentos, muitas vezes, é necessária a inclusão e a instalação de dispositivos de tecnologia assistiva, tais como pisos táteis e sistemas de voz para pessoas com deficiência visual.

Nesta pesquisa, buscou-se identificar os componentes de acessibilidade dos edifícios dos CAIMIs, por meio da visita exploratória, conforme descrito no Capítulo 1. Cada componente de acessibilidade (Orientação, Deslocamento, Uso e Comunicação) é formado por uma série de diretrizes que apontam características espaciais que permitem ou não a acessibilidade aos CAIMIs e mostram possíveis restrições espaciais.

Retiramos dos quadros a seguir as informações que dizem respeito às vias públicas das redondezas dos CAIMIs, pois serão apresentadas posteriormente.

Observa-se no Quadro 5 que o CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima apresentou inúmeras barreiras que dificultam a acessibilidade e mobilidade dos idosos na área do edifício. Dentre elas destacamos: na recepção os balcões de atendimento não permitem aproximação frontal por cadeira de rodas, falta de sinalização na maioria dos setores e inexistência de piso antiderrapante nos corredores de acesso.

Quadro 5: Componentes de acessibilidade das instalações físicas do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2015

COMPONENTES DE ACESSIBILIDADE	AREAS DE ACESSO AO EDIFÍCIO		OBSERVAÇÕES
ORIENTAÇÃO	DO PASSEIO A ENTRADA DO EDIFÍCIO	ÁREA EXTERNA/PÁTIO	Não existe piso tátil de alerta nos pátios, sinalizando situações que envolvam algum tipo de risco (desníveis, obstáculos).
		RAMPAS	Não existe sistema de iluminação de emergência instalado. Não existe sinalização tátil de alerta no início e término da rampa.
		ESTACIONAMENTO	As vagas destinadas aos idosos não são indicadas com o símbolo internacional de acessibilidade a partir de sinalização vertical e no piso.
	DO EDIFÍCIO	PORTAS	Não há sinalização tátil (em Braille ou texto em alto relevo) nos batentes ou paredes adjacentes, no lado onde existe a maçaneta.
		ACESSO INTERNO	Ausência de sinalização visual no piso indicando desníveis (degraus).

		RECEPÇÃO	Não há suporte informativo tátil que permita a identificação do local do balcão para pessoas com restrição visual.
		CONSULTÓRIOS	Ausência de sistema de áudio descrição sobre as exposições, que permita a informação e orientação de pessoas com restrição visual.
DESLOCAMENTO	DO EDIFÍCIO	ACESSO INTERNO	<p>O piso dos corredores e passagens não é revestido com material antiderrapante.</p> <p>Não há, em circulações muito amplas, faixas de piso em cor e textura diferenciadas guiando os usuários.</p>
		RECEPÇÃO	Os balcões de atendimento não permitem aproximação frontal por cadeira de rodas (altura máxima de 90 cm em relação ao piso, com altura livre de 73cm sob o balcão e profundidade livre inferior de 30cm).
USO	DO EDIFÍCIO	RECEPÇÃO	Os balcões de atendimento não permitem aproximação frontal por cadeira de rodas (altura máxima de 90 cm em relação ao piso, com altura livre de 73cm sob o balcão e profundidade livre inferior de 30cm).
		CONSULTÓRIOS	As portas de acesso ao ambiente não possuem vão mínimo de 1,50m .
COMUNICAÇÃO	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	PORTAS	Não existe acesso alternativo, tais como campainha ou outro meio (visor) para solicitar abertura da porta.
		RECEPÇÃO	<p>Não existe um serviço de atendimento para pessoas com restrição auditiva prestado por pessoas capacitadas (intérpretes de LIBRAS).</p> <p>Não existe algum tipo de equipamento de tecnologia assistida (terminal de computador) que permita a comunicação para o surdo e/ou mudo com os funcionários.</p>

Fonte: Pesquisa de campo, 2015

A falta de sinalizações e de pisos antiderrapante remete à inadequação ao ambiente a que a pessoa idosa está exposta e à preocupação com a ocorrência de quedas. Este evento, muitas vezes considerado normal no processo de envelhecimento, constitui um problema de saúde pública, pois além das fraturas, gera outras consequências como medo de andar, perda da capacidade de realização das atividades de vida diária, restrição de mobilidade, incapacidade funcional, isolamento social e diminuição da qualidade de vida, além de ser considerada como uma das principais causas de hospitalização e morte em idosos.

Um idoso com catarata, por exemplo, possui visão comprometida e, como tal, possui uma deficiência visual. Em consequência, possui dificuldades diversas advindas de sua condição, tais como não distinguir com nitidez elementos físicos como mudanças de planos e desníveis. As condições do ambiente podem agravar essas dificuldades gerando restrições.

No CAIMI Ada Rodrigues Viana, além da falta de sinalização, percebeu-se que não há vagas de estacionamento reservada ao idoso como obriga a lei. Com relação ao acesso interno, nem sempre há rampas na existência de desníveis maiores que 1,5cm e as portas de acesso aos consultórios não possuem vão mínimo de 1,50m e não abrem no sentido da saída proporcionando escoamento (Quadro 06).

Deve-se considerar que elementos, tais como uma porta com vão mínimo de 1,50m e a inexistência de rampas, que normalmente passam despercebidos para a maioria das pessoas, podem impedir o deslocamento de uma pessoa com dificuldade de deslocamento e barrar seu acesso a um edifício. No caso de pessoas idosas e com deficiências, as dificuldades são permanentes e, muitas vezes, intransponíveis, afetando suas condições de independência, acessibilidade e mobilidade. Isso desafia o sistema a colocar em prática as soluções técnicas apresentadas na Norma Brasileira de Acessibilidade (NBR 9050/2004) assim como desenvolver novas soluções para problemas ainda não normatizados.

Segundo Dischinger, Bins Ely e Piardi (2012), as características espaciais são fundamentais para reduzir as dificuldades enfrentadas por pessoas com deficiências físico-motoras. Dessa forma,

(...) para permitir o deslocamento de pessoas com redução de mobilidade ou que utilizem bengalas, muletas ou cadeira de rodas é necessário prever espaço suficiente para aproximação e uso de espaços e equipamentos; eliminar desníveis verticais ao longo de percursos ou ambientes; prover suportes para apoio (corrimãos); criar superfícies uniformes com inclinação leve ou inexistente, com pisos de boa aderência, antiderrapantes, e que não provoquem trepidação; e observar dimensões mínimas adequadas para o deslocamento (DISCHINGER, BINS ELY e PIARDI, 2012, p.30).

Quadro 6: Componentes de acessibilidade das instalações físicas do CAIMI Ada Rodrigues Viana. Manaus, AM, 2015

COMPONENTES DE ACESSIBILIDADE	ÁREAS DE ACESSO AO EDIFÍCIO		OBSERVAÇÕES
ORIENTAÇÃO	DO PASSEIO A ENTRADA DO EDIFÍCIO	ÁREA EXTERNA/PÁTIO	Não existe piso tátil de alerta nos pátios, sinalizando situações que envolvam algum tipo de risco (desníveis, obstáculos).
		RAMPAS	Não existe sistema de iluminação de emergência instalado. Não existe sinalização tátil de alerta no início e término da rampa.
		ESTACIONAMENTO	Não há vagas destinadas aos idosos.
	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	PORTAS	Não há sinalização tátil (em Braille ou texto em alto relevo) nos batentes ou paredes adjacentes, no lado onde existe a maçaneta.
		ACESSO INTERNO	Ausência de sinalização visual no piso indicando desníveis (degraus).
		RECEPÇÃO	Não há suporte informativo tátil que permita a identificação do local do balcão para pessoas com restrição visual.
		CONSULTÓRIOS	Ausência de sistema de áudio descrição sobre as exposições, que permita a informação e orientação de pessoas com restrição visual.
DESLOCAMENTO	DO PASSEIO A ENTRADA DO EDIFÍCIO	RAMPAS	Não existe no início e no término da rampa patamares com dimensão mínima longitudinal de 1,20m além da área de circulação adjacente. Não existe patamar para mudança de direção na rampa.
	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	ACESSO INTERNO	Nem sempre há rampas na existência de desníveis maiores que 1,5cm.
		CONSULTÓRIOS	As portas de acesso ao ambiente não possuem vão mínimo de 1,50m e não abrem no sentido da saída proporcionando escoamento. Há uma largura de 77 cm de largura (mínima de 80cm para a transposição de uma cadeira de rodas por portas e obstáculos fixos).

USO	DO PASSEIO A ENTRADA DO EDIFÍCIO	RAMPAS	<p>Os corrimãos não estão instalados em ambos os lados da rampa (somente 1 lado).</p> <p>Os corrimãos laterais estão instalados a duas alturas 93 cm (preconizado 92cm e 70cm do piso, medido da geratriz superior).</p> <p>Os corrimãos não possuem prolongamento mínimo de 30cm antes do início e após o término da escada.</p>
		ESTACIONAMENTO	Não existe vaga de estacionamento externo ou de garagem interna destinada a pessoas idosas.
	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	RECEPÇÃO	Os balcões de atendimento não permitem aproximação frontal por cadeira de rodas. (altura máxima de 90 cm em relação ao piso, com altura livre de 73cm sob o balcão e profundidade livre inferior de 30cm).
		CONSULTÓRIOS	Ausência de equipamentos que possuem controle de volume individual.
COMUNICAÇÃO	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	RECEPÇÃO	<p>Não existe um serviço de atendimento para pessoas com restrição auditiva prestado por pessoas capacitadas (intérpretes de LIBRAS).</p> <p>Não existe algum tipo de equipamento de tecnologia assistida (terminal de computador) que permita a comunicação para o surdo e/ou mudo com os funcionários.</p>
		CONSULTÓRIOS	Não existem dispositivos de tecnologia assistida para atender as pessoas com restrição visual e auditiva.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015

Com relação ao CAIMI Dr. André Araújo, a situação encontrada foi de maiores distorções, haja vista este ser o único que não foi planejado e as adaptações feitas não corresponderam às necessidades dos usuários. Além de todas as deficiências apresentadas pelos CAIMIs anteriores, o acesso ao serviço faz-se por meio de escadas, sem rampas de acesso, porém possui elevador, que em momentos de pane obriga o idoso ao uso de escadas. Alguns idosos não fazem uso do elevador por desconhecerem a forma de funcionamento, restando-lhes as escadas (Quadro 7).

As escadas tornam-se, portanto, um dos principais elementos de dificuldade para o idoso, uma vez que diversos problemas foram encontrados a partir dela: degraus dispostos paralelos entre si, porém sempre que há curvas há degraus em leque que são proibidos neste caso; o primeiro e último degraus de um lance de escada estão a uma distância de 65cm; as escadas têm lance de 21 degraus e o máximo aceitável é de 19 degraus; corrimãos são contínuos sem extremidades recurvadas fixadas ou justapostas à parede ou piso; os corrimãos estão instalados na altura de 84 cm e o outro 89 cm (92cm do piso medido de sua geratriz superior) (Quadro 7).

As barreiras arquitetônicas impedem o exercício do mais básico dos direitos de qualquer cidadão, o de deslocar-se livremente. Devido a essas barreiras, as ações de promoção e prevenção à saúde normalmente ficam restritas.

A acessibilidade pode ser definida não só como o grau de ajuste entre as características dos recursos de atenção à saúde, mas também como as características das populações, no processo de busca e obtenção da atenção em saúde.

O Artigo 38, do Estatuto do Idoso, Lei 10741/03, determina a eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, a fim de garantir a acessibilidade do idoso. Da mesma forma, o Artigo 3º da Lei nº. 10.098/2000 determina que os espaços de uso público sejam acessíveis para as pessoas portadoras de deficiência ou mobilidade reduzida, como os idosos.

Quadro 7: Componentes de acessibilidade das instalações físicas do CAIMI Dr. André Araújo. Manaus, AM, 2015

COMPONENTES DE ACESSIBILIDADE	ÁREAS DE ACESSO AO EDIFÍCIO		OBSERVAÇÕES
ORIENTAÇÃO	DO PASSEIO A ENTRADA DO EDIFÍCIO	ESCADAS	Não existe sinalização visual localizada na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento, medindo entre 2cm e 3cm de largura. Não existe, no início e término da escada, sinalização tátil de alerta em cor contrastante com a do piso, afastada no máximo 32cm do degrau.
	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	PORTAS	Não há sinalização tátil (em Braille ou texto em alto relevo) nos batentes ou paredes adjacentes, no lado onde existe a maçaneta.
		ACESSO INTERNO	Não há, em circulações muito amplas, faixas de piso em cor e textura diferenciadas guiando os idosos.

Ausência de sinalização visual no piso indicando desníveis (degraus).
		RECEPÇÃO	Não há suporte informativo tátil que permita a identificação do local do balcão para pessoas com restrição visual.
		CONSULTÓRIOS	Ausência de sistema de áudio descrição sobre as exposições, que permita a informação e orientação de pessoas com restrição visual.
<p>DESLOCAMENTO</p> <p>DESLOCAMENTO</p>	DO PASSEIO A ENTRADA DO EDIFÍCIO	CIRCULAÇÃO	<p>Não existe uma rota livre de obstáculos que permita o acesso do passeio público à entrada do edifício.</p> <p>Não possui piso antiderrapante e sem desníveis do passeio público à entrada do edifício.</p>
		VEGETAÇÃO	Vegetação existente não representa segurança para os pedestres (possui árvores que desprendem muitas folhas e frutos), pois torna o piso escorregadio e pode causar traumas.
		ÁREA EXTERNA/PÁTIO	Não existe piso tátil de alerta nos pátios, sinalizando situações que envolvam algum tipo de risco (desníveis, obstáculos).
		ESCADAS	<p>A profundidade do degrau (piso) é 26 cm (preconizado maior que 28cm e menor que 32cm).</p> <p>Os degraus estão dispostos paralelos entre si, porém sempre que há curvas há degraus em leque (proibido degraus em leque).</p> <p>O primeiro e último degraus de um lance de escada estão a uma distância de 65 cm (no mínimo 30 cm da área de circulação).</p> <p>As escadas têm lance de 21 degraus (máximo de 19 degraus).</p>
	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	ACESSO AO EDIFÍCIO	Ausência de rampa ou equipamento eletromecânico que permita pleno acesso quando tem desnível entre a circulação externa e a porta de entrada do edifício.
		PORTAS	Ausência de portas acionadas com sensores ópticos (para idosos de baixa estatura e usuários de cadeira de rodas).

		CONSULTÓRIOS	As portas de acesso ao ambiente não possuem vão mínimo de 1,50m e não abrem no sentido da saída proporcionando escoamento.
USO	DO PASSEIO A ENTRADA DO EDIFÍCIO	ÁREA EXTERNA/PÁTIO	Não existem bancos para descanso no pátio na entrada do edifício.
		ESCADAS	Os corrimãos são contínuos sem extremidades recurvadas fixadas ou justapostas à parede ou piso. Os corrimãos estão instalados na altura de 84 cm e o outro 89 cm (92cm do piso medido de sua geratriz superior).
	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	PORTAS	A maioria das maçanetas das portas não é do tipo alavanca.
		CONSULTÓRIOS	Ausência de equipamentos que possuem controle de volume individual.
COMUNICAÇÃO	DA ENTRADA DO EDIFÍCIO	ACESSO INTERNO	Não há acesso ao ambiente por meio de videofones e/ou interfones acessíveis aos idosos, pessoas com baixa estatura e cadeirante. Não existe algum tipo de tecnologia assistida para comunicação do surdo e/ou mudo para acesso ao edifício. Ausência de acesso alternativo, campainha ou outro meio (visor) para solicitar abertura da porta.
		RECEPÇÃO	Não existe um serviço de atendimento para pessoas com restrição auditiva prestado por pessoas capacitadas (intérpretes de LIBRAS). Não existe algum tipo de equipamento de tecnologia assistida (terminal de computador) que permita a comunicação para o surdo e/ou mudo com os funcionários.
		CONSULTÓRIOS	Não existem dispositivos de tecnologia assistida para atender as pessoas com restrição visual e auditiva.

Fonte: Pesquisa de campo, 2015

A perspectiva da integralidade do cuidado e na implementação de práticas em serviços de saúde, acesso e acolhimento articulam-se e complementam-se. Para tal, faz-se necessária uma série de fatores estruturais que dizem respeito à planta física e os equipamentos disponibilizados na estrutura dos serviços.

CAPÍTULO V

ENTRE A CASA E O CAIMI: acessibilidade e mobilidade de idosos em Manaus (AM)

*Eu sou qual caminheiro fatigado/ Revestido da poeira dos caminhos
Que saindo cantando e descuidado / Não pensou de encontrar tantos espinhos
Ainda moço partiu levando em mente / Um punhado de sonhos tão fagueiros
A vida lhe sorriu...viveu contente / Cantando divagou anos inteiros
Quantas vezes cantando alegre outrora / Na mesma lira que hoje triste chora
Tão cheio de ilusões bendisse a vida / Hoje velho, revendo a longa estrada
E quase já no fim desta jornada / Canta ainda a lira entristecida.*

Deuclydes Gudolle, *O Caminheiro*

5.1 Dificuldades geográficas e sociais enfrentadas pelos usuários dos CAIMIs

A acessibilidade não se restringe somente à área de interesse das pessoas com deficiência, mas de toda pessoa que apresente alguma restrição de mobilidade, sendo o seu conceito ampliado também para qualificar os meios de comunicações e o sistema de transporte, além das edificações, espaços ou ambientes físicos (BEZERRA, 2013).

Segundo Paulo César da Costa Gomes o espaço público é, antes de tudo, qualquer tipo de espaço em que não haja obstáculos à possibilidade de acesso e participação de qualquer tipo de pessoa, constituindo o resultado de um gênero de relação contratual com o espaço. Logo, o que constrói o espaço público é a obediência à lei e a seus limites e ele depende, diretamente, da afirmação permanente do contrato social que o funda.

Neste caso, a Lei nº 10.098/00 estabeleceu normas e critérios básicos para a promoção da acessibilidade às pessoas com mobilidade reduzida, como no caso daquelas com deficiência, idosas, obesas, gestantes e todas as demais que estão momentaneamente com alguma restrição de mobilidade, mediante a supressão de barreiras e obstáculos nas vias e espaços públicos, no mobiliário urbano, na construção e reforma de edifício e nos meios de transporte e de comunicação.

Para Viana *et alii* (2010, p.320),

A garantia de acesso a bens e serviços deve ser observada por seus diversos componentes, que podem ser interpretados como as possíveis razões para facilitar ou dificultar o acesso aos serviços de saúde, que são: a) acessibilidade geográfica, pelo adequado planejamento da localização dos serviços de saúde, entre outros fatores, como a distância, o tempo necessário para cobri-la e os meios de transporte aceitáveis para a população; b) acessibilidade econômica, que seria a remoção de barreiras derivadas do sistema de pagamento ou contribuição pelo usuário, ou seja, custos dos serviços ao alcance da comunidade; c) acessibilidade cultural, adequação das normas e técnicas aos hábitos e costumes da população usuária; d) acessibilidade funcional, ofertas de serviços oportunos e adequados à necessidade da população. A acessibilidade implica, portanto, prestação contínua e organizada de serviços que as pessoas possam usufruir, devendo assegurar a equidade, com um mínimo de qualidade e a um custo compatível.

O Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/03) traz, como obrigação do Estado e da Sociedade, assegurar à pessoa idosa a liberdade, o respeito e a dignidade, como pessoa humana e sujeito de direitos civis, políticos, individuais e sociais, garantidos anteriormente na Constituição Federal, compreendendo o direito à liberdade, entre outros aspectos, a faculdade

de ir, vir e estar nos logradouros públicos e espaços comunitários, ressalvadas apenas as restrições legais (artigo 10, §1º, inciso I).

Dentro dessa função social, aparece de forma explícita a obrigatoriedade do ambiente acessível, não só para as edificações e espaços públicos, como também para os de uso coletivo de natureza privada, além daquelas de uso multifamiliares, expostos na Lei 10.098/00, no Decreto 5.296/04 e na NBR 9050:2004. Mesmo assim, muitas das vezes, as pessoas idosas encontram barreiras ambientais ou limitadores de mobilidade no meio em que vivem.

Para Fischer e Gomes (2012), promover a acessibilidade no ambiente já construído é dar condições de mobilidade, com autonomia e segurança, excluindo as barreiras arquitetônicas e urbanas nas cidades, nos edifícios, nos transportes e na comunicação. Para promover e encorajar a independência e a autonomia das pessoas idosas, todos os ambientes deveriam ser planejados para proporcionar uma adequada acessibilidade e mobilidade.

No que diz respeito à saúde, a OMS recomenda que as políticas de saúde para o envelhecimento saudável considerem os determinantes da saúde durante toda a vida: sociais, econômicos, comportamentais, pessoais, culturais do ambiente físico e acesso a serviços (WHO, 2005).

Estudos brasileiros têm apontado fatores que influenciam a utilização dos serviços de saúde, independente da faixa de idade, tais como a própria necessidade de atendimento no que diz respeito a saúde, oferta, características demográficas, geográficas, econômicas e sociais. A influência desses fatores varia em razão do tipo de serviço e da proposta assistencial (COSENZA, 2003; TRAVASSOS e MARTINS, 2004; PASKULIN, VALER e VIANNA, 2011).

Assim, esta pesquisa se debruçou sobre a avaliação da distância percorrida pelos idosos usuários dos CAIMIs na busca de atendimento, entendendo que uma das maiores dificuldades é a distância geográfica, que dificulta a acessibilidade do idoso com limitações físicas e mobilidade reduzida, na grande maioria.

Os Mapas 10, 11 e 12 mostram especificamente a distância geográfica percorrida pelos usuários dos CAIMIs. Lembrando que a distância é calculada em linha reta, sendo que o percurso, porém, não corresponde a esta linha, demandando um tempo e uma distância maior, principalmente quando feito em transporte público.

Mapa 10 – Distância percorrida pelos usuários do CAIMI Dr. Paulo Lima. Manaus, AM, 2016
Fonte: Pesquisa de campo. 2016

Mapa 11 – Distância percorrida pelos usuários do CAIMI Dr. André Araújo. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Mapa 12 – Distância percorrida pelos usuários do CAIMI Ada Rodrigues Viana. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Conforme observado nos Mapas 10,11 e 12, a distância percorrida pelos idosos para fazerem uso dos serviços dos CAIMIs é bastante variada, atingindo raio máximo de aproximadamente 15 km em linha reta, com maior percentual de usuários provenientes das áreas próximas aos CAIMIs.

Os CAIMIs Dr. Dr. Paulo César de Araújo Lima (Mapa 10) e Ada Rodrigues Viana (Mapa 12) mostram maior dispersão de seus usuários, enquanto que o CAIMI Dr. André Araújo (Mapa 11) mostra uma grande concentração de usuários residentes na área próxima.

Quando se pensa em mobilidade urbana, pensa-se como organizar o uso racional da cidade e a melhor forma de garantir o acesso das pessoas a bens e serviços, como no caso dos meios de transporte e trânsito.

A respeito do meio de locomoção usado pelas pessoas idosas participantes da pesquisa, os discursos mostram padrões variados. No entanto, de modo geral, o transporte coletivo é um dos mais utilizados pelos idosos, correspondendo a 65,2%, 84,2% e 71,2% nos três CAIMIs (Tabela 12). O transporte coletivo, além de acessível, é garantido pela lei nº 10.741- artigo 39, que dá direito ao idoso de usar gratuitamente o serviço de transporte coletivo. Bezerra (2013) observa a importância do fator transporte para a estrutura familiar no que diz respeito a gastos e qualidade em saúde, implicando dispêndio financeiro e dificuldades no uso dos serviços de saúde.

No campo do transporte coletivo, a Constituição de 1988, no artigo 244, estabelece que a lei disporá sobre a adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público e dos veículos de transporte coletivo atualmente existentes, a fim de garantir acesso adequado às pessoas com mobilidade reduzida, conforme o disposto no artigo 227, § 2º (BEZERRA, 2013).

No artigo 16, da Lei nº 10.098/00, está explícito que os veículos de transporte coletivo deverão cumprir os requisitos de acessibilidade estabelecidos nas normas técnicas. Em 2004, as Leis nºs 10.048/00 e 10.098/00 foram regulamentadas pelo Decreto nº 5.296/04, sendo reservado um capítulo para a acessibilidade aos serviços de transporte coletivo (terrestre, aquaviário e aéreo), considerando-se como integrante desses serviços os veículos, terminais, estações, pontos de paradas, vias principais, acessos e operação.

A pesquisa mostrou que os idosos apontam a demora do transporte e a distância percorrida entre sua residência e o CAIMI, como os maiores problemas enfrentados no acesso

ao serviço de saúde, além da dificuldade de locomoção: ônibus lotados, atravessar a rua e ruas emburacadas (Tabela 12).

Tabela 12: Distribuição segundo a utilização dos meios de transporte, suas dificuldades e eliminação dessas dificuldades dos idosos aos Centro de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Variáveis (n = 360)	Paulo Lima		Ada Viana		Andre Araújo	
*Meio de transporte mais utilizado	(n = 351)		(n = 335)		(n=360)	
Carro particular	72	20,5	23	6,9	41	11,4
Carro de aluguel (taxi)	34	9,7	21	6,3	32	8,9
Ônibus	229	65,2	282	84,2	257	71,2
Moto	0	0,0	6	1,8	13	3,6
Outros	16	4,6	3	0,9	17	4,9
Dificuldades de acesso ao CAIMI	(n = 127)		(n = 23)		(n=256)	
Atravessar a rua	4	3,1	0	0,0	31	12,1
Demora do transporte	61	48,0	11	47,8	57	22,3
Dificuldade de locomoção	15	11,8	0	0,0	22	8,6
Sinalização nas ruas	0	0,0	2	8,7	12	4,7
Distância	42	33,1	5	21,7	41	16,0
Ônibus lotado	4	3,1	2	8,7	23	9,0
Ruas emburacadas	1	0,8	3	13,0	70	27,3
O que poderia ser feito para eliminar tais barreiras	(n = 127)		(n = 200)		(n= 163)	
Atendimento por telefone	16	12,6	60	30,0	37	22,7
Melhorar o transporte coletivo	54	42,5	80	40,0	59	36,1
CAIMI nos bairros	52	40,9	50	25,0	2	1,2
Melhorar as ruas	1	0,8	2	1,0	4	2,5
Melhorar sinalização nas ruas	0	0,0	2	1,0	48	29,5
Um agente de trânsito	4	3,1	6	3,0	13	8,0

*os demais vão andando

f_i = frequência absoluta simples.

Referiram ainda que para eliminar tais barreiras seria necessário: melhorar o transporte público, construir novos CAIMIs nos bairros, criar sistema de atendimento por telefone, melhorar a sinalização nas ruas, dispor de um agente de trânsito para o local de travessia e melhorar as ruas e sua sinalização (Tabela 12).

Vale lembrar que o Ministério das Cidades refere-se à Mobilidade Urbana como um dos atributos da urbe essencial para o seu crescimento ordenado e para o deslocamento autônomo e seguro das pessoas aos bens e serviços (BEZERRA, 2013).

Para o planejamento urbano das cidades brasileiras, a melhoria da acessibilidade e mobilidade urbana representa uma das maiores preocupações. A Lei da Mobilidade Urbana determina a integração dos diversos modos de transporte e a melhoria da acessibilidade e mobilidade de pessoas e cargas, por meio do planejamento e da gestão dos sistemas de mobilidade urbana pelos órgãos responsáveis em “planejar e coordenar os diferentes modos e serviços” e “avaliar e fiscalizar os serviços e monitorar desempenhos, garantindo a consecução das metas de universalização e de qualidade” (BRASIL, 2012, art.22).

Por isso, um dos fatores primordiais para a mobilidade urbana é o oferecimento de um Sistema de Transporte Coletivo acessível, pois de nada adianta garantir edificações acessíveis se as pessoas com reduzida mobilidade não conseguem chegar até elas.

Em relação ao transporte coletivo, Viana (2010) mostra que os idosos enfrentam diversas dificuldades destacando: a ausência de informações, o caminho até o ponto de ônibus em que as calçadas se encontram em condições ruins, a espera em condições não adequadas, e as péssimas condições de embarque.

Ambientes fisicamente adequados às pessoas podem representar o que seria a diferença entre a independência e a dependência, principalmente para aquelas que estão envelhecendo. Por exemplo, pessoas idosas residentes em ambientes de risco com diversas barreiras físicas saem menos de casa, e, por isto, são mais propensas a se isolarem e sofrerem de depressão; possuem menor preparo físico gerando problemas de mobilidade (WHO, 2005).

Com relação ao percurso que os usuários precisam realizar entre o ponto de ônibus e os CAIMIs, a pesquisa mostra que cada um deles apresentam dificuldades distintas.

Na Figura 16, pode-se observar a localização espacial do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima, bem como a localização dos pontos de ônibus e a distância que deve ser percorrida a pé até o CAIMI. A Tabela 13 também mostra a distância entre os pontos de

ônibus mais próximos a esta instituição e a distância entre o ponto de ônibus e a faixa de travessia de pedestres

Figura 16 - Localização espacial do CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima e os respectivos pontos de ônibus em sua proximidade. Manaus, AM, 2016

Tabela 13: Distância entre as paradas mais próximas dos transportes coletivos até o CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2016

SENTIDO CENTRO/BAIRRO	SENTIDO BAIRRO/CENTRO
Parada/portão de entrada do CAIMI = 170m/total	CAIMI/Parada: 60m/total
Parada/faixa de pedestre = 155m	
Faixa de pedestre = 12m	
Faixa pedestre/portão de entrada = 3m	

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

A primeira dificuldade é a distância em que o idoso terá que percorrer até a entrada do CAIMI (170 m) (Tabela 13), além de calçadas com buracos, degraus e ausência de rampa de acesso (Tabela 14).

Outro problema diz respeito à parada de ônibus sentido centro/bairro em que a mesma não possui cobertura, os usuários ficam expostos ao sol e à chuva, não possuindo lugar para sentar, além da distância, considerada longa até o CAIMI. A parada de ônibus sentido bairro/centro é próxima ao CAIMI, coberta, porém, não possui lugar para sentar (Tabela 14).

Tabela 14: Dificuldades e facilidades de acesso ao CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2016

DIFICULDADES	VANTAGENS
Falta de calçadas adequadas	Apresenta duas vias de acesso
Buracos na calçada	A instalação do CAIMI está no mesmo nível da rua
Falta de rampas de acesso sinalizadas na calçada	Segurança
Parada de ônibus sem cobertura (sentido centro/bairro)	Via principal
Parada sem assento (sentido bairro/centro)	
Não possui ônibus saindo dos 5 terminais	
Portão de entrada de pedestre inadequado.	
Falta de semáforo na faixa de pedestre	

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

As linhas de ônibus que foram observados no período da manhã e tarde em dias alternados estão representadas na Tabela 15. Todos os ônibus eram provenientes do Terminal 2¹⁶ (T2), os demais terminais 1¹⁷, 3¹⁸, 4¹⁹ e 5²⁰, não fazem este itinerário, além disso, nem todos os ônibus seguem diretamente ao CAIMI, necessitando maior tempo para chegar ao destino final. O tempo de espera destes ônibus na parada foi entre 45 a 60m, lembrando que o ponto de ônibus mais próximo não possui lugar para sentar enquanto se espera (Tabela 14). Pode-se perceber que existem mais dificuldades que vantagens em termos de acesso e acessibilidade dos idosos ao CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima.

¹⁶ Av. Manicoré, 378 – Cachoeirinha – Zona Sul

¹⁷ Av. Constantino Nery – Centro – Zona Centro Sul

¹⁸ Av. Noel Nutels - Cidade Nova, Manaus – Zona Norte

¹⁹ Avenida Camapuã, Rua Camapuã, s/n - Cidade de Deus – Zona Leste

²⁰ Av. Autaz Mirim, s/n com Al. Cosme Ferreira, São José Operário – Zona Leste

Tabela 15: Número de linhas de ônibus que dão acesso ao CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2016

LINHA DE ÔNIBUS SENTIDO BAIRRO	LINHA DE ÔNIBUS SENTIDO CENTRO
004; 677; 680; 702; 704 (T2)	004; 129; 702; 706 (T2)

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

O CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima fica localizado na avenida principal do bairro, com rua asfaltada nos dois sentidos. A unidade está ao mesmo nível da rua, possui outras unidades de saúde nas proximidades, como Serviço de Pronto Atendimento, Centro de Atenção Integral à Criança, unidade da Polícia Militar, escolas e faixa de pedestre em frente à instituição.

Porém, foi um dos CAIMIs que apresentaram mais irregularidades no que concerne às dificuldades para uma pessoa idosa ou com mobilidade reduzida. Por exemplo, calçadas com inclinações, buracos, degraus e ausência de rampa de acesso; poucas opções de rota do transporte coletivo; parada de ônibus inapropriada; somente um portão de entrada para pedestre e veículos, gerando insegurança no acesso.

Na Figura 17, observa-se a localização espacial do CAIMI Ada Rodrigues Viana, os pontos de ônibus mais próximos e a distância percorrida a pé pelos idosos.

Figura 17 - Localização espacial do CAIMI Ada Rodrigues Viana e os respectivos pontos de ônibus em sua proximidade. Manaus, AM, 2016

Pode-se observar que os pontos de ônibus estão razoavelmente próximos, mas para idosos com dificuldade de locomoção, a distância de 191m se torna um obstáculo a ser superado (Tabela 16).

Tabela 16: Distância entre as paradas mais próximas dos transportes coletivos até o CAIMI Dr. Ada Rodrigues Viana. Manaus, AM, 2016

SENTIDO CENTRO/BAIRRO	SENTIDO BAIRRO/CENTRO
Parada/portão de entrada do CAIMI = 21 m/total	Portão de entrada do CAIMI/parada = 191m/total
	Portão CAIMI/ 1ª faixa de pedestre = 42m
	1ª Faixa de pedestre = 10m
	2ª faixa de pedestre = 9m

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Na Tabela 17 estão descritas as dificuldades e facilidades relacionadas à implantação do CAIMI Ada Rodrigues Viana em que, nas dificuldades, observam-se as paradas de ônibus prejudicadas pelas águas da chuva e o espaço bem reduzido para abrigar uma grande quantidade de pessoas que delas fazem uso, dificultado a permanência dos idosos e outros usuários na espera dos coletivos.

Tabela 17: Dificuldades e facilidades de acesso ao CAIMI Dr. Paulo César de Araújo Lima. Manaus, AM, 2016

DIFICULDADES	FACILIDADES
Não possui ônibus saindo dos 5 terminais	Apresenta duas vias de acesso
Paradas de ônibus prejudicadas pelas águas da chuva	Boa estrutura física externa
Abrigo da parada pequeno para a demanda	Segurança
	Via principal
	Ponto de ônibus com cobertura e assento
	Acesso no mesmo nível da rua

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

A coleta destes dados foi feita no horário da manhã e a tarde em dias alternados, sendo observado que, principalmente nos horários de entrada e saída de estudantes de uma escola próxima, as paradas ficam muito cheias, deixando os idosos expostos ao sol ou chuva enquanto esperam os ônibus.

Com relação às facilidades, destaca-se o bom estado de conservação desta avenida, em boas condições de tráfego; as calçadas em torno deste CAIMI também se encontram em bom estado de conservação e ao nível da rua, com pouco ou nenhum buraco; possui faixa de pedestre visível com rampa de acesso e controle manual do semáforo em ambos os sentidos (centro/bairro/centro).

A Tabela 18 mostra o número de linhas de ônibus que dão acesso ao CAIMI Ada Rodrigues Viana. As linhas de ônibus que passam neste local demoram entre 20 e 50 minutos. Foi observado que ônibus dos Terminais 1, 2 e 3 (T1, T2 e T3) passam nesta rota.

Tabela 18: Número de linhas de ônibus que dão acesso ao CAIMI Ada Rodrigues Viana. Manaus, AM, 2016

LINHA DE ÔNIBUS SENTIDO BAIRRO	LINHA DE ÔNIBUS SENTIDO CENTRO
001 (Interbairros)	001 (Interbairros)
015; 016; 017(T1, T2)	014 (T3)
114; 124; 126; 127; 128; 211 (T1)	015 (T1, T3)
118; 122; 128; 542 (T2)	016; 017 (T1, T2)
	118; 122; 128; 542 (T2)
	124; 126; 127; 211 (T1)

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Na Figura 18, temos a visão da localização espacial do CAIMI Dr. André Araújo, com o local das paradas de ônibus nos dois sentidos e o trajeto a pé percorrido pelos usuários idosos. A Figura 18 e a Tabela 19 mostram que, dentre os 3 CAIMIs, este é o que apresenta maior distância até o ponto de ônibus mais próximo e da faixa de pedestre até a porta de entrada.

Figura 18 - Localização espacial do CAIMI Dr. André Araújo e os respectivos pontos de ônibus em sua proximidade. Manaus, AM, 2016

Tabela 19: Distância entre as paradas mais próximas dos transportes coletivos até o CAIMI André Araújo. Manaus, AM, 2016

SENTIDO CENTRO/BAIRRO	SENTIDO BAIRRO/CENTRO
Parada de ônibus/entrada do CAIMI: 205m/total	CAIMI/parada de ônibus = 147,7m/total
Parada de ônibus/portão de entrada= 54 m	CAIMI/faixa de pedestre = 110m
Portão de entrada/ CAIMI = 151m	Faixa de pedestre = 15,7m
	Faixa de pedestre/parada = 22m

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

O CAIMI Dr. André Araújo é a menor unidade das três, com localização em uma Avenida principal de dois sentidos, asfaltada, em condição regular de tráfego. A rua possui várias irregularidades da manta asfáltica.

No entanto, a primeira dificuldade é a falta de sinalizações externas que indiquem onde se localiza o CAIMI dentro do complexo hospitalar que existe ao redor, aumentando o tempo de locomoção de uma pessoa que vai pela primeira vez à procura de atendimento. Além disso, as calçadas em torno da instituição estão mal conservadas e não possuem rampa de acesso em nenhum ponto do trajeto das paradas de ônibus até a entrada da Instituição (Tabela 20).

A segunda maior dificuldade, e talvez a mais grave, diz respeito ao tempo do semáforo para a travessia de pedestre reduzido a 15 segundos, em via dupla de alto fluxo de veículos, num percurso de 15,7 metros. Considera-se que as travessias de ruas e avenidas são um ponto crítico de potenciais conflitos no caminho de quem anda. Nas travessias, alternam-se os tempos destinados aos diversos usuários das vias. O artigo 70 e 71 do Código de Trânsito Brasileiro (CTB) prevê que os pedestres tenham prioridade de conclusão da travessia quando estão sobre as faixas e obriga o órgão ou entidade com circunscrição sobre a via a manter as faixas e passagens de pedestres em boas condições de visibilidade, higiene, segurança e sinalização (BRASIL, 1997).

Nota-se, porém, que isso não corresponde à realidade, uma vez que o pedestre que ainda não concluiu sua travessia é obrigado a apressar-se. Nessas ocasiões, o risco de acidentes se acentua para os idosos que possuem redução da mobilidade, dos reflexos, da visão, do equilíbrio, da velocidade, da agilidade, da concentração e da força, além da dificuldade de escutar veículos aproximando-se por trás. Ressalta-se que os idosos, após 75 anos, deparam-se com maiores dificuldades decorrentes do declínio físico e psicológico. Embora o pedestre idoso seja o usuário urbano mais vulnerável, este não é considerado com a devida importância.

A Companhia de Engenharia de Tráfego (CET) de São Paulo regula o tempo dos semáforos a partir de um cálculo que considera a velocidade média de 4,3 km/h ou 1,22 m/s (metros/segundos) para o pedestre. O cálculo é feito para a travessia enquanto o sinal de pedestre está verde. Porém, um estudo realizado por Duin, Lebrão e Antunes (2017), com 1.191 idosos da cidade de São Paulo, constatou que 97,8% deles não conseguem caminhar a 4,3 km/h, alcançando uma velocidade média de 2,7 km/h (0,75 m/s). Os autores comentam que as dificuldades apresentadas pelos idosos para atravessar ruas podem indicar para eles a perda da autonomia, da qualidade de vida e a exclusão social.

Ao levar-se em consideração diversos estudos que acusam um tempo de travessia de 0,75 m/s para os idosos, contata-se que os idosos do CAIMI Dr. André Araújo possuem um limite de tempo minimizado para atravessar os 15,7 metros em 15 segundos, o que significa que ele está realizando a travessia em 1,05 m/s, sem ter como fazer o intervalo de espera no canteiro central, por não existir essa opção.

Duin, Lebrão e Antunes (2017) referem que algumas cidades tem tomado como critério a redução gradual da velocidade média de percurso para pedestres, como no caso de

Barcelona e Valência, na Espanha, com os seus atuais 3,2 km/h (0,88 m/s) para a população em geral.

Os Planos Diretores normalmente estabelecem diretrizes para a expansão e adequação do sistema viário e para o transporte público, mas não priorizam a mobilidade das pessoas que não utilizam meios de transporte motorizados, deixando de garantir o acesso amplo e democrático ao espaço urbano.

Na Tabela 20, estão listadas as principais dificuldades e vantagens, destacando-se como dificuldades, além do tempo do semáforo, a falta de rampa, uma vez que o CAIMI localiza-se no andar superior da Maternidade Nazira Daou, com acesso somente por um elevador e uma escada. A parada centro/bairro não está no mesmo nível da rua, o que dificulta a descida do idoso do ônibus, expondo-o a quedas.

Tabela 20: Dificuldades e facilidades de acesso ao CAIMI Dr. André Araújo. Manaus, AM, 2016

DIFICULDADES	VANTAGENS
Buracos na calçada	Abrigo no ponto de ônibus e assento
Falta de rampas de acesso para deficientes	Segurança
Falta de identificação	Via principal
Semáforo com tempo de 15 segundos para travessia da via em dois sentidos	Outras unidades de saúde na redondeza
Somente um elevador	Mesmo nível da rua
Duas vias de acesso sem canteiro central	

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Com relação às vantagens, possui abrigo no ponto de ônibus e assento, além da parada estar localizada numa via principal do bairro, com um sistema mais ampliado de unidades de saúde nas adjacências, o que facilita a disponibilidade de um número maior de linhas de transporte coletivo de diferentes empresas.

Na Tabela 21, observa-se que no local trafegam ônibus que circulam nos cinco terminais da cidade. A média de espera destes ônibus é de 25 a 60 minutos. Para Raia Jr. (2000), a acessibilidade será menor sempre que se aumentar a distância-custo (de viagem em

termos de tempo) de deslocamento entre a saída e a chegada. Dessa forma, se as condições de mobilidade por todo esse percurso forem favoráveis, aumenta-se a acessibilidade e o deslocamento se torna menos oneroso.

Tabela 21: Número de linhas de ônibus que dão acesso ao CAIMI Dr. André Araújo. Manaus, AM, 2016

LINHA DE ÔNIBUS SENTIDO	LINHA DE ÔNIBUS SENTIDO
BAIRRO	CENTRO
048; 053; 054; (T3)	032; 040; 048; 053; 054; 055(T3)
052 (T3, T1)	052 (T3, T1)
351; 418 (T3, T2)	351 (T4, T3, T2)
352 (T3, T4)	352 (T3, T4)
057 (T4)	408; 640 (T4, T1)
408; 640 (T4, T1)	418 (T3, T2)
422 (T5)	422 (T5)
448 (T1)	448 (T1)
O60 (T3)	652 (T5, T1)

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Atualmente, o processo de expansão do tecido urbano na cidade de Manaus avança para áreas externas ao atual perímetro urbano, cada vez mais distantes das áreas centrais da cidade, evidenciando que o tempo de espera, o número de rotas e o quantitativo de ônibus disponibilizados à população, de modo geral, são incompatíveis com as necessidades, em vista desta expansão periférica em curso. Este distanciamento contribui cada vez mais para a intensificação do processo de segregação, especialmente dos idosos. O sistema de transporte urbano coletivo tem uma grande importância na viabilização de padrões de mobilidade que permitam o acesso e o uso da cidade de modo mais equitativo.

Se a maior parte da população mora e envelhece na área urbana, é preciso compreender o direito de usufruir das funções sociais da cidade. Para determinados grupos, como o dos idosos, as dificuldades para garantir a integração espacial é ainda maior, em que os problemas adensam para a heterogeneidade e geram conflitos urbanos e segregação social, principalmente nas grandes cidades. Por isso, a sociedade precisa fiscalizar e exigir a aplicabilidade dos instrumentos do Estatuto da Cidade, que podem vir a proporcionar a

dignidade do morar na cidade, alcançando a mobilidade e a acessibilidade desejáveis em um espaço urbano digno e equitativo (MONTEIRO, ZAZZETTA e ARAÚJO JR., 2015).

Segundo Correa (2009, p. 115), existem barreiras físicas que costumam comprometer o acesso e a acessibilidade a diversos logradouros.

Escadas, meios de transporte, calçadas e até o trânsito dificultam a circulação de idosos nos espaços urbanos. Essas restrições, físicas ou sociais, recaem de maneira muitas vezes intensa na velhice. Dos lugares que fizeram parte de uma história pessoal restam muito poucos, ou até mesmo nenhum. Dos espaços de circulação, há ainda algumas possibilidades de mobilidade. Além disso, a ação do tempo nos espaços muda o cenário e as relações entre as coisas.

Quando solicitado aos idosos voluntários da pesquisa que apontassem situações que poderiam sofrer interferências a ponto de favorecer a sua mobilidade e acessibilidade aos CAIMIs, a maioria apontou problemas simples de resolver, como colocação de assentos nos pontos de ônibus (100%; 100%; 83,9%), placas de orientação (25,6%; 38,3%; 15,3%), faixa de pedestre (26%, 46,5%; 61,4%), melhoramento das calçadas (13,9%; 28%; 45,8%) e melhoramento dos transportes (83,5%; 79,9%; 82,5%), nos CAIMIs Dr. André Araújo, Ada Rodrigues Viana e Paulo Lima, respectivamente (Gráfico 6).

Gráfico 6: Distribuição segundo os serviços ou equipamentos públicos que favorecem acesso aos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Em um estudo realizado com idosos em Belém-PA, verificou-se que 33% dos idosos sugeriram melhorar as calçadas, melhorar a sinalização e sensibilizar a comunidade a fim de facilitar a acessibilidade e a mobilidade no espaço urbano de circulação; enquanto que 17% sugeriram melhorar as calçadas e capacitar os profissionais (como motorista de ônibus) e 17% dos idosos acreditam que, além de melhorar as calçadas, seria importante adequar o sistema de transporte coletivo (REIS, 2009).

Com o novo quadro da longevidade humana que se delineia para os próximos anos, novos desafios permeiam ambientes urbanos. A questão do idoso precisa ser definitivamente enfrentada para a consolidação do direito à cidade. Políticas públicas que propiciem acesso à bens e serviços é o primeiro passo para que outras políticas se realizem no intuito de melhorar a mobilidade urbana no que se refere às questões geográficas e sociais.

Apesar da cidade de Manaus ser citada como exemplo de ações de saúde com resultados positivos prestados à população idosa, observa-se que apenas três CAIMIs foram implantados em toda a área urbana da cidade de Manaus (zonas Norte, Sul e Oeste), deixando as zonas Leste e Centro-Sul descobertas de atendimentos especializados aos idosos, obrigando-os a se deslocarem a longas distâncias e, na maioria, em transportes coletivos lotados e precários, além de todas as demais dificuldades físicas, geográficas e sociais.

Para Freitas *et alii* (2006), o atendimento especializado pode ser de fundamental importância para a recuperação ou manutenção da saúde de uma pessoa idosa. Fazendo com que a qualidade de vida, autonomia e independência do idoso seja revigorada. Os CAIMIs têm esta função. No entanto, os idosos esbarram em inúmeras dificuldades para seu acesso. Isto implica dizer que a não existência ou criação de CAIMIs nas demais zonas distritais ferem os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da Universalidade, Equidade e Integralidade da atenção à saúde da população quando privilegia somente três das seis zonas do município em relação à construção de CAIMIs implantada para atender a demanda da capital.

5.2 Riscos e ocorrências de queda no processo de mobilidade

No processo de envelhecimento, a pessoa fica susceptível a alterações que vão interferir no seu modo de vida, tendo como consequência a instabilidades que a predispõe a diferentes riscos intrínsecos pelo uso inadequado de múltiplos medicamentos (polifarmácia), problemas visuais, doença de Parkinson, dores pelo corpo, entre outras; e os riscos extrínsecos, relacionados ao ambiente e aos hábitos. Os perigos no ambiente físico podem causar lesões incapacitantes e dolorosas, e as mais frequentes, são decorrentes de quedas e acidentes de trânsito.

Na Tabela 22, observa-se que, dentre os idosos voluntários da pesquisa, 44 responderam ter caído no trajeto de sua residência aos CAIMIs ou vice-versa; dentre estes, vários caíram mais de uma vez. Os idosos estão mais sujeitos a quedas e fraturas porque enfrentam diversas situações que os tornam mais frágeis, como redução dos reflexos, fraqueza muscular, alteração de noção espacial, dores articulares, dentre outras causas.

O evento queda de idosos é considerado um importante problema de saúde pública em decorrência da frequência, da morbimortalidade, das incapacitações e do alto custo social e econômico derivado das lesões provocadas por elas (BEIJO *et alii*, 2017).

Em um estudo em Belém, 53% idosos relataram a ocorrência de quedas, sendo 20% na faixa etária de 62 a 68 anos de idade, significando que não se tratava tanto das condições físicas, uma vez que eram idosos jovens. Na Bahia, a prevalência de quedas encontrada foi de 27,7%, confirmando as quedas como fenômeno de saúde pública, já que as mesmas ocorreram em ambiente externo (REIS, 2009). Segundo Beijo *et alii* (2017), idosos com idade igual ou maior a 65 anos têm 8,2 vezes mais risco de sofrer quedas do que os idosos com idade entre 60 e 65 anos, ou seja, a cada ano, o risco de queda dos idosos aumenta aproximadamente 1,1 vezes. Com relação à recorrência das quedas, ela aumenta de 2,2 a 18,5 vezes o risco naqueles que já caíram alguma vez.

Mesmo quando as quedas não causam danos maiores, elas ainda podem afetar a qualidade de vida dos idosos, provocando o medo de cair com consequente restrição de atividades, mobilidade, diminuição da atividade física, isolamento social e depressão. Por isso, medidas de cuidados e proteção, como a melhoria no ambiente físico, devem ser o ponto de partida de prevenção de agravos, que reduzirão os coeficientes de mortalidade por queda na população idosa.

Nessa pesquisa, foi também questionado sobre a ocorrência de acidentes de trânsito, sendo evidenciado, pela verbalização desses idosos, que 10 deles sofreram acidente de trânsito: 03 por atropelamento por motocicleta; 07 por queda do ônibus; 01 atropelamento por carro; 01 tendo ficado preso à porta do ônibus. Segundo os idosos, grande parte se sente segura no caminho de sua casa para o CAIMI ou vice versa, apesar das dificuldades encontradas (Tabela 22). A vulnerabilidade do idoso ao acidente de trânsito é incontestável e na condição de pedestre isto se acentua pela maior exposição da vítima no momento da colisão (SANTOS, RODRIGUES e DINIZ, 2015).

Tabela 22: Distribuição segundo ocorrência de queda e sensação de segurança por parte dos idosos no percurso de sua residência aos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Variáveis (n = 360)	Paulo Lima (n = 360)		Ada Viana (n = 360)		Andre Araújo (n = 360)	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Já sofreu queda no percurso de sua casa para o CAIMI	31	8,6	3	0,8	10	2,8
Quantidade de quedas	(n = 31)		(n = 3)		(n = 10)	
1 a 2	27	87,0	2	66,6	7	70,0
3 a 4	4	13,0	1	33,4	3	30,0
Sofreu algum acidente de trânsito no percurso de sua casa para o CAIMI	8	2,2	2	0,6	2	0,6
Tipo de acidente	(n = 8)		(n=2)		(n=2)	
Atropelamento por motocicleta	1	12,5	1	50,0	1	50,0
Caiu do ônibus	5	62,5	1	50,0	1	50,0
Atropelamento por carro	1	12,5	0	0,0	0	0,00
Presa na porta do ônibus	1	12,5	0	0,0	0	0,00
Sente seguro no caminho de sua casa para o CAIMI	283	78,6	337	93,4	339	94,2
Por que não se sente seguro	(n = 75)		(n = 23)		(n = 21)	
Falta de segurança	68	90,7	23	100	14	66,7
Falta de Sinalização	7	9,3	0	0,0	7	33,3

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

O perfil dos eventos por causas externas no idoso brasileiro mostra uma maior vulnerabilidade aos atropelamentos, chamando a atenção para a alta proporção de mortes por esta causa (48,2%). Em relação à vulnerabilidade do idoso aos acidentes de trânsito, estudos afirmam que o aumento da idade e a gravidade da lesão são preditoras para complicações e mortalidade. A fragilidade ou um problema de saúde preexistente, decorrente do aumento da idade, reduz a tolerância ao choque na colisão e pode representar um risco de morte de até 50% no grupo mais velho. Todas essas condições levam a uma maior insegurança do idoso (LUZ et alii, 2011; BROSKA JUNIOR, FOLCHINI e RUEDIGER, 2013; SANTOS, RODRIGUES e DINIZ, 2015).

Na grande maioria, as cidades não foram projetadas para atender as demandas das pessoas. Se para um jovem ou adulto as barreiras físicas significam problemas, o que dizer de idosos com mobilidade reduzida, em que a fragilidade se traduz em uma necessidade de ajuda indispensável para a realização dos atos elementares da vida. É nesse momento que surge a figura do acompanhante, que quase sempre é um familiar, como apresentado na Tabela 23.

Tabela 23: Distribuição segundo o acompanhamento e o que deve melhorar no acesso dos idosos aos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Variáveis (n = 360/CAIMI)	Paulo Lima		Ada Viana		Andre Araújo	
	f _i	%	f _i	%	f _i	%
Vai ao CAIMI acompanhado	156	43,3	43	11,9	63	17,5
Com quem vai acompanhado	(n = 156)		(n = 43)		(n = 57)	
Filhos	85	54,5	18	41,9	37	65,0
Cônjuge	34	21,8	16	37,2	9	15,8
Família (irmãos, netos, genro/nora, sobrinhos, cunhadas)	32	20,5	6	14,0	10	17,5
Vizinhos e amigos	5	3,2	3	6,9	1	1,7
O que deve melhorar para facilitar a chegada ao CAIMI com segurança	(n = 211)		(n=123)		(n=114)	
Transporte coletivo	198	93,8	89	72,4	95	83,3
CAIMI nos bairros	6	2,8	21	17,1	9	7,8
Infra estrutura das calçadas	4	1,9	4	3,2	5	4,9
Sinalização	3	1,4	9	7,3	5	4,9

f_i = frequência absoluta simples.

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

No entanto, a maior parcela dos idosos da pesquisa ainda se desloca para os CAIMIs desacompanhados, especialmente os usuários dos CAIMIs Ada Viana e Dr. André Araújo, em que somente 43 e 57 deles, respectivamente, responderam que vão acompanhados para seu atendimento (Tabela 23).

O medo de cair é normalmente observado nos idosos, especialmente naqueles que tiveram ocorrências anteriores de queda. Os mais velhos têm medo de cair, machucar-se ou ter de se hospitalizar. A queda também causa constrangimento social.

É preciso lembrar que as quedas são decorrentes também de agravos à saúde, de negligências, de descasos e de descuidos e devem ser consideradas um grave problema que leva à morte ou provoca lesões muitas vezes irreversíveis em pessoas idosas (FONSECA, 2016). Por isso, é primordial que o idoso esteja sempre acompanhado por outra pessoa, na tentativa de garantir sua integridade e o entendimento das informações recebidas na consulta, no que diz respeito às medicações, exames etc., além do apoio emocional para diminuir a ansiedade deste momento.

A família é o primeiro agente de socialização. Mais que isso, é a responsável pela base afetiva e material indispensável para o desenvolvimento de seus membros. Portanto, a responsabilidade do Estado no trato da questão do envelhecimento não exime de nenhuma forma a responsabilidade da família e vice-versa (MELO, 2012).

Além disso, outro fator importante para a prevenção das quedas é o reconhecimento e a correção dos fatores de risco envolvidos na sua ocorrência, em destaque as barreiras que dificultam a acessibilidade. Na entrevista, os idosos responderam que, para chegar com maior segurança ao CAIMI, é primordial que haja melhoria no transporte coletivo, construção de novos CAIMIs para descentralizar ainda mais o atendimento e melhoria das calçadas e sinalizações que dão acesso aos serviços (Tabela 23).

Para Santos, Rodrigues e Diniz (2015, p. 170):

Deslocar-se com segurança é um direito fundamental e, para que seja assegurado, algumas medidas precisam ser discutidas, como semáforos adequados, principalmente nas vias de maior movimento; pontos de ônibus protegidos e que possibilitem o acesso na entrada e saída dos transportes coletivos; informações acessíveis e legíveis, considerando as limitações visuais próprias do envelhecimento; uma fiscalização mais rigorosa no trânsito, em relação aos limites de velocidade; e a adoção de medidas educativas e punitivas, visando combater esses acidentes e proteger os usuários vulneráveis das vias públicas.

Em estudo realizado por Fonseca (2016), foram identificados diversos fatores determinantes para as quedas dos idosos no ambiente externo de uma Unidade Básica de

Saúde (UBS), dos quais se destacam: a ausência de calçadas, bueiros desprotegidos, pavimentação deficiente, presença de degraus, obstáculos e desníveis, dimensão insuficiente da faixa livre e utilização inadequada do estacionamento de veículos. A autora chama a atenção para o fato de que os profissionais responsáveis por projetos arquitetônicos e gestores de saúde, precisam levar "em conta os atributos físicos do espaço urbano no momento do planejamento e da concepção arquitetônica das UBSs ou, até mesmo, na escolha de imóveis para aluguéis com esta finalidade" (FONSECA, 2016, p. 110).

Por ser uma entidade espacial muito complexa, as cidades, quase sempre, constituem-se em expressão das desigualdades sociais. No entanto, precisamos compreender como a cidade está estruturada a fim de chegarmos aos processos sociais que animam o núcleo urbano e que estão envolvidos na dinâmica da produção do espaço. As conexões e a inclusão social são vitais para o idoso.

As deficiências no espaço urbano, tais como as que foram apontadas pelos idosos da pesquisa, nas adjacências dos CAIMIs, somadas às condições físicas que acometem os idosos diminuindo sua mobilidade, aumentam a insegurança e comprometem a autonomia do idoso no uso do espaço urbano, criando condições propícias à perda de autonomia, a ocorrência de acidentes e fragilização do direito à cidade no que concerne à mobilidade e à acessibilidade urbanas.

5.3. Passeio acompanhado

Bergman e Rabi (2005), ao conceituarem mobilidade urbana, chamam a atenção para a construção de um sistema que facilite e garanta aos cidadãos acesso físico às oportunidades e às funções econômicas e sociais das cidades, dando destaque às demandas de mobilidade peculiares dos usuários em geral e, particularmente, às necessidades dos usuários mais frágeis do sistema, como as pessoas idosas.

Para os idosos residentes em comunidade, a avaliação dos fatores de risco relacionados à saúde e ao ambiente, com intervenções baseadas nesses resultados, é altamente efetiva na redução de acidentes de percursos.

Com a proposta de avaliar as condições de uso do espaço físico por meio da percepção do usuário em situações reais, foi realizado um passeio acompanhado no percurso

CAIMI/residência com três idosos de cada CAIMI no período de verão, totalizando nove idosos, e outros três no período de inverno, mais conhecido como período chuvoso, totalizando nove idosos. Ao final da pesquisa foram realizados 18 passeios acompanhados, distribuídos de acordo com o tipo de transporte utilizado. Portanto, no verão: três de carro, três de ônibus e três a pé; e no inverno: três de carro, três de ônibus e três a pé.

Durante o percurso, buscou-se ouvir o idoso, anotando suas verbalizações, ações e percepções. Ao final, uma entrevista foi gravada, com mais detalhes, quando se coletaram dados referentes à percepção daquele percurso e da situação encontrada.

Lembrando que no Amazonas existem somente duas estações climáticas no ano, inverno e verão, as dificuldades de locomoção se apresentam de acordo com essa diferenciação de sazonalidade. No estudo, observou-se que os idosos, em sua maioria, afirmaram uma maior dificuldade enfrentada no período chuvoso, não deixando de apresentar dificuldades também no período do verão (Gráfico 7).

Gráfico 7: Distribuição segundo as dificuldades enfrentadas pelos idosos, de acordo com o período de verão e inverno, no acesso aos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Um entrave ao exercício do direito de circulação na cidade está na falta de acessibilidade para pessoas com mobilidade reduzida. Essa condição sempre piora no período de chuvas intensas, em que as pessoas se deparam com ruas esburacadas e sem calçadas e um trânsito caótico, condição presente em boa parte das vias da cidade de Manaus. Esta situação deixa clara a ausência de maiores investimentos em projetos que auxiliem na melhoria da mobilidade urbana e da infraestrutura

O período de chuva na cidade de Manaus traz consigo situações recorrentes que, aparentemente, não têm nenhuma relação entre si, mas atuam diretamente sobre a qualidade de vida urbana. A longa espera nas paradas de ônibus, o tempo perdido no trânsito congestionado, as paneiras nos serviços de internet e no fornecimento de energia e os transtornos de enfrentar ruas alagadas em um dia de chuva, são situações que se tornaram comuns na cidade de Manaus.

Dependendo do meio de deslocamento utilizado, a mobilidade se torna melhor ou pior. Dessa forma, buscamos identificar diferentes realidades a partir dos diferentes tipos de transportes mais utilizados pelos idosos que são: o carro, o ônibus e a pé.

Durante o período de verão e inverno, dezoito idosos foram abordados no ambiente dos CAIMIs para participar do passeio acompanhado. A finalidade foi descrever a mobilidade dos idosos no espaço urbano considerando seus principais acessos, destacando os modos de deslocamento mais utilizados e verificar como os idosos percebem este espaço urbano. Essa atividade foi desenvolvida com a ajuda de um segundo colaborador que se dispunha a acompanhar, de carro, os percursos realizados pelos idosos que utilizavam carro e ônibus, garantindo o retorno da pesquisadora para o CAIMI de origem.

É por meio de transporte coletivo que a maioria das pessoas se movimenta nas cidades, e em se tratando de grandes centros urbanos, há uma grande dependência direta dos meios de transportes motorizados para se acessar bens e serviços. Quanto maior a cidade, quanto mais complexo forem seus fluxos, maior é a necessidade de meios de transporte eficientes, em especial quando a localização dos bens e serviços é disposta de forma desigual. Assim, as condições de mobilidade urbana e de transporte são determinantes no acesso e utilização de bens e serviços nas grandes cidades, dentre eles, os serviços de saúde (BARRETO, 2012).

O Mapa 13 mostra o percurso e o tempo de deslocamentos dos CAIMIs à residência dos nove idosos acompanhados no período do verão. Nele, observa-se que os idosos que realizaram seu deslocamento a pé enfrentaram um percurso de 4,8 km (Ada Viana) e 2,8 km (Paulo Lima e Dr. André Araújo). Os que se deslocaram de carro tiveram distâncias bastante variadas que vão de 31,4 km (Ada Viana) a 6,5 km (Paulo Lima), tendo o idoso do CAIMI Dr. André Araújo percorrido 15,1 km. No que se refere ao percurso realizado por ônibus de transporte coletivo urbano, o mapa mostra um percurso muito próximo entre os três CAIMIs, sendo: 4,7 km no Ada Viana, 3,9 km no Paulo Lima e 3 km no Dr. André Araújo.

CAIMI	ENDEREÇO	modo	VERÃO	
			DISTÂNCIA (km)	TEMPO (horas)
ADA RODRIGUES VIANA	R. Coronel Teixeira, 17, Compensa	A PÉ	4,1	00:50
	R. Dourado, 73, Acutuba, Iranduba	DE CARRO	31,4	00:30
	Av. Brasil, 137, Compensa	DE ÔNIBUS	4,7	00:27
PAULO LIMA	R. São José, 52, Crespo	A PÉ	2,8	00:33
	R. B, 14, Petrópolis	DE CARRO	6,5	00:10
	Av. Leopoldo Peres, 141, Educandos	DE ÔNIBUS	3,9	00:24
ANDRÉ ARAÚJO	R. Harmonia, 33, Cidade Nova	A PÉ	2,8	00:35
	R. Kairo, 238, Tarumã	DE CARRO	15,1	00:26
	R. 64, 20, Amazonino Mendes	DE ÔNIBUS	3	00:25

Mapa 13. Demonstrativo do percurso e tempo de deslocamentos dos idosos, no período do verão, segundo o tipo de transporte usado para acesso aos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

O maior tempo de deslocamento do CAIMI até a residência foi detectado nos idosos que se locomoveram a pé, situação que se repetiu nos três CAIMIS. Como o tempo foi estimado pelos idosos, é possível que ele tenha sido superior a este apresentado (Mapa 13).

Observa-se ainda, no Mapa 13, que um idoso se deslocou de carro do município de Iranduba para atendimento no CAIMI Ada Viana, confirmando que a área de abrangência dos CAIMIs é muito superior à área para a qual foi contruído.

Mapa 14. Demonstrativo do percurso e tempo de deslocamentos dos idosos, no período do inverno, segundo o tipo de transporte usado para acesso aos Centros de Atenção Integral à Melhor Idade (CAIMI). Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

No Mapa 14, pode-se observar o percurso e o tempo de deslocamentos dos CAIMIs à residência dos nove idosos acompanhados no período do inverno. Os idosos que realizaram seu deslocamento a pé enfrentaram um percurso muito pequeno de 1,7 km (Ada Viana), 0,3 km (Paulo Lima) e 0,7 km (Dr. André Araújo). Os que se deslocaram de carro tiveram distâncias razoavelmente curtas, somente o idoso do CAIMI Dr. André Araújo percorreu 6,1 km. Os maiores percursos foram feitos pelos idosos de ônibus, alcançando 7,3 km (Ada Viana), 1,6 km (Paulo Lima) e 7,1 km (Dr. André Araújo).

5.3.1 Dados relativos ao acesso e acessibilidade no percurso CAIMI-Residência

Ao longo do percurso, foi procurado verificar como os idosos percebem o acesso e acessibilidade do espaço externo no percurso do CAIMI à sua residência, as respostas serão apresentadas a seguir. O Quadro 8 mostra as falas dos idosos entrevistados no verão. Reafirmam-se aqui os problemas levantados anteriormente, seja de dificuldade de acesso ou acessibilidade. Além disso, alguns idosos já apresentam problemas de mobilidade por limitações físicas.

Harris (2015), considerando a necessidade de deslocamento, afirma que a proximidade gera menor custo, requerendo um menor uso de recursos e tempo, além da redução da poluição gerada por deslocamentos automotivos, uma vez que há a possibilidade de deslocamento a pé. No entanto, para esse tipo de deslocamento, são necessários investimentos nas estruturas das vias públicas de acesso. Infelizmente, o ambiente construído tem uma velocidade de mudança muito mais lenta do que as atividades realizadas nele.

Quadro 8. Dados relativos ao acesso e acessibilidade no período do verão, relacionados ao ambiente externo no percurso do CAIMI à residência dos idosos. Manaus, AM, 2016

	Transporte		
	Carro	A pé	Ônibus
Como foi para seu acesso ao CAIMI pela	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	<i>Eu moro só com minha mulher. Nunca fui a hospital é a primeira vez. Minha filha falou: papai tem um hospital do idoso, e o atendimento é melhor do que do SUS, porque é próprio para a gente velho. Aí, consegui a consulta, só que tem que vir de madrugada</i>	<i>Eu mesma fui lá e me inscrevi, porque nos postos é muito difícil. Depois que completei 60 anos fiz o cadastro, e só vou lá agora (LF, 71 anos)</i>	<i>Os colegas falaram que ia ter muita coisa para a gente fazer lá. Tem mais de 10 anos que eu vou lá. Eu adoro o CAIMI. Sempre vou nas terças e quintas, me sinto bem, faço atividade física (EXS, 67 anos)</i>

primeira vez?	para pegar senha e marcar os exames (ABB, 73 anos)		
	CAIMI PAULO LIMA		
	Passou na televisão e minha filha me levou lá (AAL, 70 anos).	Minha velha que viu e me levou pela primeira vez. Mora eu e ela. Ainda não sou aposentado...tá ainda enrolado devido meu problema (FMA, 66 anos)	Eu fiquei sabendo, fui e me cadastrei (VNC, 74 anos)
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
O CAIMI fica próximo à sua residência?	Já sabia que tinha esse CAIMI. Eu era atendida na Colônia Oliveira machado, assim eu tenho ficha lá e aqui. Eu frequento mais ou menos de 3 em 3 meses desde a primeira vez que meu filho me levou lá (EAS, 88 anos)	Meu filho mora próximo e me falou. Quando eu vou para consulta eu prefiro ficar alguns dias na casa dele, assim facilita eu ir ao CAIMI (AMC, 61anos)	Eu morava em Itacoatiara. Fui para casa do meu filho que me levou pela primeira vez lá. Demorou 5h. para chegar. Agora moro em Manaus (MMN, 64 anos).
	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	Se eu não viesse para cá, para casa da minha filha, eu não iria não. É muito ruim o distanciamento (ABB, 73 anos)	Não é longe não. Vou caminhando. Meu filho tem moto, mas trabalha e sai muito cedo para empresa. Aí, vou a pé mesmo (LF, 71 anos).	O Bom que fica perto né, levo maio ou menos 30 minutos de ônibus (EXS, 67 anos)
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	Não. Tenho que ir de carro. É longe, contra mão...nada perto(AAL, 70 anos).	Sim, depois que me cadastrei, faço acompanhamento e vou a pé. Antes eu demorava 40 min. agora acho que chego em 30 minutos...vou devagarinho (FMA, 66 anos)	Fica um pouco perto (VNC, 74 anos)
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
Que dificuldade você tem para chegar ao CAIMI?	Sim. Bom é que levo só 15 minutos, porque eu vou de taxi, não tenho carro (EAS, 88 anos)	Quando eu venho do tarumã é muito difícil. Eu peguei ônibus pro terminal 3, esperei 1h30m, ai peguei o 059, fiquei na feirinha do Campos Sales, de lá mais ou menos 15 min. a pé da casa do meu filho até o CAIMI (AMC, 61anos)	É demorado. De ônibus levo quase 40 min (MMN, 64 anos).
	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	Minha dificuldade são as dores que sinto. Eu estava ruim dos ossos, sem andar, incha tudo, e a coluna dói muito (ABB, 73 anos)	Se eu tivesse outro meio de transporte era melhor, né, mas como eu não tenho me viro como posso. Sinto muitas dores nas minhas pernas (LF, 71 anos).	Antigamente eu ia a pé quando minhas pernas eram boas. Agora não dá mais (EXS, 67 anos)
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	Se não fosse minhas filhas ter	Só tem 1 faixa de pedestre,	O trânsito é muito ruim,

	<i>carro, não poderia ir lá...só de taxi...imagina quanto iria gastar, né? (AAL, 70 anos).</i>	<i>mas eu atravesso 3 ruas grandes e tenho que esperar. As vezes alguém me ajuda (FMA, 66 anos)</i>	<i>pesado e perigoso. Já vi muito acidente, mas graças a Deus nunca sofri um (VNC, 74 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
	<i>Acho que é o transporte, só isso... né (EAS, 88 anos)</i>	<i>O transporte. Fora que botaram um semáforo lá na frente da entrada, melhorou, mas às vezes não dá tempo de passar. Abriu o sinal e fechou eu ainda estava no meio da faixa. Tive que correr (AMC, 61anos)</i>	<i>O ônibus vai muito cheio e nem tem onde sentar. Na volta é mais tranquilo (MMN, 64 anos).</i>
	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
Existe um período que você tem mais dificuldade em chegar ao CAIMI ?	<i>Prefiro vir no verão, assim não pego chuva e não fico gripado (ABB, 73 anos)</i>	<i>Eu nasci e cresci no interior mesmo. Então, fazendo sol ou chuva dou meu jeito, e ainda mais agora que preciso (LF, 71 anos)</i>	<i>Agora dependendo se está alagado ou seco, chuva, sol... eu vou. Tanto faz pra mim. Pego minha sombrinha e vou, linda e bela (EXS, 67 anos)</i>
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	<i>Pra mim tanto faz se faz sol ou chuva, se ta marcado vou de qualquer jeito (AAL, 70 anos).</i>	<i>Na chuva, fica mais difícil eu ir. Quase não vou; é muita agua, e muito perigoso, porque eu não me apoio. Sozinha tenho medo de cair e aí piorar tudo (FMA, 66 anos)</i>	<i>Quando começam as chuvas, começam os problemas de buracos, alagamentos. Ficamos molhadas. É difícil o acesso (VNC, 74 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
Existe alguma dificuldade, alguma barreira que dificulte seu acesso?	<i>O ruim é só quando está chovendo; molha tudo e o taxi as vezes nem vem (EAS, 88 anos)</i>	<i>Vixe! o pior mesmo é na chuva. As ruas ficam igual uma peneira, cheia de buraco. Deus me Livre! Nem gosto de sair; é muito ruim e pra entrar no ônibus, então... é um sufoco! Você vem em pé, não tem espaço para sentar no próprio ônibus. As cadeiras de idosos todas cheia (AMC, 61anos)</i>	<i>Na chuva é pior. A gente leva banho de lama, tem tanto buraco e é perigoso cair (MMN, 64 anos).</i>
	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	<i>Se eu viesse só, nunca iria acertar onde fica. Tem que ir perguntando. Não vi nenhuma placa indicando onde fica (ABB, 73 anos)</i>	<i>Por onde ando as calçadas é ruim, prefiro ir pela rua, no cantinho (LF, 71 anos)</i>	<i>A demora do atendimento é muito grande. A doutora passa o exame, mais dali para sair esse exame, oh! Difícil. Tem que ir em outro canto, sair 4:30 de casa pegar senha e marcar (EXS, 67 anos)</i>
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	<i>Já percebi que para os outros</i>	<i>Para mim são as calçadas,</i>	<i>As calçadas não são boas;</i>

	<i>idosos deve ser muito ruim né, porque depender de transporte e desse governo medíocre, sinceramente fica muito difícil (AAL, 70 anos).</i>	<i>os buracos e muitos entulhos no caminho, fora que as calçadas são estreitas e ainda tem poste no meio delas (FMA, 66 anos)</i>	<i>às vezes o motorista do ônibus nem liga quando vamos descer, tem lama e ai corre o risco de cair na poça. Acho que deveria ter mais faixa de pedestre. O Ponto de ônibus é bem longe e não tem cobertura, só uma grande árvore e, na chuva, é arriscado até cair um galho na gente (VNC, 74 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
	<i>Acho que não pra mim, mas para os outros, teriam que fazer calçadas baixas e mais sinal, não vi placa nenhuma, nem pra remédio (EAS, 88 anos)</i>	<i>Eu tenho medo, às vezes, dos carros. É muito perigoso porque as vezes ando na rua, porque as calçadas são muito altas e com buracos (AMC, 61anos)</i>	<i>Pego o ônibus lá embaixo, na principal, e é muito movimentado e perigoso. Deveria ter faixa e sinalização para a gente passar (MMN, 64 anos).</i>
	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
Alguém o acompanha?	<i>Minha filha me leva. Me sinto mais seguro, assim não vou me perder, eu e minha mulher temos dificuldade de tudo. Ela é mais nova e me ajuda muito. Agora que descobri esse CAIMI, só venho nele. Nunca mais fui a outro lugar (ABB, 73 anos)</i>	<i>Eu tenho que sair de madrugada , vou sozinha (LF, 71 anos)</i>	<i>Eu vou acompanhada só de Deus (EXS, 67 anos)</i>
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	<i>Vou sempre com minhas filhas, elas me levam, porque eu tenho muita dificuldade para andar. Eles tem carro e facilita né! Graças a Deus! (AAL, 70 anos).</i>	<i>Não, eu vou sozinho mesmo (FMA, 66 anos)</i>	<i>Eu vou sempre só. As vezes a minha filha vai para saber se é aquilo mesmo ou se eu já esqueci (VNC, 74 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
	<i>Só vou com minhas filhas (EAS, 88 anos)</i>	<i>Vou só eu e Deu, meu protetor (AMC, 61anos)</i>	<i>Eu gosto de andar sozinha mesmo, mas hoje fui com minha filha. Ela foi trabalhar e eu desci no CAIMI. Amanhã volto de novo e vou sozinha (MMN, 64 anos).</i>

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

As Figuras 19, 20 e 21 retratam parte da realidade dos idosos e suas dificuldades enfrentadas, muitas vezes não percebidas como dificuldades, assim como não se dão conta de seus direitos..

Figura 19. Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Ada Rodrigues Viana-Residência, de carro, de ônibus e a pé, período do verão. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Figura 20. Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Paulo Lima-Residência, de carro, de ônibus e a pé, período do verão. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Figura 21. Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Dr. André Araújo- Residência de carro, de ônibus, e a pé, período do verão. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

O Quadro 9 mostra as falas dos idosos entrevistados no inverno, período no qual as chuvas são intensas em todo o estado do Amazonas. Nessa época, os problemas só aumentam e dificultam ainda mais a acessibilidade aos CAIMIs. Alguns idosos relatam que preferem não sair para evitar quedas, porém, em situações de muita necessidade, enfrentam as chuvas e os obstáculos trazidos por elas.

Quadro 9. Dados relativos ao acesso e acessibilidade no período do inverno, relacionados ao ambiente externo no percurso do CAIMI à residência dos idosos. Manaus, AM, 2016

	Transporte		
	Carro	Andando	Ônibus
Como foi para seu acesso ao CAIMI pela primeira vez?	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	<i>Quem me falou foi minha filha. Alguém disse pra ela que lá era muito bom (RSG, 68 anos).</i>	<i>Foi uma colega que me falou e me encaminhou para lá. Mas só vou de ano em ano, quando preciso mesmo. Não gosto desse negócio de está o tempo todo em médico (MGN, 63 anos).</i>	<i>Frequento há pouco, meu irmão que indicou (ELS, 78 anos)</i>
	CAIMI PAULO LIMA		
	<i>Vou toda semana ao CAIMI, sou ativa e participo mesmo. Soube pela televisão quando inaugurou (OMS, 72 anos).</i>	<i>Eu conheço desde inauguração, as pessoas me informaram (MACS, 70 anos)</i>	<i>Um amigo me deu boa informação de lá. Agora frequento muitas vezes (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
	<i>Meu vizinho me indicou (ORM, 71 anos)</i>	<i>Vi na televisão (RGS, 68 anos)</i>	<i>Soube pelo meu enteado que o pai dele também é cadastrado lá (CIF, 73 anos)</i>
O CAIMI fica próximo à sua residência?	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	<i>De carro sim, fica próximo, mais ou menos 10 minutos (RSG, 68 anos).</i>	<i>Eu vou e volto a pé. É bem perto sim. Mais ou menos 20 minutos, só quando chove que é ruim. Aí, vou de ônibus (MGN, 63 anos).</i>	<i>Fica um pouco distante, mais ou menos 30 minutos de ônibus (ELS, 78 anos)</i>
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	<i>Não é longe, mas também não é perto (OMS, 72 anos).</i>	<i>Ele não fica perto. Eu moro na praça 14 (zona sul) e levo uns 45 minutos (MACS, 70 anos)</i>	<i>Não fica tão perto, não. Mais ou menos 40 minutos (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
	<i>Nem tanto, mas como preciso dou meu jeito (ORM, 71 anos)</i>	<i>Sim, próximo. Demorou mais ou menos 10 minutos andando pra chegar (RGS, 68 anos)</i>	<i>Tenho que pegar 2 ônibus pra chegar ao CAIMI (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	<i>Só se não tiver carro, porque é difícil. Nem sei como</i>	<i>Sempre falei para meu filho que tenho medo de cair. As</i>	<i>Fico na parada muito tempo esperando o ônibus.</i>

Que dificuldade você tem para chegar ao CAIMI?	<i>chegar lá. Quase não saio de casa (RSG, 68 anos).</i>	<i>calçadas são muito altas, e isso quando tem, fora os buracos. A dificuldade de andar é por conta disso. Também poderia ter mais placas de orientação (MGN, 63 anos).</i>	<i>Deviam colocar mais ônibus, melhorar essa situação dos idosos. Até para verificar o número do ônibus é difícil (ELS, 78 anos)</i>
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	<i>Não existe dificuldade (OMS, 72 aos).</i>	<i>Falta de transporte, por isso vou a pé. E o horário que marcam a consulta, porque tem que madrugar e aí fica perigoso ir muito cedo (MACS, 70 anos)</i>	<i>Calçadas muito altas, com muitos buracos, os veículos não respeitam a faixa de pedestre (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
Existe um período que você tem mais dificuldade em chegar ao CAIMI ?	<i>Uso cadeira de rodas e isso já é uma dificuldade. Existe pouca divulgação do CAIMI, muitos idosos não sabem que existe esse serviço (ORM, 71 anos)</i>	<i>Buracos nas ruas e falta de calçada (RGS, 68 anos)</i>	<i>Minha maior dificuldade é sair de madrugada de casa, sem segurança, porque ainda está muito escuro (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	<i>No inverno, pois sinto frio; é mais difícil, muita chuva, ruas alagadas e molha tudo (RSG, 68 anos).</i>	<i>Quando chove aí que evito mesmo. É muito ruim pra mim (MGN, 63 anos).</i>	<i>No inverno é mais difícil. Eu evito sair (ELS, 78 anos)</i>
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	<i>Quando está chovendo aí a gente não vai. Muita gente deixa de ir. De repente posso pegar Pneumonia, cair. Melhor não arriscar (OMS, 72 aos).</i>	<i>Na chuva é bem pior, perigoso pra gente (MACS, 70 anos)</i>	<i>Pra falar a verdade, pra mim tanto faz, só pego minha sombrinha e vou assim mesmo (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
Existe alguma dificuldade, alguma barreira que dificulte seu acesso?	<i>Só quando está chovendo (ORM, 71 anos)</i>	<i>Na chuva não vou não, tenho medo de cair (RGS, 68 anos)</i>	<i>Na chuva, com certeza. Tudo molha (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	<i>As calçadas são ruins, horríveis; não vi faixa de pedestre; às vezes, tenho dificuldade de enxergar (RSG, 68 anos).</i>	<i>As calçadas. Mas acho que não tem como ajeitar isso não. Culpa dos donos das casas, que não deixaram calçada pra gente andar (MGN, 63 anos).</i>	<i>Tudo é alto, as escadas dos ônibus, as calçadas; além disso, as calçadas e as ruas são cheias de buracos (ELS, 78 anos)</i>
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	<i>Sempre tem na minha filha. A gente reza para melhorar. Mas o maior problema é a segurança, os ladrões (OMS, 72 aos).</i>	<i>Acho que as calçadas não são boas, com buracos, lixo pelo meio. Tudo desprezado. Não tem faixa de pedestre nesse percurso que eu faço (MACS,</i>	<i>Sim. Não é muito fácil não, moça. Às vezes é de desistir. O ônibus não é pra carregar gente. não, é pra animal; há aquela escada pra subir na frente,</i>

		70 anos)	<i>você tem que levantar e se agarrar. Pra mim que tenho problema de coluna... quer dize, não é fácil não (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
	<i>É longe demais e não gosto de ir ao médico, tenho dificuldades na minha perna e problemas no braço (ORM, 71 anos)</i>	<i>Muito bueiros abertos no caminho, calçadas altas e todas quebradas (RGS, 68 anos)</i>	<i>Pego o ônibus cedo e é perigoso. Tem assaltantes só esperando oportunidade de nos assaltar (BOG, 68 anos)</i>
Alguém o acompanha?	CAIMI ADA RODRIGUES VIANA		
	<i>Vou sempre com um parente que tem carro, porque fica difícil ir de outro jeito (RSG, 68 anos).</i>	<i>Sempre vou a pé porque ainda aguento (MGN, 63 anos).</i>	<i>Às vezes vou com alguém; outras vezes vou só (ELS, 78 anos)</i>
	CAIMI PAULO DE LIMA		
	<i>Como sou dependente de cadeira de rodas, eu preciso que alguém me leve sempre (OMS, 72 aos).</i>	<i>Difícilmente alguém vai comigo. Vou sozinho mesmo (MACS, 70 anos)</i>	<i>Nem todo tempo tem alguém pra ir junto. Quando tem, eu vou acompanhado (BOG, 68 anos)</i>
	CAIMI DR. ANDRÉ ARAÚJO		
	<i>Sim, sempre vou acompanhada (ORM, 71 anos)</i>	<i>Vou só, mas com Deus me acompanhando (RGS, 68 anos)</i>	<i>Vou só, porque não tenho como pagar o transporte de ninguém. Ganho pouco e eu não pago transporte (BOG, 68 anos)</i>

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

As falas também dão conta que a dimensão operacional de atendimento nos serviços de saúde configura ainda um importante obstáculo para a efetiva consolidação do SUS e o acesso universal aos usuários. Nesse ponto, Santos e Andrade (2012) afirmam que há um vasto espaço entre as necessidades de saúde da população e a rede pública de ações e serviços de saúde. Destacam que os processos organizativos do SUS tateiam ao tentar dar respostas objetivas aos problemas demandados pelos usuários.

São diversos os problemas e dificuldades relatadas pelos idosos, numa visão do pessoal para o coletivo. Além das barreiras sociais que os idosos são obrigados a enfrentar, existem as barreiras físicas que comprometem o acesso a logradouros diversos e ao uso de serviços públicos, como no caso dos CAIMIs (Figuras 22,23 e 24). É neste cenário que a cidade de Manaus vem sendo construída e é o que ela oferece aos seus cidadãos.

Figura 22: Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Ada Rodrigues Viana-Residência de carro, de ônibus, e a pé, período do inverno. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Figura 23: Mosaico fotográfico da Visita acompanhada no percurso CAIMI Paulo Lima-Residência de carro, de ônibus, e a pé, período do inverno. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Figura 24. Visita acompanhada percurso CAIMI Dr.André Araújo-Residência de carro, de ônibus, e a pé, período do inverno. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

Escadas, meios de transporte, calçadas e até o trânsito dificultam a mobilidade e a acessibilidade de idosos nos espaços urbanos, recaindo de forma muito mais intensa sobre aqueles que possuem limitações físicas. Assim, verificou-se que a influência dos fatores ambientais associa-se ao estado funcional e mobilidade da pessoa idosa, favorecendo o risco

de quedas. Quanto mais frágil, mais suscetível. Portanto, obstáculos ambientais precisam ser removidos a fim de evitar maiores ameaça à segurança e à mobilidade.

A Figura 25 retrata com muito mais fidelidade os obstáculos enfrentados pelos idosos, que vão desde o desrespeito de quem estaciona na calçada impedindo a passagem de pedestre, até a falta de pavimentação das ruas, falta de rampas de acesso e calçadas livres para a circulação.

Figura 25: Mosaico fotográfico dos obstáculos enfrentados pelos idosos usuários dos CAIMIs. Manaus, AM, 2016

Fonte: Pesquisa de campo, 2016

A cidade de Manaus, nos últimos anos, não fez a necessária atualização da legislação instituída pelo Plano Diretor, o que significou que as ações de planejamento urbano ficaram também comprometidas.

Segundo Correa (2007), a velhice continua à margem da condição de apropriação do espaço urbano. Na atualidade, aos idosos resta apenas a expressão do desejo de usufruir o direito de ir e vir com segurança e a melhoria do espaço que, muitas vezes, nega-lhes e interdita as possibilidades de circulação e participação na urbe.

Importante destacar o pensamento de Giacomini (2016, p. 596) sobre as diferenças regionais no processo de envelhecer.

Envelhecer como um ribeirinho da Amazônia, um sertanejo nordestino, um morador de rua da metrópole ou um gaúcho dos Pampas são experiências muito diversas, que demandam respostas diferentes das políticas públicas. Como experiência corporal, a velhice varia com o gênero e a etnia e se transforma em uma experiência social, na qual as perdas se materializam na vida real e são reforçadas pela existência de barreiras físicas, econômicas e cultural.

. Mesmo que tenham surgido leis que procuram garantir a proteção aos idosos, resquícios dessa velhice indesejável são encontrados com facilidade ainda hoje, seja de forma explícita, como a violência praticada contra os velhos nos espaços urbanos e no interior das famílias, seja travestida de outras faces, como o aumento excessivo da prática de cirurgias plásticas, a fim de evitar os efeitos do envelhecimento. Atualmente, a regra é não envelhecer. Não somente a velhice por si só é indesejável, mas a finitude humana também o é. Por isso, o envelhecimento permaneceu na orla social por tanto tempo como uma espécie de tabu, da ordem de um interdito em relação ao qual o silêncio seria o melhor aliado.

Essa categoria emergente no contemporâneo engendra procedimentos e aparelhos de gestão próprios, que possibilitaram sua inscrição em todos os cenários da sociedade e a revitalização do envelhecimento, uma vez que a expressão das demandas da velhice foi institucionalizada por meio de conselhos, médicos, cientistas, programas, associações etc., muitas vezes trazendo a marca da supressão das necessidades aprisionadas ao corpo biológico, não ao corpo social, cultural e político.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*O que vale na vida não é o ponto de partida e sim a caminhada.
Caminhando e semeando, no fim terás o que colher.*

Cora Coralina

De acordo com o levantamento demográfico realizado nesta pesquisa, no ano de 2050 o número de pessoas idosas será maior que o de crianças pela primeira vez na história. E as consequências econômicas, políticas e sociais motivadas por essas projeções devem ser objeto de preocupação pública e política, em nível global.

No Brasil, as projeções apontam que, no ano de 2025, o país chegará a 30 milhões de idosos, alcançando o sexto lugar em população idosa no mundo. E assim, com o inexorável aumento do número de idosos, e a projeção para um aumento muito maior, a velhice acabou por se transformar em um novo problema social para o país. Em decorrência desses dados, com projeções preocupantes para poucos anos, a ONU (Organização das Nações Unidas) tem alertado os governos para a necessidade de se elaborar políticas de gestão para o envelhecimento populacional.

Experimentar o envelhecimento humano no corpo onde a velhice é algo indesejável, torna-se complexo frente ao paradigma do contemporâneo que prega a acultura de valores relativos à juventude, que não dizem respeito à rebeldia que consideramos típica dessa fase, mas aos padrões de beleza e produtividade impostos pelo mercado, numa lógica capitalista.

Se por um lado o mundo alonga o tempo de vida e promete a eternidade, por outro ele não lhe reserva um campo de possibilidades, e a velhice fica confinada e interdita ao plano das vontades do homem. É preciso, então, romper com as barreiras que impedem a vida de avançar tanto no tempo (possibilitando viver mais) quanto no espaço (possibilitando acessibilidade e mobilidade), pois, na aceleração e instantaneidade do mundo contemporâneo, a pessoa idosa nem sempre consegue acompanhar o compasso frenético do consumo e da produção. Seu corpo não corre mais na velocidade exigida pelo capital. Dessa forma, envelhecer nas grandes cidades, convivendo com problemas advindos da urbanização tem sido objeto de interesse para pesquisa em diversas áreas de estudo, incluindo as ciências Humanas e as Ciências da Saúde.

Considerando a necessidade de refletir sobre o uso do espaço urbano e suas repercussões no cotidiano de idosos na busca por atendimento de saúde, além de identificar fatores relacionados à determinação e às desigualdades de uso dos serviços de saúde, essa pesquisa objetivou analisar a mobilidade e acessibilidade de idosos usuários dos serviços

gerontológicos de saúde na cidade de Manaus (AM), defendendo a tese que o espaço urbano da cidade de Manaus é frágil para a mobilidade e acessibilidade de idosos no uso dos serviços gerontológicos de saúde; que ambientes construídos de forma menos acessível dificultam sua mobilidade e acessibilidade, aumentando o risco de quedas, diminuindo a frequência de uso dos serviços de saúde, limitando sua independência e interação social.

Buscando chamar a atenção para a velhice, abordou-se as trajetórias histórico-política e econômica da cidade de Manaus, destacando seus dois grandes períodos econômicos, responsáveis por tantas migrações e movimentos humanos para o todo o estado do Amazonas, que proporcionou o crescimento desigual da cidade. Na medida em que se descreve parte dessa história da cidade de Manaus, mostra-se uma maneira singular de viver a sociedade, de perceber o mundo e com ele se relacionar nos espaços. Nesse contexto, o silêncio social sob a velhice, expresso, principalmente no abandono e no descaso das pessoas idosas mais vulneráveis, apontava a forma como a sociedade as tratava: estigmatizada, indesejada, objeto de caridade, confinada em asilos ou na solidão do desamparo familiar e social, e preterida no âmbito das políticas públicas.

No bojo desta história, observou-se a maneira como a sociedade mascarou a realidade das condições de vida do idoso, comprovando que, nos séculos passados, as estruturas de uso público foram concebidas sem contemplar qualquer condição de mobilidade e acessibilidade para as pessoas com limitações, como os idosos, comprovando que o impedimento não estava na pessoa, mas em sua relação com o ambiente. Infere-se que, ao longo das últimas décadas, o ambiente tem sido construído majoritariamente pelo interesse do capital, tendo à frente o Estado possibilitando intervenções que, muitas vezes, produzem maior segregação e desigualdade para essa população em questão.

Até a primeira metade do século XX, a responsabilidade sobre a velhice era quase exclusivamente da família, auxiliada, algumas vezes por associações filantrópicas. Em seguida, o Estado dividiu com as famílias tal responsabilidade.

A expansão do capital, depois dos anos 1970 e o advento da implantação da Zona Franca de Manaus, além de produzirem uma metamorfose no mundo do trabalho, no Estado do Bem-Estar direcionado ao idoso e no espaço urbano da cidade, veio simular uma nova representação para a população local, ao mesmo tempo que o capital financeiro passa a cobrar a fatura, exigindo, em contrapartida, o prolongamento da vida laboral. Essa cobrança chega justificada por um discurso de que se vive mais e melhor. Mesmo com essa assimetria, mais

evidenciada a partir da década de 1970, com o período chamado de “reestruturação do capital”, toda a América Latina sofre, com o desmonte da proteção social, erguida desde o século XIX e ampliada no pós-guerra. Nesse processo, o Brasil não ficou imune e junto com ele as grandes metrópoles brasileiras, incluindo Manaus.

No bojo dessa problemática, a velhice que até então estava silenciada, aos poucos foi encontrando ressonâncias em alguns setores da sociedade, como as universidades, os serviços de assistência social e o poder público, a partir de discussões mais frequentes sobre o assunto, desvelando e engendrando outras facetas do processo de envelhecimento. Esse novo olhar sobre a velhice configurou-se na medida em que ela se expandiu cada vez mais na composição demográfica, gerando forte impacto na economia e em outras esferas da sociedade, criando a necessidade de caracterizar essa população, conhecer seu potencial, estabelecer sua funcionalidade e geri-la de forma eficiente. Com a constituição de um saber específico do processo de envelhecimento, coordenado pela gerontologia e da geriatria, e com o advento da aposentadoria, sob responsabilidade do Estado, a velhice passou a ocupar o lugar de objeto de gestão pública.

Para uma leitura mais crítica e analítica da realidade atual, discutiu-se nesta tese as diversas políticas de atenção ao idoso, no âmbito da seguridade social e de saúde, incluindo as políticas locais. Neste ponto, destacou-se que, em decorrência do aumento expectativa de vida (o que ocasiona maiores possibilidades de doenças crônicas) e uma população predominantemente urbana, aliado a incorporação da mulher no mercado de trabalho, a família passou a ter dificuldades de cuidar dos idosos mais dependentes, o que significou a necessidade de políticas públicas adequadas a esse problema.

Assim, atendendo à proposição da ONU, o Brasil instituiu no país o Ano Nacional do Idoso, pelo decreto presidencial nº 86.880, de 27/01/1982, e criou uma Comissão Nacional para estudar a problemática da velhice que se delineava no campo social brasileiro.

A década de 1980 possibilitou um amplo debate, no Brasil, por ocasião do processo constituinte, resultando a incorporação das questões sociais relacionadas ao idoso, no texto constitucional de 1988. Foi nesse contexto, com uma forte influência do avanço dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento e de pressões da sociedade civil que foi aprovada, em 1994, a PNI, (Lei nº 8.842/1994) e regulamentada pelo Decreto nº 1.948/1996.

Importa destacar, que o Brasil foi um dos pioneiros na América Latina na implementação de uma política de garantia de renda para a população trabalhadora, que

culminou com a universalização da seguridade social em 1988, garantindo renda para a população idosa. Posterior a isso, e sob uma forte influência dos debates internacionais sobre a questão do envelhecimento e de pressões da sociedade civil, foi aprovada, em 1994, a Política Nacional do Idoso (Lei no 8.842/1994), com a finalidade de assegurar direitos sociais de promoção da autonomia, de integração e a participação efetiva do idoso na sociedade, no exercício de sua cidadania. Essa lei estipulou ainda o limite de 60 anos e mais, de idade, para uma pessoa ser considerada idosa.

Em 2003, com o Estatuto do Idoso e o PNI, ampliaram-se os conhecimentos na área do envelhecimento e da saúde da pessoa idosa. Tais documentos foram fundamentais para a afirmação de ações dinâmicas e consistentes. Na cidade de Manaus houve a implantação dos Centros de Atenção Integral a Melhor Idade (CAIMI), um serviço especializado para atendimento social e de saúde da pessoa idosa, pioneiro no Brasil. No entanto, ainda há uma desigualdade considerável no acesso dos idosos a esse bem e serviço disponível.

Ressalta-se que capítulo três desta tese, traz descrito as políticas públicas brasileiras e as iniciativas da sociedade civil, que contribuíram para um novo olhar da velhice e a garantia dos direitos da pessoa idosa. As políticas públicas também mereceram destaques na presente pesquisa, devido aos benefícios que a implantação destas, quando relacionadas ao favorecimento da acessibilidade, trouxeram às pessoas idosas, embora não se tenha deixado de destacar a falta de aplicabilidade das mesmas. Porém, não foi intenção desta pesquisa avaliar as políticas adotadas ou os resultados destas iniciativas governamentais, mas apenas oferecer uma revisão preliminar para os interessados em fazer do envelhecimento populacional seu objeto de estudo e para colaborar no entendimento das necessidades dessas políticas de atenção ao idoso.

Com base na realidade de uma crescente necessidade de assistência e de tratamento para a população que envelhece pensar e implementar políticas que propiciem a saúde durante toda vida, inclusive a promoção de uma vida saudável, de ambientes sadios e acessíveis e de prevenção de doenças, é minimizar, ao longo do tempo, os níveis de incapacidades relacionados à velhice. Com esse objetivo foram implantados os CAIMIs.

No entanto, na cidade de Manaus, nessa segunda década do século XXI e sob o impacto do neoliberalismo, pode-se constatar que a desigualdade urbana é resistente, mesmo que mutante e novos desafios continuam a permear seu ambiente urbano, no sentido de proporcionar mobilidade e acessibilidade a todos sem exceção.

Nota-se que, no espaço urbano contemporâneo o idoso circula com maior intensidade, embora não com facilidade, do que os idosos de tempos passados, tendo em vista uma maior oferta de bens e serviços de uso comum. A relação do idoso com o espaço urbano revela outros desafios, conforme mencionados nos resultados desta pesquisa e, a partir daí, percebe-se o quanto a velhice pode ser despotencializada quando suas possibilidades de acessibilidade e mobilidade encontram-se frágeis e limitadas pelo entorno físico e social, que muitas vezes limita o idoso ao espaço doméstico.

A mobilidade e a acessibilidade extrapola a compreensão de ser somente uma necessidade humana de movimentos físicos. Nos ambientes onde os espaços construídos para os idosos foram espacialmente planejados com a observância de sua funcionalidade, ele passou a ser um atributo que favorece sua saúde física e mental. Inferi-se que, promover acessibilidade no ambiente construído é proporcionar condições de mobilidade, com autonomia e segurança, eliminando barreiras arquitetônicas desnecessárias. Sob este aspecto, um espaço construído dentro dos preceitos da acessibilidade deve ser capaz de proporcionar aos seus usuários oportunidades igualitárias.

Nessa pesquisa, valorizou-se a visão do idoso que vivencia o dia a dia em busca de saúde. Dessa forma, foi importante destacar a percepção do idoso no que diz respeito ao ambiente, identificando as vantagens e barreiras que encontram em seu processo de mobilidade no ambiente interno e externo dos CAIMIs.

Como demonstrado ao longo da pesquisa, medidas de baixa complexidade, como colocação de placas de orientação, barras e corrimões ainda não estão à disposição dos seus usuários, na maioria das áreas de fluxo dentro dos CAIMIs. Para as pessoas que apresentam limitação física, o exercício de sua cidadania pode significar uma batalha constante, considerando que a maioria dos espaços não estão adequados para a utilização desta população.

No ambiente externo os idosos apontaram várias interferências e barreiras arquitetônicas, que tornam impraticável a livre locomoção, pois com frequência se deparam com obstáculos que acentuam suas limitações, impedem a expressão de suas habilidades e circulação de maneira segura e independente pelas calçadas e acessos.

Por meio da visita acompanhada, foi possível verificar as características urbanas da cidade de Manaus, no percurso produzido pelo idoso entre os serviços gerontológicos de saúde, os CAIMIs, e a residência do mesmo, usando as experiências da vivência desse

ambiente, com diferentes meios de transportes e em períodos sazonais diferenciados. A partir dela, foi possível identificar as inadequações do ambiente urbano e as dificuldades de acessibilidade e mobilidade, acrescida das mudanças relacionadas ao envelhecimento.

Às restrições sociais somam-se ainda as dificuldades de locomoção física e de circulação no seu território, como os meios de transporte, as calçadas, escadas, longas distâncias entre itinerários, etc. Todavia, é possível que uma das maiores barreiras seja a que delimita espaços de circulação social, que designa os lugares próprios onde ele deva se movimentar. Talvez esse seja o obstáculo mais difícil de se transpor, pois, em muitos lugares, o idoso não é bem vindo. Nesse sentido, ele é expropriado e interditado de possibilidades de experimentações urbanas diferentes.

Os números mencionados na pesquisa, acrescidos da constatação de que há perda de mobilidade e agravos da saúde na população idosa, que dificultam sua acessibilidade e uso de equipamentos públicos, fazem concluir que, para esse grupo, é possível antever a necessidade de mais gastos para a manutenção de seu bem-estar, haja vista que o surgimento de limitações físicas é um dos principais fatores que tornam as pessoas idosas mais vulneráveis. No entanto, constatou-se que, acima de tudo, é o meio que é deficiente, não possibilitando acesso a todas as pessoas, não lhes proporcionando a equiparação de oportunidades.

Assim, conclui-se que a questão da inserção equitativa do idoso na sociedade precisa ser efetivada para a consolidação do direito à cidade e chama a atenção para as atitudes de mudanças do poder público e da sociedade no sentido de reconhecer as demandas e criar alternativas inteligentes e acolhedoras que impulsionem a inclusão e a integração espacial do idoso, de forma a se respeitar as diferenças locais,

Cumprindo com o objetivo proposto e confirmando a tese em questão, esta pesquisa contribui para o debate sobre as dificuldades de mobilidade e acessibilidade dos idosos em busca de atendimento nos CAIMIs da cidade de Manaus e constatou a necessidade de construção de novos CAIMIs em diferentes zonas da cidade de Manaus. Contribuiu ainda para construção de uma nova metodologia na área da Geografia Social com a utilização do método de Passeio Acompanhado, averiguando *in loco* a vulnerabilidade do meio mediante o uso dos espaços pelo idoso.

REFERÊNCIAS

Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção.

Paulo Freire

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas. NBR 9050/2004. **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro: ABNT, 2004.

ABREU, Mauricio de Almeida. **Escritos sobre espaço e história**. Org. FRIDMAN , Fania e HAESBAERT, Rogério. Rio de Janeiro: Editora Garamond Ltda, 2014.

ALCÂNTARA, Adriana. **Velhos institucionalizados e família: entre abafos e desabafos**. Campinas: Editora Alínea, 2004.

ALCÂNTARA, Luciana Ruschel; LOPES, Marta Julia Marques. Estrutura de serviços e acesso a consumos em saúde por idosos em um contexto rural do sul do brasil. **Redes**. Santa Cruz do Sul, v. 17, n. 1, p. 94 – 114, 2012.

ALMEIDA PRADO, Adriana Romeiro de. **A cidade e o idoso: um estudo da questão de acessibilidade nos bairros jardim de abril e jardim do lago do município de são Paulo**. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Gerontologia – PUC-SP, São Paulo: 2003.

ALVES, Flamarion Dutra. **Considerações sobre métodos e técnicas em geografia humana**. Dialogus, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p. 227-241, 2008.

ALVES, Sílvia Cristina Lourenço. **A geografia do envelhecimento da população: oferta e procura de estruturas residenciais para idosos. O caso do concelho de beja**. 2013, 211fl. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação em Gestão do Território e Urbanismo. Universidade de Lisboa. Instituto de Geografia e Ordenamento do Território – IGOT, 2013.

ANDRADE, Aldair. Migração para Manaus e seus reflexos socioambientais. **Somanlu**, ano 12, n. 2, p.85-102, 2012.

ANTP. Associação Nacional de Transportes Públicos. **Mobilidade e cidadania**. São Paulo, 2003.

BARBOSA, Evandro Brandão. **Compensa: um bairro faz aniversário em Manaus (Jornal - Historia de Manaus)**, Portal Amazônia, 2010.

BARRETO, Kátia Magdala Lima. **Envelhecimento, mobilidade urbana e saúde: um estudo da população idosa**. 2012. 177 fl.. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em saúde pública. Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, 2012.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n.3, p. 33-40, 2004.

BECKER, Bertha. Amazônia: mudanças estruturais na passagem do milênio. In: MENDES, Armando Dias. (Org.). **Amazônia terra e civilização: uma trajetória de 60 anos**. Belém: Banco da Amazônia, p.115-140, 2004.

BECKER, Bertha. Amazônia: mudanças estruturais na passagem do milênio. In: MENDES, Armando Dias (Org.). **Amazônia terra e civilização: uma trajetória de 60 anos**. Belém: Banco da Amazônia, 2004. p.115-140.

BEIJO, Luiz Alberto *et alii*. Fatores relacionados à ocorrência de queda de idosos. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde**, Três Corações, v. 15, n. 1, p. 38-48, jan./jul. 2017.

BENCHIMOL, Jaime. Reforma urbana e Revolta da Vacina na cidade do Rio de Janeiro. In: FERREIRA, Jorge; DELGADO, Lucilia A. N. (orgs). **Brasil Republicano 1**. O tempo do liberalismo excludente: da Proclamação da República à Revolução de 1930. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira. 233-277, 2003.

BERGMAN, Lia. RABI, Nidia Inês Albessa de. **Mobilidade e política urbana**: subsídios para uma gestão integrada . Rio de Janeiro: IBAM; Ministério das Cidades, 2005.

BEZERRA, Rebeca Monte Nunes. O Direito à acessibilidade. In: **Estatuto do Idoso. Dignidade humana como foco**. STEPANSKY, Daizy Valmorbida; COSTA FILHO, Waldir Macieira da; MULLER, Neusa Pivatto (Orgs.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013. 254 p.

BINS ELY, Vera Helena Moro; CAVALCANTI, Patricia. **Avaliação dos Asilos para Idosos em Florianópolis**. Relatório de pesquisa. Florianópolis: PETARQ -UFSC. 2001.

BINS ELY, Vera Helena Moro; DORNELES, Vanessa Goulart: **Acessibilidade espacial do idoso no espaço livre urbano**. Curitiba: ABERGO, 2006.

BONFIM, Ronaldo; BOTELHO, Lissandro. **Zona Franca de Manaus**: condicionantes do Futuro. Manaus: Valer, 2009.

BORGES, Lilian Maria; SEIDL, Eliane Maria Fleury. Percepções e Comportamentos de Cuidados com a Saúde Entre Homens Idosos. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 32, n.1, p. 66-81, 2012.

BRAGA, Kellem Andreza de Araújo Freitas; SILVA, Frederico Fonseca; SCHAFFRATH, Valter Roberto. Microbacia do igarapé do gigante: unidade de planejamento para a gestão da bacia do tarumã. **Revista em Agronegócios e Meio Ambiente**, v.5, n.1, p. 103-129, 2012.

BRAGA, Pérola Melissa Vianna. **Direitos do Idoso**. São Paulo: Quartier Latin, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Lei Nº 8.926, de 9 de agosto de 1994**. Recomendações dos usos de Medicamentos. Brasília, 1994.

BRASIL. **Lei n. 9.503, de 23 de Setembro de 1997**. Código de Trânsito Brasileiro (CTB). Diário Oficial da União, Brasília, p.1, 24 set. 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial MPAS/MS nº 5.153**, de 7 de abril de 1999. Programa Nacional de cuidadores de idosos. Brasília, 1999a.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria n. 1395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. Brasília; 1999b.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Lei 10.098, de 19 de dezembro de 2000**. Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MPAS/SEAS nº 73, de 10 de maio 2001**. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/GM nº 16, de 8 de janeiro de 2002** - Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus. Brasília, 2002a.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/GM nº 702, de 16 de abril de 2002** - Dispõe sobre a criação de mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso. Brasília, 2002b.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/GM nº 703, de 16 de abril de 2002** - Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer. Brasília, 2002c.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Portaria MS/SAS nº 470, de 24 de julho de 2002** - Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Osteoporose. Brasília, 2002d.

BRASIL. **Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério das Cidades. Instituto Polis. **Mobilidade Urbana é Desenvolvimento Urbano**. Brasília: Ministério das Cidades, 2004a.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Decreto nº 5.109, de 17 de junho de 2004** - Conselho Nacional dos Direitos dos Idosos. Brasília, 2004b.

BRASIL. **Decreto n. 5.296 de 02 de dezembro de 2004**. Ministério de Saúde. Brasília, 2004c.

BRASIL. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília-DF, 2005

BRASIL. Ministério de Saúde. Secretaria Especial de Direitos Humanos da Presidência da República. **Plano de Ação para o enfrentamento da violência contra a pessoa idosa**. Brasília, 2005b.

BRASIL. **Portaria nº 2.258, de 19 de outubro de 2006**. Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006a.

BRASIL. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. Conselho Nacional dos Direitos do Idoso. **Texto Base da I Conferência Nacional de Direitos do Idoso “Construindo a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI”** [Internet]. Brasília; 2006a

BRASIL. **Portaria MS/GM nº399 de fevereiro de 2006**. Divulga o Pacto pela Saúde – Consolidação do SUS e Diretrizes Operacionais. Brasília, 2006b.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 648 de 29 de março de 2006** – Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Brasília, 2006c.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2528, de 20 de outubro de 2006** – Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, 2006d.

BRASIL. **Lei nº 11.433, de 28 de dezembro de 2006** – Dia Nacional do Idoso. Brasília, 2006e.

BRASIL. Ministério das Cidades. Caderno PlanMob: para orientação aos órgãos gestores municipais na elaboração dos Planos Diretores de Mobilidade Urbana. **Construindo uma Cidade Acessível**. Brasília, 2007a

BRASIL. **Decreto nº 6.214**, de 26 de setembro de 2007. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Brasília, 2007a.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 3.213**, de 21 de dezembro de 2007. Institui Comitê para assessorar políticas de prevenção e promoção dos cuidados da osteoporose e de quedas na população idosa. Brasília, 2007b.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 221, de 18 de abril de 2008**. Lista Brasileira de Internações por Condições Sensíveis à Atenção Primária. Brasília, 2008.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.820, de 14 de agosto de 2009** – Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde. Brasília, 2009a.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 2.669, de 6 de novembro de 2009** – Pacto pela Saúde. Brasília, 2009b.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 1.944, de 28 de agosto de 2009** – Política de Atenção Integral à Saúde do Homem. Brasília, 2009c.

BRASIL. **Lei nº 12.213**, de 20 de janeiro de 2010 – Fundo Nacional do Idoso. Institui o Fundo Nacional do Idoso. Brasília, 2010a.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 228, de 11 de maio de 2010** – Protocolo Clínico Nacional e Diretrizes para Doenças Específicas para o Tratamento da Doença de Parkinson. Brasília, 2010b.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 491, de 24 de setembro de 2010** – Protocolo Clínico Nacional e Diretrizes para Doenças Específicas para o Tratamento da Doença de Alzheimer. Brasília, 2010c.

BRASIL. **Portaria MS/GM nº 3.318, de 28 de outubro de 2010** – Programa Nacional de Imunização. Brasília, 2010d.

BRASIL. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011** – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Plano Viver sem Limites). Brasília, 2011.

BRASIL. SDHPR - **Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência** - SNPD. 2012a.

BRASIL. **Lei 12.587, de 3 de janeiro de 2012**. Institui as diretrizes da Política Nacional de Mobilidade Urbana. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, 4 jan. 2012b.

BRASIL. **Decreto 8.114, 30 de setembro de 2013**. Brasília, 2013.

BRASIL. **Lei nº 13.063 de 30 de dezembro de 2014**. Brasília, 2014.

BRASIL. **Projeto Lei do Senado nº 20/2015**. Brasília, 2015a.

BRASIL. **Guia de Políticas, Programas e Projetos do Governo Federal.** Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo, – Brasil. MÜLLER, Neusa Pivatto (Org.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2015b.

BRASIL. **Projeto Lei do Senado nº 11/2016.** Cria e regulamenta as profissões de Cuidador de Pessoa Idosa, Cuidador Infantil, Cuidador de Pessoa com Deficiência e Cuidador de Pessoa com Doença Rara. Brasília, 2016a.

BRASIL. **Senado Federal. Estudos Legislativos.** Brasília, 2016b.

BRASILEIRO, Anísio. **Développement urbain et transports collectifs urbains au Brésil.** Enseignements de Recife et Curitiba. Thèse (Doctorat). École Nationale des Ponts et Chaussées, Paris, França, 1991.

BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil.** In: MOTA, Ana Elizabete. (Org.). Serviço Social e Saúde - Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: OPAS/OMS/Ministério da Saúde, 2006.

BRAY, Silvio Carlos. Considerações sobre o método de interpretação funcionalista na Geografia. **Boletim de Geografia Teórica.** Rio Claro, v.10, n.20, p.33-43, 1999.

BROSKA JUNIOR, César Augusto; FOLCHINI, Augusto Bernardo de; RUEDIGER, Ricardo Rydygier de. Estudo comparativo entre o trauma em idosos e não idosos atendidos em um Hospital Universitário de Curitiba. **Rev Col Bras Cir.**, v.40, n.4, p.281-6, 2013.

CALIRI, Jordana. **Os sonhos da Cidade:** a modernidade e os jornais amazonenses no início do século XX .Vol. 5 n.1, pp. 3-13, 2013.

CAMPOS FILHO, Candido Malta. **Cidades brasileiras: seu controle ou caos:** o que os cidadãos devem fazer para a humanização das cidades no Brasil. 3.ed. São Paulo: Studio Nobel, 1999, 143p.

CARDOSO, Leandro; MATOS, Ralfo. Acessibilidade Urbana e Exclusão Social: novas Relações, velhos Desafios. In: **X Simpósio Nacional de Geografia Urbana**, Florianópolis. 2007.

CARLIN, Fernanda. **Acessibilidade espacial em shopping center:** um estudo de caso. 2004. 168f. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação em Engenharia da Produção – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.

CARLOS, Ana Fani Alessandri. **A (Re)Produção do espaço urbano.** 1 ed. SP. Ed USP, 2008.

CARVALHO FILHO, Eurico Thomaz; PAPALÉO NETTO, Matheus. **Geriatria:** fundamentos, clínica e terapêutica. (2ª ed.). São Paulo: Atheneu, 2006.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e Promoção à Saúde:** uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança. 2002, 184 fl. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas. Campinas, São Paulo. Fev. 2002.

CASSAB, Clarice. A cidade como espaço público: uma interpretação pautada na fala dos jovens. **Mercator**, v. 9, n. 20, p. 83-91, 2010

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. A era da informação: economia, sociedade e cultura. v.1. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

CASTRO, Edna. **Cidades na Floresta**. São Paulo: Annablume, 2009.

CASTRO, Jary de Carvalho. **Calçadas e Acessibilidade**. Palavra de profissional. Disponível em: . <<http://www.crea-mt.org.br/palavraprofissional.asp?id=131>>. Acesso em 2 de junho de 2015.

CAUDURO, Maria Heloisa Fialho *et alii*. **Condições de vida e saúde de idosos de Manaus e Porto Alegre**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 84 p.2011.

CIELO, Patrícia Fortes Lopes Donzele; VAZ, Elizabete Ribeiro de Carvalho. A legislação brasileira e o idoso. **Revista CEPPG – CESUC**. Centro de Ensino Superior de Catalão, Ano XII, n. 21, p. 33-46, 2º Semestre, 2009.

CLAVAL, Paul. **La logique des villes. Essai d'urbanologie**. Paris: Litec, 1981.

CORBIN, Alan. Saberes e odores. **O olfato e o imaginário social nos séculos XVIII e XIX**. São Paulo: Companhia das letras, 1987.

CORRÊA, Marcus Vinicius de Miranda. **Da Capela Carmelita a Catedral Metropolitana de Manaus (AM): uma arqueologia da arquitetura**. 171fls Tese (Doutorado). Curso de Pós-graduação em Arqueologia e Etnologia. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2005.

CORREA, Marielle Rodrigues. **Cartografias do envelhecimento na contemporaneidade: velhice e terceira idade**. São Paulo: Editora cultura acadêmica, 2009.

CORRÊA, Roberto Lobato. **Região e Organização Espacial**. São Paulo: Editora Ática, 2003. 7ª ed. Série Princípios

COSENZA Gilvânia Westin. Distribuição espacial e acesso da população aos serviços de saúde. In: **Gestão de sistemas de saúde**. PIERANTONI, Celia Regina; MANSO, Vianna (Orgs.). Rio de Janeiro: UERJ; p. 133-168, 2003.

COSTA, Cybele Moraes. **Socorros públicos: as bases da Saúde Pública na Província do Amazonas (1852-1880)**. 141 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Amazonas, 2008.

COSTA, Francisca Deusa Sena da. **Quando viver ameaça a ordem urbana: cotidiano de trabalhadores em Manaus, 1915-1925**. 53fl. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em História. PUC-SP. São Paulo, 2000.

DAOU, Ana Maria. **A Cidade, o Teatro e o “Paiz das Seringueiras”**: práticas e representações da sociedade amazonense na virada do século XIX. V.2. 222fl. Tese (Doutorado). Pós-graduação em Antropologia Social do Museu Nacional. Universidade Federal do Rio de Janeiro. 1998.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**. São Paulo: Edusp, 2004.

DENDENA, Aline *et alii*. Religiosidade e envelhecimento bem-sucedido. **Unoesc & Ciência – ACHS**, Joaçaba, v. 2, n. 2, p. 184-196, jul./dez, 2011.

DIAS, Edinea Mascarenhas. **A ilusão do Fausto**: Manaus 1890-1920. Manaus: Valer, 2007.

DIAS, Pollyanna D'Avila Gonçalves. **A arquitetura Neogótica no Período da Borracha**: um estudo tipológico das construções de Manaus. 142 fl. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-graduação em Letras e Artes (PPGLA). Universidade do Estado do Amazonas, 2013.

DISCHINGER, Marta. **Designing for all senses: accessible spaces for visually impaired citizens**. Göteborg, Sweden. 260f. (Thesis). Department of Space and Process School of Architecture, Chalmers University of Technology, 2000.

DISCHINGER, Marta; BINS ELY, Vera Helena Moro. **Promovendo acessibilidade nos edifícios públicos**: guia de avaliação e implementação de normas técnicas. Santa Catarina: Ministério Público do Estado, 2006.

DISCHINGER, Marta; BINS ELY, Vera Helena Moro; PIARDI, Sonia Maria Demeda Groisman. **Promovendo acessibilidade espacial nos edifícios públicos**: Programa de Acessibilidade às Pessoas com Deficiência ou Mobilidade Reduzida nas Edificações de Uso Público. Florianópolis: MPSC161 p.: il., tabs., mapas, 2012.

DONABEDIAN, Avedis. **An introduction to quality assurance in health care**, New York: Oxford University Press, 240 pp excesso. Manaus: Valer, 2003.

DUIN, Etienne; LEBRÃO, Maria Lucia; ANTUNES, José Leopoldo Ferreira. Walking speed of older people and pedestrian crossing time. **Journal of transport & health**. 2017. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2214140516302250>> acessado em 17/04/2017.

ESCOBAR, Karen Alves do Amaral. Novos paradigmas na assistência ao idoso: o enfoque da prevenção e promoção de um envelhecimento saudável. In: **IX Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva**: Compromisso da Ciência, Tecnologia e Inovação com o Direito à Saúde, 2009, Recife. Ciência e Saúde Coletiva (Impresso), 2009.

SCOREL, Sarah. História das políticas de saúde no Brasil de 1964 a 1990: do golpe militar à reforma sanitária. In: **Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil**. GIOVANELLA, Lúcia *et alii* (Org), Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, p. 385-434, 2008.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Rev. Ser. Social**, v.20, n. 35-61, 2007.

FARINHA, Vanessa Alexandra Marques. **Identidade Na Velhice**: Um Jogo de Espelhos. 2013, 98 fl. Dissertação (Mestrado). Mestrado em Gerontologia Social da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Lisboa, 2013.

FEITOSA, Orange Matos; SAES, Alexandre Macchione. O plano de defesa da borracha: entre o desenvolvimentismo e a negligência política ao norte do Brasil, 1900-1915. **Am. Lat. Hist. Econ.**, año 20, n. 3, p. 138-169, septiembre-diciembre, 2013.

FELIX, Jorgemar Soares. **Economia da Longevidade**: uma revisão da bibliografia brasileira sobre o envelhecimento populacional. 2009, 107fl. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação em Economia Política. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. São Paulo, 2009.

FENELON, Dea Ribeiro. **Cidades**: pesquisa em História. São Paulo: Olho D'Água, 2000.

FIGUEIREDO, Aldrim Moura de. Pajelança e medicina na Amazônia no limiar do século XX. In: CHALHOUB, Sidney. *et alii*. (org.). **Artes e ofícios de curar no Brasil**: capítulos de história social. Campinas: UNICAMP, 2003.

FIORI, José Luís. **Democracia e Reformas**: Equívocos, Obstáculos e Disjuntivas. Rio de Janeiro: Instituto de Economia Industrial/UFRJ, 1991.

FISCHER, Milena Souza; GOMES, Irênio. Envelhecimento ativo, mobilidade e espaço urbano. In. **Atualizações em Geriatria e Gerontologia IV**: aspectos biopsicossociais e clínicos do envelhecimento. Org. SCHWANKE, Carla Helena Augustin et al. Porto Alegre: Edipucrs, p. 167-203, 2012.

FLEURY, Sônia. **Estado sem cidadãos**: seguridade social na América Latina. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1994.

FONSECA, Antônio; PAÚL, Constança; MARTÍN, Ignacio; AMADO, João. Condição psicossocial de idosos rurais numa aldeia do interior de Portugal. In: **Envelhecer em Portugal**. PAÚL, Constança, Fonseca, António (coord.). Climepsi Editores. Lisboa, pp.97-108, 2005.

FONSECA, Talita da Conceição de Oliveira. **Barreiras físicas e biológicas**: influência da qualidade do espaço urbano no risco de quedas de idosos. 2016. 127f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Viçosa, 2016.

FREIRE, José Ribamar Bessa (Coord). **A Amazônia Colonial**. 4ª Ed. Manaus: Metro Cúbico. 1990.

FREITAS, Elizabete Viana *et alii*. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.

FRENK, Júnior. Conceptand measurement of accessibility. **Salud Publica Mex.**, v.27, s/n, p. 438-53, 1985.

GERHARDT, Tatiana Engel. Itinerários terapêuticos em situações de pobreza: diversidade e pluralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n.11, p. 2449- 2463, 2006.

GIACOMIN, Karla Cristina. Considerações Finais. In: **Política nacional do idoso**: velhas e novas questões. Org.: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina - Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

GIATTI, Leandro Luiz *et alii*. Manaus: uma análise ecossistêmica através de indicadores de sustentabilidade ambiental e de saúde. Texto elaborado enquanto síntese preliminar para subsídio ao Seminário da pesquisa: **“Abordagem ecossistêmica para o desenvolvimento de indicadores e cenários de sustentabilidade ambiental e de saúde na cidade de Manaus / AM”**. Manaus: Fundação Oswaldo Cruz, 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOMES NETO, José. **Usos e noções dos espaços públicos de Mossoró: o caso do Corredor Cultural**. Monografia de especialização. UERN, 2009.

GOMES, Paulo César da Costa. **A Condição Urbana: Ensaio de geopolítica da Cidade**. 2º Ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2006.

GOMIDE, Alexandre de Ávila. **Mobilidade Urbana, Iniquidade e Políticas Sociais**. In IPEA: Políticas Sociais – acompanhamento e análise. v. 12, s/n. p. 242-250, Fevereiro, 2006.

GUIMARÃES, Raul Borges. Del período técnico científico al periodo demográfico sanitario: desafíos metodológicos para la salud pública. **Rev Cubana Salud Pública**, v. 39, n. 4, p. 763-767, sep.-dic. 2013.

HARRIS, Sabrina. **Estrutura espacial urbana e mobilidade: o caso da região metropolitana de São Paulo**. 2015. 118fl. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós Graduação em Arquitetura e Urbanismo. FAUUSP, 2015.

HARVEY, David. **A produção capitalista do espaço**. São Paulo: Annablume. 2005.

HARVEY, David. **Cidades rebeldes: do direito à cidade à revolução urbana**. São Paulo: Martins Fontes/ Selo Martins, 2014.

HOSKINS, Irene; KALACHE, Alexandre; MENDES, Susan. Hacia una atención primaria de salud adaptada a las personas de edad. **Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health**, vol. 17, n.5/6, p. 444-451, 2005.

HUNT, Michael. **The design of supportive environments for older people**. In: Congregate Housing for the elderly. Haworth Press, 1991.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores sociais: uma análise da década de 1980**. Rio de Janeiro: IBGE, p.33, 1995.

IBGE. **Indicadores sociais: uma análise da década de 1980**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, p.33. 2002.

IBGE. **Censo Populacional**. Instituto Brasileiro de Geografia E Estatística, 2000.

IBGE. **Censo populacional**. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

IBGE, **Coordenação de Trabalho e Rendimento**. Rio de Janeiro: IBGE, 102 p, 2016.

INCT. Instituto Nacional de Ciência, Tecnologia. Observatório das Metrópoles. **Manaus é a penúltima colocada em bem-estar urbano**. Índice de Bem-estar Urbano (IBEU) Global, 2014.

IPEA. **Atlas da vulnerabilidade social nas regiões metropolitanas brasileiras** / editores: Marco Aurélio Costa, Bárbara Oliveira Marguti. Brasília: IPEA, 2015, 240 p.

KENDALL, Jamaya Marsh. Designing a research project: randomized controlled trials and their principles. **Emerg Med J**, v. 20, n.2, p.164-8, 2003.

KOSIK, Karel. **Dialética do concreto**. Tradução de Célia Neves e Alderico Toríbio. 8. reimpressão. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

LEFEBVRE, Henri. **O direito à cidade**. São Paulo: Editora Moraes, 1991.

Leis Municipais. Prefeitura de Manaus. Disponível em < <https://leismunicipais.com.br/sistema-leis>> Acessado em 06/12/2016.

LEITE, Paulo Fernando. Aptidão Física, Esporte e Saúde. 2000. In: BRANCO, Vívian Castelo; PEREIRA, Erik Giuseppe Barbosa. **O que diz a literatura sobre a influência da prática de hidroginástica em idosas**. Disponível em: <<http://www.efdeportes.com/efd159/influencia-de-hidroginastica-em-idosas.htm>> Acesso em: 12 de out 2014.

LIMA, Susane Patrícia Melo de; *et alii*. Uma análise multiescalar da problemática urbana de Manaus: apontamentos para sustentabilidade da cidade. **Revista GEONORTE**, vol. 1, n. 2, Ano 2, p.35-56, 2011.

LISBOA, Simone Moraes. **A política pública para idosos na cidade de Manaus: avanços e desafios para sua efetivação**. 2011. 164 fl. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. Universidade Federal do Amazonas, Amazonas, 2011.

LUZ, Tatiana Chama Borges *et alii*. Violências e acidentes entre adultos mais velhos em comparação aos mais jovens: evidências do Sistema de Vigilância de Violências e Acidentes (VIVA), Brasil. **Cad Saúde Pública**, v. 27, n.11, p. 2135-42, 2011 .

LYRA, Flávio Tavares. **Os Incentivos Fiscais à indústria da Zona Franca de Manaus: uma avaliação (Relatório Final)**. IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada: Texto para discussão nº 371, 1995.

MACIEL, Regiane Macedo; FILIPPINI, Elizabeth. **Manaus: uma reflexão acerca de seu passado**. 4ª ed. **Revista Eletrônica Aboré** - Publicação da Escola Superior de Artes e Turismo Manaus, Dez 2010.

MAGALHÃES, Mauro de Oliveira. Padrões de Ajustamento na Aposentadoria. **Aletheia**, v.19, s/n, p.57-68p, jan./jun. 2003.

MALVEIRA, William. **Economia & Horizontes da Amazônia**. Manaus, 2009.

MARICATO, Ermínia. A metrópole periférica, desigualdade social e meio ambiente. In. **O desafio da sustentabilidade: Um debate socioambiental**. VIANA, Gilney; SILVA, Marina e DINIZ, Nilo (Org). São Paulo: Editora Perseu Abramo, 2001.

MATOS, Maria Izilda Santos de. **Na trama urbana**. Projeto História, São Paulo, nº 13, junho, 2005.

MAYO, Iadya Gama. Os Tratados Internacionais e o Estatuto do Idoso: Rumo a uma Convenção Internacional. In. **Estatuto do Idoso**. Dignidade humana como foco / STEPANSKY, Daizy Valmorbidia; COSTA FILHO, Waldir Macieira da, MULLER, Neusa Pivatto (Orgs.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 2013, 254p.

MEDEIROS, Suzana. Como Pensar a Vida. **Revista Serviço Social & Sociedade**, s/v, n. 75, p.187-190. 2003.

MELGAÇO, Lucas (2005). **A geografia do atrito**. Dialética espacial e violência em Campinas-SP. 142fl. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Departamento de Geografia. Universidade de São Paulo.

MELO, Nathalie Santana de. **Trabalho e condições de envelhecimento em Manaus**: estudo com os idosos usuários das unidades básicas de saúde da zona sul e com os participantes do Parque Municipal do Idoso. 2012. 105fl.: il.; Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia. Universidade Federal do Amazonas, 2012.

MENDES, Márcia R.S. Barbosa; GUSMÃO, Josiane Lima de; FARO, Ana Cristina Mancussi; LEITE, Rita de Cássia Burgos de O. A situação social do idoso no Brasil: uma breve consideração, Artigo de Atualização, Acta Paul Enferm. 2005;18(4):422-6

MENEZES, Maria Roseane Gonçalves de. **A produção de sentidos sobre a Educação Especial**: reflexos na sua área de atuação e na formação de seus professores. Manaus, 2005. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós Graduação em Educação. Universidade Federal do Amazonas, 2005.

MESQUITA, Otoni Moreira de. **Manaus**: história e arquitetura (1852-1910). Manaus: Universidade do Amazonas, 1999.

MESQUITA, Otoni Moreira de. **La belle vitrine**. O mito do progresso na refundação da cidade de Manaus - 1890/1900. 439fl. Tese. Doutorado em História Contemporânea. Universidade Federal Fluminense. Niterói, 2005.

MINISTÉRIO DA JUSTIÇA. Promoção de Saúde da Acessibilidade do Idoso. Brasília: Portal de periódicos, 2007.

MINORA, Leonardo Ataíde. **Mobilidade urbana, acessibilidade**, governo eletrônico / organizado Natal : CEFET/RN, 2008.

MONTEIRO, Luzia Cristina Antoniossi; ZAZZETTA, Marisa Silvana; ARAUJO JÚNIOR, Miguel Etinger. Relação entre espaço urbano e envelhecimento ativo. **Revista Novos Estudos Jurídicos**, v. 20, n.1, p 116-145, 2015

MORAES, Alexandre de. **Direito constitucional**. 21ª ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MORAIS, Eliane Pinheiro de. **Envelhecimento no meio rural**: condições de vida, saúde e apoio dos idosos mais velhos de Encruzilhada do Sul – RS. 2007. 215fl. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2007.

MORRIS, Jennifer Molly; DUMBLE, Patricia Lee; WIGAN, Marcus Ramsay. Accessibility indicators for transport planning. **Transportation Research**, Part A, v.13, n.2, p.91-109, 1979.

NERI, Anita Liberalesso. Teorias Psicológicas do Envelhecimento In: **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Freitas, E. V. & Cols. (Orgs.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p. 32-45, 2002.

NOGUEIRA, Ana Cláudia Fernandes; SANSON, Fábio; PESSOA, Karen. A expansão urbana e demográfica da cidade de Manaus e seus impactos ambientais. **Anais XIII Simposio Brasileiro de Sensoriamento Remoto**. Florianópolis, Brasil. 21-26 abril. INPE, p. 5427 – 5434, 2007.

ODA, Ana Maria Galdini Raimundo; DALGALARRONDO, Paulo. História das primeiras instituições para alienados no Brasil. **História, Ciências, Saúde** – Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 983-1010, set.-dez, 2005.

OLIVEIRA, Aíla Seguin Dias Aguiar de. **Acessibilidade espacial em centro cultural**: estudo de casos. 214fl. 2006 (Dissertação). Programa de Mestrado em Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

OLIVEIRA, Cláudia Hochheim; PINTO, Maira Moura. Política de assistência social e cidadania no Brasil hoje: alguns elementos para discussão. **KATÁLYSIS**, Florianópolis, v. 8 n. 1, p.46-58 jan./jun., 2005.

OLIVEIRA, José Aldemir de. **Manaus de 1920 a 1967**. A cidade doce e dura em excesso. Manaus: Valer/Governo do Estado do Amazonas/Editora da Universidade Federal do Amazonas, 2003.

OLIVEIRA, José Aldemir de; MAGALHÃES, Soraia Pereira de. Circulação na Manaus da Belle Époque: modernização e exclusão. **Mercator - Revista de Geografia da UFC**, v. 02, n. 04, p. 45-53, 2003.

OLIVEIRA, José Aldemir de; SCHOR, Tatiana. Das cidades da natureza a natureza das cidades. TRINDADE JÚNIOR, Saint-Clair Cordeiro da; TAVARES, Maria Goretti da Costa (Orgs.). **Cidades Ribeirinhas na Amazônia**: mudanças e permanências. Belém: EDUFPA, 2008. .15-26.

OLIVEIRA, Rita de Cássia da Silva. **Terceira Idade**: do repensar dos limites aos sonhos possíveis, Ed. Paulinas, 1999.

OLIVEIRA, Silvio Luiz de. **Tratado de metodologia científica**: projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2006.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**. Genebra, Suíça, 30p, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **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.: 21 cm. – (Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1).

OPAS. Organización Panamericana de Salud. Estrategia regional de implementación para América Latina y el Caribe del Plan del Acción Internacional de Madrid sobre e Envejecimiento. **Rev Panam Salude Pública**; v.17, n.5-6, p.452-4, 2005.

ORSTEIN, Sheila Walbe. Avaliação pós-ocupação do ambiente construído. São Paulo, Studio planning. **Transportation Research**, Part A, v.13, n.2, p.91-109, 1979.

PAIM, Jairnilson *et alii*, ii. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet.com**. p. 11 -31, 2011.

PASCOA, Márcio Leonel Farias Reis. **A vida musical em Manaus na época da borracha**. Manaus: Valer, 1997.

PASKULIN, Lisiane Manganelli Girardi; VALER, Daiany Borghetti; VIANNA, Lucila Amaral Carneiro. Utilização e acesso de idosos a serviços de atenção básica em Porto Alegre (RS, Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2935-2944, 2011.

PAÚL, Constança *et alii*. Envelhecimento Ativo e Redes de Suporte Social. In **Sociologia**, série I, vol. 15. Faculdade de Letras da Universidade do Porto: Instituto de Sociologia, p. 275-289, 2005.

PEREIRA, Sílvia Regina. **Percursos urbanos: mobilidade espacial, acessibilidade e o direito à cidade**. Presidente Prudente, 2006. 326 f. Tese (Doutorado). Programa de Pós Graduação em Geografia. Faculdade de Ciências e Tecnologia, UNESP, 2006.

PEREIRA-PEREIRA, Potyara A. política de Assistência Social: avanços e retrocessos. **Cadernos do CEAM**, nº 11. Brasília: CEAM/UnB, 2002.

PERES, Marcos Augusto de Castro. Velhice e analfabetismo, uma relação paradoxal: a exclusão educacional em contextos rurais da região Nordeste. **Revista Sociedade e Estado**, v. 26, n.3, p. 631-661, 2011.

PERRACINI, Monica. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: Freitas, E. V. de et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PINHEIRO, Maria Luiza Ugarte. **A Cidade Sobre os Ombros: trabalho e conflito no porto de Manaus, 1889-1925**. Manaus: Valer, 2001.

PINHEIRO, Rejane Sobrino; TRAVASSOS, Cláudia. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 487-496, 1999.

PIZZOL, Kátia Maria Santos de Andrade. A dinâmica urbana: uma leitura da cidade e da qualidade de vida no urbano. **Caminhos de Geografia**, v1, n.16, p. 1-7, 2006.

PNAD. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios: síntese de indicadores**, Brasília, 2014.

PNUD/IPEA. **Prêmio Atlas do Desenvolvimento Humano no Brasil: coletânea de artigos / Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, Fundação João Pinheiro**. – Brasília: PNUD/ IPEA/FJP, 2015. 224 p.

POLIGNANO, Marcus Vinícius. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. **Cadernos do Internato Rural-Faculdade de Medicina/UFMG**, v. 35, 2001.

PONTES FILHO, Raimundo Pereira. **História do Amazonas**. Manaus: Cultural do Amazonas, 2011.

PORTAL AMAZÔNIA. **Amazônia de A a Z**, 2012. Disponível em <http://portalamazonia.com.br/amazoniadeaz/interna.php?id=526>> acessado em 03/05/2015.

PRATES, Rodolfo Coelho; BACHA, Carlos José Caetano. Os processos de desenvolvimento e desmatamento da Amazônia. **Economia e Sociedade**, Campinas, v. 20, n. 3(43), p. 601-636, 2011.

PROVÍNCIA DO AMAZONAS. **Documentos da cidade de Manaus**. 1870.

RAIA JÚNIOR, Archimedes Azevedo. **Acessibilidade e Mobilidade na Estimativa de um Índice de Potencial de Viagens utilizando Redes Neurais Artificiais e Sistemas de Informação**. 2000. 212 fl. Tese (Doutorado) Programa de Pós Graduação em Engenharia Civil: Transportes. Universidade de São Paulo, Escola de Engenharia de São Carlos. São Carlos, 2000.

RAMOS, Paulo Roberto Barbosa. Direito à velhice: a proteção constitucional da pessoa idosa. In **Pessoa Idosa e Pessoa Portadora de Deficiência: da Dignidade Necessária**. Vitória: MINISTÉRIO PÚBLICO DO ESTADO DO ESPÍRITO SANTO. Centro de Estudos e Aperfeiçoamento Funcional (CEAF), 2003.

REIS, Andréa Carla Jorge. **Os idosos e a circulação no espaço urbano: a locomoção dos idosos do Pólo Tuna Luso Brasileira do Projeto Vida Ativa na cidade de Belém/PA**. 2009. 147 fl. Dissertação (Mestrado). Pós Graduação em Desenvolvimento e Meio Ambiente Urbano, Universidade da Amazônia, Belém, 2009.

RIBEIRO Joaquim Hudson de Souza, Tese doutorado. **Espaços violados: Uma leitura geográfica e psicossocial da violência sexual contra crianças e adolescentes na área urbana de Manaus-Am (2006-2010)**, 2011. 329 fl. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Geografia. São Paulo, 2011.

RIBEIRO, Maria de Nazaré de Souza. **De leprosário a bairro: reprodução social em espaços de segregação na Colônia Antonio Aleixo (Manaus-AM)**. 283 p.; il. Tese (Doutorado) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da Universidade de São Paulo. Departamento de Geografia. São Paulo, 2011.

RODRIGUES, William Costa. **Metodologia Científica**. Paracambi, 2007.

ROLIM, Dayana Cury. A pobreza e a riqueza na região amazônica e a contribuição da política de assistência social: o estado do Amazonas em foco. **VII Jornada Internacional de Políticas Públicas**. Universidade Federal do Maranhão, 2015.

RONCALLI, Angelo Giuseppe. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: PEREIRA, Antonio Carlos (Org.). **Odontologia em saúde coletiva: planejando ações e promovendo saúde**. Porto Alegre: ARTMED, p. 28-49, 2003.

SALAZAR, Admilton Pinheiro. **Amazônia Globalização e Sustentabilidade**. 2. ed. Manaus: Valer, 2006.

SALVADOR, Diego Salomão Candido de Oliveira. A Geografia e o método dialético. **Sociedade e Território**, Natal, v. 24, n.1, p. 97-114, 2012.

SANTOS JÚNIOR, Paulo Marreiro dos. **Criminalidade e criminalização de práticas populares em Manaus, 1906-1917**. São Paulo. Dissertação (Mestrado). PUC-SP, São Paulo, 2006.

SANTOS JÚNIOR, Paulo Marreiro dos. A imposição da modernidade na Manaus da borracha. **Cadernos de Pesquisa do CDHIS**. n. 36/37, ano 20, p. 119-131, 2007.

SANTOS JÚNIOR, Paulo Marreiro dos. Vivências urbanas e conflitos culturais: intervenções e ações na medicalização da sociedade manauara da belle époque. **Revista OPSIS**. v. 8, n. 11, 299-317, 2008.

SANTOS, Ana Maria Ribeiro; RODRIGUES, Rosalina Aparecida Partezani; DINIZ, Marina Aleixo. Trauma no idoso por acidente de trânsito: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v. 49, n.1, p.162-172, 2015.

SANTOS, Boaventura Souza. O Estado, as Relações Salariais e o Bem Estar Social na Semiperiferia: O caso português. In **Portugal: Um Retrato Singular**. Porto: Edições Afrontamento, p. 15-56, 1993.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luis Odorico Monteiro de. Acesso às ações e serviços de saúde: uma visão polissêmica. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2876-2878, 2012.

SANTOS, Márcio Miranda *et alii*. **Prospecção de tecnologias de futuro: métodos, técnicas e abordagens**. Parcerias Estratégicas. Brasília, n.19, p. 189-229, dez, 2004.

SANTOS, Milton. **O espaço do cidadão**. São Paulo, Nobel, 1987.

SANTOS, Milton. **Pensando o espaço do homem**. 4.ed. São Paulo: Hucitec, 1997, 72p.

SANTOS, Silvana Sidney C. Gerontologia e os pressupostos de Edgar Morin. In: **Perspectivas Sociais do Processo de Envelhecimento**. RODRIGUES JUNIOR, José Carlos Belo. 2003. Disponível em: <<http://www.partes.com.br/terceiridade/perspectivassociais.asp>> Acesso em: 12 de out 2015.

SARGES, Maria de Nazaré. **Belém: riquezas produzindo a belle-époque (1870-1912)**. Belém: Paka-Tatu, 2ª edição, 2002.

SCHERER, Elenise, MENDES FILHO, Ivanhoé. **Injustiça Ambiental em Manaus**, In: II Encontro da Associação Nacional de Pós-Graduação, Indaiatuba. 2004.

SCHERER, Elenise. **Questão social na Amazônia**. Manaus: Editora da Universidade Federal do Amazonas, p.141, 2009.

SCHWEICKARDT, Júlio Cesar. A ciência nos trópicos: as práticas médico-científicas em Manaus na passagem do século XIX para o XX. Texto. **Revista Pós Ciências Sociais**, v.6, n.12, p. 69-88, 2009.

SEPLAN. Secretaria de Estado de Planejamento. **Indicadores do Amazonas**. Governo do Estado do Amazonas, 2013.

SEQUEIRA, Arménio; SILVA, Marlene Nunes. O bem-estar da pessoa idosa em meio rural. **Análise Psicológica**, v.3, s/n, p. 505-516, 2002.

SERPA, Ângelo. **Espaço Público na cidade contemporânea**. São Paulo: Contexto, 2007.

SILVA, Antônio Itamar da; ALVES, Vicente Paulo. Envelhecimento: Resiliência e Espiritualidade. **Diálogos Possíveis**, v. 6, n.1, p.189-209, 2007

SILVA, Maria Ozanira da Siva e. Pobreza, desigualdade e políticas públicas: caracterizando e problematizando a realidade brasileira. **Rev. Katál**. Florianópolis, v.13, n.2, p.155-163, 2010.

SIMÕES, Regina. **Corporeidade e terceira idade**: a marginalização do corpo idoso. Piracicaba: Ed. Unimep, 1998.

SIMÕES, Celso Cardoso Silva. Breve histórico do processo demográfico. In. **Brasil**: uma visão geográfica e ambiental no início do século XXI. FIGUEIREDO, Adma Hamam de, organizadora (Org.). Rio de Janeiro, 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. 3ª ed. São Paulo: A Araujo Lima Farmacêutica; 2016

SOUZA, Márcio. **Breve História da Amazônia**. São Paulo: Marco Zero, 1993.

STEPANSKY, Daizy Valmorbida. Um Estatuto para uma Sociedade em Movimento. In. **Estatuto do Idoso**: Dignidade humana como foco / STEPANSKY, Daizy Valmorbida; COSTA FILHO, Waldir Macieira da, MULLER, Neusa Pivatto (Orgs.). Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, 254p. 2013.

SUSAM. Secretaria do Estado da Saúde. Programa de Atenção à Saúde do Idoso. 2011.disponível em: <<http://www.saude.am.gov.br/index.php?id=idoso>>. Acesso em: 01 dez 2014.

SUZUKI, Júlio César. Questão agrária na América Latina: renda capitalizada como instrumento de leitura da dinâmica sócio-espacial. . En publicación: América Latina: cidade, campo e turismo. Amalia Inés Geraiges de Lemos, Mónica Arroyo, María Laura Silveira. **CLACSO**, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales, San Pablo. Diciembre 2006.

SUZUKI, Júlio César. Campo e cidade no Brasil: transformações socioespaciais e dificuldades de conceituação. **Revista NERA**. Ano 10, n.10, p. 134-150, Janeiro/Junho, 2007

SUZUKI, Júlio César. Avanços teóricos e metodológicos na leitura da América Latina: contribuições de José de Souza Martins. **Cadernos Prolam/USP**, v.15, n.29, p.136-157, jul/dez.2016

TEIXEIRA, Solange Maria. **Envelhecimento e trabalho no tempo do capital**: implicações para a proteção social no Brasil. São Paulo: Cortez, 2008.

TELES, Luciano Everton Costa. 159p. **A vida operária em Manaus**: imprensa e mundos do trabalho (1920). 159 fl. Tese. Doutorado em História. Programa de Pós-Graduação em História da Universidade Federal do Amazonas, 2008.

TRAVASSOS, Claudia Maria de Rezende; MARTINS, Marcio Borges. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**; v. 20, Supl.2, p.190-198, 2004.

VENTURI, Gustavo Junior. Opinião Pública. Dois significados. **Teoria e Debate**, São Paulo, v.72, n.30, p. 26-26, 2007.

VERAS, Maura Pardini Bicudo; FELIX, Jorge. Questão urbana e envelhecimento populacional: breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 18, n. 36, p. 441-459, 2016.

VERAS, Renato Peixoto. A longevidade da população: Desafios e conquistas. **Revista Serviço Social e Sociedade, Velhice e Envelhecimento**. Ano XXIV, n.75, p. 5-17, 2003.

VIANA, Ana Amélia de Faria; Gomes, Maria José; Carvalho, Raquel Baroni; Oliveira, Elizabete Regina Araújo. Acessibilidade dos idosos brasileiros aos serviços odontológicos **RFO**, Passo Fundo, v. 15, n. 3, p. 317-322, set./dez. 2010.

VICENTINI, Yara. **Cidade e história na Amazônia**. Curitiba: Ed. UFPR, 2004.

VOS, Theo et *alii*. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. **The Lancet**, n.7, p. 743-800, 2015.

WEINSTEIN, Bárbara. **A borracha na Amazônia: expansão e decadência (1850-1920)**. São Paulo: Hucitec. p. 22. 1993.

WHO. World Health Organization. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde** / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

APÊNDICES

QUESTIONÁRIO
Pesquisa de campo, de caráter descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa a fim de levantar a realidade da **MOBILIDADE E ACESSIBILIDADE DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CAIMI EM MANAUS, AM.**
Sua participação é voluntária. Todas as suas respostas serão mantidas confidenciais, e as informações obtidas serão relatadas sem identificações pessoais. Use o tempo que for necessário para pensar nas suas respostas e, por favor, interrompa e me pergunte se você tiver alguma dúvida.

N. _____ CAIMI: _____

DADOS SOCIODEMGRÁFICOS

1. Iniciais do Nome _____ 4. M. _____
2. Sexo: ☐ 1. feminino ☐ 2. masculino
3. Bairro: _____ 4. Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

ROTEIRO DE PASSEIO ACOMPANHADO
Método Adaptado investigativo desenvolvido por Dischinger (2000), Carlin (2004), Oliveira (2006).

N. _____ CAIMI: _____

1. Iniciais do Nome _____ 2. Sexo: ☐ 1. feminino ☐ 2. masculino
3. Bairro: _____ 4. Data Nascimento: ____/____/____ Idade: _____

DADOS RELATIVOS AO ACESSO E ACESSIBILIDADE
As perguntas a seguir estão relacionadas ao ambiente externo do CAIMI.

01. Com que frequência você vê _____
☐ 1. Muitas vezes / Toda semana
☐ 2. Poucas vezes / Alguma vez não
☐ 3. Raramente / Quase nunca

02. Como você identifica este acesso _____
☐ 1. Já sabia / conhecia o local exato
☐ 2. Seguiu as placas de sinalização
☐ 3. Perguntou a alguém (funcionário)
☐ 4. Por tentativa / procurando (não se sabe)
☐ 99. Outros: _____

03. O CAIMI fica próximo de sua residência _____
☐ 1. Sim ☐ 2. Não

04. Quantas horas o senhor(a) leva de sua casa para o CAIMI? _____ horas
☐ 1. Sim ☐ 2. Não

05. Utiliza algum meio de transporte? _____
☐ 1. Sim ☐ 2. Não

06. Caso utilize algum meio de transporte _____
☐ 1. carro particular ☐ 2. carro de aluguel (táxi)
☐ 3. 888 não se aplica

07. Existe alguma dificuldade em chegar ao CAIMI? _____
☐ 1. Sim ☐ 2. Não

08. Caso exista dificuldade, qual dificuldade o senhor(a) enfrenta? _____

09. Em sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a acessibilidade? _____

VISITA EXPLORATÓRIA E LEVANTAMENTO DO EDIFÍCIO CAIMI
Instrumento adaptado, Oliveira (1979).

CÓDIGO: _____
Ano Inauguração: _____

Nome do edifício: _____
Endereço acesso principal: _____ Número de acesso: _____

Número de pavimentos: _____

COMPONENTES DE ACESSIBILIDADE
☐ 1. orientação ☐ 2. sinalização ☐ 3. piso ☐ 4. comunicação

OBSERVAÇÕES - ASPECTOS
☐ 1. Aspectos positivos ☐ 2. Aspectos negativos

QUANTO A LEGISLAÇÃO
☐ E - EXIGÍVEL ☐ R - RECOMENDÁVEL

ÁREAS DE ACESSO AO EDIFÍCIO

N	ÁREA	LEGENDA	CA	SI	MA	Observações
1	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
2	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
3	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
4	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
5	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
6	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
7	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
8	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
9	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
10	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
11	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
12	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
13	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
14	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
15	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
16	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
17	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
18	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
19	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
20	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
21	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
22	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
23	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
24	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
25	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
26	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
27	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
28	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
29	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
30	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
31	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
32	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
33	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
34	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
35	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
36	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
37	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
38	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
39	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
40	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
41	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
42	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
43	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
44	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
45	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
46	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
47	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
48	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
49	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
50	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
51	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
52	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
53	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
54	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
55	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
56	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
57	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
58	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
59	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
60	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
61	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
62	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
63	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
64	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
65	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
66	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
67	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
68	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
69	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
70	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
71	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
72	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
73	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
74	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
75	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
76	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
77	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
78	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
79	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
80	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
81	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
82	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
83	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
84	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
85	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
86	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
87	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
88	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
89	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
90	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
91	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
92	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
93	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
94	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
95	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
96	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
97	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
98	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
99	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				
100	ÁREA PÚBLICA	SENTEIRO				

*Não choremos, amigo, a mocidade!
Envelheçamos rindo. Envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,
Na glória de alegria e da bondade,
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!*

Olavo Bilac, *A velhice*

APÊNDICE 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar deste estudo intitulado “**MOBILIDADE, ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO DE IDOSOS EM MANAUS**”, porque você tem perfil e preenche os critérios para, na condição de sujeito, participar desta pesquisa. *Sujeito da pesquisa* é a expressão dada a todo ser humano que, de livre e espontânea vontade e após devidamente esclarecido, concorda em participar de pesquisa, doando material biológico, se submetendo a variados procedimentos invasivos ou não, ou ainda fornecendo informações.

Neste estudo, você será submetido(a) a uma entrevista com o objetivo de fornecer informações para o melhor entendimento do assunto em questão, e você terá toda autonomia para decidir entrar ou não na pesquisa. Também, você terá toda liberdade para se retirar do estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza. Tanto sua pessoa quanto os dados por você fornecidos serão mantidos sob absoluta confidencialidade e, portanto, ninguém mais terá conhecimento sobre sua participação.

Embora a natureza desta pesquisa apresente risco muito baixo, você tem a garantia de indenização por parte da Instituição promotora da pesquisa, do investigador e do patrocinador (quando houver) se acontecer dano(s) à sua saúde, em decorrência da pesquisa; e sua decisão de participar do estudo não está de maneira alguma associada a qualquer tipo de recompensa financeira ou em outra espécie. Entretanto, você pode ser ressarcido de eventuais despesas, tais como transporte e alimentação, quando for o caso.

Sempre que for necessário esclarecer alguma dúvida sobre o estudo, você deverá buscar contato com o Coordenadora da Pesquisa CLEISIANE XAVIER DINIZ, no endereço RUA 112 NUCLEO 12 QUADRA 212 NUMERO 14 – BAIRRO CIDADE NOVA 2, Fone(s) (92) 9141-9394/ 9971-9645. Para quaisquer informações, fica disponibilizado o endereço do CEP da Universidade do Estado do Amazonas à Av. Carvalho Leal, 1777 - Escola Superior de Ciências da Saúde, 1º andar, Cachoeirinha – CEP 69065-001, Fone 3878-4368, Manaus-AM.

CONSENTIMENTO

Li, tomei conhecimento, entendi os aspectos da pesquisa e, voluntariamente, concordo em participar do estudo.

Assinatura ou impressão datiloscópica do sujeito da pesquisa

Residência: Fone(s):

Assinatura do pai/responsável (em caso do sujeito ser menor)

Residência: Fone(s):

Assentimento do menor

Manaus, ____ de ____ de ____.

APÊNDICE 2

AUTORIZAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UEA

Manaus, ____/____/____.

A Profa. Dra. Valdelize Elvas Pinheiro

Ilma. Sra. Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UEA

Senhora Coordenadora,

Através do presente, estou encaminhando meu Projeto de Pesquisa envolvendo seres humanos, intitulado “**MOBILIDADE, ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO DE IDOSOS EM MANAUS**”, para que possa ser submetido a apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) desta instituição de ensino superior. Junto, estão os documentos exigidos pela Resolução nº196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Na expectativa de desfecho favorável, apresento votos de estima e consideração.

Atenciosamente,

Cleisiane Xavier Diniz

APÊNDICE 3

QUESTIONÁRIO SÓCIO ECONÔMICO

Pesquisa de campo, de caráter descritivo com abordagem quantitativa e qualitativa a fim de levantar a realidade da **MOBILIDADE E ACESSIBILIDADE DE IDOSOS USUÁRIOS DE UM CAIMI EM MANAUS, AM.**

Sua participação é voluntária. Todas as suas respostas serão mantidas confidenciais, e as informações obtidas serão relatadas sem identificações pessoais. Use o tempo que for necessário para pensar nas suas respostas e, por favor, interrompa e me pergunte se você tiver alguma dúvida.

N. _____ **CAIMI:** _____

DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Iniciais do Nome _____

2. Sexo: ☐ 1.feminino ☐ 2.masculino

3. Bairro: _____ **4. Idade** _____

5. Raça: 1. ☐ Branca 2. ☐ Parda 3. ☐ Negra 4. ☐ Amarela 5. ☐ Não souberam responder

6. Situação conjugal:

☐ 1.solteira(o) ☐ 2.Viúva(o) ☐ 3.Casada(o) ou com companheira (o) ☐ 4.Separada(o) ou divorciada(o).

7. Até que série estudou?

☐ 1.analfabeto ☐ 2.alfabetizado ☐ 3.ensino fundamental incompleto ☐ 4.ensino fundamental completo ☐ 5.ensino médio incompleto ☐ 6.ensino médio completo ☐ 7.curso superior incompleto ☐ 8.curso superior completo ☐ 0. não respondeu

8. Situação ocupacional

☐ 1.aposentado(a) ☐ 2.pensionista ☐ 3.desempregado(a) ☐ 4.dono(a) de casa ☐ 5.empregado em regime CLT ☐ 6.empregado eventual ☐ 7.autônomo ☐ 8.voluntário ☐ 9.empregador

9. Quanto o senhor(a) ganha por mês? _____

10. Atualmente o (a) Sr (a) mora:

☐ 1.sozinho(a) ☐ 2.com cônjuge/companheiro(a) ☐ 3.com filho (s)
☐ 99.outros _____

APÊNDICE 4

ROTEIRO DE PASSEIO ACOMPANHADO

Método Adaptado investigativo desenvolvido por Dischinger (2000), Carlin (2004), Oliveira(2006).

N. _____ **CAIMI:** _____

1. Iniciais do Nome _____ 2. Sexo: ☐ 1.feminino ☐ 2.masculino
3. Bairro: _____ 4. Data Nascimento: ____/____/____. Idade _____

DADOS RELATIVOS AO ACESSO E ACESSIBILIDADE

As perguntas a seguir estão relacionadas ao ambiente externo de seu deslocamento de sua residência até o CAIMI.

01. Com que frequência você vem ao CAIMI ?

- ☐ 1.Muitas vezes / Toda semana
☐ 2.Poucas vezes / Alguma vez no mês
☐ 3.Raramente / Quase nunca

02. Como você identificou este acesso na 1º vez que veio ao CAIMI?

- ☐ 1.Já sabia/ conhecia o local exato
☐ 2.Seguiu as placas de sinalização
☐ 3.Perguntou a alguém (funcionário/acompanhante/desconhecido/segurança)
☐ 4.Por tentativa / procurando (não pede ajuda)
☐ 99.Outros: _____

03. O CAIMI fica próximo de sua residência?

- ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

04. Quantas horas o senhor(a) leva de sua casa até chegar ao CAIMI? (*converter minutos em hora se for o caso*): _____ horas

05. Utiliza algum meio de transporte?

- ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

06. Caso utilize algum meio de transporte, qual o meio de transporte o senhor (a) costuma utilizar?

- ☐ 1.carro particular ☐ 2.carro de aluguel (taxi) ☐ 3.ônibus ☐ 4.moto ☐ 99.outros
☐ 888 não se aplica

07. Existe alguma dificuldades em chegar (acesso) ao CAIMI?

- ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

08. Caso exista dificuldade, qual dificuldade o senhor(a) tem ?

09. Em sua opinião, o que poderia ser feito para eliminar tais barreiras?

10. Existe um período do ano que o senhor tem mais dificuldade em chegar ao CAIMI?

☐ 1.Sim ☐ 2.Não

11. Caso exista um período do ano que o senhor tem mais dificuldade em chegar ao CAIM, qual o período?

☐ 1.Verão ☐ 2.Inverno

12. Ao sair de casa ou do trabalho para se deslocar até o CAIMI existem serviços ou equipamentos públicos que favorecem seu acesso tais como?

- Transporte adequado ☐ 1.Sim ☐ 2.Não
 - Calçadas rebaixadas para embarque e desembarque dos ônibus ou outros transportes ☐ 1.Sim ☐ 2. Não
 - Calçadas boas e planas ☐ 1.Sim ☐ 2.Não
 - Faixa de pedestre para atravessar a rua com segurança ☐ 1.Sim ☐ 2.Não
 - Placas de orientação para facilitar o acesso ao CAIMI; ☐ 1.Sim ☐ 2.Não ☐
- 99.Outros: _____

As perguntas a seguir estão relacionadas ao ambiente interno do CAIMI.

13. Na sua percepção, existe alguma dificuldade de acesso dentro do CAIMI tais como:

Falta de Rampa ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

Falta de corrimão duplo ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

Excesso de degraus e/ou degraus que dificultam o acesso ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

Falta de sinalização dos setores de atendimento ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

Assento sanitário inadequado para o idoso ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

Barras de apoio nos banheiros ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

Piso liso ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

Consultórios de fácil acesso ☐ 1.Sim ☐ 2.Não

Outros: _____

14. Você já se sentiu perdido(a) ou desorientado(a), enquanto estava dentro do CAIMI?

☐ 1.Sim ☐ 2.Não

15. Como você faz para se orientar?

- ☐ 1.Segue as placas de sinalização
- ☐ 2.Pergunta a alguém (funcionário/acompanhante/desconhecido/segurança)
- ☐ 3.Por tentativa / procurando (não pede ajuda)
- ☐ 4.Outro: _____

16. Você sabe localizar onde estão as saídas de emergência?

☐ 1.Sim ☐ 2.Não

17. Você se sente à vontade para usar o espaço e participar das atividades?

☐ 1.Sim ☐ 2.Não

18. Os serviços de informações dispostos no CAIMI atendem às suas necessidades?

☐ 1.Sim ☐ 2.Não Por que? _____

19. Como o senhor(a) se orienta dentro do CAIMI?

- ☐ 1.pelas Placas de aviso ☐ 2.pelas informações dadas pelos Profissionais
☐ 3.pelas Faixas indicativas ☐ 99.Outros: _____

20. O senhor acha que existe barreiras dentro do CAIMI para sua locomoção? Quais ?

- ☐ 1.Sim quais _____
☐ 2.Não

21. O Senhor(a) tem alguma dificuldade física para locomoção? Quais?

- ☐ 1.Sim Quais? _____
☐ 2.Não

22. O Senhor(a) já sofreu alguma queda no percurso de sua Casa para o CAIMI?

- ☐ 1.Sim Quantas? _____
☐ 2.Não

23. O Senhor(a) já sofreu algum acidente de trânsito no percurso de sua Casa para o CAIMI?

- ☐ 1.Sim Como? _____
☐ 2.Não

24. O Senhor(a) se sente seguro no caminho de sua casa para o CAIMI?

- ☐ 1.Sim
☐ 2.Não Por que? _____

25. Na maioria das vezes o Senhor(a) vai ai CAIMI acompanhado?

- ☐ 1.Sim Com quem? _____
☐ 2.Não

26. Qual a atividade que você gosta mais de participar no CAIMI? Por quê?

27. O que você não gosta no CAIMI? Por quê?

—

28. Para que o senhor (a) chegue com maior facilidade ao CAIMI o que o Senhor(a) acha que deveria melhorar?

Data da entrevista: ____/____/____

Assinatura da entrevistadora: _____

APÊNDICE 5

VISITA EXPLORATÓRIA E LEVANTAMENTO DO EDIFÍCIO CAIMI

Instrumento adaptado, Ornstein (1979).

Nome do edifício: _____ CÓDIGO _____

Endereço acesso principal: _____ Ano Inauguração _____

Número de pavimentos: _____ Número de acessos: _____

COMPONENTES DE ACESSIBILIDADE	LEGENDA
orientação deslocamento uso comunicação	S - SIM N - NÃO NSA - NÃO SE APLICA
OBSERVAÇÕES - ASPECTOS Aspectos positivos Aspectos negativos	QUANTO A LEGISLAÇÃO E - EXIGIVEL R - RECOMENDAVEL

ÁREAS DE ACESSO AO EDIFÍCIO

N	E/R	LEGISLAÇÃO	NA VIA PÚBLICA SEMÁFORO	CA	S	N	NSA	Observações :
	R	-	Existe semáforo nos dois lados da via pública para facilitar a travessia do pedestre?
	9.050/04	9.9.2	Na existência de semáforo há sinalização sonora quando o mesmo estiver aberto?
	9.050/04	9.9.1	Existe foco de acionamento para travessia de pedestre com altura entre 80cm e 1,20m do piso?
	9.050/04	6.10.11	Existe guia rebaixada em ambos os lados da via quando houver faixa de travessia?
N	E/R	LEGISLAÇÃO	PASSEIOS	CA	S	N	NSA	Observações :
	9.050/04	6.1.1	Os passeios têm pisos antiderrapantes e regulares em qualquer condição climática?
	9.050/04	6.10.7 6.10.5	Os passeios são livres de interferências que impeçam o deslocamento ou que constituam perigo aos pedestres (postes de sinalização, vegetação, desníveis, rebaixamentos,...)?
	9.050/04	6.1.2	Na existência destas interferências, há sinalização tátil de alerta nos passeios?
	9.050/04	6.1.4	Todos os desníveis existentes são inferiores a 15mm?
	9.050/04	6.10.5	A altura livre dos passeios é de, no mínimo, 2,10 m? (verificar obstáculos verticais tais como placas, beirais, ramos de árvores,...)?
	9.050/04	6.10.4	Existe uma faixa livre de circulação contínua de pedestre com largura mínima de 1,20m?
	9.050/04	6.1.3	Na ausência de linha-guia identificável ou em locais muito amplos, existe piso tátil direcional?
	R	-	Do passeio é possível identificar o edifício (nome, nº, função) ao qual se faz necessário o acesso?
	R	-	Há suporte informativo tátil (nome, nº, função) no passeio que permita a identificação

			do edifício por pessoas com restrição visual?					
	9.050/04	6.10.11.1	Existe faixa de travessia, com rebaixamento nos passeios em ambos os lados da via, quando houver foco de pedestres?					
	9.050/04	6.10.11.2	O piso entre o término do rebaixamento do passeio e o leito carroçável é nivelado?					
	9.050/04	6.12.1	Há rampa de acesso ao passeio próximo às vagas de estacionamento para idosos?					
	3.246/89	1	Há sinalização visual e sonora nas entradas/saídas de garagens e estacionamentos?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	DO PASSEIO À ENTRADA DO EDÍFÍCIO	CA	S	N	NSA	Observações :
			CIRCULAÇÃO					
	9.050/04	6.2.1	Existe uma rota livre de obstáculos que permita o acesso do passeio público à entrada do edifício?					
	-	-	A faixa livre de obstáculos possui piso antiderrapante e sem desníveis?					
	9.050/04	6.10.4	Esta faixa livre de obstáculos possui largura mínima de 1,20m?					
	9.050/04	6.2.2	A distância entre cada entrada acessível e as demais é de no máximo 50m?					
	-	-	Existe uma faixa livre de obstáculos que permita a interligação às principais funções do edifício?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	VEGETAÇÃO	CA	S	N	NSA	Observações :
	9.050/04	9.10.1 e 9.10.2	Na existência de vegetação, os seus elementos (galhos, raízes, muretas, grades,...) encontram-se fora da faixa de circulação que conduz ao edifício?					
	9.050/04	9.10.3	Vegetação existente nos canteiros representa conforto e segurança para os pedestres (não possui espinhos, substâncias tóxicas e não desprende muitas folhas, frutas, que tornem o piso escorregadio)?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	ÁREAS EXTERNAS / PÁTIOS	CA	S	N	NSA	Observações :
	R	-	Existem bancos para descanso no pátio na entrada do edifício?					
	R	-	Os bancos que eventualmente existam possibilitam pleno acesso ao edifício público, não impedindo o deslocamento do pedestre?					
	9.050/04	6.1.1	Os pisos dos pátios têm superfície regular, firme, antiderrapante sob qualquer condição climática?					
	9.050/04	6.1.2	Existe piso tátil de alerta nos pátios, sinalizando situações que envolvam algum tipo de risco (desníveis, obstáculos)?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	ESCADAS	CA	S	N	NSA	Observações :
	9.050/04	6.6.4.3	A largura mínima das escadas fixas é de 1,20m?					
	4.909/94	6.6.4.3	O piso da escada é antiderrapante?					
	0060/00	134	Os degraus estão todos dispostos paralelos entre si (proibido degraus em leque)?					
	9.050/04	6.6.1	Os espelhos dos degraus são fechados (não podem ser vazados)?					
	9.050/04	6.6.3	Os degraus da escada possuem espelho entre 16cm e 18cm?					
	9.050/04	6.6.3	A profundidade do degrau (piso) é maior que 28cm e menor que 32cm?					
	9.050/04	6.6.5.1	Existe patamar sempre que houver mudança

			de direção na escada?					
	9.050/04	6.6.5.2	Na existência, possui dimensões iguais a largura da escada?					
	9.050/04	6.6.5.2	Os patamares possuem dimensão longitudinal mínima de 1,20m?					
	4.909/94	209	Os patamares estão isentos de obstáculos que ocupem sua superfície útil (tal como abertura de portas)?					
	9.050/04	6.6.4.4	O primeiro e o último degrau de um lance de escada estão a uma distância de no mínimo 30 cm da área de circulação?					
	4.909/94	226	As escadas têm lance máximo de 19 degraus?					
	9.050/04	6.7.1	Na escada existem corrimãos?					
	9.050/04	6.7.1	Os corrimãos estão instalados em ambos os lados da escada?					
	9.050/04	6.7.1.6	Os corrimãos estão instalados na altura de 92cm do piso medido de sua geratriz superior?	 				
		6.7.1.6	Na existência de corrimãos laterais instalados em duas alturas, estas são 70cm e 92cm do piso, medidos da geratriz superior?					
	9.050/04	6.7.1.2	Existe espaço livre entre a parede e o corrimão de no mínimo 4cm?					
	9.050/04	6.7.1.2	Os corrimãos possuem largura (seção ou diâmetro) entre 3 a 4,5cm?					
	9.050/04	6.7.1.4	Os corrimãos possuem prolongamento mínimo de 30cm antes do início e após o término da escada?					
	9.050/04	6.7.1.5	As arestas dos corrimãos são seguras, sem oferecer riscos de acidentes (cuidar arestas vivas)?					
	9.050/04	6.7.1.5	Os corrimãos são contínuos e com extremidades recurvadas fixadas ou justapostas à parede ou piso?					
			Existe guarda-corpo de proteção nas escadas?					
	9.050/04	6.7.2	O guarda corpo possui altura de 1,05m?					
	4.909/94	227	O guarda corpo possui longarinas ou balaústres com afastamentos máximos de 15cm entre eles?					
	9.050/04	5.13	Existe sinalização visual localizada na borda do piso, em cor contrastante com a do acabamento, medindo entre 2cm e 3cm de largura?					
	9.050/04	5.14.1.2c	Existe, no início e término da escada, sinalização tátil de alerta em cor contrastante com a do piso, afastada no máximo 32cm do degrau?					
	4.909/94	397	Existe sistema de sinalização para abandono do local (placas indicando saídas autônomas) instalado no corpo da escada, patamares e saguões?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	RAMPAS	CA	S	N	NSA	Observações :
			Existem rampas?					
	9.050.04	6.5.1.6	A largura mínima da rampa é de 1,20m?					
	9.050.04	6.1.6	O piso da rampa e dos patamares é revestido com material antiderrapante, firme, regular e estável?					
	9.050.04	6.5.2.1	No início e no término da rampa existem patamares com dimensão mínima longitudinal de 1,20m além da área de circulação adjacente?

	9.050.04	6.6.5.1	Existe patamar sempre que houver mudança de direção na rampa?					
	9.050.04	6.6.5.2	Na existência, possui dimensões iguais a largura da rampa?					
	9.077/01	4.6.2.5	Os patamares estão isentos de obstáculos que ocupem sua superfície útil (tal como abertura de portas)?					
	9.050.04	6.7.1	Nas rampas existem corrimãos?					
	9.077/01	4.6.27	Os corrimãos estão instalados em ambos os lados da rampa?					
	9.050.04	6.7.1.6	Os corrimãos laterais estão instalados a duas alturas: 92cm e 70cm do piso, medido da geratriz superior?					
	9.050.04	6.7.1.2	Existe espaço livre entre a parede e o corrimão de no mínimo 4cm?					
	9.050.04	6.7.1.2	Os corrimãos possuem largura entre 3 à 4,5cm?					
	9.050.04	6.7.1.4	Os corrimãos possuem prolongamento mínimo de 30cm antes do início e após o término da escada?					
	9.077/01	4.6.27	As arestas dos corrimãos são seguras, sem oferecer riscos de acidentes (cuidar arestas vivas)?					
	9.050.04	6.7.1.5	Os corrimãos são contínuos e com extremidades recurvadas fixadas ou justapostas à parede ou piso?					
	R	-	Existe guarda-corpo de proteção nas rampas?					
	9.050.04	6.7.2	O guarda corpo possui altura de 1,05m?					
	9.077/01	4.6.27	O guarda corpo possui longarinas ou balaústres com afastamento mínimo de 15cm entre eles?					
	9.050.04	6.5.1.2 6.5.1.3	A inclinação da rampa está conforme a tabela 5 e/ou 6 da NBR 9050/04?					
	9.050.04	6.5.1.9	Em rampas curvas a inclinação máxima é de 8,33% e o raio mínimo é de 3,0 m?					
	9.077/01	4.6.2.8	Existe sistema de iluminação de emergência instalado?					
	9.050.04	5.14.1.2c	Existe sinalização tátil de alerta no início e término da rampa?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	ESTACIONAMENTO	CA	S	N	NSA	Observações :
			Existe vaga de estacionamento externo ou de garagem interna destinadas a pessoas idosas?					
	9.050/04	6.12.1	As vagas destinadas aos idosos são indicadas com o símbolo internacional de acessibilidade a partir de sinalização vertical e no piso?					
	9.050/04	6.12.3	O número de vagas atende a proporção de 01 vaga para o total de 11 a 100 vagas existentes ou 1% para um total superior a 100 vagas existentes?					
	9.050/04	6.12.1	As vagas para estacionamento de veículos que conduzam ou sejam conduzidos por pessoas com deficiência, contam com um espaço adicional de circulação com largura mínima de 1,20m?	 				
	9.050/04	6.12.1	As vagas estão vinculadas a uma rota acessível que permite deslocamento com segurança até a entrada do mesmo?					
	R	-	Na existência de vaga em garagem interna, há elevador ou rampa que permita acesso a entrada principal do edifício?					
	9.050/04	6.1.1	Estas vagas para veículos têm piso nivelado, firme e estável?

N	E/R	LEGISLAÇÃO	ENTRADA DO EDIFÍCIO	CA	S	N	NSA	Observações :
	9.050/04	5.4.1.1	Na entrada de edifício público totalmente acessível de acordo com a NBR 9050/04, está fixado o símbolo internacional de acessibilidade?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	ACESSO AO EDIFÍCIO	CA	S	N	NSA	Observações :
	R	-	Na existência de desnível entre a circulação externa e a porta de entrada do edifício, há rampa ou equipamento eletro-mecânico que permita pleno acesso?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	PORTAS DO EDIFÍCIO	CA	S	N	NSA	Observações :
	9.050.04	6.9.2.1	Todos os vãos (espaço livre de passagem pela abertura) das portas têm no mínimo 80cm?					
	9.050.04	6.9.2.3	As maçanetas das portas estão entre 90cm a 1,10 m de altura em relação ao piso?					
	9.050.04	6.9.2.3	As maçanetas das portas são do tipo alavanca?					
	9.050.04	5.10	Há sinalização visual (nº, função) no centro da porta ou na parede adjacente?					
	9.050.04	5.10	Há sinalização tátil (em Braille ou texto em alto relevo) nos batentes ou paredes adjacentes, no lado onde estiver a maçaneta?					
	9.050.04	6.1.4	O desnível máximo nas soleiras das portas é de 0,5cm de altura?					
	9.050.04	6.9.2.7	Na existência de portas acionadas com sensores ópticos, estes estão ajustados para pessoas de baixa estatura, crianças e usuários de cadeira de rodas?					
	9.050.04	6.9.2	Na existência de portas de correr, a instalação dos trilhos está na sua parte superior?					
	9.050.04	6.9.2	Na existência de trilhos na parte inferior da porta de correr, estes estão nivelados com a superfície e possuem largura máxima de 15mm?					
	9.050.04	6.1.7.2	Os capachos, quando existentes, estão firmemente fixados?					
	9.050.04	6.1.7.1	Os capachos estão nivelados de maneira que se houver saliência esta não exceda 0,5cm?					
	9.050.04	6.9.2.5	Na existência de porta tipo vaivém, há visor com largura mínima de 20cm estando sua face inferior situada entre 40cm e 90cm do piso, e a face superior no mínimo a 1,50m do piso?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	ACESSO	CA	S	N	NSA	Observações / Aspectos:
	R	-	Há possibilidade de identificar as diferentes atividades a partir de suporte informativo visual e tátil?					
	R	-	O acesso aos diferentes ambientes é efetuado por uma rota acessível?					
	R	-	Os ambientes complexos, estão devidamente identificados?					
			O piso dos corredores e passagens é revestido com material antiderrapante?					
			Os pisos dos corredores e passagens têm nivelamento contínuo e sem degraus?					
			Há, em circulações muito amplas, faixas de piso em cor e textura diferenciadas guiando os usuários?					
			Na existência de desníveis maiores que 1,5cm há rampas?					
			Existe sinalização visual no piso indicando desníveis (degraus)?

	R	-	Quando o acesso ao ambiente é feito através de videofones e/ou interfones a botoeira é acessível aos cadeirantes e às pessoas com baixa estatura?					
	R	-	Quando o acesso ao ambiente é feito através de videofones e/ou interfones, existe algum tipo de tecnologia assistiva para comunicação do surdo e/ou mudo para acesso ao edifício?					
	R	-	Na existência de catracas ou portas giratórias de controle aos ambientes, há acesso alternativo a cadeirantes, obesos ou pessoas com mobilidade reduzida?					
	R	-	Na existência de acesso alternativo, há campainha ou outro meio (visor) para solicitar abertura da porta?					
	R	-	Existem sites na WEB acessíveis às pessoas com restrição visual, com informações sobre a localização, as atividades e a programação do ambiente?	 				
	E	7.400/88 Artº61	Os corredores e passagens têm largura mínima de 120cm?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	RECEPÇÃO	CA	S	N	NSA	Observações :
	R	-	O balcão de atendimento pode ser identificado visualmente ou por informação adicional (placa) desde a entrada no ambiente?					
	R	-	Os balcões de atendimento estão localizados em rotas acessíveis?					
	R	-	Há suporte informativo tátil que permita a identificação do local do balcão para pessoas com restrição visual?					
	R	-	Existe um serviço de atendimento para pessoas com restrição auditiva prestado por pessoas capacitadas (intérpretes de LIBRAS)?					
	R	-	Existe algum tipo de equipamento de tecnologia assistiva (terminal de computador) que permita a comunicação para o surdo e/ou mudo com os funcionários?					
	E	9.050.04 ART 9.3.4	Os balcões de atendimento permitem aproximação frontal por cadeira de rodas, tendo em uma parte altura máxima de 90 cm em relação ao piso, com altura livre de 73cm sob o balcão e profundidade livre inferior de 30cm?					
N	E/R	LEGISLAÇÃO	CONSULTÓRIOS /SALAS	CA	S	N	NSA	Observações :
			As portas de acesso ao ambiente possuem vão mínimo de 1,50m e abrem no sentido da saída proporcionando escoamento?	 				
	E	9.050/04 ART 8.2.1.3.1	Há uma largura mínima de 80cm para a transposição de uma cadeira de rodas por portas e obstáculos fixos?					
			Existem dispositivos de tecnologia assistiva para atender as pessoas com restrição visual e auditiva?					
			Existe sistema de áudio descrição sobre as exposições, que permita a informação e orientação de pessoas com restrição visual?					
			Na existência destes equipamentos, possuem controle de volume individual?

ANEXOS

“Feliz aquele que transfere
o que sabe e aprende o que
ensina.” (Cora Coralina)

ANEXO 1

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

UNIVERSIDADE DO ESTADO DO AMAZONAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

IDENTIFICAÇÃO

Proc. n° 186/12-CEP/UEA - Projeto de Pesquisa "Mobilidade, acessibilidade e inclusão de idosos."

Interessada – Profa. M.Sc. Cleisiane Xavier Diniz.

Data de apreciação - 31.08.2012

DECISÃO

Nesta data, o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade do Estado do Amazonas, acatando voto do (a) eminente relator (a), **APROVOU** o processo supra identificado, com base no caput do item VII, na alínea a do subitem VII.13 e na alínea a do subitem IX.2 da Resolução CNS 196/96, a fim de dar continuidade ao projeto.

Plenário do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Amazonas, em Manaus, 31 de agosto de 2012.

Prof.ª Dr.ª Valdelize Elvas Pinheiro
Coordenadora do CEP/UEA

ANEXO 2

GOVERNO DO ESTADO DO AMAZONAS

TERMO DE COMPROMISSO Nº 009/2012-SUSAM
COLETA DE DADOS NAS INSTITUIÇÕES DA REDE
ESTADUAL DE SAÚDE, que entre si celebram o
ESTADO DO AMAZONAS, através da SECRETARIA DE
ESTADO DE SAÚDE, e o Sr (a) CLEISIANE XAVIER DINIZ,
na forma abaixo:

Ao(s) 31 dia(s) do mês de julho de 2012, nesta cidade de Manaus, na sede da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, situada a Av. André Araújo nº 701, Aleixo, presentes o ESTADO DO AMAZONAS, por intermédio da SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE, doravante denominada simplesmente COMPROMITENTE, neste ato representado pelo seu titular Dr. WILSON DUARTE ALECRIM, brasileiro, casado, médico, portador da C.I. nº 454610 e CIC nº 005.521.782-68, domiciliado e residente nesta cidade na Rua Rio Madeira, nº 112 AP. 1202 - Nossa Senhora das Graças, CEP: 69053-030, e o(a) Sr(a) CLEISIANE XAVIER DINIZ, portador(a) do C.I. Nº 1514994-3 e CPF: 682271912-15, domiciliada e residente nesta cidade na Rua 12, Núcleo 12, QD 212, Nº 14 Cidade Nova II - Manaus/AM - CEP: 69000-000, doravante chamado COMPROMISSÁRIO e, tendo em vista o que consta nos Autos do Processo Administrativo nº 18634/2012 - SUSAM, doravante referido por PROCESSO e em consequência da Portaria nº 2792/2003-GSUSAM, na presença das testemunhas ao final nominadas, é assinado o presente TERMO DE COMPROMISSO, que se regerá, pelas seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: OBJETO - O presente Termo de Compromisso tem por objeto regular as atividades de coleta de dados junto aos três Centros de Atenção Integral a Melhor Idade CAIMI, para subsidiar única e exclusivamente o Projeto de Pesquisa intitulado "MOBILIDADE, ACESSIBILIDADE E INCLUSÃO DE IDOSOS EM MANAUS" desenvolvido pelo COMPROMISSÁRIO vinculado a Universidade do Estado do Amazonas.

CLÁUSULA SEGUNDA: REGIME DE EXECUÇÃO - O trabalho de coleta de dados descritos na cláusula anterior será feito pessoalmente pelo COMPROMISSÁRIO junto à instituição da Rede Pública Estadual de Saúde anteriormente especificada.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA RESPONSABILIDADE DO COMPROMISSÁRIO - O COMPROMISSÁRIO assume nesta oportunidade, sob pena de responsabilidade por perdas e danos, o compromisso de que em toda e qualquer publicação, total ou parcial, de trabalhos que se tenham utilizado os dados coletados junto às instituições da Rede Estadual de Saúde, será incluído o crédito pela participação do Governo do Estado do Amazonas/SUSAM, bem como entregará mediante recibo, no prazo de 90(noventa) dias a contar do término da coleta, uma cópia encadernada do trabalho finalizado para compor o acervo da biblioteca da COMPROMITENTE.

CLÁUSULA QUARTA: DO FORO - O foro do presente ajunte é o da Justiça Estadual da Capital, com expressa renúncia a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

De tudo, para constar, foi lavrado o presente termo, em testemunhas abaixo, para que produza seus legais efeitos.

WILSON DUARTE ALECRIM
Secretário de Estado de Saúde,

Manaus, 31 de julho de 2012.

CLEISIANE XAVIER DINIZ

TESTEMUNHAS

a)

RG Nº 0289649-7

b)

RGNº

*Se um lugar não permite o acesso
a todas as pessoas, esse lugar é Deficiente*

Marcos Meier