



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares (CEAM)

**Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento Sociedade e Cooperação Internacional
(PPGDSCI)**

TATIANA FRADE MACIEL

Análise da amigabilidade urbana de Brasília na percepção da pessoa idosa no Distrito Federal

Brasília, DF

2022

TATIANA FRADE MACIEL

Análise da amigabilidade urbana de Brasília na percepção da pessoa idosa no Distrito Federal

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional pelo Programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional – PPGDSCI, do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – CEAM, da Universidade de Brasília - UnB.

Orientadora:

Prof^ª. Dr^ª. Leides Barroso Azevedo Moura

Brasília, DF

2022

Tatiana Frade Maciel

Análise da amigabilidade urbana de Brasília na percepção da pessoa idosa no Distrito Federal

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional pelo Programa de Mestrado em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional - PPGDSCI do Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares - CEAM da Universidade de Brasília - UnB.

Brasília, 13 de dezembro de 2022: **Trabalho aprovado.**

Profa. Dra. Leides Barroso Azevedo Moura - Presidente
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – UnB

Profa. Dra. Marília Miranda Forte Gomes - Membro Titular Interno
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – UnB

Dr. Rodrigo Cardoso Bonicenna – Membro Titular Externo
Universidade Federal do ABC – UFABC

Profa. Dra. Grasielle Silveira Tavares – Membro Suplente
Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares – UnB

As velhas árvores

*“Olha estas velhas árvores, - mais belas,
Do que as árvores mais moças, mais amigas,
Tanto mais belas quanto mais antigas,
Vencedoras da idade e das procelas...*

*O homem, a fera e o inseto à sombra delas
Vivem livres de fomes e fadigas;
E em seus galhos abrigam-se as cantigas
E alegria das aves tagarelas...*

*Não choremos jamais a mocidade!
Envelheçamos rindo! envelheçamos
Como as árvores fortes envelhecem,*

*Na glória da alegria e da bondade
Agasalhando os pássaros nos ramos,
Dando sombra e consolo aos que padecem!”*

Olavo Bilac

Agradecimentos

Esta parte se inicia com uma imensa e eterna gratidão as pessoas mais importantes da minha vida e as quais sem elas eu não conseguiria chegar aonde cheguei: Os meus pais. Devo a eles tudo que sou, tudo que construí, todas as conquistas, vitórias e alegrias. Não seria quem eu sou se eu não tivesse sido criada num ambiente de tanto amor, carinho, companheirismo e cuidado. Obrigada pelo apoio, pelas puxadas de orelha, pelas risadas e, sobretudo por me amarem incondicionalmente e estarem ao meu lado em todas as minhas escolhas, acertos e erros. Neste caminho que ganhou novos rumos só foi possível alcançar a linha de chegada com essa rede de apoio maravilhosa, que se desdobrou para atender meus pedidos de socorro a 800km de distância!

Devo agradecer também ao amor da minha vida, meu companheiro de hoje e para sempre, meu marido Arturo, que virou o pai do Murilo. Sou muita sortuda por te ter ao meu lado em todos esses anos. Obrigada por ter muita paciência comigo, por ouvir minhas descobertas, angústias, aflições e sonhos! Principalmente nesse processo, por cuidar de mim, por estar ao meu lado, por me amar, enfim, obrigada por ser meu companheiro, amigo e amor. Faltam palavras para mensurar o quanto te amo e o quanto sou feliz por tudo que temos e iremos construir. Te amo muito!

Enfim família, vocês são tudo (e mais um pouco) pra mim!

Preciso agradecer a professora Leides Moura. Sua paixão, entrega, sensibilidade, seriedade e comprometimento com a temática do envelhecimento. Mesmo o pouco contato pessoal que a pandemia nos trouxe, você conseguiu entregar seu conhecimento, acalento e compreensão. Tornou-se uma referência para minha vida como acadêmica e ser humano! Foi responsável por me impulsionar nessa temática que hoje é uma das grandes paixões da minha vida. Obrigada pelas oportunidades dadas, pelos conselhos, pelo carinho e horizontalidade de fala, pela parceria e por acreditar em mim. Devo muito este trabalho a você!

Sem dúvidas amadureci tanto pessoalmente como profissionalmente nesse processo. E devo parte desse amadurecimento ao meu filho, que foi concebido antes do nascimento da dissertação (primeira filha planejada). Filho, você me ensinou que obstáculos fazem parte do caminho, que por mais que os caminhos sejam traçados, uma nova trilha pode nos levar ao mesmo destino só que com mais emoção! Mas quando temos pessoas generosas, esse caminho

se torna mais leve e mais significativo. Como sou grata pela sua vida e por tudo que vivi para te ter comigo!

Muitas são as pessoas que quero agradecer. Mas tem algo mais importante, Deus. Agradeço por ter me dado essa oportunidade de estudo. Por ter me concedido bravura e força para superar as dificuldades encontradas nesta trajetória acadêmica.

Agradeço ao programa de Pós-graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional e seu corpo docente que me oportunizaram tanto conhecimento. Obrigada a todos os professores!

E por fim, à CAPES pelo apoio recebido mediante o usufruto da bolsa de mestrado.

Posso afirmar com todas as letras que o Mestrado foi um processo de aprendizado, em todos os sentidos: no teórico, na prática, na práxis, na vida! E que todas as mudanças e percalços atravessados, me fizeram compreender concepções, reconstruções, reflexões, enfim, “aprendi com as primaveras a deixar-me cortar e a voltar sempre inteira” (*Cecília Meireles*).

RESUMO

Introdução: A acentuada urbanização e o envelhecimento populacional criam desafios globais. No Brasil, o desafio de enfrentar essas transformações dentro de um curto período cria um senso de urgência na mudança de políticas públicas e na sociedade. Diante deste cenário, a OMS nas últimas décadas incrementou seus esforços para incentivar um envelhecimento saudável, ativo e participativo, com cidades amigas das pessoas idosas e ao mesmo tempo combatendo o ageísmo. O convívio na cidade é permeado de atitudes preconceituosas contra a pessoa idosa com barreiras estruturais, e a elucidação das partes: Estado, sociedade civil organizada e famílias é o primeiro passo para a construção de ambientes amigáveis, ou seja, que oportunizem o direito à dignidade do envelhecer. **Objetivos:** O objetivo deste estudo é compreender as concepções e percepções de pessoas idosas sobre os eixos do Guia da Cidade Amiga da Pessoa Idosa, assim como seus apontamentos sobre prioridades e barreiras para tornar a região metropolitana de Brasília mais amigável às pessoas idosas. **Métodos:** A proposta teórico-metodológica adotada é de abordagem mista, do tipo transversal e de natureza analítica. Foram organizadas duas etapas: i) revisão de escopo de literatura, para o levantamento dos conceitos utilizados para Cidade Amiga da Pessoa Idosa, bem como as teorias que são utilizadas para abarcar o tema; ii) levantamento de questões sociodemográficas com a aplicação de uma *Survey Online* por intermédio de uma amostra por conveniência de 208 pessoas idosas, de 60 anos ou mais de 4 regiões administrativas do Distrito Federal (Ceilândia, Lago Sul, Plano Piloto e Taguatinga) que concentram a maior proporção de pessoas idosas da cidade. O estudo adota o referencial teórico do ageísmo e da teoria ecológica, constructos que possibilitam compreender as barreiras, preconceitos e estereótipos das mais diversas ordens que comprometem a vivência da plenitude da velhice e a influência que o meio tem sobre a inclusão e interação social das pessoas idosas. **Resultados:** Observou-se que o perfil das pessoas participantes foi predominantemente de mulheres (78,4%), de orientação heterossexual (90,38%), com idade média de 67,5 anos ($\pm 6,67$; CV 9,88%), não-preta (58,17%), com ensino superior (68,75%), renda de 4-10 salários-mínimos, casados ou em união estável (51,44%), moram com mais uma pessoa (38,94%); possuem plano de saúde como titular (62,50%) e de indivíduos que avaliam sua saúde e qualidade de vida como boa (46,63%). O que indica um grupo restrito e, de certo modo, “amparado” de pessoas idosas. Um total de 66,08% dos participantes não considera Brasília uma cidade amiga da pessoa idosa, sendo que 74,52%

acreditam que para este título, a capital deve melhorar o acesso aos espaços externos. Os eixos mais importantes relatados foram: Saúde (82,21%), Respeito e Inclusão (74,52%) e Transporte (73,56%). Nas regiões da franja metropolitana de Ceilândia (90,2%) e Taguatinga (73,71%) o maior temor das pessoas idosas ao sair de casa é o medo de serem assaltadas. Já no Plano Piloto (72,41%) e Lago Sul (61,90%) há o receio de sofrer uma queda por causa dos desníveis nas calçadas. **Conclusão:** Foi possível identificar que para as pessoas idosas, que participaram da pesquisa, um ambiente amigável é aquele que facilita a exploração do ambiente externo com acessibilidade, sem deixar de considerar o direito à saúde, o respeito e inclusão, e a oferta de transporte público para as pessoas idosas. Aqueles que moram em regiões periféricas sofrem mais com a percepção da insegurança da criminalidade, enquanto os residentes nas regiões centrais sentem-se inseguros com a estrutura física das calçadas e o medo de cair. Não foi encontrada associação entre a autopercepção de saúde ou variáveis ligadas aos determinantes sociais com a percepção da cidade ser amiga da pessoa idosa. Os subgrupos com características diferentes pensam semelhante sobre a cidade: Brasília não é uma cidade amiga da pessoa idosa. **PALAVRAS-CHAVES:** Envelhecimento; Urbanização; Distrito Federal; Ageísmo; Interseccionalidades.

ABSTRACT

Introduction: Accentuated urbanization and population aging create global challenges. In Brazil, the challenge of facing these transformations within a short period creates a sense of urgency in changing public policies and society. Faced with this scenario, the WHO, in recent decades, has increased its efforts to encourage healthy, active, and participatory aging, developing age-friendly cities and communities and, at the same time, combating ageism. Living together in the city is permeated with prejudiced attitudes against older people with structural barriers. The elucidation of the parties: The State, organized civil society, and families are the first step towards building age-friendly environments, that is, that provide opportunities for the right to dignity of getting old. **Objectives:** This study aims to understand older adults' conceptions and perceptions about the axes of the Global Guide of Age-friendly cities and communities, as well as their notes on priorities and barriers to making the metropolitan region of Brasília more age-friendly. **Methods:** The theoretical-methodological proposal adopted is a mixed approach, cross-sectional, and analytical. Two steps were organized: i) a scope review to search the concepts used for age-friendly cities, as well as the theories that are used to cover the theme; ii) a survey online of sociodemographic issues with a convenience sample of 208 older adults, aged 60 or over from 4 administrative regions of the Federal District (Ceilândia, Lago Sul, Plano Piloto and Taguatinga). These regions concentrate the highest proportion of older adults in the city. The study adopts the theoretical framework of ageism and ecological theory. Constructs that make it possible to understand the barriers, prejudices, and stereotypes of the most diverse orders that compromise the experience of the fullness of old age and the influence that the environment has on the inclusion and social interaction of older people. **Results:** It was observed that the profile of the participants was predominantly women (78.4%), heterosexually oriented (90.38%), with a mean age of 67.5 years (± 6.67 ; CV 9.88 %), non-black (58.17%), with higher education (68.75%), income of 4-10 minimum wages, married or in a stable union (51.44%), live with one other person (38.94%); have health insurance (62.50%) and individuals who assess their health and quality of life as good (46.63%). Which indicates a restricted and, in a way, "supported" group of older people. A total of 66.08% of the participants do not consider Brasilia an age-friendly city, with 74.52% believing that for this title, the capital must improve access to external spaces. The most important axes reported were: Health (82.21%), Respect and Inclusion (74.52%) and Transport

(73.56%). In the metropolitan fringe regions of Ceilândia (90.2%) and Taguatinga (73.71%), the greatest fear of older people when leaving home is the fear of being mugged. In Plano Piloto (72.41%) and Lago Sul (61.90%), they fear of falling because of uneven sidewalks.

Conclusion: For the participates in the research, an age-friendly city facilitates the exploration of the external environment with accessibility, while considering the right to health, respect and inclusion, and the provision of free public transportation for older adults. Those who live in peripheral regions suffer more from the perception of insecurity of crime, while residents in central regions feel insecure with the physical structure of sidewalks and the fear of falling. No association was found between self-perception of health or variables linked to social determinants with the perception of the city being age-friendly. The subgroups with different characteristics think similarly about the city: Brasilia is not age-friendly.

KEYWORDS: Aging; Urbanization; Federal District; Ageism; Intersectionalities.

LISTA DE SIGLAS

AFC	Age Friendly Cities
CEI	Campanha de Erradicação de Invasões
CF	Constituição Federal
DUDH	Declaração Universal dos Direitos Humanos
EBAPI	Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa
EJA	Educação de Jovens e Adultos
GNAFCC	Global Network for Age-Friendly Cities and Communities
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILC-Brazil	International Longevity Center - Brazil
JBI	Joanna Briggs Institute
MAS	Manchester Aging Strategy
NOVACAP	Companhia Urbanizadora da Nova Capital
OMS	Organização Mundial da Saúde
PDAD	Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios
PHAC	Public Health Agency of Canada
RA	Região Administrativa
Semob	Secretaria de Mobilidade
SISBAPI	Sistema Brasil Amigo da Pessoa Idosa
TCLE	Termo de Consentimento e Livre Esclarecido
UFFS	Universidade Federal de Fronteira do Sul
UTFPR	Universidade Técnica Federal do Paraná
VOP	Valuing Older People

LISTA DE FIGURAS E GRÁFICOS

FIGURAS

Figura 1. Os oito eixos do Guia Global da Cidade Amiga da Pessoa Idosa	24
Figura 2. Evolução da urbanização no território brasileira entre 1950 e 2010	95
Figura 3. Concentração urbana de Brasília/DF e indicação das áreas estudadas	96
Figura 4. Transição populacional (em %) do Distrito Federal, 2010-2030	100
Figura 5. Proporção de pessoas com 60 anos ou mais por Região Administrativa, Distrito Federal, 2010-2020 e indicação das áreas estudadas.....	101
Figura 6. Fotografia de Ceilândia, barracos recém-construídos, Brasília, 1971	105
Figura 7. Fotografia da EPTG, Brasília - 1972 (esquerda) e em 2013 (direita).....	108
Figura 8. Fotografia do comércio de Taguatinga em 1971, Av. Central.	109
Figura 9. Centro comercial Gilberto Salomão em 1974 (esquerda), uma das primeiras casas construída no Lago Sul, 1959.....	110
Figura 10. Projeção demográfica da região Oeste Distante (Ceilândia e Taguatinga) e região Central (Lago Sul e Plano Piloto), 2010-2020.....	112
Figura 11. Percentual de pretos na população do Distrito Federal por Região administrativa, 2010.	128
Figura 12. Distribuição de renda pelas regiões administrativas do Distrito Federal, 2021.	132
Figura 13 Caminho orgânico na Asa Norte, via paralela ao Eixo Monumental	141
Figura 14 Passagem de pedestres via S3 Sul.....	142
Figura 15. Sensação de segurança ao andar pelas ruas de cidades brasileiras, 2013.	149

GRÁFICOS

Gráfico 1. Estimativas e projeção da esperança de vida ao nascer, por sexo (1940-2100), Brasil, 2022.	98
Gráfico 2. Porcentagem de pessoas idosas na população brasileira por sexo – projeção 2010-2060	127

Gráfico 3.Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo a região administrativa (n=208).....	153
Gráfico 4.Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo a classificação etária (n=208).....	154
Gráfico 5.Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo a classificação de cor (n=208).....	155
Gráfico 6.Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo autodeclaração de saúde (n=208).....	156
Gráfico 7.Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo autodeclaração de qualidade de vida (n=208)	157
Gráfico 8.Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa por participação social (n=208)	158
Gráfico 9.Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa por renda (n=208)	159
Gráfico 10.Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa por renda (n=208)	160

,

LISTA DE QUADROS E TABELAS

QUADROS

Quadro 1.Principais perspectivas, teorias, autores e conceitos sobre envelhecimento.	33
Quadro 2.Domínios do guia das Cidades Amigas da Pessoa Idosa e legislações.	48
Quadro 3.Modelo estatístico para análise por regressão logística binária em método stepwise	120

TABELAS

Tabela 1.População por sexo e idades segundo as regiões administrativas, Brasília, 2020.	102
Tabela 2. População total e de pessoas idosas segundo as regiões administrativas, Brasília, 2021.	102
Tabela 3.Distribuição dos participantes da pesquisa e da população do DF por sexo (N=208), Brasília, 2022.	126
Tabela 4.Distribuição dos participantes da pesquisa segundo faixa etária (N=208), Brasília 2022.	127
Tabela 5.Distribuição dos participantes da pesquisa segundo raça/cor e regiões administrativas, (N=208), Brasília – 2022.	128
Tabela 6.Distribuição dos participantes da pesquisa segundo escolaridade e regiões administrativas (N=208), Brasília - 2022	130
Tabela 7.Distribuição dos participantes da pesquisa segundo renda e regiões administrativas (N=208), Brasília - 2022.....	131
Tabela 8.Distribuição dos participantes da pesquisa segundo referência na contribuição da renda familiar em todas as regiões administrativas do estudo (N=208), Brasília – 2022.....	132
Tabela 9.Distribuição dos participantes da pesquisa segundo autopercepção da saúde nas regiões administrativas (N=208), Brasília - 2022.	134
Tabela 10.Distribuição dos participantes da pesquisa segundo autopercepção da qualidade de vida nas regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022.	134
Tabela 11.Distribuição dos participantes da pesquisa segundo autopercepção da qualidade de vida entre sexos (N=208), Brasília – 2022.....	135

Tabela 12. Caracterização dos participantes da pesquisa segundo orientação sexual, estado civil, densidade residencial, situação habitacional, tipo de moradia, plano de saúde, tempo de residência, e religião nas regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022.....	136
Tabela 13. Caracterização da relevância dos eixos do guia da cidade amiga da pessoa idosa segundo as regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022.....	138
Tabela 14. Caracterização dos eixos do guia da cidade amiga da pessoa idosa segundo as regiões administrativas (N=208). Brasília – 2022.....	139
Tabela 15. Priorização dos eixos da cidade amiga da pessoa idosa segundo as regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022.....	145
Tabela 16. Preocupações ao viver a cidade segundo as regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022.	150
Tabela 17. Análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e percepção de Brasília amiga da pessoa idosa. Brasília – 2022	152
Tabela 18. Análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e percepção de Brasília amiga da pessoa idosa.....	162
Tabela 19. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade – modelo 1	163
Tabela 20. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade e cor – modelo 2.....	163
Tabela 21. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 3	164
Tabela 22. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 4	165
Tabela 23. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 5	166
Tabela 24. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 6	167
Tabela 25. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 7	168

Tabela 26.Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 8	169
Tabela 27.Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 9	170

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	22
Introdução	22
1.1. Identificação e relevância do problema de pesquisa	22
1.2. Objetivo Geral	29
1.3. Objetivos Específicos	30
CAPÍTULO II	31
Pressupostos teóricos	31
2.1 Perspectivas teóricas sobre envelhecimento	31
2.2 A gerontologia ambiental	38
CAPÍTULO III	43
Direito à cidade e a cidadania da pessoa idosa	43
CAPÍTULO IV	69
Origem e estado da arte do termo Cidade Amiga da Pessoa Idosa	69
4.1 Ações exitosas no desenvolvimento de ambientes amigáveis à pessoa idosa no Brasil e no mundo	73
CAPÍTULO V	89
O ageismo como barreira para uma sociedade amiga da pessoa idosa	89
CAPÍTULO VI	95
Transição Demográfica e concentração urbana no Brasil e no Distrito Federal	95
6.1.1 Ceilândia	104
6.1.2 Taguatinga	107
6.1.3 Lago Sul	110
6.1.4 Plano piloto	111

CAPÍTULO VII	114
Métodos e Técnicas	114
7.1 Revisão de escopo	114
7.2 Survey Online	114
7.2.1 Amostra	116
7.2.2. Construção do instrumento de coleta de dados:	116
7.2.3 Aspectos éticos do estudo	118
7.2.4 Análise descritiva	118
7.2.5 Análise estatística inferencial	119
7.2.6. Variáveis:	121
7.2.7. Modelagem	123
CAPÍTULO VIII	125
Resultados e discussão	125
8.1 Análise descritiva do perfil dos participantes da pesquisa e características da Brasília amiga da pessoa idosa	125
CAPÍTULO IX	172
Artigo 1: revisão de literatura	172
CAPÍTULO X	203
Artigo 2	203
CAPÍTULO XI	227
Conclusão e Triangulação dos resultados	227
CAPÍTULO XII	230
Limites, Impacto e Perspectivas da pesquisa	230
12.1. Alguns limites	230
12.2 Impacto da Pesquisa	231

12.3. Perspectivas	231
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	233
ANEXO 1	280

Apresentação

Hoje já são 31,2 milhões de pessoas idosas compondo a população brasileira (IBGE, 2020). Daqui a aproximadamente 40 anos, serão 73 milhões de brasileiros, ou seja, 32,2% da população total, terão 60 anos ou mais (BRASIL, 2021). Sendo que destes, 19 milhões terão mais de 80 anos. Se você nasceu antes de 2000, considere-se parte do futuro da longevidade deste país. E, se você nasceu antes de 1962, você já é parte das estatísticas de brasileiros com 60 anos ou mais.

Esta alteração demográfica já é realidade em 4 estados brasileiros que apresentam mais de 10% de sua população com 60 anos ou mais. Segundo estudo da FGV (2020), o estado com maior porcentagem de pessoas idosas é o Rio de Janeiro (13,06%), seguido pelo Rio Grande do Sul (12,95%), São Paulo (11,27%) e Minas Gerais (11,19%) (NERI, 2020). Em número de cidades, a maior parte delas estão localizadas no estado do Rio Grande do Sul e correspondem a municípios com menos de 6 mil habitantes e predominantemente rurais.

Assim sendo, vem o questionamento, diante deste quadro como as cidades brasileiras estão respondendo às mudanças demográficas? Alguns já estão se preparando e direcionando suas políticas públicas para a construção de Centros Dias Públicos e na utilização de espaços de contato e aprendizados intergeracionais a partir dos equipamentos e dispositivos da Atenção Básica para cuidado e interação social das pessoas idosas? E, isso é o suficiente? Pense na sua própria comunidade. Você poderia se deslocar para lazer, compras, consultas com profissionais de saúde ou visitar parentes e amigos se você tivesse restrições ou inabilidade para se locomover? O transporte público é eficiente e inclusivo? Existem opções de cultura e lazer nos arredores de sua comunidade? Os vizinhos estão disponíveis para um bate-papo amigável ou para ajudar quando necessário? Como você poderia gastar seu tempo e ser valorizado se você não estivesse mais trabalhando? Qual seu projeto de vida após os sessenta anos? Estas e outras perguntas precisam ser avaliadas para a construção de uma sociedade envelhecida.

Atualmente, a infraestrutura física, social e laboral da maioria das cidades está voltada às famílias jovens e simplesmente não corresponde às necessidades e situações de envelhecimento da população. A máxima do Brasil ser um país de jovens é comum entre seus habitantes, contradizendo os números aqui expostos. Desenvolver um programa focado apenas em serviços, cuidados de saúde ou mesmo transporte é insuficiente para permitir que as pessoas

idosas possam viver uma vida plena, significativa e participativa na cidade. São necessárias mudanças no desenho, na estrutura social e na oferta dos serviços das nossas comunidades, com base em uma compreensão mais profunda do processo de envelhecimento, das oportunidades e desafios proporcionados pela longevidade.

Esta dissertação pretende ser fonte de informação para planejadores, formuladores de políticas públicas, acadêmicos e membros da comunidade e coletivos de todas as idades que buscam conhecer e tornar suas comunidades lugares melhores para envelhecer.

Com base na necessidade de redesenhar comunidades que respondam às realidades de uma população que envelhece rapidamente, a dissertação foi estruturada por dois artigos. O primeiro apresenta uma revisão de literatura do tipo escopo que analisou os pressupostos epistemológicos de artigos com a temática cidade amiga da pessoa idosa. Já o segundo artigo propõe um modelo conceitual de Cidade Amiga da Pessoa Idosa, baseado empiricamente nas percepções e julgamentos de moradores com 60 anos ou mais da cidade de Brasília. Pessoas que voluntariamente elucidaram as características de uma comunidade "amigável ao envelhecimento" e examinaram os eixos que precisam de mudança para exercerem o direito à cidade. Ao longo desta dissertação, chamamos a atenção para a importância de considerar as necessidades e preferências das pessoas idosas dentro de todos os 8 segmentos levantados pela OMS, no guia Global da Cidade Amiga da Pessoa Idosa (2007), valorizando a opinião de pessoas 60+ moradoras da Brasília Metropolitana com contextos sociodemográficos distintos, para compreender e desenvolver comunidades amigas ao envelhecimento e sugerir formas de abordar as lacunas no conhecimento nas práticas atuais, com base no pressuposto teórico de que o ageísmo estrutural afeta indivíduos e instituições, mas pode ser combatido com políticas públicas assertivas.

CAPÍTULO I

Introdução

1.1. Identificação e relevância do problema de pesquisa

Em todo o mundo, indivíduos, famílias, comunidades, governos e comércio são desafiados por um número sem precedentes de pessoas idosas (BUFFEL, T; PHILLIPSON; SCHARF, 2012). Diante deste cenário, compreender onde o envelhecimento populacional ocorre, tornou-se crucial para o desenvolvimento de informação, ciência, políticas e programas para o enfrentamento desta nova realidade.

A análise do envelhecimento pelo prisma geográfico não é novo na gerontologia. Sendo inclusive necessário para avaliar as implicações do envelhecimento da população nas famílias, no sistema de saúde, nas finanças públicas, dentre outros (SKINNER; ANDREWS; CUTCHIN, 2017). Mostrando-se ainda mais importantes em uma era de mudanças econômicas, ambientais e tecnológicas de nível global.

Somado a isso, a cidade “acolhe” atualmente mais da metade (55%) da população mundial e espera-se que alcance 70% até 2050 (ONU, 2019). É nessa espacialidade que uma nova constituição demográfica se firma, a crescente longevidade nas cidades. Uma mistura desafiadora, que apesar de complexa é ao mesmo tempo uma das maiores conquistas da humanidade (HOOF; MARSTON, 2021). Portanto, as cidades devem procurar formas de se tornarem protagonistas na criação de ambientes promotores do envelhecimento ativo, saudável e participativo, sendo avaliados e administrados localmente em suas particularidades sociodemográficas.

Cada território passou e passa pelo processo de urbanização populacional de modo particular, podendo ocorrer de forma organizada e paulatina, ou desordenada e repentinamente (ONU, 2019). A forma como o espaço habitado passa por esta metamorfose produzida por certos agentes que coordenam a produção do espaço influenciará diretamente a qualidade de vida (CAIAFFA *et al.*, 2008) e a interação das pessoas com o ambiente, especialmente as pessoas idosas, parte mais suscetível da população a sofrer influência do meio quando este é hostil (ANNEAR *et al.*, 2014; YEN; MICHAEL; PERDUE, 2009).

O envelhecimento como objeto de estudo requer a compreensão de sua pluralidade e multidimensionalidade entre concepções e perspectivas teóricas, e das próprias pessoas idosas sobre o seu envelhecer.

Esta pesquisa suscita reflexões quanto a percepção do ambiente urbano sob o olhar das pessoas idosas e a maneira com que dele se apropriam e são incluídas. A motivação originou-se da necessidade de adequação e, principalmente, assimilação do envelhecimento nas cidades: fenômeno que acarreta inúmeras consequências para a sociedade do século XXI e destaca-se como importante área de conversão do desenvolvimento, sociedade e políticas públicas na Década do Envelhecimento Ativo e Saudável (WHO, 2020).

O envelhecimento vai além do processo natural e irreversível da senescência¹ comum a muitos, mas não a todos. Este percurso subiste do fato de que este destino inevitável é vivido de maneira variável segundo o contexto social ao longo de toda a vida do indivíduo (BEAUVOIR, 2018/1970, p.14).

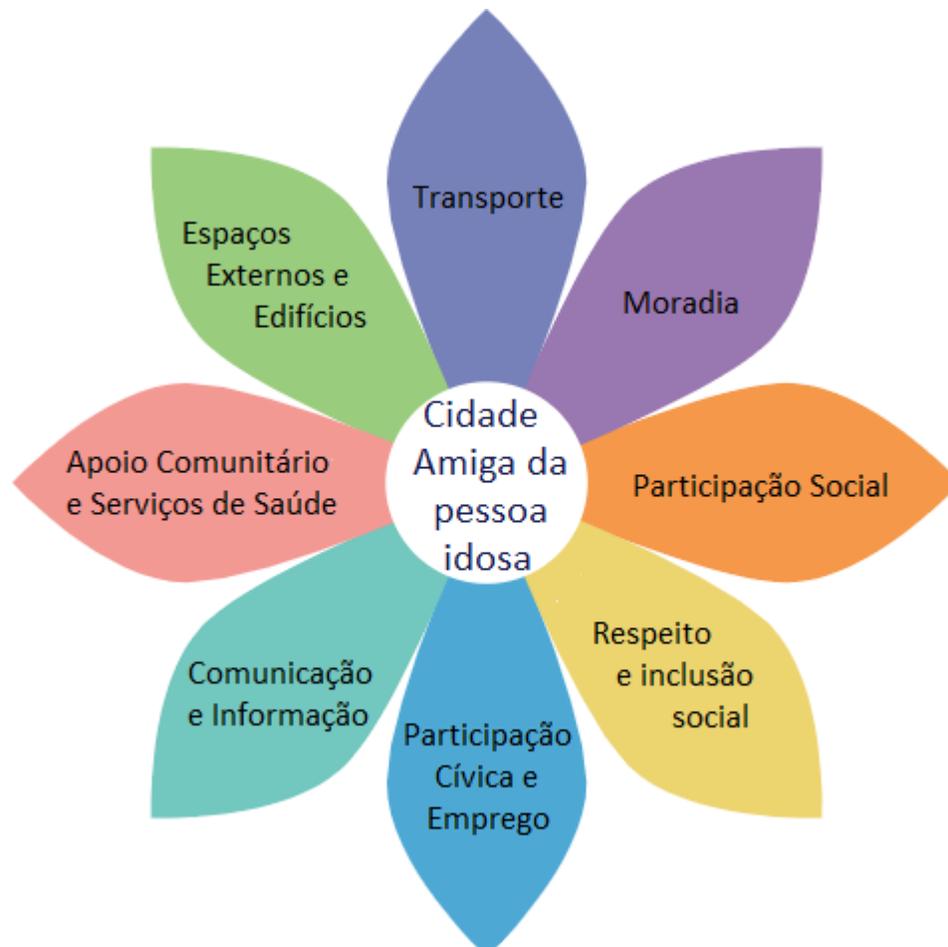
Este estudo buscou identificar as percepções e conceituações de ambientes amigáveis (em termos de atributos sociais e físicos da cidade) através da consulta de pessoas idosas residentes na região metropolitana de Brasília no Distrito Federal. Também, relacionou a autopercepção de saúde e qualidade de vida dos participantes com determinantes sociais, perpassando pelos eixos da Cidade Amiga da Pessoa Idosa, descritos no guia da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2007b).

Uma cidade amiga da pessoa idosa é “aquela que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para saúde, participação, segurança” (OMS, 2007b, p.72) e educação continuada (MANGUEIRA & SANTIAGO, 2021), aumentando a qualidade de vida, à medida que as pessoas envelhecem. O guia da Cidade Amiga da Pessoa Idosa é baseado na teoria do Envelhecimento Ativo, também difundido pela OMS, em 2002. Seu plano teve origem em uma pesquisa com grupos focais formados por pessoas idosas, cuidadores e prestadores de serviços de 35 cidades de todas as regiões do mundo. Com esses dados estruturou-se um plano formado por oito grandes eixos da vida urbana: 1) espaços abertos e prédios; 2) transportes; 3) moradia;

¹ Senescência ou senectude é o resultado do somatório de alterações orgânicas, funcionais e psicológicas próprias do envelhecimento normal. Para Balcombe e Sinclair (2001), os termos “senescência” e “envelhecimento” são usados como sinônimo porque têm conceitos análogos, já que sua descrição é de um período de modificações associadas ao tempo que promovem alterações deletérias em tecidos e órgãos, tornando o indivíduo mais suscetível à morte.

4) participação social; 5) respeito e inclusão social; 6) participação cívica e emprego; 7) comunicação e informação; e 8) apoio comunitário e serviços de saúde (Figura 1). O seu objetivo é tornar cada cidade um lugar de convivência mais fácil, mais confortável e seguro para os mais vividos e em consequência, para toda a população.

Figura 1. Os oito eixos do Guia Global da Cidade Amiga da Pessoa Idosa



Fonte: Adaptação do autor do Guia Global das Cidades Amigas da Pessoa Idosa, OMS, 2007.

A percepção que as pessoas idosas possuem do meio urbano pode ser determinante nas suas relações com a cidade. Uma pessoa idosa que se sente insegura para sair às ruas, pode restringir sua participação social e sofrer os impactos na redução de sua rede social e ampliar o risco de isolamento social (YEN; MICHAEL; PERDUE, 2009).

Mesmo que o modelo da OMS não seja o único a apoiar uma perspectiva favorável às Cidades Amigas da Pessoa Idosa (LUI *et al.*, 2009; SCHARLACH, ANDREW E.; LEHNING, 2013) - vide o uso dos termos “*livable*”, “*elder friendly*” e “*communities for all ages*” por instituições americanas nas últimas décadas - e mesmo que não tenha sido o primeiro a vincular o envelhecimento à perspectiva ambiental e insistir na necessidade de apoio dos agentes políticos (PHILLIPSON, 2011). Sua iniciativa simplificou em um único termo ideias já difundidas na comunidade acadêmica abrindo um novo paradigma na gerontologia.

Para discutir e compreender melhor esse guia da OMS, o tratarei como uma política pública, e portanto, os *stakeholders* - agentes políticos, planejadores e formuladores de políticas públicas - são desafiados a aplicar novas estruturas de planejamento urbano e social com as usuais restrições de recursos financeiros (MILLER; ANNESLEY, 2011), para uma sociedade cheia de inequidades e um envelhecimento plural ou heterogêneo.

Associado a escassez econômica, as iniciativas para o desenvolvimento de comunidades amigas da pessoa idosa são frequentemente criticadas por terem agendas ambiciosas que procuram abordar uma ampla gama de áreas das políticas públicas, mas não podem responder adequadamente às diversas necessidades da população idosa (CERDA & BERNIER, 2013; GOLANT, 2014).

Golant (2014) questiona a viabilidade de abordar todos os componentes da estrutura de planejamento do Guia da Cidade Amiga da Pessoa Idosa e recomenda uma abordagem mais focada que priorize iniciativas que melhor atendam às necessidades da comunidade naquele momento. Portanto, as comunidades devem contar com métodos diagnósticos ou avaliativos cuidadosamente ajustados para priorizar a implementação de ações locais.

Assim, por exemplo, comunidades sem saneamento básico, com calçadas precárias e com transporte público não adaptado devem priorizar estruturas físicas para não inibir e limitar a mobilidade de pessoas idosas com restrição locomotora. Além disso, praticar bons comportamentos nutricionais é mais fácil quando há hortas comunitárias, mercearias e sacolões a curtas distâncias para um deslocamento a pé. Receber cuidados médicos domiciliares gratuitos são mais oportunos para o acompanhamento preventivo e curativo de pessoas idosas acamadas ou com restrição de mobilidade em comunidades mais carentes. Logo, saber direcionar ações efetivas depende da correta caracterização da comunidade em que a pessoa idosa habita. Ou ainda, os governos precisam ter a habilidade de tecer alianças supralocais e inovar por meio de

articulações em rede para mediar políticas públicas, com racionalidade financeira, mas sem deixar de prover recursos importantes para a continuidade de projetos já existentes (GOLANT, 2014).

Para a coleta de dados deste estudo, busquei conhecer e pedir apoio àqueles que desenvolvem projetos para a efetivação desse envelhecimento ativo e participativo em diferentes comunidades do Distrito Federal. Nestes locais foi possível verificar a heterogeneidade do público-alvo e do meio físico que os circunda.

Saliento que uma conformação única para a abordagem e planejamento de uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa não é eficaz devido à vasta diversidade de ambientes comunitários e heterogeneidade da população de adultos mais velhos. As pessoas idosas não possuem apenas uma senescência biológica variada, ou diferentes origens socioeconômicas e culturais, mas também diferem em termos de habilidades, necessidades e preferências (CERDA; BERNIER, 2013).

Parte do problema são as políticas públicas homogeneizantes que tendem a abordar as pessoas idosas como um grupo homogêneo, inerte e estereotipado como dependente e com múltiplas incapacidades funcionais; fruto de uma visão ageísta² que não atende as reais capacidades e necessidades desta parcela da população (WHO, 2021; MOURA & MACIEL; 2020). Além disso, existe o questionamento se a cidade é de fato feita para pessoas ou apenas direcionadas para os interesses dos fluxos econômicos e políticos globais que revelam as penumbras da urbanização (SASSEN, 2016) que transcendem o alerta da CEPAL (2018) para a América Latina e Caribe acerca dos riscos do envelhecimento populacional em uma região caracterizada pela desigualdade e pobreza multidimensional. Risco este que se torna maior quando o fator idade é acrescido de outras causas de discriminação, ou que tendem a estar mais expostos a invisibilidade ou violação de seus direitos (CEPAL, 2018).

² Idadismo, etarismo, ageismo e velhofobia são termos sinônimos utilizados para definir o preconceito etário baseados em estereótipos e visões equivocadas acerca dos jovens ou das pessoas mais velhas, que ocorrem de forma explícita ou implícita, cunhado primeiramente por Butler em 1966. Nesta dissertação, utilizo o termo ageismo em detrimento aos demais termos por não haver um consenso em estudos nacionais sobre o tema. Ressalto que o termo idadismo é mais frequentemente usado em Portugal e recentemente o Brasil tem adotado o termo etarismo por possuir uma compreensão linguística mais fácil, o que favorece a assimilação cultural. Já a velhofobia é o termo utilizado pela antropóloga Mirian Goldenberg que justifica ser uma forma autoexplicativa. Ela defende que prefere usar esse termo porque ele é mais claro que os outros, já que ao utilizá-lo fica logo evidente a “visão horrorosa” que ainda existe sobre o envelhecimento.

O plano da Cidade Amiga da Pessoa Idosa também recebe análise crítica quando sua implantação ocorre através de uma abordagem de cima para baixo com o intuito de criar uma "cidade ideal", ao invés de uma abordagem ascendente para capturar a voz e a diversidade da população em envelhecimento (BUFFEL, T; PHILLIPSON; SCHARF, 2012; LUI *et al.*, 2009). Não obstante, conforme afirmado por Plouffe e Kalache (2011) “uma cidade amiga da pessoa idosa em algum momento pode se tornar hostil”; o que demonstra que os municípios modificam-se com o decorrer do tempo. Portanto, tornar-se ou permanecer amigável é um processo contínuo que requer priorização permanente na agenda política das cidades.

Entende-se a velhice como uma construção social, mas que nesta atual sociedade em que impera o modo de produção e reprodução social alienante e as patologias do capital global, envoltos de estigmas e investidas neoliberais a todo tempo, compreende-se que esta velhice é tratada de forma dual, ambivalente e totalmente desvalorizada. Dual, pois enquanto o aumento da expectativa de vida mostra-se como uma vitória, por outro lado este alcance força mudanças no sistema financeiro-previdenciário e modos de produção laboral (CAMARANO, 2004). Desvalorizada porque há uma distorção de que o velho é obsoleto, antiquado, desatualizado, lento, improdutivo e a urbe ao servir à lógica financeira, passa a não ver a pessoa idosa como produtiva nem com direito à cidade.

O envelhecimento e mesmo a velhice, não devem ser vistos como um processo meramente natural e essencialmente casual, mas, condicionada pelas relações sociais, isto é, pela estrutura de classes, que se sobrepõe aos fatores biológicos e cronológicos do envelhecimento humano (DEBERT, 1999). A estrutura investigatória do presente trabalho busca responder à seguinte pergunta: Qual a percepção e definição de Cidade Amiga para as pessoas idosas de diferentes regiões administrativas do Distrito Federal? Com o intuito de compreender as percepções sobre as necessidades da população de pessoas idosas em diferentes regiões administrativas que compõem a Brasília metropolitana, valorizando a abordagem de *bottom-up*, a fim de elucidar as necessidades dentro ou fora dos eixos pré-estabelecidos no guia da OMS. Este conhecimento favorecerá a tomada de decisões sobre qual área de política pública o ente público deverá se concentrar inicialmente, tirando melhor proveito dos recursos limitados e muitas vezes alocados em campos questionáveis, evitando ações muito amplas e pouco efetivas, mas principalmente a partir da “escuta” de pessoas idosas.

O Distrito Federal, assim como todos os outros territórios brasileiros, possui regiões que diferem entre si originando assimetrias. As assimetrias regionais normalmente traduzem-se, em diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social, que podem induzir a processos de vulnerabilidade locais levando a aplicação de políticas de desenvolvimento regionais incoerentes, com consequências preocupantes para a coesão social e territorial (MORAIS; FERNANDES, 2011; MOURA et al., 2019).

Neste estudo, foi imperativo elucidar sobre quais velhices estamos falando e estudando, por isso a investigação em diferentes regiões administrativas no território do Distrito Federal, abarcando os determinantes sociais a elas relacionadas. Os determinantes sociais referem-se às condições em que as pessoas nascem, crescem, aprendem, vivem, trabalham e envelhecem, assim como as forças sociais que moldam essas condições (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007; GOLDMAN & FALEIROS, 2008; NEDEL & BASTOS, 2020). Eles incluem indicadores socioeconômicos (como renda familiar, emprego, educação), fatores ambientais (como moradia, acesso a transporte, privação da vizinhança) e sociais, e os contextos comunitários (como a segurança do bairro) (MARMOT *et al.*, 2008).

Baseado nas discrepâncias sociodemográficas entre os territórios urbanos do DF, com oportunidades e desafios distintos na longevidade de sua população, o presente trabalho parte das seguintes hipóteses:

H1) A autodeclaração negativa de saúde pode influenciar negativamente na percepção de Brasília como uma cidade amiga da pessoa idosa.

A hipótese se alicerça em estudos que indicam que a autopercepção de saúde em pessoas idosas pode estar relacionado a aspectos que vão além da presença de doenças crônicas e da incapacidade funcional, seguindo o embasamento teórico no envelhecimento saudável e ativo, na resiliência psicológica e na satisfação com a vida (ARAÚJO *et al.*, 2018; CARSTENSEN *et al.*, 2011) e que essa autodeclaração, ainda que subjetiva, oferece parâmetros de análise sobre outros temas, como por exemplo o estado de saúde da população idosa (GOMES *et al.*, 2021).

Estudos ainda indicam que pessoas idosas isoladas correm risco de déficit de controle de saúde, especialmente aqueles com diabetes, câncer e doença cardíaca coronariana (PORTACOLONE *et al.*, 2018), e que moradores mais velhos de bairros desfavorecidos morrem mais cedo e não são saudáveis quando comparados com moradores mais velhos em bairros ricos (BUYS *et al.*, 2015).

H2) Os determinantes sociais podem influenciar a percepção de Brasília como cidade amiga da pessoa idosa;

Tendências recentes de estudos mostram que desigualdades de renda e posição social influenciam negativamente na saúde (PICKETT; WILKINSON, 2015), que pessoas com perda de mobilidade buscam valorizar a acessibilidade, o comércio e serviços da vizinhança (MENEC, VERENA H.; MEANS; KEATING; GRAHAM PARKHURST; *et al.*, 2011) e que homens idosos-jovens e casados tendem a sair mais de casa (MORSCH *et al.*, 2015). Alicerçados na teoria dos determinantes sociais, pretendo observar quais fatores estão mais associados à percepção de Brasília como uma cidade amiga das pessoas idosas.

Neste sentido, a região administrativa que a pessoa idosa mora pode influenciar sua percepção de Brasília como cidade amiga da pessoa idosa. Baseado no modelo ecológico de Lawton (1982) é preciso considerar o contexto ambiental dentro do qual ocorre o envelhecimento. A literatura indica que a medida que envelhecemos sofremos mais com as pressões ambientais (WAHL; LANG, 2003).

A pesquisa discute a longevidade, o direito à cidade por todo cidadão independentemente da idade e a importância de oportunizar o protagonismo social da pessoa idosa na cidade. Como resultados da pesquisa pretendeu-se produzir um retrato da amigabilidade da cidade de Brasília, revelando a percepção das pessoas idosas quanto aos obstáculos e vantagens que esta cidade tem para ser mais amiga da população. Esses dados irão contribuir para ampliar a promoção de políticas que busquem espaços de sociabilidade e de interação entre pessoas idosas e diferentes gerações, dentro de uma perspectiva antiageísta.

Portanto, a pesquisa envolve uma temática de abrangência global, mas com relevância local e sobre o olhar social, político, cultural, e acadêmico para a capital do país. Espera-se que seus resultados possam ser utilizados na análise das políticas públicas e ação pública para gestão na área de planejamento urbano, oferta de serviços e da importância de construção de ambiência e estruturas de oportunidades para defesa do direito ao envelhecimento no Distrito Federal.

1.2. Objetivo Geral

O objetivo deste estudo é compreender as concepções e percepções de pessoas idosas sobre os eixos do Guia da Cidade Amiga da Pessoa Idosa, assim como seus apontamentos sobre

prioridades e barreiras para tornar a região metropolitana de Brasília mais amigável às pessoas idosas.

1.3. Objetivos Específicos

- a) Identificar pressupostos teóricos que embasam as discussões sobre as cidades amigas da pessoa idosa;
- b) Conceituar o termo Cidade Amiga da Pessoa Idosa por intermédio dos apontamentos de pessoas idosas em diferentes condições sociodemográficas;
- c) Descrever as percepções de pessoas idosas sobre as características que o ambiente construído e o social devem se concentrar para ajudar a cidade a ser um bom lugar para viver e envelhecer;
- d) Identificar os determinantes sociais que influenciam na percepção da amigabilidade urbana da Brasília metropolitana.

CAPÍTULO II

Pressupostos teóricos

Para fundamentar este trabalho, busquei considerar a transição demográfica no Brasil e na Área Metropolitana de Brasília como pressuposto para a preparação destes territórios para a longevidade de suas populações. Com este intuito, exploro o contexto da comunidade como potencial promotor de um envelhecimento com menos inequidades, posto que envelhecer “bem” envolve uma combinação de fatores objetivos, subjetivos e adaptações contínuas. Ao enumerar as Teorias do Envelhecimento, apresento a perspectiva da Teoria ecológica de Lawton e Bronfenbrenner como alicerce para discutir as influências que sofremos do ambiente ao longo da vida, podendo a comunidade minimizar as barreiras de mobilidade, promover o engajamento social e otimizar a saúde e bem-estar. Com o pano de fundo do ageísmo como limitador social de uma velhice digna e cidadã, diálogo acerca da proposta “Cidades Amigas da Pessoa Idosa”.

E finalizo com o recorte territorial da pesquisa com uma breve exposição sobre a transição demográfica no Brasil e região metropolitana de Brasília.

2.1 Perspectivas teóricas sobre envelhecimento

Sempre buscamos classificar coisas, pessoas e fenômenos. A escolha de um critério de classificação é designar uma regra que permita agrupar indivíduos a partir de uma ou mais características comuns a todos eles (CAMARANO, 2004). Contudo, optar pela demarcação cronológica como classificação da pessoa idosa deixa escondido todo um processo de reflexão psicossociológica de sua existência, satisfação pessoal e futuro. O ser humano deve sempre ser analisado em sua complexidade como ser sociável em seus diversos meios, não só o biológico. Diante de tal complexidade, diversas teorias tentam abarcar o fenômeno do envelhecimento (MORLEY, 2004).

Os conceitos e as teorias mais influentes na atualidade foram construídos nos últimos 60 anos (NERI, ANITA LIBERALESSO, 2013; WAHL, HANS WERNER; WEISMAN, 2003), período em que também se observaram profundas mudanças na expectativa de vida e transição demográfica mundial.

O estudo do envelhecimento (gerontologia) é um campo abrangente, que converge várias disciplinas (ciências da saúde, psicologia, sociologia, urbanismo e arquitetura,

geografia...), abarcando a transdisciplinaridade (DOLL *et al.*, 2007; SKINNER; ANDREWS; CUTCHIN, 2017).

No presente capítulo, abordaremos as principais teorias da gerontologia, com ênfase na gerontologia ambiental que tentou explicar o ajuste entre a pessoa idosa e o ambiente em seu contexto doméstico e comunitário, incluindo o ambiente físico e o meio social como influentes no processo do envelhecimento (SCHARLACH, ANDREW E.; LEHNING, 2016). Conforme discutiremos, o contexto da comunidade pode incluir características percebidas, bem como características objetivas (SCHARLACH & LEHNING, 2016). A comunidade pode ser um determinante para o envelhecimento bem-sucedido, ativo e participativo ao incluir formas de minimizar as barreiras de mobilidade, promover o engajamento social, otimizar a saúde em seu conceito mais amplo e proporcionar o bem-estar.

Reunindo as inúmeras teorias, podemos descrever 3 grandes dimensões que estudam o envelhecimento, a dimensão biológica, a sociológica e a psicológica (NERI, 2013).

A dimensão biológica refere-se aos aspectos fisiológicos, morfológicos e funcionais do corpo do indivíduo, incluindo o estado de saúde física e mental da pessoa idosa, bem como alterações genéticas e bioquímicas das células. As teorias biológicas do envelhecimento têm sido classificadas de várias formas, porém comumente agrupadas entre: teorias programadas e teorias estocásticas (TEIXEIRA & GUARIENTO, 2010). As teorias programadas postulam a existência de “relógios biológicos” que regulam o crescimento, a maturidade, a senescência e a morte. E as teorias estocásticas identificam agravos que induzem danos moleculares e celulares, aleatórios e progressivos (WEINERT; TIMIRAS, 2003).

A dimensão social diz respeito a capacidade de integração social inerente a pessoa idosa e sua rede de apoio na sociedade (NERI, 2016). A rede de apoio é o conjunto de indivíduos e suas funções junto à pessoa idosa; são aqueles que oferecem ajuda nas suas atividades diárias, desde serviços domésticos e financeiros, até atividades externas ou apoio emocional para com os mais vividos (BRITO & KOLLER, 1999). A rede de apoio social também abrange as pessoas do comércio, das instituições de saúde e assistência, dos locais de lazer, entre outras que atendem pessoas idosas. A integração social se refere ao número de pessoas e a qualidade da ajuda da sua rede de apoio, então ter uma ótima integração social, significa dispor de muitas pessoas que lhe ofereçam suporte ou apoio (DESSEN; BRAZ, 2000).

De acordo com Bengtson, Burges e Parrot (1997) as teorias sociológicas são divididas em primeira, segunda e terceira geração. A primeira data do início da segunda metade do século XX entre 1949 e 1969 e abarca as teorias: da atividade, da desvinculação, da modernização e do envelhecimento como subcultura. Entre 1970 e 1985 surgiram as teorias de segunda geração em oposição às anteriores (PETRETTO *et al.*, 2016). Elas são: a teoria de continuidade, rotulação social, intercâmbio social e estratificação etária. Já as teorias de terceira geração emergiram a partir de 1980 como crítica às precedentes e compreende as teorias do construcionismo social, curso de vida, teorias feministas do envelhecimento, economia política do envelhecimento e gerontologia crítica (BENGTSON *et al.*, 2009; S-C; PRESS, 2001). As três gerações são ainda divididas em níveis de análise de acordo com a interação com o meio social, podendo ser em nível micro, micro/macro ou macrossocial.

Por outro lado, a dimensão psicológica se refere aos aspectos emocionais, cognitivos e comportamentais que mudam com o avanço da idade (NERI, 2016). Historicamente, as teorias da psicologia do envelhecimento se desenvolveram entre três paradigmas: (i) ciclos de vida, (ii) curso de vida e (iii) desenvolvimento ao longo de toda a vida.

No quadro a seguir, apresento um resumo das principais teorias dentro de seu respectivo paradigma e dimensão.

Quadro 1. Principais perspectivas, teorias, autores e conceitos sobre envelhecimento.

Perspectiva	Teoria	Autores	Conceito
Dimensão Sociológica Primeira Geração	Da atividade	Havighurst e Albrecht (1953)	Descrita como condição de uma velhice exitosa, caracterizada por altos níveis de satisfação, saúde e produtividade.
	Do afastamento ou desengajamento ou não envolvimento	Cummings e Henry (1961)	Entende-se o afastamento natural e normal das pessoas que envelhecem dos papéis sociais e das atividades anteriores e, em paralelo, o aumento da preocupação com o self e o declínio do envolvimento emocional com os outros.
	Subcultura	Rose e Peterson (1968)	Enfatiza que as normas e expectativas comportamentais são estabelecidas a partir de interações sociais e que mudanças demográficas, ecológicas e sociais, bem como o estabelecimento de agrupamentos por idade, leva à formação de uma subcultura independente ou de minoria, com

			normas, valores, crenças, interesses comuns e comportamentos além de status distintos relacionadas a gênero, raça e classe social.
Segunda Geração	Modernização	Cowgill & Holmes (1972)	O avanço da modernização leva a um declínio na valorização social das pessoas idosas.
	Continuidade	Havighurst et al (1963, 1972)	As pessoas idosas devem fazer o possível para preservar os conhecimentos adquiridos, aplicando estratégias para enfrentar seu próprio processo de envelhecimento.
	Estratificação etária	Riley, Johnson e Foner (1972)	Estuda a interação entre pessoas idosas e estruturas sociais em mudança, configurações de grupos e instituições na sociedade, e os desequilíbrios sociais entre pessoas e funções
	Rotulação social	Kuypers & Bengston (1973)	Compreende como a redução de competências sociais e habilidades das pessoas idosas não estão necessariamente associados à velhice, mas recebem rotulagem negativa por membros da família, cuidadores ou profissionais.
<i>Dimensão psicológica</i>			
Paradigma Ciclo De Vida	De estágio	Buhler (1935), Erikson (1959, 1968) e Levinson (1978)	O desenvolvimento é uma sucessão de estágios regulados por princípios intrínsecos de mudança, para cuja manifestação os determinantes sociais, históricos e culturais oferecem as condições.
	Tarefas Evolutivas	Havighurst (1951)	Compreendem habilidades, conhecimentos, funções e atitudes que o indivíduo deve adquirir em dado momento de sua vida, sob a ação da maturação física, das perspectivas sociais e dos esforços pessoais
Paradigma Curso De Vida		Riegel, 1976	Focaliza a mudança, a interação dinâmica, a causação simultânea e mútua, a falta de completa determinação e a atuação conjunta de processos ontogenéticos (individuais) e histórico-culturais (coletivo-evolutivos) no estabelecimento do comportamento e do desenvolvimento
Paradigma do desenvolvimento ao longo de toda a vida	Lifespan	Baltes (1987) Baltes (1997)	Considera múltiplos níveis e dimensões do desenvolvimento, visto como processo interacional, dinâmico e contextualizado (Baltes e Smith, 2004). Integra a noção organicista,

	segundo a qual as mudanças evolutivas têm base ontogenética, com as ideias dos paradigmas de curso de vida e dialético
Curso de Vida	<p>O indivíduo e o ambiente social são vistos como entidades mutuamente influentes, em que o desenvolvimento é considerado um processo contínuo de adaptação que dura por toda a vida.</p> <p>Havighurst (1953) Neugarten (1964)</p>

Fonte: Adaptação de Neri (2013, 2016), Bengtson, Burgess & Parrott (1997), e Marín & Gómez (2020).

Historicamente as teorias do envelhecimento seguiram um movimento pendular entre suas perspectivas, com alternâncias e revisitações entre elas.

Debert (1999) em seu livro “A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento” destaca a ideia de que o processo de envelhecimento tem passado de uma concepção de perdas para momentos propícios de novas conquistas, guiadas pela busca do prazer e satisfação pessoal. Onde experiências vividas e saberes acumulados são ganhos que oferecem oportunidades de realizar projetos abandonados, de estabelecer relações mais profícuas com o mundo dos jovens e dos mais velhos. Assim, a evolução de conceitos mostra que antes era pautada na idade cronológica e caminhamos para uma situação em que as diferenças de idade tendem a ser apagadas, tornando a velhice uma questão de convencimento.

Neste movimento pendular, em 2007, com o desenvolvimento das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, a Teoria da Atividade é resgatada - dentro do conceito de envelhecimento ativo - trazendo o debate sobre as pessoas idosas serem ativas, capazes de dar respostas originais aos desafios que enfrentam em seu cotidiano, redefinindo sua experiência de forma a contrapor os estereótipos ligado à velhice. Para Debert (1999) transformar a velhice em uma responsabilidade individual é reprivatizar a velhice, pois assim, a apreensão com o envelhecimento da população poderia desaparecer do leque de preocupações sociais. Eximindo, portanto, o Estado e setores sociais da responsabilidade de uma cidade para todos.

Portanto, a utilização de termos comumente utilizados na gerontologia (“envelhecimento bem-sucedido”, “envelhecimento saudável”, ou “envelhecimento ativo”) deve ser pautada sobre um olhar crítico diante de suas definições e alcance sobre o amplo processo de envelhecimento. A gerontologia crítica se faz necessária como filtro primário, que se opõe a essa visão normativa focada em valores inarticulados (e talvez inexplorados), suposições e consequências

(HOLSTEIN; MINKLER, 2003). É importante defendermos que essas características não examinadas podem prejudicar ainda mais as pessoas idosas, particularmente as mulheres, LGBTQIA+, os financeiramente vulneráveis, negros e indígenas que já são marginalizados (MCCRAE *et al.*, 2020; KATZ; CALASANTI, 2015).

Dentre estes termos, a conceituação mais citada é o envelhecimento “bem-sucedido” de Jack Rowe e Robert Kahn (ROWE; KAHN, 2015), que postularam três funções inter-relacionadas para o “sucesso” do envelhecimento de acordo com o modelo de MacArthur: (i) evitar doenças e incapacidades; (ii) manutenção de níveis elevados do funcionamento físico e cognitivo à medida que envelhecemos; e (iii) envolvimento ativo em atividades sociais e produtivas (ROWE; KAHN, 2015).

As definições funcionais de envelhecimento bem-sucedido são consistentes com os princípios da teoria da atividade, que propunha manter-se ativo e engajado como a chave para o bem-estar psicológico na vida adulta (NEUGARTEN; HAVIGHURST; TOBIN, 1961). Ao fazê-lo, as perspectivas funcionais dão ênfase à juventude, ao materialismo e, em última análise, o fazer no lugar do ser. Guiado pelo que tem sido chamado de “culto da ocupação” (HOLSTEIN; MINKLER, 2003), muitas vezes perguntamos uns aos outros “o que você faz?” como se a atividade produtiva fosse o caráter mais importante de definir nossas vidas. Nesta perspectiva, os aposentados ou incapazes de trabalhar, seja por idade, deficiência ou falta de oportunidade, são deixados a margem desta qualidade ou caracterização.

Alguns questionam se as abordagens funcionais veem essencialmente o envelhecimento bem-sucedido como “não envelhecer”. De uma perspectiva funcionalista, o envelhecimento parece deletério, e a única resposta saudável ao envelhecimento é evitá-lo ou atrasá-lo (SCHARLACH & LEHNING, 2016).

Nessa perspectiva, as pessoas idosas podem ser consideradas “bem-sucedidas” se envelhecerem com a mínima disfunção possível, as quais em sua maioria são esperadas e normais à medida que os indivíduos envelhecem (ROWE & KAHN, 2015). No entanto, as pessoas idosas são exortados a resistir ou evitar os problemas de saúde, debilidades e outras limitações funcionais que normalmente vêm com a idade. O sucesso pode ser encontrado em um corolário particularmente pernicioso dessa perspectiva, é a suposição de que aqueles que experimentam declínios relacionados à idade têm apenas a si mesmos para culpar. Se uma boa velhice pode ser alcançada por meio de escolha e esforço individual, então concluir que aqueles

que estão doentes ou deficientes, ou não são capazes de manter o funcionamento físico e cognitivo, não se importa o suficiente ou não se esforçou muito para resistir a esse declínio? E o que dizer daqueles que mesmo com déficit funcionais relatam altos índices de satisfação com a vida, saúde e qualidade de vida?

Este e outros modelos desconsideram fatores sociodemográficos importantes como raça, gênero, orientação sexual e *status* socioeconômico. Assim como não abrangem características do ambiente interpessoal imediato do indivíduo, como a rede de apoio familiar e de amizades. Além das poderosas influências macrosociais, como condições econômicas, acesso a cuidados de saúde acessíveis e de alta qualidade, transporte e estrutura urbana (ROWE & KAHN, 2015).

2.2 A gerontologia ambiental

Dentro da gerontologia ambiental, há duas vertentes: a teoria estrutural e a teoria ecológica. Os modelos estruturais assumem que todos os residentes são afetados de forma semelhante pelo ambiente físico e social (ANESHENSEL *et al.*, 2007). Por exemplo, a teoria social cognitiva de Bandura (1969), frequentemente usada para orientar pesquisas sobre as influências ambientais nos comportamentos de saúde (STÅHL *et al.*, 2001), propõe que os indivíduos se envolvam em certas práticas com base em observações e *feedback* de seus ambientes físicos. Neste modelo, há o contágio de influência comunitária, por meio do qual comportamentos não salutares como fumar, beber e usar drogas são transmitidos a todos aqueles que vivem em uma área caracterizada principalmente pela pobreza (BROWNING; CAGNEY; WEN, 2003). Da mesma forma, o contexto da comunidade tem sido descrito como fornecedora de restrições ou incentivos para comportamentos saudáveis por meio do acesso a instalações recreativas (STÅHL *et al.*, 2001).

Os modelos ecológicos, por outro lado, reconhecem que o impacto do contexto comunitário depende das características do indivíduo (ANESHENSEL *et al.*, 2007). Os indivíduos não apenas respondem, mas também interagem com seu ambiente. O campo da gerontologia ambiental, que surgiu no início da década de 1970, preocupa-se especialmente com modelos ecológicos, na medida em que procura descrever a relação entre a pessoa idosa e seu ambiente (WAHL & WEISMAN, 2003), bem como as implicações dessa relação para a qualidade de vida (GOLANT, 2003).

O pesquisador mais importante dentro da gerontologia ambiental foi M. Powell Lawton, e seu modelo ecológico de envelhecimento (também conhecido como modelo de competência). Lawton e sua coautora Lucille Nahemow apresentaram esse modelo pela primeira vez em 1973, no capítulo: “Ecologia e o Processo de Envelhecimento”, que até hoje é citado na maioria das literaturas que examinam as interações pessoa-ambiente na vida adulta (CVITKOVICH & WISTER, 2003; WAHL, 2001).

O modelo ecológico de envelhecimento propõe que os comportamentos e resultados do envelhecimento são o resultado da interação entre a competência do indivíduo sob a pressão ambiental em seu contexto (LAWTON; WINDLE; BYERTS, 1982). A competência é definida como habilidades do indivíduo entre suas capacidades físicas, cognitivas e psicológicas

(NAHEMOW; LAWTON, 1973). Já a pressão ambiental é composta pelas características ambientais que demandam o indivíduo, e essas demandas podem ser objetivas (por exemplo, escadas dentro da casa) ou subjetivas (como expectativas percebidas de membros da família) (LAWTON & BYERTS, 1982). O modelo ecológico retrata o envelhecimento como um processo que requer “adaptação contínua” (LAWTON & NAHEMOW, 1973, p.619) porque a competência individual e a pressão ambiental estão em constante mudanças.

A pressão ambiental não é intrinsecamente positiva ou negativa, mas, dependendo da competência do indivíduo, pode levar a comportamentos e resultados positivos ou negativos (LAWTON & BYERTS, 1982). Quando a demanda é muito alta ou muito baixa para o nível de competência de um indivíduo, é provável que a pessoa idosa experimente resultados negativos. Mas, quando está ligeiramente alta alcançaria uma “zona de potencial máximo de desempenho”, com o estímulo de novas adaptações (LAWTON & BYERTS, 1982). Nesta zona encoraja-se o uso de habilidades sem criar estresse ou indevidas superestimulações. Há também a “zona de máximo conforto” onde os indivíduos podem apresentar comportamento adaptativo e ter experiências positivas quando o ambiente apresenta uma quantidade ligeiramente baixa de pressão (LAWTON & BYERTS, 1982). Neste caso, Lawton e Nahemow (1973), fazem uma ressalva e alertam contra o fornecimento de muita assistência, o que pode fazer com que pessoas idosas percam a capacidade de realizar atividades de autocuidado.

Já, a hipótese da docilidade ambiental (LAWTON & SIMON, 1968) propõe que há uma relação inversa entre a competência individual e a influência do ambiente, chamando a atenção para as formas como a competência contribui para as diferenças em vulnerabilidade. Alternativamente, a hipótese da proatividade ambiental (LAWTON, 1985) sugere que as pessoas idosas com alta competência têm mais influência sobre seus ambientes e são mais capazes de usar os recursos do ambiente para atender suas necessidades. Tomadas em conjunto, essas duas hipóteses indicam que “os menos competentes são controlados e os mais competentes controlam o meio ambiente” (LAWTON, 1999).

Variações nas calçadas destacam essas diferenças. A maioria das pessoas idosas com ou sem limitações de mobilidade podem percorrer calçadas largas se mantidas em boas condições. Por outro lado, se as calçadas forem estreitas, rachadas, irregulares ou com obstáculos, aqueles com restrições ou dificuldades de locomoção que fazem uso de andador ou cadeira de rodas podem não ser capazes de usá-las, enquanto aqueles sem problemas de mobilidade ainda podem

andar no quarteirão visitar um vizinho ou ir ao supermercado mesmo correndo risco de queda. Além disso, Lawton acreditava que limitações em ambos os recursos biológicos e sociais restringem a capacidade de uma pessoa idosa de controlar não apenas o ambiente, mas também a capacidade de escolher mudar para um ambiente diferente (LAWTON; WINDLE; BYERTS, 1982).

Neste contexto, o conceito de *aging in place* diz sobre poder envelhecer bem em seu lugar de escolha (FONSECA, 2018), ou ter que sair do seu local devido às altas pressões ambientais.

Além do modelo ecológico de envelhecimento e suas hipóteses associadas, Lawton contribuiu para a gerontologia ambiental com a hipótese de que o ambiente possui três funções básicas: manutenção, estimulação e suporte (LAWTON & BYERTS, 1982); estas são análogas às funções de continuidade, desafio e compensação no modelo desenvolvido por Scharlach e Lehning (2013). Em primeiro lugar, o ambiente pode ter uma função de manutenção por causa de sua familiaridade e previsibilidade (LAWTON & BYERTS, 1982). Assim, a familiaridade com a casa e a vizinhança ajuda a pessoa idosa manter um senso de identidade e experimentar os benefícios do apego ao lugar. Por fim, o ambiente pode oferecer suporte àqueles com limitações funcionais.

Outros teóricos da gerontologia ambiental também exploraram a interação entre indivíduos com 65 anos ou mais e seu ambiente circundante, principalmente Eva Kahana (KAHANA, 1982) e Frances Carp (CARP, F. M., 1976; CARP & CARP, 1984). O modelo de congruência pessoa-ambiente de Kahana é semelhante ao de Lawton. Mas, seu foco era na interação entre as necessidades e preferências dos indivíduos e seu ambiente circundante (KAHANA, 1982). Além disso, Kahana também reconheceu a necessidade de modificar os indivíduos, seu ambiente ou ambos quando a interação pessoa-ambiente resulta em uma incompatibilidade. Kahana somou ao propor que a adequação pessoa-ambiente contribui, mas não é o mesmo que, bem-estar ou funcionalidade ideal (KAHANA, 1982; LAWTON, 1999). Este, ou seja, saúde e bem-estar ou funcionalidade, em vez de adequação pessoa-ambiente, deve ser o resultado de interesse. Ela estava particularmente interessada em entender o processo pelo qual as interações pessoa-ambiente afetam o indivíduo que envelhece, e ela hipotetizou variações na magnitude dos efeitos positivos ou negativos dependendo do grau de incompatibilidade entre a competência pessoal e demandas ambientais (KAHANA, 1982). Em

contraste com Lawton, então, o modelo de Kahana não conceitua interações entre pessoas idosas e seu ambiente como dentro de uma zona particular, mas sim como pertencente a um continuum variando de compatibilidade para incompatibilidade, o que, por sua vez, influencia os resultados que também estão dispostos ao longo de um continuum que varia de positivo (por exemplo, alto bem-estar emocional) a negativo (por exemplo, depressão).

O modelo complementar/congruência de Carp compartilha com o modelo de Lawton com foco sobre as formas como o ambiente afeta as pessoas idosas com baixa competência. Este modelo contribuiu para a gerontologia ambiental ao separar as necessidades básicas das necessidades de ordem superior (LAWTON; ALTMAN; WOHLWILL, 1984). Quando os adultos mais velhos experimentam limitações, como funcionamento físico ou cognitivo prejudicado, dentro de um ambiente melhor que complemente ou apoie suas limitações para garantir que os adultos mais velhos possam continuar a satisfazer as suas necessidades básicas (LAWTON, 1985). Carp propõe que na parte complementar do modelo, seja a alta competência pessoal ou um ambiente de apoio adequado tem um impacto direto no bem-estar. Esta parte complementar do modelo parece consistente com a hipótese de proatividade ambiental de Lawton e a hipótese de docilidade ambiental. Na parte de congruência do modelo, as características da pessoa e do ambiente não são positivas ou negativas por conta própria, mas sim o importante é a correspondência ou incompatibilidade entre a pessoa e o ambiente dela (CARP, FRANCES M.; CARP, 1984). Até indivíduos idosos com alta competência ainda podem experimentar resultados ruins se o ambiente não provê suas necessidades de ordem superior. Por exemplo, uma pessoa idosa sem deficiências cognitivas e físicas ainda pode se sentir socialmente isolado em um bairro com baixos níveis de coesão social onde os vizinhos raramente interagem uns com os outros.

Apesar de possuir limitações e críticas, esses modelos expandiram o escopo da gerontologia chamando a atenção para as maneiras pelas quais os contextos doméstico e comunitário desempenham um papel importante na saúde e bem-estar das pessoas idosas.

Ainda dentro da gerontologia ambiental, a teoria bioecológica de Bronfenbrenner (1994) propõe que o ser humano se relaciona dentro de microssistemas, mesossistemas, exossistemas e macrossistemas.

No microssistema estão as interações mais diretas e imediatas do ser humano com o meio. Estas interações irão influenciar o nosso comportamento. Nele está a família, a escola, os

amigos, o trabalho e as crenças de cada um. Neste ambiente ocorrem os processos proximais, termo utilizado pelo autor para descrever as formas particulares de interação entre organismo e ambiente, que operam ao longo do tempo e devem ocorrer em períodos regulares e com reciprocidade interpessoal (BRONFENBRENNER; MORRIS, 2007).

Dentro do mesossistema constam as interações entre os diferentes microsistemas. Sempre que o indivíduo relaciona com um novo ambiente, o mesossistema tende a alargar-se, pois é aqui que estão englobados todos os microsistemas de cada pessoa, bem como as relações entre eles (HAMWEY *et al.*, 2019).

No exossistema estão incluídos os elementos sociais que não afetam diretamente o indivíduo nem o seu desenvolvimento. Mas, funcionam como um suporte essencial. Nesta dimensão podemos ilustrar os centros de saúde, ações policiais e de justiça, campanhas de solidariedade e outros que possuem ação direta nos elementos dos microsistemas que contatam com os indivíduos (HAMWEY *et al.*, 2019).

O macrosistema é a última dimensão, nele estão os costumes, valores e princípios que dão suporte aos outros sistemas. Estes valores e princípios quando relacionados com determinada cultura irão condicionar o comportamento de cada pessoa que nela se insere (BENETTI *et al.*, 2013).

Essas relações entre pessoas e ambientes oferecem possibilidades de apoio nos momentos de crise ou mudança e podem criar oportunidades de desenvolvimento humano através da qualidade dos meios de subsistência, possibilidades de emprego, cuidado, estudo, amizades, lazer, relações de suporte e de afeto.

CAPÍTULO III

Direito à cidade e a cidadania da pessoa idosa

Art. 10. É 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 na Constituição e nas leis.

(Estatuto da Pessoa Idosa)

A expressão direito à cidade tem origem na obra homônima de Lefèbvre (1968). O autor se refere ao direito coletivo à liberdade; ao habitat e habitar; à individualização e socialização; à apropriação coletiva da cidade e à atividade participativa (CORRÊA; VASCONCELLOS SOBRINHO, 2020).

O direito à cidade tem sido debatido internacionalmente com a produção de documentos em fóruns internacionais como a Carta Mundial pelo Direito à Cidade (Fórum Social Mundial Policêntrico, 2006), a Carta-Agenda pelos Direitos Humanos nas Cidades (CGLU-2009), a Carta da Cidade do México pelo Direito à Cidade (2009), a Carta do Rio de Janeiro sobre o Direito à Cidade (2010), entre outros (AMANAJÁS; KLUG, 2018).

No Brasil, o direito à cidade está descrito no Estatuto da Cidade (Lei no 10.257/2001), principalmente, no art. 2º incisos I e II³. O estatuto regulamenta os artigos 182 e 183⁴ da Constituição Federal referentes à política urbana no âmbito federal (AMANAJÁS; KLUG, 2018). Visto como amplo rol de direitos, a interpretação do direito à cidade deve ocorrer à luz da garantia e da promoção dos direitos humanos.

³ Art. 2º A política urbana tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e da propriedade urbana, mediante as seguintes diretrizes gerais:

I – garantia do direito a cidades sustentáveis, entendido como o direito à terra urbana, à moradia, ao saneamento ambiental, à infra-estrutura urbana, ao transporte e aos serviços públicos, ao trabalho e ao lazer, para as presentes e futuras gerações;

II – gestão democrática por meio da participação da população e de associações representativas dos vários segmentos da comunidade na formulação, execução e acompanhamento de planos, programas e projetos de desenvolvimento urbano;

⁴ Art. 182. A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes.

Art. 183. Aquele que possuir como sua área urbana de até duzentos e cinquenta metros quadrados, por cinco anos, ininterruptamente e sem oposição, utilizando-a para sua moradia ou de sua família, adquirir-lhe-á o domínio, desde que não seja proprietário de outro imóvel urbano ou rural.

É pertinente voltar o olhar ao direito urbanístico como ferramenta para assegurar o acesso da população, principalmente da idosa, aos direitos sociais. Aqui, pretendo demonstrar a função social da cidade como garantidora do direito a uma vida digna de forma a sustentar a ideia de que a efetivação plena do direito à cidade, aliado ao exercício da cidadania, podem trazer dignidade à vida das pessoas idosas no espaço urbano.

O intuito é elucidar que os planos legais já promulgados articulam as necessidades essenciais para o gozo de uma cidadania digna, porém não asseguram real qualidade de vida a todos. Para isso, perpasso pela Constituição Federal de 1988, o Estatuto da Pessoa Idosa, a Política Nacional da Pessoa Idosa, o Estatuto da Cidade, o Estatuto da Metrópole, e as Conferências Nacionais do Direito da Pessoa Idosa compactuando a legislação com os eixos do guia da Cidade Amiga da Pessoa Idosa.

A condição de cidadão está vinculada ao sentido de pertencer a uma cidade, e sendo membro de um Estado poder usufruir de direitos civis, sociais e políticos. O sentimento de cidadania se traduz na possibilidade de conquistar uma vida digna pela existência de um conjunto de direitos e deveres que o resguarda. Portanto, ser cidadão é cumprir com seus deveres e ter seus direitos garantidos e reconhecidos pelo Estado através das leis e de sua aplicação (KRELL; DA SILVA, 2021).

Os direitos civis são todos os direitos individuais e fundamentais que regulam as relações entre as pessoas e bens. E nos garantem direitos essenciais como: liberdade, segurança, igualdade e justiça. Os direitos sociais são conquistas populares que buscam garantir aos cidadãos as mínimas condições materiais para uma vida digna e justa. Lembrando que precisamos continuar lutando para que estes direitos sejam de fato garantidos e ampliados. Já, o direito político é o conjunto de normas que permite escolhermos os nossos representantes através do voto, bem como o direito de nos candidatar. Além de votar e ser eleito, o cidadão tem o direito de ser consultado, e o governante a obrigação de consultá-lo (DOMÍNGUEZ ÁVILA, 2020; KRELL; DA SILVA, 2021).

Ao analisarmos os eixos das Cidades Amigas da Pessoa Idosa, conseguimos enumerar a existência de legislações que garantem muitas das propostas vinculadas a um envelhecimento ativo, saudável e participativo, contudo o usufruto real desse direito é questionável.

Os limites e dilemas que enfrentamos hoje no processo de construção dos direitos das pessoas idosas têm sido objeto de um número significativo de análises. Uma parte expressiva delas enfatiza o que seria a derrota do que parecia ser um processo ascendente na direção do avanço dos direitos humanos.

A revelação prática de que os direitos das pessoas idosas enfrentam dilemas, contradições, e limites sempre esteve presente na história legal do Brasil. Seu avanço com ritmo lento nas várias dimensões que o compõem, possui conquistas ou retrocessos constitutivos ligados intrinsecamente ao ingrediente político. A disputa política é ingrediente decisivo na construção e no desmonte do “direito real” da cidadania (DAGNINO, 2004; TEIXEIRA; TRINDADE, 2018)

Recentemente, o Presidente da República realizou alterações na lei que define a composição e as regras para o funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI). O decreto 10.643/2021 alterou a Lei 8.842/94, mas antes de tudo, alterou o Decreto 9.893/2019 instituído pelo mesmo atual governo. A primeira alteração em 2019 ceifava bruscamente a representatividade civil dentro do conselho, o qual passaria de 14 membros para 3, assim como a própria representatividade do governo que passaria a ser apenas pelo Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos.

Embora, o atual decreto 10.643/2021 afirme ampliar o número de membros, a nova determinação continua aquém do que existia desde 1994, quando a conformação era de 28 conselheiros, sendo 14 da sociedade civil e 14 indicados por órgãos do governo federal, ocupados geralmente por pastas que dialogam diretamente com tema do envelhecimento populacional (BRANDÃO, 2021; CÂMARA LEGISLATIVA, 2020; PORTAL DO ENVELHECIMENTO, 2021).

Reconhecer e expor a permanência da luta pelo “direito de ter direito”, esse me parece ser o procedimento que pode, talvez, contribuir para a elucidação dos dilemas e a superação dos limites que enfrentamos hoje com a população idosa em contínua ascensão demográfica (FONTES, 2018).

Historicamente, na Inglaterra, houve um alcance progressivo, primeiramente de direitos civis, em seguida dos direitos políticos e, finalmente, dos direitos sociais, elucidando que a consolidação de um serviu como base para a conquista dos demais (FONTES, 2018; MASTRODI; AVELAR, 2017). Já, a cidadania no Brasil apresenta um percurso bastante

peculiar, houve um papel preponderante da sua consolidação no Estado e não na sociedade civil (MASTRODI; AVELAR, 2017). Há que se dizer em direitos reais e direitos legais, uma dicotomia existente pelo abismo entre aquilo que é promulgado e aquilo que a sociedade realmente usufrui.

Quando se trata de direitos minimamente consolidados parece sempre haver empecilhos que dificultam o acesso da população à cidadania plena (FONTES, 2018). O exercício do direito se mostra ainda mais distante daqueles que são tidos como invisíveis na sociedade. Os periféricos, negros e, ressaltado, a pessoa idosa, ou ainda a combinação das interseccionalidades, são pré-requisitos que agravam o alcance, reconhecimento e gozo real do direito.

Essa exclusão e segregação desencadeiam a informalidade e ilegalidade. Realidades enfrentadas por parte dos brasileiros, que levam alguns autores a defender que, no Brasil, se tem “déficit de cidade”(ROLNIK, 2016) ou que o Brasil precisa de “distribuição de cidade” (MARICATO, 2016). Ambos os termos traduzem a necessidade da inserção territorial ou o direito à cidade e moradia.

Em uma sociedade capitalista, que desenvolveu suas bases legais ligadas ao processo produtivo, o senso comum se arraiga na ideia de direito e ocupação de lugar de direito fortemente atrelado àquele que está inserido no processo produtivo. Este contexto remete ao período pré-constituição de 1988, quando a cidadania no Brasil estava ligada à profissão ou classe profissional (FALEIROS, 2009). Naquele período, os parâmetros definidores da cidadania regulada eram baseados em: (i) regulamentação das profissões; (ii) carteira profissional, e (iii) sindicato público. Estes eram os requisitos necessários para que as pessoas pudessem acessar uma gama de direitos sociais. Em suma, o acesso à dimensão social da cidadania trazia, como pré-requisito, a inserção formal no mercado de trabalho e em determinadas profissões, excluindo, por consequência, a maior parte da população desses direitos (FONTES, 2018).

Hoje, com o crescente número de pessoas idosas na população, criou-se um consenso de que o aposentado seria um fardo para a sociedade. Portanto, a saída do meio produtivo significaria um ônus para aqueles que ainda permanecem. Contudo, os últimos estudos populacionais indicam que muitos lares brasileiros estão sendo amparados pela assistência previdenciária daqueles tidos como fardo. O suporte financeiro e familiar das pessoas idosas

vem evitando uma grande miséria em um país com grandes índices de desemprego (IBGE, 2015; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

Para reafirmar os direitos da pessoa idosa, a Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI) instituído pela Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, e a Lei nº 10.741, de 01 de outubro de 2003, que instituiu o Estatuto da Pessoa Idosa, estão em consonância com os artigos de nº 229 e nº 230⁵ da Constituição Federal de 1988 (CF), visto que estes dois artigos constitucionais se referem aos direitos na velhice (ABIGALIL, 2019). O artigo 230 traz a perspectiva de amparo pela família, sociedade e o Estado, como garantidores do direito à vida abarcando não apenas a condição de longevidade, como também o direito de ter um envelhecimento ativo fincado na dignidade, no respeito, nas participações e inclusões sociais. Elementos virtuosos para um envelhecimento digno.

A Política Nacional da Pessoa Idosa (PNI), regulamentada pelo Decreto 1.948/96 possui princípios norteadores em consonância com a CF e em expansão a ela:

- I - A família, a sociedade e o Estado têm o dever de assegurar a pessoa idosa todos os direitos da cidadania, garantindo sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade, bem-estar e o direito à vida;
- II- O processo de envelhecimento diz respeito à sociedade em geral, devendo ser objeto de conhecimento e informação para todos;
- III- A pessoa idosa não deve sofrer discriminação de qualquer natureza;
- IV- A pessoa idosa deve ser o principal agente e o destinatário das transformações a serem efetivadas por meio desta política;
- V- As diferenças econômicas, sociais, regionais e, particularmente, as contradições entre o meio rural e o urbano do Brasil deverão ser observadas pelos poderes públicos, e pela sociedade em geral, na aplicação desta Lei (art. 3º - BRASIL, 1996).

⁵ Art. 229. Os pais têm o dever de assistir, criar e educar os filhos menores, e os filhos maiores têm o dever de ajudar e amparar os pais na velhice, carência ou enfermidade.

Art. 230. 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-lhes o direito à vida.

Ancorado a legislação brasileira, os eixos das Cidades Amigas da Pessoa Idosa podem ter seus domínios garantidos de acordo com o Quadro 3.

Quadro 2. Domínios do guia das Cidades Amigas da Pessoa Idosa e legislações.

	Constituição Federal	Política Nacional da Pessoa Idosa	Estatuto da Pessoa Idosa	Estatuto da Cidade	Declaração Universal dos Direitos Humanos
Ambientes Externos	Art. 182				
Transporte	Art. 6		Arts. 10,39,40,41,42	Arts. 2,3	
Moradia	Art. 6		Arts. 37,38	Art. 2	Art. 17
Participação Social	Arts. 6,205,215	Arts. 1,3	Arts. 10,20,25,28	Art. 2	
Participação Cívica	Arts. 6,7,14,205,206,215,216	Arts. 1,3	Arts. 10,20,25,26,28	Art. 2	
Respeito e Inclusão	Art. 3	Arts. 1,3	Arts. 2,4,10,22,25,27		
Comunicação e Informação			Arts. 20,21,22,25		
Apoio Comunitário e Saúde	Arts. 6,193,194,196,203,224,230	Art. 3	Arts. 2,3,15,25,49	Art. 3	

Fonte: Elaboração da autora baseado na Constituição Federal, Política Nacional da Pessoa Idosa, Estatuto da Pessoa Idosa, Estatuto da Cidade e Declaração Universal dos Direitos Humanos.

Após a Constituição de 1988 foram criadas várias políticas e programas nacionais de saúde e direito das pessoas idosas, além de políticas e programas internacionais. Cronologicamente temos:

1993 Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) - Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

1994 Política Nacional da Pessoa Idosa (Lei 8.842, de 04 de janeiro de 1994), Art. 1º - “... assegurar os direitos sociais da pessoa idosa, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade;

Advertências e Recomendações sobre Usos de Medicamentos (Lei n.º 8.926, de 9 de agosto de 1994) - Torna obrigatória a inclusão, nas bulas de medicamento, de advertências e recomendações sobre seu uso por pessoas com mais de 65 anos;

1999 Programa Nacional de Cuidadores de Pessoas Idosas (Portaria Interministerial MPAS/MS n.º 5.153, de 7 de abril de 1999) - Cria alternativas que proporcionem as pessoas idosas melhor qualidade de vida;

Acompanhante Hospitalar de Pacientes (Portaria MS/GM n.º 280, de 8 de abril de 1999) - Torna obrigatória em todos os hospitais a presença do acompanhante de pacientes maiores de 60 (sessenta) anos de idade, quando internados;

2001 Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção a Pessoa Idosa no Brasil (Portaria MPAS/SEAS n.º 73, de 10 de maio 2001) - Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção a pessoa idosa no Brasil;

2002 Normas para Cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde da Pessoa Idosa (Portaria MS/SAS n.º 249, de 16 de abril de 2002) - Aprova normas referentes ao cadastramento de Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso;

Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa – (Decreto no. 4.227, de 13 de maio de 2002; Decreto no.5.109, de 17 de junho de 2004, e decreto no. 9.569, de 20 de novembro de 2018) A ele cabe, dentre outras competências, elaborar diretrizes para a formulação e implementação da Política Nacional da Pessoa Idosa.

Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Pessoa Idosa (Portaria MS/GM n.º 702, de 16 de abril de 2002) - Cria mecanismos para a organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Saúde da Pessoa Idosa;

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Tratamento da Osteoporose (Portaria MS/SAS n.º 470, de 24 de julho de 2002) - O Protocolo contém o conceito geral da doença e esquemas terapêuticos preconizados para o tratamento da Osteoporose;

Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento (ONU, Madrid, 2002) - O objetivo do Plano de Ação é garantir que, em todas as partes, a população possa envelhecer com segurança e dignidade;

Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer (Portaria MS/GM n.º 703, de 16 de abril de 2002) - Determina que o tratamento da Doença de Alzheimer deve ser realizado conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas publicados pela Secretaria de Assistência à Saúde;

2003 Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741, de 01 de outubro de 2003), além de assegurar os direitos à população idosa, garantindo prioridades, proporcionando o bem-estar da população idosa, determina penas para crimes realizados contra as pessoas idosas;

2004 Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (Decreto n.º 5.109, de 17 de junho de 2004) - Dispõe sobre a composição, estruturação, competências e funcionamento do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDI);

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e diretrizes (Ministério da Saúde, 2004) – Promover a atenção à saúde da mulher na terceira idade;

Política Nacional de Assistência Social (PNAS) – Resolução no.145 do Conselho Nacional de Assistência Social fortalece a universalização dos direitos sociais, ressaltando a dignidade e autonomia do cidadão, o direito a benefícios e serviços e defendendo a igualdade de direitos.

- 2005 Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra a Pessoa Idosa** (Subsecretaria de Direitos Humanos, 2005) – Estabelece ações de prevenção e enfrentamento da violência contra a pessoa idosa;
- 2006 Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa** (Portaria no.2.528, de 20 de outubro de 2006). Objetiva recuperar, manter e promover a autonomia e a independência das pessoas idosas.
- 2007 Lei do Fundo Nacional da Pessoa Idosa - Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010,** destina fundo específico para financiar os programas e as ações relativas a pessoa idosa com vistas em assegurar os seus direitos sociais e criar condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.
- 2013 Compromisso Nacional para o Envelhecimento Ativo** – foi Revogado pelo Decreto nº 9.921, de 2019. Estabelecia 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.
- 2016 Departamento de Atenção da Pessoa Idosa Decreto (DAI) - Decreto no. 8.949, de 29 de dezembro de 2016,** criou o departamento órgão da Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano, do Ministério do Desenvolvimento Social (atual Ministério da Cidadania), tem como função coordenar a Política Nacional da Pessoa Idosa (com participação dos conselhos nacionais, estaduais, do Distrito Federal e municipais da pessoa idosa); promover a articulação inter e intraministerial necessária para implementação da política nacional da pessoa idosa; coordenar estratégias nacionais voltadas para criação de incentivos e alternativas de atenção ao idoso; e planejar e implementar estudos, levantamentos, pesquisas e publicações sobre a situação social da pessoa idosa.
- 2017 Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa** – Decreto no. 9.122, de 09 de agosto de 2017; Decreto no. 9.673, de 02 de janeiro de 2019, do então Ministério dos Direitos Humanos (atual Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos) coordena e propõe ações de aperfeiçoamento e fortalecimento da Política Nacional da Pessoa Idosa e de medidas para promoção, garantia e defesa da pessoa idosa, além de funcionar como Secretaria- Executiva do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa.

2019 Lei no. 13.797, de 03 de janeiro de 2019 - autorizar a pessoa física a realizar doações aos fundos controlados pelos Conselhos Municipais, Estaduais e Nacional da Pessoa Idosa diretamente em sua Declaração de Ajuste Anual do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física

Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa – decreto no. 9.328 de 03 abril de 2019, regulamenta a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa para incentivar as comunidades e as cidades a promoverem ações destinadas ao envelhecimento ativo, saudável, sustentável e cidadão da população, principalmente das pessoas mais vulneráveis.

2021 Decreto nº 10.604, de 2021 – consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. O ato promulgado pelo presidente, Jair Messias Bolsonaro, retrocedeu alguns aspectos que haviam avançado, como em seu artigo 3º e capítulo I, ao afastar a expressão utilizada com neutralidade de gênero “Política Nacional da Pessoa Idosa” passando a usar a expressão de gênero masculino e ageista “Política Nacional da Pessoa Idosa”, esta troca foi realizada em outras nove menções. Houve ainda, a retirada da participação dos Ministérios de Comunicação e Cidadania, bem como o Comitê Gestor da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa das políticas para pessoas idosas. No âmbito da seguridade social, retirou-se a competência do Conselho Nacional mantendo apenas os Conselhos Setoriais. A Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa passa a ser atribuição do Ministério da Mulher, da Família e dos Direitos Humanos, por meio da Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa afastando o seu Comitê Gestor da elaboração de diagnóstico sobre o protagonismo e participação da pessoa idosa e plano das ações a serem executadas pelos municípios.

Lei 14.176/2021 – estabelece novo critério de renda familiar per capita para acesso ao benefício de prestação continuada, estipulando parâmetros adicionais de caracterização da situação de miserabilidade e de vulnerabilidade social e dispõe sobre o auxílio-inclusão. A nova lei limita e dificulta o acesso de pessoas idosas e deficientes ao benefício de prestação continuada (BPC), propondo formas e critérios excludentes que vão na contramão do Estatuto da Pessoa Idosa e da convenção internacional da pessoa com deficiência.

É considerável e pertinente os esforços pelos direitos da pessoa idosa, o qual precisa constantemente ser reafirmado para a quebra de muitos paradigmas na sociedade. A luta por direitos – “tanto o direito à igualdade como o direito à diferença - constituiu a base fundamental para a emergência de uma nova noção de cidadania” (DAGNINO, 2004).

A seguir, articulo as legislações brasileiras e as apreciações das pessoas idosas dentro dos 8 eixos que compõem o guia Global das Cidades e Comunidades Amigas das Pessoas Idosas:

Ambientes externos e edifícios públicos:

O ambiente exterior e os edifícios públicos exercem um impacto fundamental sobre a mobilidade, a independência e a qualidade de vida das pessoas idosas, influenciando diretamente na possibilidade de envelhecer em casa (OMS, 2007b, p12)

A Constituição Federal, no Art. 182, afirma: “A política de desenvolvimento urbano, executada pelo Poder Público municipal, conforme diretrizes gerais fixadas em lei, tem por objetivo ordenar o pleno desenvolvimento das funções sociais da cidade e garantir o bem-estar de seus habitantes” (CF, 1988).

Nascimento e colaboradores (2017) demonstraram que as condições ambientais da comunidade podem influenciar as relações sociais de seus moradores idosos, intensificando o isolamento social quando há carência de recursos, e promovendo a socialização quando há oportunidades para caminhadas e trocas sociais.

Transporte:

A mobilidade urbana, principalmente no que diz respeito aos transportes públicos, é um fator fundamental que contribui para o envelhecimento ativo. Ele é capaz de determinar a capacidade de movimentação na cidade, da participação social e cívica, e o acesso aos serviços comunitários e de saúde (OMS, 2007b).

Durante o envelhecimento é possível o desenvolvimento de limitações motoras. Pessoas idosas tendem a ter maior dificuldade de deslocamento e receio de se acidentarem, principalmente em ambientes sem acessibilidade (AMANAJÁS; KLUG, 2018). Contudo, tais limitações podem ser mitigadas com o desenvolvimento de boas políticas públicas (Brasil, 2013).

Descritos no Art. 6º da CF, os direitos sociais constituem um avanço para nossa sociedade, porém esbarram em diversas dificuldades para sua efetivação.

Art. 6º - São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição (CF/88).

Parágrafo único. Todo brasileiro em situação de vulnerabilidade social terá direito a uma renda básica familiar, garantida pelo poder público em programa permanente de transferência de renda, cujas normas e requisitos de acesso serão determinados em lei, observada a legislação fiscal e orçamentária

No guia da OMS, as pessoas idosas consultadas relataram que o modelo dos veículos de transporte públicos representa um obstáculo ao seu uso, seja pela altura dos degraus, seja pela restrição ao uso de cadeiras de rodas ou a falta de sensibilidade dos motoristas, por não esperarem que as pessoas idosas se sentem antes de retomarem o deslocamento do veículo na via.

O documento da Policy Unit I da Conferência Habitat III⁶ (Direito à cidade e cidades para todos) recomenda que as cidades sejam inclusivas para o pleno exercício da cidadania e de direitos de igualdade, independente de gênero, classe, raça, etnia, religião, orientação sexual, idade, origem e outros fatores. Portanto, para o alcance de uma cidade amiga para todos, é importante que os serviços urbanos, como o transporte, sejam acessíveis e adaptados para as diferentes necessidades e especificidades.

Moradia:

O acesso à habitação é condição básica para a conquista do direito à cidade, conceito que é válido tanto no modelo de planejamento tradicional quanto no sustentável. Entretanto, dentro do direito à cidade ele possui mais de uma conotação, uma se refere à propriedade da terra e a outra ao acesso à moradia que promova condições de acessibilidade aos serviços e oportunidades que a urbanidade pode conferir a seus habitantes (MELLO; BEZERRA, 2020).

O planejamento e a oferta habitacional são imprescindíveis para o bem-estar populacional. Contudo, o processo de urbanização acelerado não proporcionou seu acesso de forma igualitária. Para Harvey (2013), o desenvolvimento urbano capitalista tem hoje o mercado imobiliário como um dos seus motores. Nos países ditos centrais o resultado é a privação da população urbana ao acesso livre de seus espaços de vida e, nos países

⁶ Habitat III, a Conferência das Nações Unidas sobre Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável, ocorreu em Quito, Equador, de 17 a 20 de outubro de 2016. Na resolução 66/207 e em consonância com o ciclo bi-decenal (1976, 1996 e 2016), a Assembleia Geral das Nações Unidas decidiu convocar a Conferência Habitat III para revigorar o compromisso global com a urbanização sustentável, para ratificar a “Nova Agenda Urbana”, com base na Agenda Habitat de Istambul em 1996. O objetivo geral da Conferência foi garantir um compromisso político renovado para o desenvolvimento urbano sustentável, avaliar as realizações até o momento, enfrentar a pobreza e identificar e enfrentar desafios novos e emergentes. A Habitat III foi uma das primeiras cúpulas globais das Nações Unidas após a adoção da Agenda de Desenvolvimento Pós-2015 e do Acordo de Mudança Climática de Paris. Ofereceu uma oportunidade única para discutir o importante desafio de como as cidades, vilas e aldeias são planejadas e gerenciadas, a fim de cumprir seu papel como impulsionadores do desenvolvimento sustentável e, portanto, moldar a implementação de novos objetivos globais de desenvolvimento e mudanças climáticas.

periféricos, geram paisagens novas em meio à precariedade das formas urbanas pretéritas, anexando amplas áreas rurais ao mercado urbano de luxo (CATALÃO; MAGRINI; LINDO, 2019).

As desigualdades socioespaciais reafirmam a existência de classes sociais por meio das maneiras de produção e apropriação do espaço urbano. Isso significa que há a apropriação e fragmentação do espaço pelas classes dominantes com o intuito de benefício próprio. E ao deterem recursos econômicos e políticos, uma minoria priva ou reduz as oportunidades e os direitos da maioria.

A habitação adequada e o acesso aos serviços comunitários e sociais estão interligados, exercendo influência sobre a independência e a qualidade de vida das pessoas idosas. É evidente que a habitação e os serviços de apoio permitem as pessoas idosas um envelhecimento confortável e em segurança na comunidade a que pertencem (OMS, 2007b). A relação da pessoa idosa com sua moradia representa a expressão de sua identidade, seu meio de proteção e bem-estar. É um espaço próprio de seu domínio e controle (MENDES, FARAH REJENNE CORRÊA; CÔRTE, 2009).

Do ponto de vista da legislação, o Estatuto da Pessoa Idosa, em seus artigos 37 e 38, estabelece que:

Art. 37. A pessoa idosa tem direito à moradia digna junto à sua família de origem, ou só, quando desejar, ou ainda em entidade pública ou privada.

Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, a pessoa idosa goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

I – reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento as pessoas idosas;

II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados a pessoa idosa;

III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade a pessoa idosa;

IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

A possibilidade de escolha de morar só ou com a família, em entidade pública ou privada coaduna com o conceito de envelhecer no local (*Ageing in Place*). No manual de Boas práticas de *Ageing in Place* em Portugal (FONSECA, 2018), António M. Fonseca conceitua o termo como:

Ageing in place significa a capacidade de continuar a viver em casa e na comunidade ao longo do tempo, com segurança e de forma independente. Este conceito requer uma abordagem interdisciplinar protagonizada pela gerontologia, valorizando intervenções em diferentes escalas: nacional, regional, comunitário e individual (FONSECA, 2018).

A Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948) traz o direito à propriedade no artigo 17º: “Toda a pessoa, individual ou coletiva, tem direito à propriedade. Ninguém pode ser arbitrariamente privado da sua propriedade”. Concebida no período pós-guerra, a DUDH, tenta proteger a expropriação como ocorrido durante às atrocidades do Holocausto, quando propriedades foram confiscadas de judeus e outros. Trazendo para a realidade das pessoas idosas, a proteção ao direito de propriedade oferta amparo e segurança àqueles que ao final da vida merecem o aconchego e a dignidade de um lar.

O custo da moradia é fator fundamental para a escolha do local em que a pessoa idosa vive e isso impacta diretamente em sua qualidade de vida. Tradicionalmente, as habitações de maior valor estão situadas em regiões centrais e estratégicas, com oferta de serviços, lazer e cultura. Enquanto, as habitações mais acessíveis financeiramente estão segregadas nas periferias e comunidades, com acesso limitado, pouca infraestrutura e distante dos serviços essenciais.

Com a aposentadoria e as dificuldades financeiras, as pessoas idosas podem ser impelidas à periferia, ceifando, portanto, a oportunidade de envelhecer no local onde se criou. O conceito de *aging in place* preza pelo envelhecimento no local para que os adultos mais velhos possam ser apoiados para viverem em suas casas e na sua comunidade, com o intuito de permanecerem ativos, engajados, socialmente conectados e independentes (WOOLRYCH *et al.*, 2020).

Em Brasília, durante sua construção e implantação, o Estado foi o grande promotor da ocupação do solo, atuando como planejador, construtor e financiador da ocupação, sendo ainda grande proprietário de terras. Notadamente, no Plano Piloto, encontra-se seu núcleo funcional concentrador de atividades geradoras de empregos e serviços (CAIADO, 2005), enquanto nas margens está sua “força motriz”.

Como escape às tentativas de controle do Estado formaram-se as “cidades-satélites”, implantadas a partir da oferta de lotes pela Novacap (Companhia Urbanizadora da Nova Capital). O objetivo foi abrigar não só o contingente de população operária migrante, mas também os funcionários públicos incapazes de pagar pelo auto custo de no Plano Piloto.

Assim, as restrições ao acesso das terras legalizadas impulsionaram o desenvolvimento de áreas ilegais que circundam Brasília. A conurbação urbana ainda restringiu o

desenvolvimento local, condenando as periferias a cidades dormitórios. A falta de uma política habitacional por parte do Governo do Distrito Federal foi um dos grandes responsáveis pela segregação e exclusão social (DOURADO, 2017).

Segundo Aldo Paviani:

O Governo do Distrito Federal (GDF) tem uma ação indireta importante na periferação, na medida em que “fechou” seu espaço urbanizado ou mantém as construções de casas populares em ritmo lento. (...) o GDF atua como uma força de empurrão: “o esquema relativamente fechado de terras públicas para usos urbanos e o mecanismo imobiliário ensejaram um movimento de ‘empurrão’ para além dos limites do Distrito Federal de considerável contingente de população de baixa renda, seja em terrenos legalizados pelo esquema especulativo, seja em terras invadidas (PAVIANI, 1987, p 38-39).

Na visão das pessoas idosas entrevistadas para compor o guia da cidade amiga da pessoa idosa, a cidade deve oferecer habitações por um preço acessível em local com estrutura e oferta de serviços essenciais. Os projetos arquitetônicos não devem estar situados em zonas propícias a catástrofes naturais, deve ter espaço suficiente para permitir que a pessoa idosa se movimente livremente sem risco de quedas ou com passagens largas suficientes para cadeiras de rodas circularem pelos cômodos (OMS, 2007b).

Participação social:

A participação e o apoio social estão intimamente ligados à boa saúde e ao bem-estar ao longo da vida. A participação em atividades socioculturais, de lazer e espirituais permitem as pessoas idosas continuarem a exercer suas competências, a serem objeto de respeito e estima, e a manterem ou estabelecerem relações de apoio e de afeto (OMS, 2007b).

A efetivação da participação social e civil perpassa por uma profunda reestruturação do Estado e, ainda, pelas relações democráticas com a sociedade, o que pode ser favorecido pela concretização da participação, via instrumentos formais, consultivos e deliberativos (CORRÊA; VASCONCELLOS SOBRINHO, 2020).

Como exemplo, a participação na vida política é a manifestação da soberania popular, na forma do artigo 14 da Constituição Federal (1988), sendo exercida pelo direito ao voto direto e secreto com valor igual para todos os brasileiros maiores de 18 anos, sendo facultativa para pessoas com mais de 70 anos. A participação ativa na sociedade depende da capacidade individual e da existência de espaços próprios para poder criticar e atuar sobre ela

(ALCÂNTARA & GUGEL, 2019). Contudo, é importante frisar que o exercício do próprio direito ao voto está atrelado à acessibilidade a zona eleitoral e ao transporte até este local.

Na maioria das cidades participantes do projeto de desenvolvimento do guia da OMS, as pessoas idosas sentem que poderiam participar mais se houvesse maior oferta de oportunidades em quantidade e variedade de ações. Sugerem a organização de atividades perto dos locais onde vivem. Almejam mais atividades que fomentem a integração na comunidade com outros grupos etários e com outras culturas. E relatam obstáculos de acesso quando a admissão aos eventos está condicionada a associação a uma determinada organização (WHO, 2007).

Para assegurar a participação social temos a luz da Constituição Federal:

Art. 215. O Estado garantirá a todos o pleno exercício dos direitos culturais e acesso às fontes da cultura nacional, e apoiará e incentivará a valorização e a difusão das manifestações culturais.

(...)IV - Democratização do acesso aos bens de cultura;

Art. 217. É dever do Estado fomentar práticas desportivas formais e não-formais, como direito de cada um, observados:

(...)§ 3º O Poder Público incentivará o lazer, como forma de promoção social.

Em tempo, o Art. 205⁷ da CF não está diretamente relacionado à pessoa idosa, contudo, a educação é direito de todos e dever do Estado e da família, devendo ser promovida e incentivada com a colaboração da sociedade para o pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. A EJA (Educação de Jovens e Adultos) é um exemplo de participação social que inclui a pessoa idosa na educação e sociedade. Essa modalidade de ensino tem por objetivo, garantir o direito à educação daqueles que não tiveram a oportunidade de estudar em idade regular (PIRES; DOS REIS LIMA; DE SOUZA, 2020). A educação formal para essas pessoas abre novos horizontes e traz melhorias para a sua qualidade de vida. A alfabetização e escolarização propicia a condição de cidadão crítico, capaz de interagir e questionar o meio social em que vive (SANTOS & SILVA, 2020).

Assim, a participação social em uma cidade amiga da pessoa idosa deve ofertar atividades a preços acessíveis, com facilidade e acessibilidade de transporte. Aberto para a

⁷ Art. 205. A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho.

presença e companhia de um amigo, familiar ou prestador de cuidados de forma gratuita. Ofertado em horário conveniente para as pessoas idosas frequentarem sem interferir na vida cotidiana. Com sistema de compra de bilhetes por processo simples e rápido, sem a necessidade de permanecer em filas por muito tempo. Financeiramente acessível, não havendo custos ocultos ou adicionais (OMS, 2007b).

Participação cívica e emprego:

O mercado de trabalho apresenta função essencial na parte psicológica e social da pessoa idosa ao proporcionar sentido à vida, manutenção dos vínculos de amizade, e sentimento de utilidade perante a família e sociedade. A intergeracionalidade por meio do compartilhamento de experiências e competências também contribui com a cultura organizacional da empresa (SOUZA & MACHADO, 2018). Contudo, o preconceito e a discriminação devem ser combatidos por meio de políticas públicas, preconizando medidas que incentivem a introdução e manutenção da pessoa idosa no mercado de trabalho pelo tempo que ela almejar (SOUZA *et al.*, 2021).

Diante da maior longevidade há a necessidade de uma reinvenção do trabalhador na fase pós-laboral com atividades prazerosas, como as voluntárias, as participações em associações, em conselhos consultivos e outros que proporcionam a valorização da pessoa idosa na sociedade (VÉRAS; FELIX, 2016). Para Neri (2012), o envolvimento com atividades de cunho social intensifica o apoio e a rede social ao mesmo tempo que favorece o bem-estar subjetivo. Sua prática colabora para que as pessoas idosas se considerem e sejam consideradas como ativos produtivos e socialmente envolvidas. Neste sentido, o contato social estimula e fortalece laços enquanto proporciona reconhecimento da pessoa idosa como peça importante para a sociedade.

Uma cidade amiga das pessoas idosas proporciona opções para que estas continuem a contribuir para as suas comunidades. Ao realizar trabalho remunerado ou trabalho voluntário, caso assim o decidam, as pessoas idosas mostram-se mais resilientes (OMS, 2007b).

Silva e Carvalho (2016) evidenciaram que o trabalho voluntário promove a qualidade de vida no processo de transição da vida ativa para a aposentadoria. Esta transição diz respeito a troca do trabalho como produção de bens e serviços no mercado formal, para a produção da satisfação pessoal.

A Lei 9608/98 dispõe sobre o serviço voluntário e em seu art. 3^o⁸ estabelece que o prestador do serviço voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias. Isso possibilita o ressarcimento da tarifa do transporte público ou outro gasto que possa onerar no orçamento da pessoa idosa voluntária.

Há que se oportunizar a socialização das pessoas idosas através da criação de ambientes que possibilitem a prestação de serviços voluntários em todas as idades. A inserção comunitária voluntária após a aposentadoria traz reconhecimento e valor público das pessoas idosas (OMS, 2005).

Respeito e Inclusão:

Dos princípios fundamentais da CF, o art. 3^o⁹ enumera os objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil, sendo um deles a promoção do bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Contudo, o ageísmo está profundamente enraizado e velado, sendo o tipo de preconceito mais aceito socialmente, estando frequentemente presente em anedotas ou elogios deturpados.

O ageísmo ou idadismo refere-se aos estereótipos, preconceito e discriminação dirigida a pessoa com base em sua idade (ACHENBAUM, 2015; SIERRA-AYALA, GUTIERREZ-HERRERA, RIQUELMEHERAS, 2017). Este tipo de preconceito começa na infância e é reforçado ao longo do tempo. Desde muito cedo, as crianças absorvem as falas e atitudes de todos ao seu redor. Estereótipos e preconceitos são logo internalizados, repassados e reforçados culturalmente em sua formação social (KENNISON; BYRD-CRAVEN, 2020; WHO, 2021).

⁸ Art. 3^o O prestador do serviço voluntário poderá ser ressarcido pelas despesas que comprovadamente realizar no desempenho das atividades voluntárias.

Parágrafo único. As despesas a serem ressarcidas deverão estar expressamente autorizadas pela entidade a que for prestado o serviço voluntário.

⁹ Art. 3^o Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil:

I - construir uma sociedade livre, justa e solidária;

II - garantir o desenvolvimento nacional;

III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais;

IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação.

Atitudes desrespeitosas, falta de reconhecimento e exclusão social, são consequências da ausência de contato entre gerações, preconceito e da invisibilidade do envelhecimento e das pessoas idosas. Fatores como cultura, gênero, estado de saúde e situação financeira desempenham função direta ao respeito e valorização do papel da pessoa idosa na sociedade (OMS, 2007b).

Pessoas idosas com alguma doença crônica ou portadoras de deficiência têm maior probabilidade de serem encaradas negativamente do que as saudáveis. Entre os preconceitos mais comuns relacionados com a idade está a visão das pessoas idosas como inúteis, menos inteligentes, mesquinhas e um fardo para a sociedade (OMS, 2007b).

A participação das pessoas idosas na vida social, cívica e econômica da cidade está intimamente relacionada com a experiência de inclusão (OMS, 2007b). Oportunizar esta participação é essencial para reduzir a invisibilidade dessa parte da população e evitar o seu isolamento social.

O Estatuto da Pessoa Idosa no art. 4º dispõe que nenhuma pessoa idosa será objeto de qualquer tipo de negligência, discriminação, violência, crueldade ou opressão, e todo atentado aos seus direitos, por ação ou omissão, será punido na forma da lei.

Na composição do guia das cidades amigas da pessoa idosa, os entrevistados afirmam que a educação da comunidade deveria ter início na escola primária, para que as crianças possam aprender valores culturais e valorizar os mais vividos. Segundo os participantes, a formação escolar sobre o envelhecimento deve incluir a aquisição de uma melhor compreensão relativa às dificuldades causadas pelo processo de envelhecimento e a abertura para a partilha dos seus conhecimentos, história e competências com outras gerações (OMS, 2007b).

Apoio comunitário e Saúde:

O ser humano nasce e vive em um emaranhado de relações e vínculos. Seus elos podem ser representados pelas relações na família, escola, comunidade, trabalho, dentre outras. Cada uma destas relações pode ser agrupada em ambientes ecológicos dentro da teoria bioecológica de Bronfenbrenner, se interrelacionando e apoiando os indivíduos em momentos de crises.

Portanto, em uma cidade amiga da pessoa idosa a existência de serviços de saúde e de apoio comunitário são fundamentais para a manutenção da saúde e da independência da pessoa idosa na sociedade (OMS, 2007b).

De acordo com Brito e Koller (2007) as redes de apoio são sustentadas por um tripé formado pelo (i) número de elos entre a pessoa e o ambiente, (ii) frequência de trocas de apoio e de reciprocidade, e (iii) satisfação com esses elos e a percepção da intimidade com seus integrantes. Contudo, não é o montante de elos que determina o sucesso da rede de apoio, mas a qualidade do vínculo. A qualidade das interações em diferentes contextos sociais tem sido objeto de estudos que comprovam o impacto positivo ou negativo sobre a saúde física e emocional das pessoas (BRITO, R. C.; KOLLER, 2007).

Oportunizar o cidadão a desenvolver elos e redes ao longo de sua vida é possibilitar um envelhecimento saudável, com suporte e engajamento para envelhecer no local (ANTÓNIO M. FONSECA, 2018). A diversidade e localização de serviços, bem como sua acessibilidade são imprescindíveis para o alcance do maior número possível de pessoas.

Tomadores de decisões públicas, prestadores de serviços privados ou públicos e ações voluntárias devem estar cientes de sua influência, assim como a própria sociedade civil de valorizar iniciativas voltadas para a longevidade.

Segundo Brito e Koller (2007), a existência de vínculos e relações, e o desempenho de diferentes papéis permitem que o indivíduo se desenvolva emocional e socialmente e obtenha mais recursos para sua satisfação e saúde mental. A literatura cita três aspectos que são determinantes para o desenvolvimento “adaptado”: a) características próprias do indivíduo, tais como: autoestima, orientação social positiva e autonomia; b) ambiente familiar permeado por liames afetivos que gerem coesão familiar e c) possuir uma rede de apoio social disponível para auxiliar na superação de crises que inevitavelmente acontecerão ao longo da vida (BRITO, R. C.; KOLLER, 2007; JULIANO; YUNES, 2014; LEITAO MAIA *et al.*, 2016).

A eficácia da rede de apoio se expressa por uma significativa redução do isolamento social (BEZERRA; NUNES; MOURA, 2021) e de sintomas psicopatológicos, como depressão, sentimento de desamparo e solidão (FERREIRA, HELOÍSA GONÇALVES; CASEMIRO, 2021). Já na ausência de redes, pode-se verificar o aumento da vulnerabilidade das pessoas frente a uma situação de risco como violência física, psíquica ou financeira (BRITO; GROSSI; GROSSI, 2020). As argumentações sugerem que, estando inseridos em

redes de suporte formal, as pessoas idosas experenciam menos isolamento social (BEZERRA; NUNES; MOURA, 2021) e sintomas depressivos (FAÍSCA *et al.*, 2019), e conseqüentemente maior bem-estar ao compartilharem o sentimento de proximidade e segurança, em regra proporcionados pelo contexto de acolhimento das redes (AMARO DA LUZ; MIGUEL, 2015).

A Constituição Federal Brasileira (art.6 e 196)¹⁰ e a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 estabelece a prestação do serviço público de saúde de modo integral e universal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Entretanto, diante dos incontáveis obstáculos que constituem a assistência à saúde no Brasil, evidencia-se a crescente busca por cobertura médica privada suplementar (FERNANDES BARBOSA; RODRIGUES; MELO, 2017).

É premente, que os serviços de saúde acolham estes usuários longevos de forma particular, atentando para suas singularidades. No intuito de responder a essa demanda, o acolhimento na atenção primária surgiu como uma atividade para articular os princípios que orientam a Atenção Básica, a Estratégia de Saúde da Família e a Política Nacional de Humanização (MEDEIROS *et al.*, 2019; SILVA *et al.*, 2018). Entretanto, sua prática ainda parece ser incipiente no processo de organização dos serviços de saúde (FEITOSA *et al.*, 2021; MEDEIROS *et al.*, 2019), enfrentando dificuldades relacionadas ao relacionamento entre profissionais e usuários, sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, e ausência de espaço adequado para reorganizar o fluxo de trabalho. Estes empecilhos fragilizam a proposta do acolhimento e coloca em risco a longitudinalidade no cuidado de saúde no Brasil (MARTINS; PASSOS, 2020).

Em uma cidade amiga da pessoa idosa faz-se necessário trabalhar o respeito à pessoa idosa na rotina dos serviços de saúde para uma assistência integralizada, humanizada e compartilhada. Isso pressupõe a horizontalidade na relação profissional de saúde, usuário e família (SILVA, *et al.*, 2018).

No tocante a atenção primária, a pessoa idosa enfrenta o desafio da acessibilidade e da falta de capacitação dos profissionais de saúde para lidar com as demandas do envelhecimento durante o acolhimento (MARTINS; PASSOS, 2020). A ambiência das instalações físicas dos

¹⁰ Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

serviços de saúde e a urbanidade dos profissionais devem ser levados em consideração no contexto amplo do acolhimento a essa população (PLACIDELI; CASTANHEIRA, 2017).

Nesse sentido, espera-se do profissional de saúde o saber ouvir e acolher, ter competências técnicas e olhar integral para o indivíduo longo. Estes atributos auxiliam na universalização do acesso, fortalece o trabalho multiprofissional e intersetorial, qualifica a assistência à saúde, humaniza as práticas de saúde e estimula ações de combate ao preconceito etário (GARUZI *et al.*, 2014).

É necessário facilitar o acesso da pessoa idosa aos serviços de saúde, principalmente tendo como porta de entrada a Atenção Primária à Saúde, a qual vem sendo enfatizada como o nível prioritário para desenvolvimento de ações de prevenção e promoção da saúde para o alcance do envelhecimento ativo da população (PLACIDELI; CASTANHEIRA, 2017).

As pessoas idosas rotineiramente enfrentam obstáculos para ter acesso aos serviços de saúde. Os maiores obstáculos são a localização e o difícil acesso (DA COSTA, CIOSAK, 2010). A acessibilidade apesar de ser um desafio a ser sanado, grande parte dos serviços não possuem perspectivas ou critérios para se tornarem acessíveis às pessoas idosas (VIEIRA *et al.*, 2020).

Nos estudos de Lubenow e Silva (2019), as pessoas idosas associaram um bom atendimento do serviço de saúde na Unidade Básica de Saúde àqueles em que são tratados com respeito, atenção e educação; e, ao mesmo tempo, aqueles em que há solicitação de exames, encaminhamentos a médicos especialistas e prescrição de medicamentos.

Foi também mencionado o desconforto dos estabelecimentos superlotados, com profissionais com conhecimentos insuficientes sobre os serviços de saúde e falta de afabilidade por recepcionistas e enfermeiros (LUBENOW; SILVA, 2019; OMS, 2007b).

Em um recente estudo, Souza *et al.* (2021) investigaram por meio de uma revisão sistemática integrativa “quais as evidências científicas disponíveis na literatura acerca da implementação de ações e programas de saúde propostas pelas Políticas Públicas para a saúde da pessoa idosa no Brasil?”, o estudo encontrou 26 artigos publicados entre 2010-2020. Dentre seus achados, evidenciou-se que pessoas idosas afrodescendentes não se sentem contemplados dentro da visão multicultural das atuais políticas públicas em educação e saúde (TAKAHASHI; ALVES, 2015); ainda há obstáculos para a efetivação das políticas, estatutos e programas da pessoa idosa (DAMACENO; CHIRELLI, 2019; DE LIMA *et al.*, 2010); o

Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa apresenta dificuldades para promover a articulação intersetorial entre órgãos públicos e ampliar a participação da sociedade civil nas políticas para as pessoas idosas (SOUZA & MACHADO, 2018); a atenção à saúde das pessoas idosas não são sistematizadas e ocorre pouca articulação entre os setores; a visita domiciliar envolve dinâmicas que fortalece as práticas de atenção aos longevos, produzindo estratégias de cuidado e redes de suporte entre serviço de saúde e comunidade (DOMAGAŁA; GOLINOWSKA, 2021); os profissionais do Núcleo de Apoio a Saúde da família vivenciam dificuldades para desenvolver Educação Permanente em Saúde (EPS) com a Estratégia Saúde da Família (NOGUEIRA; BALDISSERA, 2018); a educação permanente tem se mostrado uma efetiva estratégia para implementação de atividades da política destinada à pessoa idosa (TORRES; CAMPOS, 2018); a terapia comunitária representa uma estratégia de melhoria da autoestima e construção da teia de solidariedade na comunidade (MOURÃO *et al.*, 2016).

Políticas nacionais, estaduais e municipais de saúde, com destaque para atividades de prevenção são fundamentais para a implementação de programas que atendam a saúde da pessoa idosa. O sucesso desses programas não depende apenas de ações governamentais. Faz-se necessária a alteração de valores e atitudes em relação ao cuidado em saúde pelos profissionais e sociedade, proporcionando a remodelação constante de práticas e envolvimento do usuário, da família e da comunidade como corresponsáveis nas ações de promoção da saúde (FERNANDES BARBOSA; MELO FERNANDES, 2017).

Um tema bastante recorrente nas falas das pessoas idosas relaciona-se com a necessidade de diversas formas de apoio ao domicílio e de serviços no domicílio – desde a ajuda com as compras ou na preparação de refeições até visitas domiciliárias, médicas ou de outros prestadores de serviços (OMS, 2007b).

Comunicação e informação:

As tecnologias digitais de informação e comunicação (TIC's) geram benefícios na vida pessoal e coletiva da sociedade. Para o público 60+, os recursos tecnológicos promovem saúde, segurança, conforto nas atividades diárias, bem-estar social e engajamento (MENDES, 2019). No entanto, a utilização destas tecnologias nem sempre é amigável e as dificuldades no uso de dispositivos móveis, computadores, caixas eletrônicos e outros permeiam a realidade da

grande maioria das pessoas idosas. Não obstante, também há barreiras na análise crítica das informações disponibilizadas (CACHIONI *et al.*, 2021).

Para Gil (2015), a infoexclusão das pessoas idosas compromete o acesso à informação e o exercício à plena cidadania. Todavia, há escassos investimentos e oportunidades de aprendizagem online para o treinamento e o uso das tecnologias por pessoas idosas, bem como estudos dedicados ao impacto da utilização das tecnologias pelo público 60+ (CACHIONI *et al.*, 2021).

Petersen, Kalempa e Pykosz (2013) defendem a necessidade de o indivíduo envelhecer sem perder conexão com o mundo digital. O conhecimento e utilização das TIC's podem auxiliar no estímulo e conservação da cognição e saúde mental ao manter uma rede de apoio social ativa (MENDES, 2019).

Felizmino e Barbosa (2018) mencionam um forte avanço das pessoas idosas no uso das TIC's nos últimos 10 anos. As pessoas idosas estão recorrendo às tecnologias como agente facilitador do cotidiano para fazer compras, pedir um veículo para consultas médicas ou para conhecer e comunicar com pessoas. Alguns ainda utilizam a tecnologia para sair da ociosidade e sedentarismo (FELIZMINO; BARBOSA, 2018).

As dificuldades percebidas no uso das TIC's podem estar relacionadas com os modelos dos equipamentos digitais (tamanho da tela, botões, comandos, entre outros) existindo uma necessidade de adaptação e auxílio para a aceitação das TIC's no cotidiano do indivíduo longevo (RAYMUNDO & SANTANA, 2015). O processo de aprendizagem de uso das TIC's por parte das pessoas idosas pode mostrar-se complexo (CALVO *et al.*, 2017), existindo a necessidade de criar métodos e técnicas específicas de aprendizagem que facilitem o processo de ensino/aprendizagem por parte das pessoas idosas (MACHADO *et al.*, 2016).

Muitas pessoas acima de 60 anos ainda estão digitalmente excluídas devido aos baixos rendimentos para aquisição de equipamentos, baixos níveis de escolaridade, ou dificuldades no manuseio e aprendizagem. Tais barreiras revelam ser pertinente o uso de comandos de voz e imagens das TIC's por este público (COSTA, JOSÉ LUIZ RIANI; COSTA; FUZARO JUNIOR, 2016).

O aumento do conhecimento por meio da inclusão digital permite maior comunicação e interação, promovendo a participação em grupos de aprendizagem que propiciem novos hábitos de vida durante o envelhecimento (COSTA, JOSÉ LUIZ RIANI; COSTA; FUZARO

JUNIOR, 2016). A participação social é reconhecida como um indicador de envelhecimento ativo, influenciando a saúde e o bem-estar das pessoas idosas (REBELLATO; HAYASHI, 2014). Pinto e Neri (2017) apontam a necessidade de uma maior reflexão da idealização política que coloca em prática a participação social no envelhecimento ativo. Na opinião de Silva (2016), as pessoas idosas percebem a necessidade de uma convivência entre gerações onde as responsabilidades e a definição dos papéis sociais a serem desempenhados, influenciam a construção de uma cultura de civilidade (MENDES, JOSÉ, 2019).

As tecnologias de informação e comunicação, em rápida evolução, são simultaneamente bem-vindas como ferramentas úteis e criticadas como instrumentos de exclusão social. Apesar da diversidade de opções de comunicação e do volume de informação disponível, a preocupação principal consiste na existência de informações duvidosas facilmente acessíveis por pessoas idosas com diferentes capacidades de discernimento e apoio em casos de fraude (OMS, 2007).

A maior preocupação prende-se a necessidade de saber lidar com o telemarketing intrusivo e com a capacidade de identificação de fraudes e atividades ilegais.

Independentemente do nível de desenvolvimento da cidade, a transmissão verbal é o principal meio de comunicação utilizado e preferido pelas pessoas idosas, tanto através dos contatos com familiares e amigos como através de clubes, associações, reuniões sociais, centros comunitários e locais de culto. A rádio é uma fonte de informação muito popular em muitas cidades (OMS, 2007)

Em suma, uma cidade amiga da pessoa idosa pode oportunizar o protagonismo das pessoas idosas, dando voz aos cidadãos longevos. O direito a ter direito conforme argumenta Hannah Arendt (1993), significa fundamentalmente que os indivíduos vivam em uma estrutura onde são julgados por suas ações e opiniões e possuem o direito de pertencer a algum tipo de comunidade organizada. O contrário disso, ou seja, a negação de direitos humanos fundamentais, estaria manifestada na “privação de um lugar no mundo que torne a opinião significativa e a ação eficaz”(ARENDRT, 1993, p.330). Nessa situação em que privilégios (em alguns casos) e injustiças (na maioria das vezes) independem das ações concretas dos sujeitos, estes perdem mais do que a liberdade, perdem o status de pessoa e até mesmo a possibilidade de lutar pela liberdade, uma vez que se tornam sub-cidadãos.

A luta pela cidadania deve ser entendida não apenas pela ótica da incorporação ao sistema político no seu sentido estrito ou pela conquista formal de algum direito, mas também enquanto uma busca pela construção de novas formas de sociabilidade, a partir de um desenho mais igualitário das relações sociais em todos os seus níveis (DAGNINO, 1994).

Dessa maneira, a questão central proposta aqui está em pensar como a noção de direito à cidade dialoga concreta e historicamente com as lutas por cidadania entre os moradores invisíveis das periferias, pessoas idosas, negros, LGBT+ e como podemos atualizá-lo a partir das práticas e reivindicações que têm emergido contemporaneamente nesses territórios. Afinal, a realidade concreta dos moradores invisíveis só pode ser entendida se vista também por meio de seu viés simbólico e valorativo, atribuído pela experiência daqueles que sofrem as opressões e que têm seus direitos negados cotidianamente

É preciso, portanto, conectar o conceito de direito à cidade com os problemas públicos (AMANAJÁS; KLUG, 2018) que são postos em cada momento histórico e das gerações que são cristalizadas por esses processos

O uso da cidade que essas pessoas historicamente praticaram desde que firmaram residência em Brasília, os deslocamentos cotidianos para as regiões centrais para seus postos de trabalho e os serviços públicos, revelam um nítido contraste em termos de paisagem urbana. Assim, “trazer a cidade para mais perto”, como disse Padre Jaime, significava garantir “toda uma série de benefícios urbanos” (FONTES, 2008, p.48), nas proximidades de onde vivem, para que possam desfrutar de uma cidade ausente em suas regiões administrativas (RA’s).

Assim, para alcançar o direito à cidade, seria preciso superar essa condição de separação e afastamento social, a fim de garantir a todas as classes o direito “à vida urbana, à centralidade renovada, aos locais de encontro e de trocas, aos ritmos da vida e empregos de tempo que permitem o uso pleno e inteiro desses momentos e locais”, conforme aponta a leitura pioneira de Lefebvre (1991, p. 143) sobre o tema.

Não basta apontar a carência estrutural de um direito para afirmar que esta é a base de uma reivindicação, afinal, elementos como justiça, dignidade, carência, moralidade são questões produzidas historicamente e não automaticamente dados pela realidade material (AMANAJÁS; KLUG, 2018). É preciso, portanto, pensar um conceito atualizado de direito à cidade que dialogue com as demandas e anseios dos movimentos e coletivos que têm

emergido nas periferias urbanas contemporaneamente e que dialogue com a estratégia política dos sujeitos que atualmente se mobilizam em torno dessa luta (FONTES, 2018).

No Brasil, o reconhecimento legal e institucional do direito à cidade contrasta com a realidade urbana cotidiana de negação de direitos; em especial, aos “invisíveis” no processo de planejamento e produção do espaço urbano. Fatores como gênero, raça, idade, etnicidade e renda distribuem desigualmente os ônus e os benefícios da urbanização entre os indivíduos no território (GORS DORF, 2015).

As cidades são um bem comum e devem ser livres de discriminação, com inclusão cidadã e participação política, cumprindo sua função social, com espaços públicos, com respeito à igualdade, à diversidade e ao meio ambiente e com economia inclusiva (AMANA JÁS; KLUG, 2018).

É possível constatar que os eixos relacionam entre si para a concretização de um envelhecimento ativo e saudável. Contudo, há a necessidade de melhorias na efetivação das políticas públicas entre os diferentes setores governamentais. Percebe-se que esses setores não dialogam para melhorar ações garantidoras de políticas e ações de qualidade para a população idosa. Setores como educação, transporte, habitação, lazer, entre outros, precisam ser trabalhados em conjunto para proporcionar o direito à cidade e longevidade com qualidade de vida. A falta de articulação e ações pontuais tendem a não perpetuarem ao longo dos anos,

Nessa perspectiva, do ponto de vista da normatização legal, o envelhecimento é protegido no Brasil, contudo, embora haja diretrizes a serem seguidas, mesmo com todas as discussões realizadas, sua implementação é feita de forma incompleta. Portanto, a existência de políticas públicas não garante a sua efetividade nem o rompimento de barreiras ageistas que impedem sua aplicabilidade, com o reconhecimento e valorização dos longevos de maneira que considere suas diferenças econômicas, sociais e regionais. A maioria dos estudos selecionados afirmou que a elaboração de estratégias e instrumentos para assegurar os direitos da pessoa idosa, não se torna eficaz se os profissionais de saúde e órgãos governamentais não compreendem sua real importância, assim, é essencial a conscientização através da capacitação profissional (DE LIMA *et al.*, 2010). É indispensável, cobrar dos gestores, os meios e os fins para que as pessoas idosas possam desfrutar dos seus direitos, como colocados nos estatutos, políticas e programas dedicados a pessoa idosa (SOUZA *et al.*, 2021).

CAPÍTULO IV

Origem e estado da arte do termo Cidade Amiga da Pessoa Idosa

Neste capítulo, exploramos como o contexto da comunidade pode potencialmente promover ou inibir esses processos relacionados ao envelhecimento e, assim, ter um impacto sobre a capacidade de envelhecer bem. Iremos perpassar pela historicidade e marcos de políticas públicas relacionadas ao envelhecimento populacional até a criação das cidades e comunidades amigas da pessoa idosa.

Além disso, o capítulo examina as condições que determinam se a comunidade é “amigável ao envelhecimento”. E ao fazer isso, contextualizamos a relação do indivíduo que envelhece com transações ambientais previstas pela gerontologia ambiental, para permitir os membros da comunidade envelhecerem bem. Como observado nos capítulos anteriores, a amigabilidade com o envelhecimento surge na interação entre as características dos indivíduos (por exemplo, recursos de saúde, sociais e econômicos) e o contexto ambiental (como a infraestrutura física e social das cidades e comunidades).

De acordo com a concepção da OMS (2007), uma cidade ou comunidade amiga da pessoa idosa é aquela cujas políticas, serviços e estruturas relacionadas ao ambiente físico e social são projetadas para apoiar e permitir que as pessoas idosas envelheçam “ativamente”; isto é, vivam em segurança, desfrutem de boa saúde, e continuem a participar plenamente na sociedade enquanto envelhecem.

Apesar de muito positiva a intenção da criação de cidades amigas da pessoa idosa, há uma série de tensionamentos que devem ser analisados para que seus objetivos sejam alcançados. Problemas como: (i) a austeridade econômica e a dependência das autoridades locais, (ii) a dificuldade de alcançar grupos socialmente excluídos pela baixa renda e desigualdades sociais, (iii) o crescimento desordenado da urbanidade nos grandes centros, e (iv) a falta de interações e receptividade intergeracional provocado pelo ageísmo velado; impactam negativamente no desenvolvimento e avanço desses projetos ligados ao desenvolvimento de ambientes amigáveis as pessoas idosas (BUFFEL; PHILILIPSON, 2019).

A ideia de melhorar os ambientes nos quais as pessoas vivem encontrou suporte em outros conceitos teóricos que associam envelhecimento e ambiente. Ideias como o envelhecimento no lugar (*Ageing in place*) (FONSECA, 2018) destacam a necessidade de

melhorar o suporte espacial e social para que as pessoas tenham como escolha se manterem em seu local de curso de vida durante todo o processo de envelhecimento para gozarem de sua longevidade com o apoio de suas redes e conforto de seu lar, ou ainda escolherem outro ambiente (cidade, meio rural, instituição, vilas...) onde possam envelhecer por livre e espontânea vontade (PEACE; HOLLAND; KELLAHER, 2011).

Olhando pela historicidade e marcos dos debates sobre envelhecimento, é possível que o guia Cidade Amiga da Pessoa Idosa da OMS tenha suas raízes ligadas a primeira Assembleia sobre Envelhecimento, realizada pelas Nações Unidas (ONU) em Viena, em 1982. O evento foi um marco internacional no desenvolvimento de estratégias para o envelhecimento, criando o primeiro Plano de Ação Internacional de Viena sobre Envelhecimento. Este documento evidenciou o rápido envelhecimento populacional no mundo e fez um apelo aos governos para agirem no bem-estar das pessoas idosas com ênfase no emprego, renda, saúde, habitação, educação, meio ambiente e bem-estar social (OMS, 2005). Contudo, naquele momento a visão do envelhecimento estava muito relacionada à epidemiologia e ao processo de doença.

Um segundo marco veio com a Carta de Ottawa, em 1986 pela OMS, naquele momento a promoção da saúde mudou em direção a uma abordagem mais socioecológica. A carta foi adotada após a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em Ottawa (Canadá) e rapidamente tornou-se um documento chave para estratégias de promoção a saúde (KICKBUSCH, 2003).

A Carta de Ottawa foi importante para o reposicionamento de instituições, comunidades, “atores da saúde” e demais peças influentes no processo saúde-doença¹¹. A carta enfatizou a importância de envolver vários atores (por exemplo: governo, setores sociais e econômicos, organizações voluntárias, comunidade) na promoção da saúde. Entre as ações sugeridas está a importância de reorientar os serviços sociais e de saúde para a

¹¹ O processo saúde-doença é uma expressão usada para fazer referência a todas as variáveis que envolvem a saúde e a doença de um indivíduo ou população e considera que ambas estão interligadas e são consequência dos mesmos fatores. De acordo com esse conceito, a determinação do estado de saúde de uma pessoa é um processo complexo que envolve diversos fatores. Diferentemente da teoria da unicausalidade, que considera como fator único de surgimento de doenças um agente etiológico (vírus, bactérias, protozoários), o conceito de saúde-doença estuda os fatores biológicos, econômicos, sociais e culturais e, com eles, pretende obter possíveis motivações para o surgimento de algum estado patológico. O conceito de multicausalidade não exclui a presença de agentes etiológicos, mas vai além e leva em consideração o psicológico do paciente, seus conflitos familiares, seus recursos financeiros, nível de instrução, entre outros.

perspectiva dos usuários; fortalecer a ação comunitária; e criar ambientes que dão suporte ao longo da vida (OMS, 2015).

A segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento aconteceu em Madri em 2002, esta reunião objetivou revisar os resultados do Plano Internacional de Viena e concentrou-se em três tópicos específicos: (i) pessoas idosas e desenvolvimento; (ii) a promoção da saúde e do bem-estar na velhice; e (iii) garantir ambientes favoráveis e facilitadores (OMS, 2005). Este evento levou à adoção e publicação de dois documentos importantes: o Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o envelhecimento e o guia do Envelhecimento Ativo da OMS. Ambos forneceram base para o plano das Cidades Amigas da Pessoa Idosa. O Plano de Madri identificou a criação de ambientes propícios e de apoio como uma grande prioridade para o sucesso do envelhecimento. A OMS (2002) definiu que envelhecimento ativo é “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. Este conceito incita uma mudança de olhar das pessoas sobre si, para que possam perceber seu potencial para o bem-estar físico, mental e social ao longo do seu curso da vida, e incentivar sua participação na sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, o governo deve propiciar proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários.

O termo “Cidade Amiga da Pessoa Idosa” foi citado pela primeira vez em 2005 durante o *Internacional Association of Gerontology and Geriatric* (IAGG), no Congresso Mundial de Gerontologia e Geriatria realizado no Rio de Janeiro. A ideia foi formalizada com o lançamento do Projeto *Global Age-Friendly Cities* em 2006, o projeto realizou um estudo em 33 cidades entre países do hemisfério norte e sul. O objetivo deste projeto foi identificar as principais características de uma cidade amiga da pessoa idosa na perspectiva de pessoas acima de 60 anos, cuidadores e prestadores de serviços locais (OMS, 2007b). Um total de 1485 adultos com 60 anos ou mais, 250 cuidadores e 515 prestadores de serviços (selecionados a partir de setores público e privado); participaram 158 grupos focais em 33 países (PLOUFFE; KALACHE, 2010).

Todos os grupos focais e avaliações das comunidades foram desenvolvidos usando o mesmo protocolo de pesquisa, conhecido como Protocolo de Vancouver (OMS, 2007b). Os resultados dos grupos focais identificaram oito domínios que deveriam ser desenvolvidos nas

comunidades para tornar o ambiente mais amigável às pessoas idosas, portanto: moradia, transporte, respeito e inclusão social, participação social, engajamento social e cívico, espaços externos e edifícios, apoio à comunidade e serviços de saúde, e comunicação e informação seriam essenciais na construção social e estrutural da amigabilidade do ambiente (OMS, 2007b).

Cada um desses domínios foi posteriormente definidos e apresentados pela OMS sob a forma de uma "lista de verificação dos principais recursos" (OMS, 2007a), os quais serviram de base para a construção do instrumento de pesquisa desta dissertação.

Os resultados foram publicados em um guia intitulado *Global Age-Friendly Cities: A Guide* e desde então tornou-se uma das mais usadas ferramentas para avaliar os níveis de amigabilidade das cidades e comunidades para com as pessoas idosas em todo o mundo (PLOUFFE; KALACHE; VOELCKER, 2016).

No capítulo IX trago uma revisão de escopo com a análise dos pressupostos teóricos utilizados pelos estudos que citam o termo Cidade Amiga da Pessoa Idosa e identifiquei os conceitos e perspectivas teóricas utilizadas para fundamentar os estudos no tema.

4.1 Ações de desenvolvimento de ambientes amigáveis à pessoa idosa no Brasil e no mundo

Canadá

A agenda federal de saúde pública do Canadá tem se destacado como um dos principais apoiadores do projeto Cidades Amigas da Pessoa Idosa. A estrutura comunitária já foi adotada por 8 das 10 províncias do país como parte de seu modelo de saúde pública (GOLANT, 2014). Ao todo são mais de 560 comunidades seguindo os princípios do guia da OMS, das quais 316 estão em Quebec (PLOUFFE & KALACHE, 2011).

Em 2006, os Ministros Federais, Provinciais e Territoriais responsáveis pelas políticas voltadas as pessoas idosas divulgaram um documento de discussão intitulado Envelhecimento saudável no Canadá: uma nova visão, um investimento vital. O documento delineou ações de promoção a saúde, incluindo o papel das comunidades. Neste, as comunidades aparecem como ambientes de suporte para a criação de políticas, serviços, programas e ambientes que possibilitem o envelhecimento saudável onde os canadenses mais velhos já vivem (PLOUFFE & KALACHE, 2011).

Portanto, antes mesmo do lançamento do guia pela OMS, os governos federais, provinciais e territoriais já haviam identificado o envelhecimento saudável como foco de suas políticas públicas e de desenvolvimento. Destarte, a Agência Federal de Saúde Pública do Canadá (PHAC) forneceu apoio financeiro à OMS para o desenvolvimento de seu guia e envolveu os governos provinciais de Saanich na Colúmbia Britânica, Portage la Prairie em Manitoba, Sherbrooke em Quebec e Halifax em Nova Escócia. Estas províncias apoiaram a participação de suas cidades nas consultas preliminares que deram origem ao Guia Global da Cidade Amiga da Pessoa Idosa (PLOUFFE & KALACHE, 2011).

Reconhecendo o fato de que o modelo comunitário amigo das pessoas idosas também seja importante para as comunidades rurais e remotas, o Canadá foi pioneiro em lançar o projeto: “Comunidades Rurais Amigáveis as pessoas idosas”, apoiado e patrocinado conjuntamente pelos governos federal e provincial. A implantação do projeto seguiu os mesmos protocolos das diretrizes da OMS, utilizando uma abordagem consultiva, e resultou na produção de um guia destinado ao desenvolvimento de iniciativas amigas da população idosa em áreas rurais (MENEZES *et al.*, 2011). O modelo canadense utiliza um padrão de

critérios, ou 'marcos' que os territórios devem seguir. Portanto, aqueles que se comprometerem com o projeto devem: (i) engajar formalmente os governos municipais; (ii) envolver as pessoas idosas como membros integrantes dos grupos consultivos comunitários; (iii) preparar e divulgar planos de ação com base na avaliação local nos oito domínios da OMS; e (iv) informar publicamente sobre o progresso da realização de seus planos de ação. (PLOUFFE & KALACHE, 2011).

Ottawa, capital do Canadá, é uma cidade geograficamente muito dispersa, por isso há a necessidade de políticas amigáveis à idade em áreas urbanas, suburbanas e rurais. Em 2016, Ottawa possuía mais de 930 mil habitantes dos quais 15,4% (± 144 mil) correspondiam à população com 65 anos ou mais. Estima-se que esse número suba para 22% até 2031 (OTTAWA, 2020).

Em seu primeiro Plano de ação (2015 – 2017) a cidade de Ottawa abordou uma variedade de temas amigáveis à idade. Neste período a cidade melhorou a qualidade e a acessibilidade de espaços ao ar livre e edifícios da cidade. Bancos foram instalando em ambientes externos, ajustes de meios-fios e calçadas foram feitos para eliminar riscos de quedas, e desenvolveram uma nova ferramenta de classificação de acessibilidade para ampliar o acesso a instalações da cidade.

Para melhorar o transporte e a mobilidade, a cidade ajustou o tempo de travessia em cruzamentos movimentados, melhorou pontos de ônibus, instalou bancos em estações de trânsito e modificou cruzamentos com sinais de pedestres e temporizadores de contagem regressiva.

Destaco a ação da instalação de sinais sonoros de travessia de pedestres e cronômetros de contagem regressiva em interseções para melhoria da segurança dos pedestres, principalmente os de maior idade.

Para que a ação tivesse reais impactos positivos, o estudo para instalação incluiu o uso de dados demográficos para determinar onde moravam altas concentrações de pessoas idosas, bem como a proximidade de instituições de longa permanência, centros comunitários, centros de saúde, shoppings, mercearias e parques. Juntos, esses dados, quando combinados com os dos cruzamentos de trânsito já existentes que não possuíam tecnologia de sinalização de pedestres instalada, determinavam os locais mais adequados que impactariam as pessoas idosas positivamente. Além disso, o departamento organizou um grupo focal com pessoas

acima de 65 anos e partes interessadas relevantes para validar a lista de interseções propostas. Este exemplo demonstra que a melhor forma de empregar o dinheiro público é aliando estudos estratégicos com a participação direta dos interessados (WHO, 2011).

Ottawa também desenvolveu projetos para melhorar o apoio da comunidade e os serviços de saúde. Entre 2015 e 2017, a cidade ofereceu mais de mil exames odontológicos gratuitos para residentes idosos de baixa renda, além de fornecer queimadores inteligentes, alarmes de monóxido de carbono e alarmes de fumaça para os mais necessitados. Na área habitacional, a cidade criou mais de 100 novas unidades de moradias com acessibilidade para pessoas idosas.

Inclusão social, recreação e participação cultural também são áreas que têm recebido atenção. Um exemplo é o programa *Techno Buddies*, uma ação intergeracional entre pessoas idosas e adolescentes voluntários que ajudam as pessoas idosas a ampliarem seus conhecimentos e habilidades com a tecnologia, principalmente com o uso das mídias sociais. Além disso, equipamentos de ginástica para o público idoso foram instalados em novos locais, e centenas de pessoas participaram de oficinas de prevenção de quedas e de atividades recreativas e artísticas (WHO, 2011).

Há também exemplos de mecanismos de emissão de relatórios e estruturas de prestação de contas. A cidade de Ottawa desenvolveu uma mesa redonda de pessoas idosas, que se reúnem quatro vezes por ano para fornecer *feedback* sobre a realização e desenvolvimento do Plano de Ação. Esse grupo de até 15 residentes mais velhos é o principal mecanismo da cidade para o engajamento contínuo e consulta direta com as pessoas idosas sobre os programas corporativos, departamentais, serviços e infraestrutura. Atua tanto como uma estrutura de prestação de contas, quanto como uma plataforma de comunicação, convidando esse grupo a identificar e compartilhar questões emergentes.

A implementação da iniciativa da comunidade amiga da pessoa idosa no Canadá foi planejada ao longo de três eixos de atividades: engajamentos estratégicos multissetoriais, criação de ferramentas políticas, e desenvolvimento de conhecimento e trocas. Essas atividades estão presentes em todos os níveis de governo: federal, provincial e municipal (PLOUFFE & KALACHE, 2011).

Nova York

Em julho de 2007, a cidade de Nova York Amiga da Pessoa Idosa foi lançada através da parceria entre o Gabinete do Prefeito de Nova York, o Conselho da Cidade de Nova York e a Academia de Medicina de Nova York (NYAM). O projeto principal era: “até que ponto os serviços, ambientes e estruturas da cidade são inclusivos e acessíveis as pessoas idosas com necessidades e capacidades variadas?” (BLOOMBERG; QUINN, 2011). O NYAM convocou um comitê diretor de formuladores de políticas locais, prestadores de serviços, líderes comunitários, pesquisadores e residentes mais velhos como consultores no desenvolvimento do projeto, assim como na implementação da avaliação, análise e divulgação dos resultados para conectar outros esforços que abordam o envelhecimento em Nova York.

O processo de coleta de informações envolveu uma primeira etapa com: (i) Fóruns comunitários com pessoas idosas facilitados pela equipe do NYAM; (ii) Grupos focais em conjunto com parceiros comunitários para captar os pontos de vista de grupos sub-representados - como migrantes, pessoas idosas isolados e pessoas que vivem na pobreza. O NYAM também avaliou a opinião dos avós que tinham as responsabilidades primárias dos pais para com os netos, pessoas vivendo com HIV e ex-sem-teto; (iii) Entrevistas foram realizadas com imigrantes mais velhos, predominantemente em espanhol; (iv) Formulários disponíveis online e também distribuídos em papel para organizações comunitárias; (v) Mesas redondas com especialistas locais e líderes-chave, presididas por um líder comunitário identificaram o impacto de elementos importantes sobre as pessoas idosas; e (vi) Mapeamento de dados: o Centro de Estudos Epidemiológicos Urbanos do NYAM e o Projeto de Saúde e Ambiente Construído da Universidade de Columbia criaram mapas para apontar e caracterizar os moradores mais velhos de Nova York e os ambientes em que vivem, proporcionando uma compreensão visual das comunidades locais; (vii) Uma nota de 'solicitação de informações' foi emitida para ouvir as partes interessadas sobre as mudanças políticas e regulatórias necessárias para tornar a cidade mais amiga da população idosa; (viii) Autoavaliação dos serviços públicos da cidade: como parte do projeto 'Cidade para Todas as Idades', o Gabinete do Prefeito solicitou a todas as secretarias e órgãos da cidade que avaliassem a amigabilidade de suas repartições usando uma versão modificada do protocolo da OMS. Em seguida, foi feita uma pesquisa acadêmica com uma revisão de literatura e

estudos sobre as necessidades, experiências e características das pessoas idosas em Nova York e tendências de envelhecimento locais, nacionais e internacionais. Um site do projeto foi desenvolvido para compartilhar informações, dar transparência, divulgar e envolver os parceiros do projeto (NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE, 2008).

Anos depois, em 2010, a *Age-Friendly NYC Commission* foi formada como uma parceria público-privada para alavancar recursos do setor privado para promover iniciativas amigas a pessoa idosa.

Das ações implementadas nos diversos ciclos de desenvolvimento da cidade de Nova York amiga da pessoa idosa, podemos destacar alguns casos relevantes. Um deles contempla a realidade do crescente papel dos avós como cuidadores dos netos. Este papel não é bem reconhecido em alguns sistemas de serviço social, portanto, a iniciativa preza por serviços de aconselhamento e apoio a essas pessoas idosas com a oferta jurídica e social para aumentar a rede de apoio aos avós.

Outra necessidade apoiada em Nova York foi a dificuldade de deslocamento para obter alimentos nutritivos por pessoas idosas e/ou com deficiência. A iniciativa fornece o serviço de ônibus escolar municipal para os nova-iorquinos mais velhos acessarem os supermercados ou taxis para facilitar a mobilidade para atendimentos e serviços. Os ônibus e taxis são utilizados entre contra-turnos quando não estão transportando estudantes e clientes.

Foi criado um sistema de alerta para proteger adultos mais velhos e vulneráveis. A iniciativa denominada Alerta Prata avisa a população quando pessoas idosas vulneráveis que sofrem de Doença de Alzheimer e outras formas de demência são tidos como desaparecidos, para que a população em seu entorno possa ajudar. Os alertas são transmitidos através de mensagem de texto em qualquer celular que esteja no raio de ação, mensagem telefônica gravada ou e-mail. Um sistema semelhante já é utilizado para crianças desaparecidas (*Amber Alert*).

Vale salientar que durante a coleta de dados para o desenvolvimento do plano de ação em Nova York, os relatos dos participantes indicaram que as principais dificuldades apresentadas pelas pessoas idosas eram as mesmas de outros grupos etários, mas só foram percebidos e levados em consideração com o avanço da idade. Sendo a compreensão do sistema público de transporte e a caminhabilidade das vias públicas os maiores desafios para viver e explorar a cidade.

Há alguns anos o Departamento de Envelhecimento da Cidade de Nova York (DFTA) incluiu o combate ao ageísmo como tema central em sua missão e recentemente a cidade deflagrou uma campanha nessa temática, entendendo a importância de ressaltar as capacidades e potencialidades na fase de vida da velhice.

Manchester

As ações de enfrentamento ao envelhecimento da população de Manchester precedem o programa Cidade Amiga da Pessoa Idosa da OMS. A iniciativa Valorização das Pessoas Idosas (VOP) foi estabelecida em Manchester em 2003, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida das pessoas idosas, particularmente aquelas que vivem em áreas desfavorecidas (MANCHESTER CITY COUNCIL, 2012). A ação foi estruturada pelo Departamento Executivo do Conselho e trabalha em estreita colaboração com um fórum de residentes mais velhos, bem como parceiros de grupos comunitários. As ações da VOP incluem funções de pesquisa, gestão de programas e desenvolvimento comunitário. Sua abordagem é caracterizada por ter: (i) apoio político dos dirigentes; (ii) uma equipe central de capacitação; (iii) uma perspectiva de engajamento do cidadão; (iv) uma forte estratégia de comunicação focada em imagens positivas; (v) as pessoas idosas são incentivadas a serem líderes e não somente participantes passivos em eventos; (vi) abordagens ancoradas na comunidade, construídas a partir do modelo *bottom-up*; (vii) uma cidade de ensino-aprendizagem através de parcerias acadêmicas e com especialistas; e (viii) encorajamento de uma validação externa.

Em 2009, o conselho publicou a *Manchester Aging Strategy* (MAS), que foi desenvolvida após extensa consulta com pessoas idosas, membros do conselho e acadêmicos. A estrutura para MAS era semelhante à estrutura do guia da OMS, com foco em vários domínios (MCGARRY; MORRIS, 2011). Assim, em 2010, Manchester foi a primeira cidade do Reino Unido a ser aceita na Rede Global de Cidades e Comunidades Amigas da Pessoa Idosa.

A proposta *Age-Friendly Manchester* almejava fornecer condições para que a população pudesse envelhecer bem na comunidade de sua escolha, com acesso aos serviços adequados, moradia, informação e oportunidades sociais, culturais e econômicas. O objetivo era Manchester ser uma cidade com prestadores de serviços cientes do valor da idade ao manter suas forças de trabalho mais antigas, oferecendo serviços amigáveis à idade. A fim de reduzir o ageísmo e eliminar a imagem negativa do retrato do envelhecimento, buscou mudar a narrativa para uma perspectiva que celebra o valioso papel e a contribuição das pessoas idosas através de imagens positivas, sem estereótipos.

O amplo programa aspira atender às necessidades de diferentes grupos. Inclusive, Manchester está desenvolvendo o primeiro programa de habitação especializada em cuidados da comunidade idosa LGBT do Reino Unido.

Uma variedade de iniciativas no nível local foi desenvolvida, incluindo a campanha *Take a Seat*, uma ação de baixo custo com o objetivo de aumentar a conscientização comunitária sobre como as pessoas mais velhas enfrentam dificuldades para sair e explorar o ambiente externo devido a falta de assentos disponíveis em lojas e espaços públicos. Ao aplicar um adesivo *We are Age Friendly* em sua vitrine, as lojas participantes podem sinalizar que ali as pessoas mais velhas são bem-vindas e podem usar suas cadeiras se precisarem descansar. O projeto, que foi inspirado por uma iniciativa semelhante realizada em Nova York, foi inicialmente desenvolvido pela *Southway Housing Trust*, uma associação de caridade de Manchester.

Outro exemplo é a *North City Nomads* uma organização comunitária sem fins lucrativos que oferece passeios de ônibus para pessoas mais velhas que vivem no norte de Manchester, com o objetivo de reduzir a solidão e o isolamento social entre as pessoas mais velhas.

Brasil e América Latina

O precursor e mentor das Cidades Amigas da Pessoa Idosa, o médico Alexandre Kalache, é um brasileiro que ocupou a cadeira de diretor do programa de Envelhecimento e Curso de Vida da OMS no período de 2002-2007. Foi também Conselheiro Sênior de Política para o Envelhecimento Global na Academia de Medicina de Nova York, em 2013. Durante sua passagem pela OMS esteve envolvido com a produção do Marco Político do Envelhecimento Ativo (2002) e posteriormente no lançamento do Guia Global das Cidades Amigas da Pessoa Idosa (2007). Atualmente preside o Centro Internacional de Longevidade ILC-Brazil com o intuito de produzir recomendações de políticas e projetos voltados para as pessoas idosas no Brasil embasadas por pesquisas qualitativas e quantitativas (ILC-BRAZIL, 2022).

De acordo com Kalache, a ideia da Cidade Amiga da Pessoa Idosa veio de sua vivência em Copacabana – bairro carioca com maior percentual de pessoas idosas do Rio de Janeiro. Diante de sua influência, esta foi a comunidade escolhida para representar o Brasil no projeto embrionário do guia da OMS, compondo com a cidade de La Plata na Argentina os representantes da América do Sul.

Como mencionado, a escolha do bairro de Copacabana, no Rio de Janeiro, foi por conveniência, e não retrata as condições socioeconômicas da maior parte da população idosa no Brasil, nem representa as oportunidades e estruturas físicas das cidades brasileiras em geral.

Contudo, mesmo tendo participado do projeto desde seu esboço, o Brasil conta com poucas cidades representantes na Rede Global da Cidade Amiga da Pessoa Idosa, de acordo com o portal da OMS. Apesar do seu extenso território, até o mês de março de 2022, o Brasil possuía apenas 18 cidades cadastradas na plataforma¹². Um contraste enorme quando comparado ao vizinho sul-americano Costa Rica, com território infinitamente menor e com mesmo montante de municípios cadastrados (DE OLIVEIRA LOPES *et al.*, 2021).

¹² A Rede Global da Cidade Amiga da Pessoa Idosa disponibiliza uma plataforma de busca de todas as cidades que aderiram ao formato do projeto. Cidades brasileiras disponível em: <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/search-network/?_sft_property-status=cities-and-communities&_sft_countries=brazil>

A baixa adesão ao projeto internacional pode ser justificada pela existência de iniciativas nacionais concorrentes, como: a Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa e São Paulo Amigo da Pessoa Idosa.

A Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (EBAPI)¹³ foi criada, em abril de 2018, pelo governo federal para o desenvolvimento de ações que atendam à população idosa em nível municipal. Trata-se de uma iniciativa interministerial e interinstitucional que busca unir esforços setoriais e especializados para propor às comunidades e cidades o planejamento de ações para promoção do envelhecimento ativo, saudável, cidadão e sustentável, com foco principal nas pessoas idosas inscritas no Cadastro Único¹⁴ (BRASIL, 2018).

Ao trazer os conceitos de envelhecimento cidadão¹⁵ e sustentável¹⁶, o modelo proporciona a criação de oportunidades que visem a melhoria da qualidade de vida das pessoas ao longo da vida ancorados por seus direitos, demandas, preferências e habilidades. Além disso, ressalta a importância da percepção das pessoas idosas quanto ao seu potencial para o desenvolvimento de seu próprio bem-estar físico, social, mental, criativo e produtivo (BRASIL, 2018).

Diferente do guia da OMS, o programa brasileiro propõe nove dimensões, ou seja, uma a mais do que a proposta pela Cidade Amiga da Pessoa Idosa. Na proposta nacional, destaco duas dimensões distintas e importantes na pauta do envelhecimento: (i) o eixo “Protagonismo Local” para incentivar os municípios a mostrarem suas particularidades na gestão, dando visibilidade às suas experiências exitosas; e (ii) o eixo “Oportunidades para a aprendizagem” para o incentivo à educação continuada, tão importante ao longo da vida. Desta forma, as nove dimensões abordadas são: (1) ambiente físico; (2) transporte; (3) moradia; (4) oportunidades para a participação; (5) respeito e inclusão social; (6)

¹³ Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa é uma iniciativa interministerial promovido pelo Departamento de Atenção ao Idoso, da Secretaria Nacional de Promoção do Desenvolvimento Humano (SNPDH)/ Ministério do Desenvolvimento Social, em 2019 (Ministério da Cidadania), construído com o Ministério dos Direitos Humanos (em 2019, Ministério da Mulher, Família e Direitos Humanos) e o Ministério da Saúde, e em parceria com a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas)/OMS, com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (PNUD) e com a Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social de São Paulo (MDS, Brasil, 2018, p. 13).

¹⁴ O Cadastro Único é a sistematização de informações sobre famílias em situação de vulnerabilidade econômica e social que são beneficiárias de programas sociais no território brasileiro (Brasil, 2007).

¹⁵ Envelhecimento cidadão é aquele em que há o exercício de direitos civis, políticos e sociais.

¹⁶ Envelhecimento sustentável é aquele que garante o bem-estar da pessoa idosa quanto a direitos, renda, saúde, atividades, respeito e, quanto à sociedade, nos aspectos de produção, convivência intergeracional e harmonia com o amplo conceito de desenvolvimento econômico.

comunicação e informação; (7) oportunidades para a aprendizagem; (8) apoio, saúde e cuidado; e (9) protagonismo local. Essas dimensões são a base para o desenvolvimento das ações e do diagnóstico municipal (CAMPOS *et al.*, 2020).

Mas, o que significou o processo de adesão a essa estratégia pelos municípios? Aos estados compete: indicar o órgão responsável pela Estratégia; indicar os servidores que participarão das capacitações presenciais ou a distância; auxiliar o Governo federal na sensibilização, na mobilização e na capacitação dos municípios para a adesão e a implementação da Estratégia; fornecer apoio logístico para a realização de capacitações presenciais de servidores e lideranças comunitárias nos Municípios; apoiar tecnicamente, em conjunto com o Comitê Gestor da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa e demais parceiros, os municípios na elaboração do diagnóstico e do plano de ação e na execução das ações; monitorar, em sistema próprio da Estratégia, a sua implementação, inclusive a partir da verificação das políticas públicas, dos programas, das ações, dos serviços ou dos benefícios implementados pelos Municípios; e identificar os Municípios que atendam aos critérios estabelecidos pelo Comitê Gestor da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa, com vistas a habilitá-los ao reconhecimento de certificação de município amigo da pessoa idosa.

Já aos municípios cabe indicar o órgão responsável pela Estratégia; indicar os servidores que participarão das capacitações, presenciais ou a distância; divulgar as capacitações oferecidas, presenciais ou a distância, para as lideranças comunitárias; instituir o Conselho Municipal de Direitos da Pessoa Idosa ou, quando já instituído, mantê-lo ativo, de forma a garantir as condições para o exercício de suas competências legais; elaborar o diagnóstico e o plano de ações; executar as ações do plano; e inserir informações em sistema próprio da Estratégia.

O Decreto também estabelece como será formado o comitê gestor da política, sendo formado por representantes do Ministério de Direitos Humanos - atual Ministério da Mulher, da Família e Direitos Humanos - pelo Ministério da Saúde e pelo Ministério do Desenvolvimento Social (atual Ministério da Cidadania). Como pode ser observado, o comitê gestor da política só possui membros do governo federal sem a participação direta de representantes dos estados e dos municípios.

Conforme as premissas do modelo *top-down*, a EBAPI teve seu desenho realizado no âmbito do governo federal ao delimitar as diretrizes, os objetivos e a forma de atuação dos

governos subnacionais, sem o envolvimento dos estados e municípios em sua concepção. Dessa forma, pode se observar que a estratégia foi entregue “pronta”, deliberando apenas a opção de os municípios aderirem ou não ao programa.

No documento técnico emitido pelo atual ministério da cidadania, explica-se que a estratégia é um processo de certificação por meio de selos de reconhecimento conquistados pelos municípios, de acordo com as ações desenvolvidas em prol da pessoa idosa.

A certificação é composta por cinco selos: adesão, plano, bronze, prata e ouro. Para conquistar o selo “Adesão” o município deve aderir formalmente a política por meio de carta enviada ao Ministério da Cidadania via SISBAPI (Sistema Brasil Amigo da Pessoa Idosa – uma plataforma online). Para o selo “Plano” o município deve ter o Conselho Municipal de Direito da Pessoa Idosa ativo, ter realizado o diagnóstico, bem como ter desenvolvido um plano de ações em prol da pessoa idosa. A certificação para o selo “Bronze” é condicionada à formalização do Plano Municipal da Estratégia, que deve ocorrer conjuntamente com a elaboração de um projeto de lei que deve passar pelas seguintes etapas: discussão com a população; aprovação; sanção pelo prefeito e divulgação. No entanto, o Plano deve conter ações obrigatórias estabelecidas pelo atual Ministério da Cidadania. Até esta fase, as ações são mais relacionadas à planejamento, ainda não há ações efetivas ou benfeitorias para a população idosa.

A partir do selo “Prata” a certificação depende da realização de ações conforme definido no sistema de monitoramento da Estratégia. Para adquirir este selo, o município deve cumprir com 10 ações, sendo 4 obrigatórias independentemente do Diagnóstico efetuado pelo município (estas ações correspondem aos setores representados na Estratégia, comprometidos com: direitos humanos, saúde, assistência social e desenvolvimento humano), 4 opcionais (selecionadas de uma lista de ações que respondam às questões identificadas no diagnóstico efetuado com a administração local e com a população idosa) e 2 ações de escolha local (ações que os municípios e respectiva população idosa escolheram realizar, de acordo com as suas peculiaridades e demandas locais) (BRASIL, 2018).

O selo “Ouro” também é condicionado a realização de 10 ações conforme definido no sistema de monitoramento da Estratégia, a composição dessas 10 ações deve mesclar 4 ações obrigatórias com 4 ações opcionais e 2 escolhas locais. Todo o processo de certificação

Bronze, Prata e Ouro deve ser acompanhado pelo Conselho Municipal de Direito da Pessoa Idosa.

Como pode se observar a determinação da certificação e das ações obrigatórias que todos os municípios devem realizar também caracterizam a implementação da EBAPI como *top-down*, dado que a maior parte das ações são traçadas pelo programa, deixando uma margem pequena de ações locais diagnosticadas pelo município. Ainda não há avaliação e controle em nível local para fiscalização da efetividade da estratégia e compromisso com o bem-estar da comunidade.

Não obstante, o recebimento dos selos da EBAPI pode representar apenas uma formalização das atividades já implementadas pelo município, não renovando ou alterando a realidade local para a pessoa idosa. Ou ainda, reduzindo os pré-requisitos e esforços necessários para aquisição dos selos. Assim, um município que já possua os itens obrigatórios e opcionais necessitaria apenas de outras 4 ações locais (2 ações no selo prata e 2 ações no selo ouro) para alcançar o selo maior, o que representa muito pouco em um universo socio-estrutural ainda carente em nosso país. Ressalta-se que todo o processo de adesão a EBAPI foi paradoxalmente acompanhado pela destituição do Conselho Nacional da Pessoa Idosa pelo decreto n. 9893/2019, compressão dos mecanismos de participação social pelos conselhos e conferências nas três instâncias dos entes federados e enfraquecimento do controle social da sociedade civil organizada.

Já a adesão à Rede Global da OMS não é uma designação, mas um compromisso de progredir na jornada para se tornar mais amiga da pessoa idosa. Para serem admitidas na Rede, as cidades participantes devem: (i) concordar em compartilhar e promover os valores e princípios do *Global Network for Age-Friendly Cities and Communities* (GNAFCC); (ii) comprometer-se a desenvolver seu trabalho seguindo um processo de 4 etapas (ou seja, engajar e entender, planejar, agir, medir); e (iii) participar ativamente do GNAFCC. A Rede procura apoiar os membros a tornarem-se mais amigos das pessoas idosas através do suporte em rede entre as cidades e comunidades em todo o mundo. A plataforma www.agefriendlyworld.com facilita a troca de informações, conhecimentos e experiências; o acesso a exemplos inspiram mudanças mostrando o que pode ser feito e como pode ser feito, além de apoiar as cidades e comunidades para encontrar soluções inovadoras e baseadas em evidências (OMS, 2018, p.1).

No caso do Brasil, entre os 26 estados brasileiros e o Distrito Federal, apenas 4 possuem municípios que aderiram a rede global da OMS – Paraná, Rio Grande do Sul, Santa Catarina e São Paulo. Pode-se dizer que o Paraná é o estado brasileiro mais amigável a pessoa idosa, com doze municípios aprovados pela OMS (Pato Branco, Sulina, Santo Antonio do Sudoeste, Pérola D'Oeste, Dois Vizinhos, Nova Esperança do Sudoeste, Renascença, Realeza, Santa Tereza do Oeste, Itapejara D'Oeste, Bom Sucesso do Sul e Chopinzinho); o Rio Grande do Sul vem em segundo lugar com três cidades amigas da pessoa idosa (Veranópolis, Esteio, Porto Alegre); na região sul ainda há Santa Catarina com um município (Balneário Camboriú) e São Paulo na região sudoeste com dois municípios (Jaguariúna e São José do Rio Preto).

Em contrapartida, outros países da América Latina com território menor possuem maior adesão que o Brasil, destaco o Chile com 203 cidades, o México com 34, a Costa Rica com 18 e a Argentina com 17 cidades credenciadas pela OMS em sua plataforma (consulta realizada em março de 2022).

No território brasileiro, os municípios do estado do Paraná foram apoiados pela deputada federal Leandre Dal Ponte e tiveram seus planos desenvolvidos com a parceria da Universidade Tecnológica Federal do Paraná (UTFPR) campus Pato Branco, Dois Vizinhos e Francisco Beltrão, e da Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS) campus Realeza, cujos trabalhos foram coordenados pela professora Maria de Lourdes Bernartt. Por meio da parceria o Plano Municipal da Pessoa Idosa foi desenvolvido e contemplou a caracterização e mapeamento do município, a pesquisa de campo e o plano de ação.

Já a cidade de São José do Rio Preto, em São Paulo, firmou parceria com o *International Longevity Centre-Brazil* (ILC-Brazil). A instituição realizou o levantamento de dados para diagnóstico local, seguindo o Protocolo de Vancouver da OMS, com uma escuta atenta da população idosa na identificação de suas necessidades. Por conseguinte, o plano de ação foi promovido pelo Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa (MCROP), as secretarias e instituições municipais de São José do Rio Preto (SJRP). Várias atividades foram realizadas, como: grupos de atividade física, esportes adaptados, academias de saúde, trilhas para caminhada, oficinas e danças, aulas de alfabetização de adultos e um projeto universitário baseado nos princípios da Universidade da Terceira Idade, com formação profissional e implementação de projetos de ampliação de pesquisa voltados ao

envelhecimento. Protocolos de acompanhamento de pessoas idosas residentes na comunidade e em instituições de longa permanência também foram implementados nas redes privadas e públicas.

Veranópolis, no Rio Grande do Sul, foi a primeira cidade amiga da pessoa idosa do Brasil, tendo sua adesão aceita em 2016. Seu projeto foi financiado pela CPFL Energia S.A e teve suporte da ILC-Brazil. O centro internacional realizou uma análise de dados existentes, no período de outubro de 2015 a março de 2016, para a criação do “Inventário de Serviços e Programas para Pessoas Idosas e Outros Grupos” e do “Perfil do Município Veranópolis/RS”. Em tempo, foi realizada uma pesquisa de campo com 836 pessoas idosas para inclusão de componentes qualitativos e quantitativos para a criação da medida de linha de base como ponto de partida para a elaboração do Plano de Ação intersetorial, integrado ao planejamento estratégico da Prefeitura de Veranópolis (ILC-BRAZIL, 2016).

Uma de suas ações pela amigabilidade da cidade com a pessoa idosa foi o projeto “Cuidando da Dose”. O projeto capacitou e atualizou a equipe multiprofissional de saúde no atendimento à pessoa idosa, com foco na prescrição, distribuição e orientação farmacêutica, provendo o uso racional dos medicamentos, principalmente para o público idoso.

A Secretaria de Educação, Esporte Lazer e Juventude realiza uma ação voltada para a área de informática com pessoas com mais de 50 anos. O projeto oportuniza o contato desse público com a tecnologia e as mídias sociais em um nível básico (PREFEITURA VERANÓPOLIS, 2019).

A Secretaria de Desenvolvimento Econômico em parceria com a EMATER promove um grupo de ervas medicinais no horto junto as dependências da Fepagro, em Sapopema.

A Secretaria de Turismo e Cultura em conjunto com a Secretaria de Desenvolvimento Econômico, realizou a atividade Turismo Social às Pessoas Idosas, proporcionando passeios para grupos de pessoas idosas conhecerem os principais atrativos de Veranópolis. Ainda, foi oferecido uma capacitação para os empreendedores do comércio, serviço, indústrias e empreendimentos turísticos para um atendimento amigável aos turistas e o público 60+, onde 25 estabelecimentos receberam o certificado do projeto “Hospitalidade não tem idade” (CUNHA *et al.*, 2019).

A Secretaria de Desenvolvimento Social, Habitação e Longevidade promoveu o projeto “Motivos para sorrir” que reúne um grupo de pessoas com mais de 60 anos, promove encontros mensais de autoestima e oferece próteses dentárias.

Já a Secretaria de Infraestrutura e Meio Ambiente realizou um trabalho de renovação dos cartões de estacionamento para pessoas idosas e aumentou em 30% a quantidade de vagas exclusivas aos 60+ no centro da cidade. Contudo, o número de vagas ainda está abaixo da exigência estabelecida pelo Conselho de Trânsito. E na questão de melhorias nos passeios públicos, está realizando orientações e vistorias para que as novas calçadas sejam construídas conforme normas de acessibilidade (PREFEITURA VERANÓPOLIS, 2019).

Em suma, o movimento de cidades e comunidades amigas da pessoa idosa cresceu rapidamente pelo mundo nas últimas duas décadas. No entanto, as teorias para orientar sua implantação, especialmente pensando em ações multissetoriais em direção a mudanças comunitárias, avançam paulatinamente ou timidamente. Os olhares devem ser voltados para o engajamento, planejamento, implementação e mediação de ações locais baseadas em teorias como: Desenvolvimento Comunitário Baseado em Ativos, Atuação Estratégica e Impacto Coletivo - cada uma com princípios e estratégias para orientar processos de grupos multissetoriais em direção a mudanças comunitárias sistemáticas e de longo prazo (GREENFIELD; BLACK; PESTINE-STEVENSON, 2022). Embora distintas umas das outras, essas teorias sugerem a importância de incorporar abordagens mais explícitas de construção coletiva de comunidades dentro do movimento das cidades amigas da pessoa idosa.

CAPÍTULO V

O ageísmo como barreira para uma sociedade amiga da pessoa idosa

Nesta seção descrevo manifestações e consequências do ageísmo, assim como sua abrangência em diversidade de configurações e perspectivas teóricas. Ao elucidar o ageísmo ao nível do indivíduo, bem como ao nível social/estrutural; ilustro a interação existente entre eles e seu mecanismo de perpetuação na sociedade. Estando presente no cotidiano das cidades e comunidades brasileiras e em todo o mundo, o ageísmo pode ser um empecilho para a criação de ambientes amigáveis as pessoas idosas.

O ageísmo refere-se ao preconceito (como nos sentimos), estereótipos (como pensamos), e discriminação (como agimos) contra pessoas com base em sua idade (BUTLER, 1969; FERNANDES *et al.*, 2022). Estudos estimam que o homem internaliza os estereótipos de idade quase ao mesmo tempo e como ocorrem com os estereótipos de raça e gênero - em torno de 4-6 anos de idade (MARSHALL, 2015). Neste contexto, é notória a presença de pessoas idosas nos contos de fadas com papéis malévolos, com aspectos negativos como a aparência corcunda, verruga no nariz, depauperado ou mendicante, cabelos grisalhos, marcha lenta e claudicante, moribundo, com voz e mãos trêmulas etc (LEVY, 2022; MCGUIRE, 2017). O exemplo dos contos de fadas ilustra muito bem as duas vias de formação do preconceito e da discriminação – o medo e o estereótipo. Ambos estão presentes nas histórias infantis e concretizados na vida real. O medo da figura malévola envelhecida, e o encanto pela princesa jovem e bela cria o estereótipo negativo da velhice com o culto a juventude. Portanto, estes constructos sociais iniciam-se na infância e se fortalecem ao longo da vida (MARSHALL, 2015).

Em 1975, Robert Butler denuncia em seu livro - *Why survive? Being Old In America* - o preconceito etário nos Estados Unidos, reforçando o termo *ageism* já cunhado por ele em uma entrevistada dada em 1969. Na obra seminal, o autor menciona a velhice como período de pobreza, isolamento e doença. Diante desta perspectiva, os sociólogos chegaram a especular se as pessoas idosas compõem e classificam-se como um grupo minoritário (LEVY, 2022), assim como os negros, latinos, LGBTQIA+ e mulheres que estão sujeitos a preconceito e discriminação na sociedade.

Na verdade, as pessoas idosas estão inseridas em todas as minorias, visto que o envelhecimento e o processo de senescência são inerentes à vida e estamos todos propícios a alcançar a longevidade, mesmo com suas interseccionalidades e sobreposições de vulnerabilidades (DA SILVA ALVES; DE ARAÚJO, 2020).

O ageísmo opera em dois níveis: o consciente (explícito, controlado) e o inconsciente (implícito, automático). Ambos compõem uma via de mão dupla, ou seja, o indivíduo que hoje é o ator, amanhã será o receptor, havendo uma perpetuação do ageísmo, esteja o cidadão ciente ou não do processo (LEVY *in* PALMORE, 2016).

Até a década de 90 a população idosa foi encarada como um grupo relativamente homogêneo, ilustrado no imaginário popular por pessoas dependentes, frágeis e um estorvo para os recursos financeiros do país (WHO, 2021). No contexto de uma sociedade neoliberalista que privilegia indivíduos ativos, a pessoa idosa foi silenciada, pois era vista como indivíduo sem ideias, fora do mercado e dos avanços tecnológicos (COSTA & SANTOS, 2014). Estas prerrogativas ageistas vêm ganhando destaque para reflexões e debates pelo mundo.

Pesquisas recentes da Universidade de Yale, conduzidas pela pesquisadora Becca Levy, destacam não apenas como o ageísmo pode ser injusto, mas como também pode ter implicações para a expectativa de vida dos indivíduos envolvidos. A pesquisa foi realizada em 45 países e incluiu uma revisão com 422 estudos envolvendo mais de 7 milhões de participantes (CHANG *et al.*, 2020). Noventa e seis por cento desses estudos destacaram o efeito adverso que o ageísmo teve sobre as pessoas mais velhas. Acredita-se que o estudo seja a primeira revisão sistemática do impacto do ageísmo na saúde. Ela considera que as implicações são amplas, e incluem o acesso reduzido aos cuidados de saúde e o viés de nível individual contra as pessoas, o que pode aumentar os níveis de estresse dos indivíduos. O estresse foi uma das várias condições de saúde mental afetadas pelo ageísmo, com a identificação também de aumentos na depressão (CHANG *et al.*, 2020). O projeto baseia-se em pesquisas anteriores da equipe, que estimaram que o custo do ageísmo poderia chegar a US\$ 63 bilhões, apenas em termos de custos de saúde nos Estados Unidos.

Outros estudos verificaram que o envelhecimento afeta negativamente as pessoas idosas de forma multidimensional, podendo afetar a memória e desempenho cognitivo (CHAN; AU; LAI, 2020; MOLDEN; MAXFIELD, 2017), saúde e bem-estar (CHANG *et*

al., 2020), isolamento social e solidão (SILVA *et al.*, 2021), desempenho no trabalho (CLENDON; WALKER, 2016), diminuição da qualidade de vida (CHANG *et al.*, 2020), e até mesmo sua vontade de viver (MARQUES *et al.*, 2014). Esses achados sugerem que estereótipos negativos, preconceito ou discriminação contra pessoas por sua idade podem ser internalizados de tal forma que consciente ou inconscientemente influenciam a capacidade cognitiva e/ou capacidade física do indivíduo.

Apesar de muito danoso, o preconceito etário é comumente minimizado e normalizado na sociedade. Esta normalização, aceitação ou camuflagem é a maneira mais insidiosa do ageísmo. Essa negligência é ainda mais marcante em tempos de crise, quando as pessoas idosas normalmente são lembradas por último (LEVY, 2022). Levy menciona em seu livro: *Breaking the age code*, o caso do furacão Katrina nos Estado Unidos, quando ONG's e ativistas resgataram animais domésticos em menos de 24 horas, enquanto pessoas idosas em instituições de longa permanência e em seus lares aguardaram por até 7 dias para serem retirados de áreas alagadas e devastadas pelo furacão (LEVY, 2022). Nada obstante, recentemente evidenciamos o ageísmo global com o início da pandemia da COVID-19; quando as palavras “vulnerável” e “idosos” foram constantemente associadas para noticiar os riscos da doença (AYALON *et al.*, 2021; REYNOLDS, 2020).

Embora os noticiários de TV tenham sido bem-intencionados, a mensagem transmitida teve duas consequências muito danosas. Primeiro, fortaleceu a visão homogênea das pessoas idosas como indivíduos frágeis (COHN-SCHWARTZ; AYALON, 2021; REYNOLDS, 2020), que não sabem se proteger, que são desinformados e devem ficar isolados como em uma bolha. Em segundo lugar, a mensagem sugere que apenas as pessoas idosas devem se preocupar ou que somente eles estão em risco de contrair o vírus e, por implicação, que os jovens não são vulneráveis ou, pior, são resilientes ao vírus (THE GERONTOLOGICAL SOCIETY OF AMERICA, 2020).

Para as pessoas idosas isso representou a angústia e ansiedade de morrer contaminado pelo vírus, o isolamento social acompanhado da solidão devido à falta de contato intergeracional e social, e experiências negativas e depreciativas com as chacotas e anedotas criadas para com as pessoas idosas (COHN-SCHWARTZ; AYALON, 2021).

A exemplo da pandemia, o preconceito aflora de acordo com duas perspectivas teóricas, a teoria do terror e a perspectiva funcional. A perspectiva funcional reflete a

motivação, razões e propósitos em agir de determinada maneira (SNYDER; MIENE, 1994), aqui representado pela criação de estereótipos.

Os estereótipos sobre as pessoas idosas são especialmente intrigantes, sendo diferente de todos os outros grupos estereotipados, uma vez que todos nós eventualmente nos tornaremos membros desse grupo externo. Sendo, portanto, uma questão de tempo.

Com efeito, o processo de envelhecimento transforma uma pessoa de um *in-group* (jovens) para um *out-group* (pessoas idosas). Ainda que isso não seja uma exclusividade do ageísmo, vide a possibilidade de mudanças de afiliação política ou religiosa, por exemplo. O fato é que no ageísmo esta transformação é única, pois está além do controle da pessoa e é inevitável para todas as pessoas no curso normal da vida (SNYDER; MIENE, 1994).

Então por que criar estes estereótipos negativos sobre o envelhecimento e as pessoas idosas? A maneira como vemos as pessoas mais velhas agora é, em um sentido muito real, uma visão de nosso próprio futuro. Portanto, a criação de estereótipos para descrever pessoas idosas são justificadas para distanciar-se de algo que desejam negar em si (SNYDER; MIENE, 1994).

Complementarmente, a teoria da gestão do terror está vinculada ao papel que a consciência da morte tem em diversos aspectos da vida (PYSZCZYNSKI *et al.*, 2021). De tal modo, dentro do ageísmo, as pessoas idosas servem como um lembrete constante da mortalidade e vulnerabilidade humana. Para administrar a ansiedade que sua presença produz, os indivíduos inconscientemente sustentam visões simbólicas de imortalidade com a negação do próprio envelhecer, ou do envelhecer como o outro. Ao aderir a essas visões utópicas, os indivíduos tentam aumentar sua autoestima como uma proteção contra a ansiedade relacionada à morte, apesar da consciência de sua vulnerabilidade e mortalidade (AYALON; TESCH-RÖMER, 2018; GREENBERG; SOLOMON; PYSZCZYNSKI, 1997).

Esta abordagem sustenta as atitudes negativas e ageístas em relação as pessoas idosas como autoproteção do ego do indivíduo violentador, que inclusive pode ser uma pessoa idosa. Em outras palavras, quando as pessoas encontram outras que representam uma ameaça para si, suas percepções e comportamentos em relação à pessoa ameaçadora tendem a ser mais negativos e depreciativos (NELSON, 2005; O'CONNOR; MCFADDEN, 2012).

O preconceito etário está presente quando ignoramos, silenciemos, avaliamos ou denegrimos diretamente uma pessoa ou um grupo de pessoas meramente por sua idade. O

crescente envelhecimento demográfico e o formato das atuais políticas públicas brasileiras colocam o preconceito etário como tema obrigatório na agenda de todos os interessados em promover uma cidadania ampla e uma sociedade amiga para todas as idades (GOLDANI, 2010).

Além da esfera individual, é possível conceber o ageísmo sobre as influências socioculturais. Estes são fatores que influenciam o modo de agir de toda uma sociedade em períodos históricos determinados (DE SENA; LIMA, 2015). Cuddy e Fiske (2002) trabalham estas influências sobre a perspectiva da teoria da modernização exemplificando a passagem do período pré-industrial para o industrial como determinante no declínio do *status* da pessoa idosa na sociedade. Este declínio foi decorrente da fragmentação e mecanização da produção para uma escala industrial. Tal avanço tecnológico tornou obsoleto o conhecimento geracional de ofícios, reduzindo ou excluindo o papel da pessoa idosa, mais experiente, na sociedade. A exigência de força braçal e horas de trabalho ininterruptas, privilegiou o vigor físico dos mais jovens (MACIEL, 2021). Este pode ter sido o início da caracterização ou estereotipia da pessoa idosa como um fardo, improdutivo e desatualizado.

A criação de estereótipos segue regras normativas que são criadas nas diversidades culturais das sociedades e tempos históricos. Estas normas, corretas ou não, são repassadas entre indivíduos, mesmo que de forma indireta, apenas pelo fato de interagirem e compartilharem um mesmo contexto social. As sociedades ao naturalizarem atitudes estereotipadas sobre o envelhecimento, contribuem para a normatização do preconceito etário e institucionalização da discriminação da pessoa idosa, propagando de maneira rápida e automática o ageísmo (ARONSON, E.; WILSON, T. D.; AKERT, 2017; DE SENA E SILVA VIEIRA; LIMA, 2015). Estar inserido em uma cultura que replica direta ou indiretamente que o envelhecer é um processo de declínio da vida humana em diferentes esferas, induz a própria pessoa idosa e sociedade a se apropriarem integralmente desse estereótipo (LEVY, 2020).

Não obstante, no Brasil precisamos avançar muito neste assunto. A população continua reproduzindo no subconsciente coletivo contextos culturais que alimentam o isolamento, a crítica, o silenciamento e chacotas quando o assunto é a pessoa idosa.

Neri (2005) argumenta que o preconceito em relação à velhice tem o potencial de determinar políticas e práticas sociais segregadoras e discriminatórias. Portanto, as políticas

para as pessoas idosas devem promover a solidariedade entre as gerações. Isto inclui ações que equilibrem as prioridades e necessidades das pessoas idosas sob a perspectiva da universalidade para atingir todos os grupos populacionais. Ou seja, criar cidades amigas da pessoa idosa, é criar uma comunidade amiga de todas as idades.

No sentido de identificar e combater estas manifestações e preconceitos contra as pessoas idosas, a conscientização da existência do ageísmo é a primeira ferramenta para a construção de uma cidade amiga. A premissa é eliminar o conceito de grupo homogêneo, insistentemente caracterizado de forma pejorativa, reduzido às doenças e incapacidades, mascarados de sentimentos de desprezo ou infantilização por atitudes paternalistas. E dar espaço para o respeito da diversidade de velhices.

CAPÍTULO VI

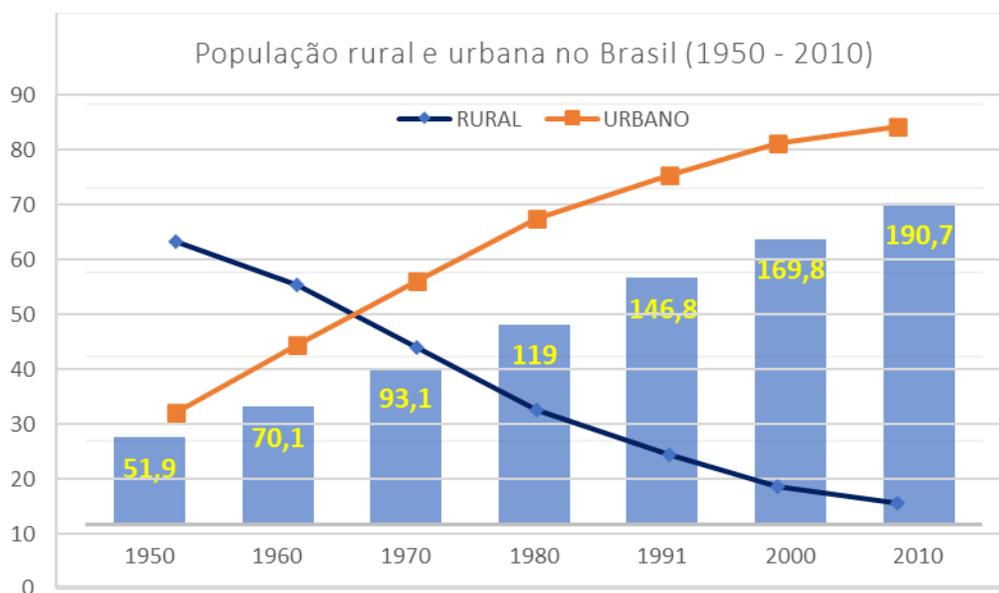
Transição Demográfica e concentração urbana no Brasil e no Distrito Federal

Conhecer e caracterizar uma população e ouvir suas percepções sobre o ambiente onde se vive são relevantes para dimensionar os desafios econômicos e sociais daquele território e criar planos de enfrentamento de curto, médio e longo prazo (IBGE, 2021).

Nas últimas décadas o Brasil sofreu amplas transformações sociais e econômicas que tiveram grande repercussão em todo o território nacional e, em especial, nas grandes aglomerações urbanas do país (CAIAFFA *et al.*, 2008; IBGE, 2015, 2017).

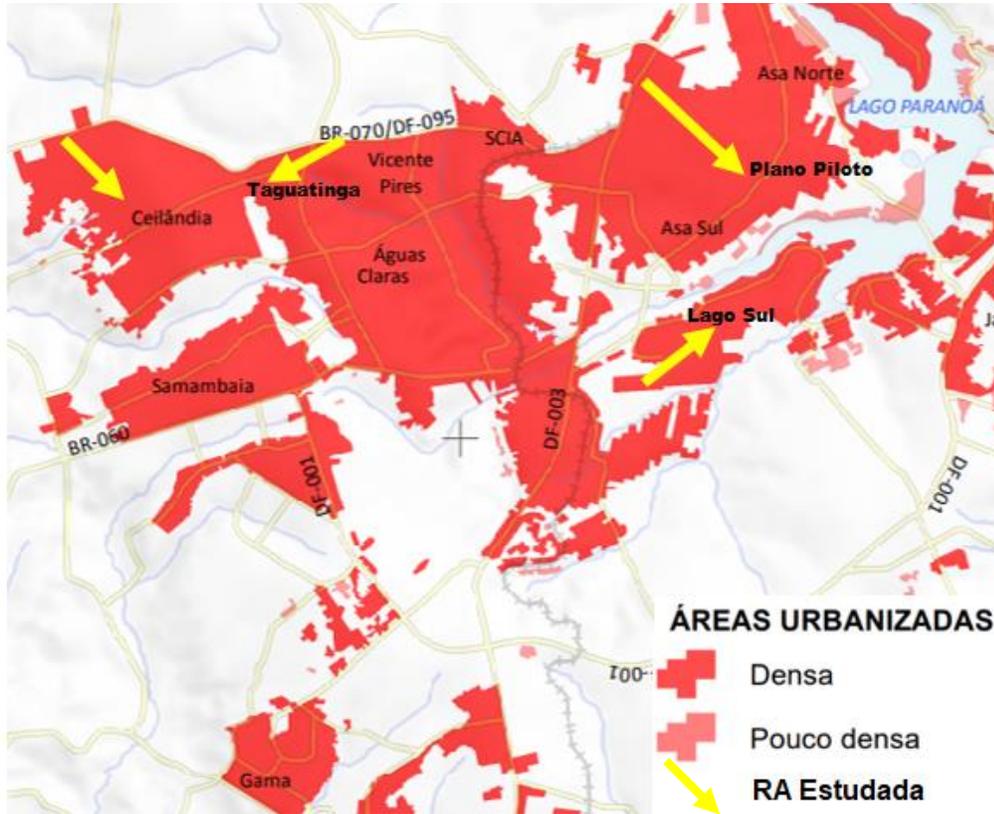
Segundo dados dos Censos Demográficos realizados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no ano de 1950 o Brasil apresentava o total de 51,9 milhões de pessoas, sendo que 32,2% viviam em áreas urbanas e 63,2% em áreas rurais (IBGE, 2015). Já no ano de 2010, o país teve um salto ao registrar a marca de 190,7 milhões de brasileiros, com 84,3% deles morando em áreas urbanas e 15,6% em áreas classificadas como rurais, vide figura 2 (EMBRAPA, 2017). Nada obstante, o território do Distrito Federal também retrata a predominância urbana na região metropolitana de Brasília (ver figura 3).

Figura 2. Evolução da urbanização no território brasileira entre 1950 e 2010



Fonte: IBGE 2010 – adaptação do autor

Figura 3. Concentração urbana de Brasília/DF e indicação das áreas estudadas



Fonte: IBGE, DGG/Coordenação de geografia; IBGE, DGG/Coordenação de cartografia, 2017.

Essa rápida e intensa transformação na configuração territorial do Brasil também é vista em outros países, mostrando ser um fenômeno global (CAMARANO, 2004). Este novo cenário vem exigindo de seus governantes uma reorientação das políticas públicas, com a criação de janelas para pautas prioritárias no transporte, moradia, saneamento básico, sustentabilidade e outros (VASCONCELOS; GOMES, 2012). A exemplo do Distrito Federal, a região metropolitana de Brasília requer planejamento local e articulação intersetorial (MOURA *et al*, 2019) para promover a longevidade sem barreiras e equidade. A intersetorialidade é a articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, de poderes, saberes e vontades múltiplas, para enfrentar problemas complexos como o envelhecimento na cidade (JUNQUEIRA, 2002). Ela corresponde a uma nova forma de governar, desenvolver e construir políticas públicas para superar a fragmentação dos conhecimentos e das estruturas sociais almejando produzir efeitos mais significativos na população (CAMARGO; BORGES, 2020;

JUNQUEIRA, 2002; SOUZA & MACHADO, 2018). A construção conjunta de ações e políticas entre diferentes setores, tais como saúde, assistência social e direitos humanos, se configura como um dos maiores desafios para a proteção social e promoção da qualidade de vida ao envelhecer (SOUZA & MACHADO, 2018). Ademais, a implementação de políticas para pessoas idosas requer a participação de diferentes atores sociais, incluindo seus movimentos de representação.

Muito deve ser feito para amenizar as vulnerabilidades produzidas pelo processo brasileiro de expansão urbana, o qual se desenvolveu sobre uma sociedade com distribuição de renda bastante desigual, fruto da concentração de renda e adensamento da população nas grandes cidades. Processo que seguiu as raízes da própria colonização do país, tal qual gerou uma estrutura urbana fragmentada social e espacialmente, com amplas periferias urbanas emaranhadas nos grandes centros (CAIADO, 2005). Vale exemplificar o tipo de expansão urbana que transcorreu no Distrito Federal, e antes disso entender as características do fenômeno. Expansão urbana é um processo que se refere às dinâmicas das cidades que resulta no crescimento do território urbano e pode ser dividido entre uma ocupação territorial intensiva ou extensiva (JAPIASSÚ & LINS, 2014). Brasília já no início de sua ocupação sofreu um crescimento territorial urbano extensivo, ou seja, com a expansão do seu tecido urbano nas periferias.

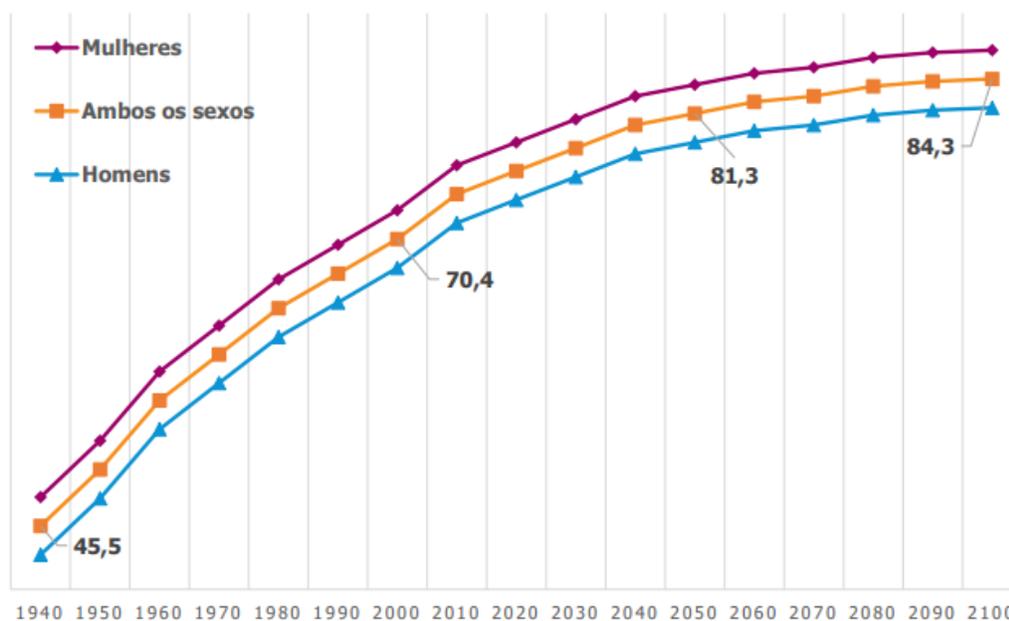
O Distrito Federal teve seu processo de urbanização diferenciado das demais regiões do país devido a especificidade da atuação estatal no processo de ocupação territorial, onde o Estado dono das terras faz o controle sobre o uso e ocupação do solo (CAIADO, 2005).

O poder de controle do Estado e o esforço em preservar a estrutura urbanística do Plano Piloto pressionou a população de operários envolvidos na construção da nova capital para as margens. Criando-se já no início da estruturação da capital nacional sua periferia, com o surgimento das cidades-satélites, com o propósito de abrigar não só o contingente da população operária migrante, mas também funcionários públicos com posições inferiores na hierarquia funcional, sem acesso às terras localizadas no Plano Piloto (CAIADO, 2005). Desde sua construção, Brasília é marcada pela desigualdade social, pela luta ao direito à cidade e pelas contradições da urbanização no modelo de desenvolvimento do Brasil (MOURA *et al*, 2019). Associado à expansão urbana, o crescimento da população idosa tem expressado essa tendência

mundial excludente, também representada no território brasileiro (CAMARANO, 2004) e localmente na Brasília metropolitana.

As estimativas do IBGE, para o Brasil em 2010, era de uma população idosa de 19,6 milhões, passando a 29,3 milhões em 2020, com perspectivas de alcançar 41,5 milhões em 2030 (IBGE, 2015). A expectativa média de vida ao nascer foi estimada em 76,3 anos, sendo 79,9 anos para mulheres e 72,8 anos para homens (figura 4). Ressalta-se que este índice no Distrito Federal (DF), em 2018, foi de 78,6 anos (CODEPLAN, 2019e), dividindo com São Paulo o terceiro lugar no ranking dos mais longevos do país (IBGE, 2019).

Gráfico 1. Estimativas e projeção da esperança de vida ao nascer, por sexo (1940-2100), Brasil, 2022.



Fonte: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Censo Demográfico 1940/2000; Dir. de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais, Projeção da População do Brasil por sexo e Idade para o Período 1980-2050 – Revisão 2008.

Por outro lado, a esperança de vida aos 60 anos¹⁷, ou seja, o número médio de anos de vida adicionais que se esperaria para um sobrevivente ao alcançar a idade de 60 anos, passou de 16,1 anos na segunda metade da década de 1980, para hoje, ter a sobrevida esperada de mais 22,3 anos, ou seja, alcançar os 82 anos (DATA-SUS, 2011).

¹⁷ Número médio de anos de vida esperados para uma pessoa ao completar 60 anos de idade, mantido o padrão de mortalidade existente na população residente, em determinado espaço geográfico, no ano considerado (DATA-SUS).

De acordo com a revisão das projeções populacionais realizadas pelo IBGE, a população residente no DF estimada em 2,97 milhões habitantes em 2018, passará para 3,4 milhões em 2030 (CODEPLAN, 2019e). Além da variação do tamanho da população do Distrito Federal, é fundamental verificar qual o impacto desse crescimento sobre sua estrutura etária. Haverá uma expressiva redução da participação da população mais jovem (com menos de 15 anos) e um aumento importante da participação da população idosa, esgotando o chamado bônus demográfico¹⁸ no Distrito Federal. Novos estudos de projeção populacional relacionados ao impacto da pandemia do COVID-19 deverão revisar esses números, mas seguir demonstrando os impactos das desigualdades e segregações sócio-territoriais.

Estima-se que a população idosa passará de 7,6% da população total (aproximadamente 200 mil) em 2010 para 16,6% em 2030 (Figura 5), ou seja, teremos mais de 560 mil pessoas idosas morando no Distrito Federal o que configurará um índice de envelhecimento¹⁹ igual à 95 (IBGE, 2018). Destes, atualmente os maiores contingentes em números absolutos residem no Plano Piloto e em Ceilândia, com pouco mais de 40 mil naquele e mais de 46 mil (CODEPLAN, 2019e). O terceiro maior contingente de pessoas idosas está em Taguatinga, pouco mais de 34 mil pessoas acima de 60 anos (CODEPLAN, 2012, 2019e).²⁰

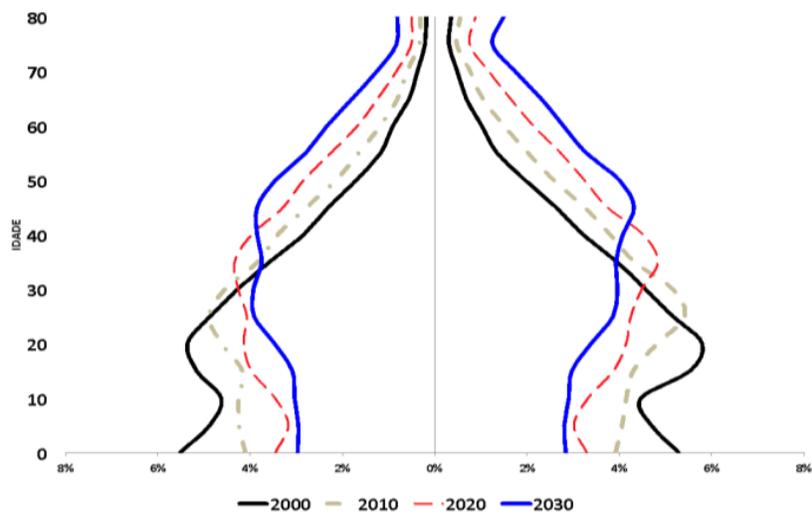
¹⁸ Razão entre a população dos grupos etários considerados dependentes (menor que 15 e 60 ou mais de idade) e a população em idade potencialmente ativa (15 a 59 anos)(VASCONCELOS; GOMES, 2012).

¹⁹ Razão entre a população com 60 anos ou mais e a população menor de 15 anos multiplicada por 100.

²⁰ As estimativas apresentadas neste capítulo foram realizadas antes da pandemia da COVID-19. E de acordo com o banco de dados aberto da Secretaria de Saúde do DF (<https://covid19.ssp.df.gov.br/extensions/covid19/covid19.html#/>), houve a morte de muitas pessoas idosas principalmente no início da pandemia, quando não havia vacinação. Do surgimento do vírus SARS-CoV-2 em Brasília, até o dia 10 de outubro de 2021, de acordo com as RA's em estudo e a faixa etária acima de 60 anos, foram notificadas em: Ceilândia 1016 mortes, Taguatinga 713, Plano Piloto 589 e 87 mortes no Lago Sul.

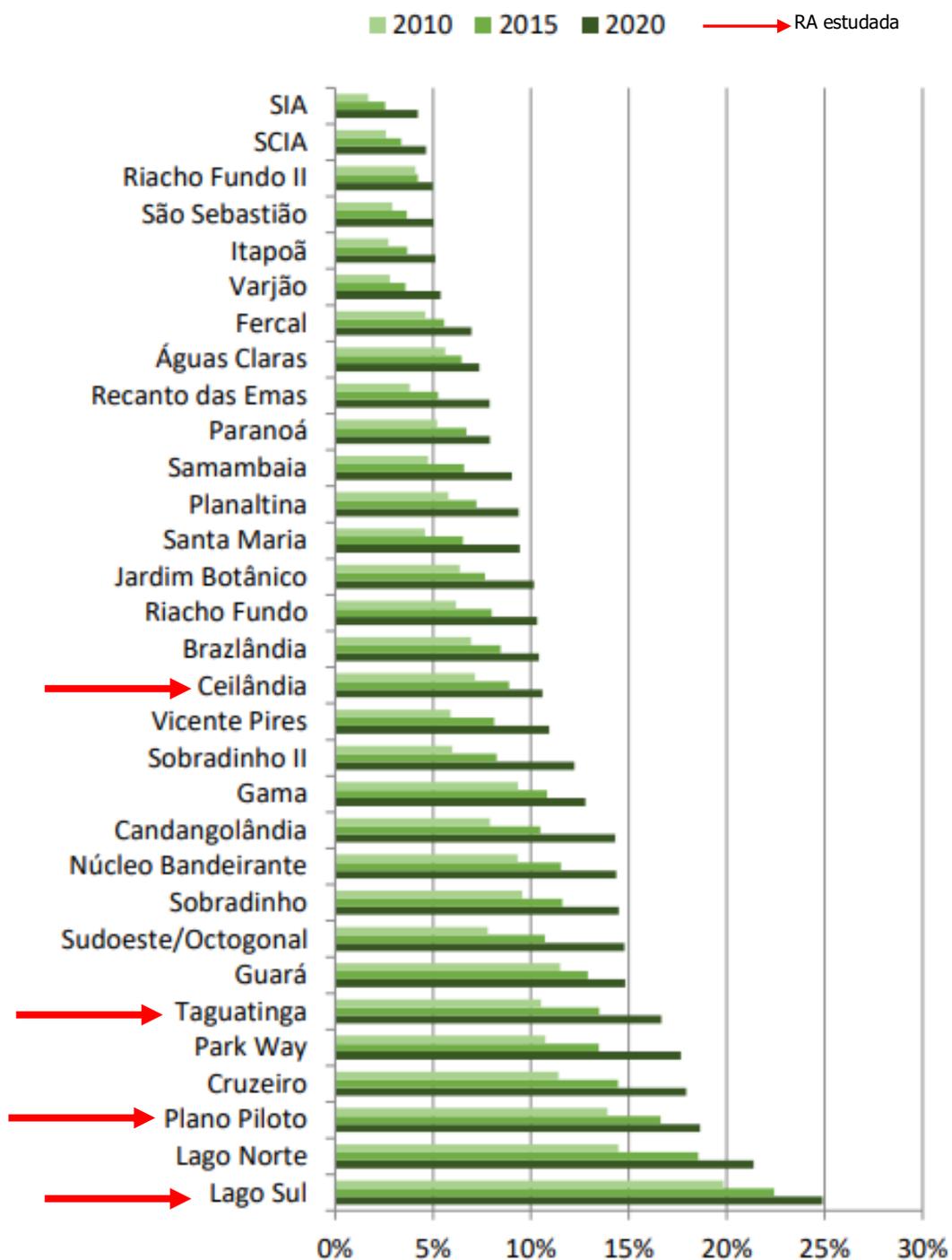
Proporcionalmente, o Lago Sul se destaca com aproximadamente 25% de seus moradores possuindo 60 anos ou mais, Plano Piloto com pouco menos de 20%, Taguatinga com pouco mais de 15% e Ceilândia com pouco mais de 10% (Figura 6 e tabela 1).

Figura 4. Transição populacional (em %) do Distrito Federal, 2010-2030



Fonte: IBGE, Projeções populacionais, Revisão 2018

Figura 5. Proporção de pessoas com 60 anos ou mais por Região Administrativa, Distrito Federal, 2010-2020 e indicação das áreas estudadas



Fonte: Codeplan, Projeções Popacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020, 2018.

Nota: As setas vermelhas sinalizam as regiões administrativas estudadas. População total = 3.052.546. População total de pessoas idosas no DF= 346.221

Tabela 1. População por sexo e idades segundo as regiões administrativas, Brasília, 2020.

Faixa etária	Ceilândia		Taguatinga		Plano Piloto		Lago Sul	
	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem	Masc	Fem
60-64	5.875	8.297	4.318	6.271	5.291	7.055	980	1.038
65-69	4.972	7.115	3.486	5.203	4.206	6.001	750	863
70-74	3.821	5.389	2.447	3.798	3.044	4.674	635	817
75-79	2.385	3.257	1.488	2.621	1.992	3.291	538	569
80-84	1.433	2.077	1.020	1.680	1.324	2.400	287	387
85+	886	1.490	718	1.631	1.018	2.614	249	432
Soma	19.372	27.625	13.477	21.204	16.875	26.035	3.439	4.106
Total	46.997		34.681		42.910		7.545	

Fonte: Adaptação IBGE, Censo Demográfico, 2010 e Codeplan, Projeções Populacionais para as Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020, 2018.

Tabela 2. População total e de pessoas idosas segundo as regiões administrativas, Brasília, 2021.

Faixa etária	Ceilândia	Taguatinga	Plano Piloto	Lago Sul
População total na RA	443.824	208.177	230.310	30.320
Proporção populacional no DF*	14,34%	6,73%	7,44%	0,98%
Total pessoas idosas na RA	46.997	34.681	42.910	7.545
Proporção 60+ na RA	10,6%	16,7%	18,6%	24,9%
Proporção 60+ no DF**	13,18%	9,73%	12,04%	2,12%

Fonte: IPEDF, Retratos Sociais 2021 – Pessoas Idosas. *População total do DF = 3.010.881 **População total de pessoas idosas no DF = 356.514

Ressalta-se que o Plano Piloto responde por apenas 7,44% da população total do DF, ao passo que Ceilândia responde por 14,34,8%. A proporção populacional assimétrica reforça a necessidade de mais ações na periferia para reduzir o impacto das desigualdades nestes territórios. Aqui cabe entender o “efeito-território” abarcado na literatura sociológica ao pautar benefícios ou prejuízos socioeconômicos que acometem alguns grupos sociais em função da sua localização no espaço social das cidades (ANDRADE; SILVEIRA, 2014). Pretende-se levantar a hipótese sociológica a respeito do efeito-território não pressupondo uma ação determinista do espaço sobre as relações sociais, mas investigando as inter-relações entre as características dos espaços (tais como infraestrutura urbana, arredores da vizinhança, oferta de serviços) e as

características dos grupos sociais (perfil sociodemográfico da população geral, dos extratos etários, e a natureza das suas interações internas e externas).

O grande aporte de pessoas nos territórios não planejados revela as assimetrias entre as regiões do Distrito Federal, que não formam uma única cidade. Brasília tem suas faces e seus habitantes modelam distintamente seu espaço vivido (PEREIRA PERES, 2020).

Ademais, as desigualdades territoriais se aprofundaram e se ampliaram no contexto da COVID-19. Foi possível desvelar o impacto da inequidade na sociedade ao ver que pessoas (de todas as idades) vivendo nas partes mais pobres do mundo apresentaram taxa de mortalidade por COVID-19 muito maior em comparação com aqueles habitantes de áreas mais ricas (BUFFEL, TINE *et al.*, 2020; OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS, 2020). No Distrito Federal, em 2020, a taxa de mortalidade por COVID-19 nas RAs de média baixa e baixa renda foi estimada em 4,5 vezes maior que nas RAs de alta renda para as idades entre 20 e 39 anos (NOGALES *et al.*, 2022). Há também crescentes desigualdades entre grupos étnicos. Conforme pesquisa do Escritório de Estatísticas Nacionais ONS (2020), na Inglaterra, os homens negros tinham 4,2 vezes mais chances de morrer de agravamentos relacionados ao COVID-19 do que homens brancos. O risco também foi pronunciado para o sul da Ásia e grupos étnicos mistos (BUFFEL, T *et al.*, 2020). A *Public Health England* (2020) sugere que os principais fatores que influenciam o aumento das desigualdades incluem: viver em áreas urbanas; em domicílios superlotados; em áreas carentes; e trabalhar em funções de alto risco.

Com o acelerado envelhecimento populacional atingindo a sociedade de forma distinta por sexo, renda, raça, território e história de vida; anseia-se que as ações de proteção social para com este público sejam baseadas em estudos e diagnósticos sociais articulados entre os órgãos e destes com a sociedade (CODEPLAN, 2012). Além disso, MOURA *et al.* (2019) reforçam:

(...)para implementar uma agenda inicial de uma estratégia “Brasília Metropolitana Amiga da Pessoa Idosa” é fundamental a articulação intersetorial com a participação de setores essenciais dos governos distrital, estadual e municipais (saúde, educação, cultura, gestão do território e habitação, lazer, transporte e mobilidade, assistência social, segurança, planejamento urbano, dentre outros) e da sociedade civil organizada (Conselhos do Idoso, centros de cuidado e atendimento de pessoas idosas) para que inicialmente cada serviço possa identificar possíveis iniciativas nas ações que já desenvolvem que apresentem potencial para favorecer a ampliação do acesso da população idosa às estruturas de oportunidades promovidas pelos serviços das cidades e a participação ativa dos idosos em todas as etapas de redesenho urbano com setores dos governos, academia e organizações não governamentais e privadas (p.315)

Neste sentido, recortes próprios que retratem a realidade local são a chave para responder às demandas decorrentes de um público heterogêneo que tem direito a ser ouvido e exercer protagonismo na apropriação e defesa de seus direitos.

Diante da exposição, esta pesquisa teve como estratégia metodológica a escolha de regiões administrativas: (i) com alta densidade de pessoas idosas por área territorial; (ii) com composição socioeconômica distintas (renda mensal/domicílio) e (iii) que correspondessem a diferentes momentos históricos de desenvolvimento e ocupação territorial do Distrito Federal (DF).

A seguir será apresentado alguns aspectos históricos das regiões escolhidas:

6.1.1 Ceilândia

No final da década de 1960, com cerca de 20% dos habitantes morando em ocupações irregulares sem infraestrutura básica, Brasília ilustrava uma paisagem bem diferente do que a idealizada por seus planejadores (quadro 1). Para combater essa situação, o governador Hélio Prates criou o primeiro projeto de erradicação de favelas do DF (CODEPLAN, 2019c).

Quadro 2. População recenseada antes da inauguração de Brasília

LOCALIDADE	1957(1)	1959(2)	1960(3)
Distrito Federal	12.700	64.314	141.742
Brasília	6.283	45.781	92.761
Plano Piloto	xxx	11.007	71.728
Núcleo Bandeirante	2.212	17.761	21.033
Acampamentos	3416	11250	xxx
Outros locais	5763	xxx	xxx
Taguatinga	*	3.677	27.315
Brazlândia	xxx	355	734
Sobradinho	*	*	10217
Planaltina	xxx	2.245	4.651
Gama	*	*	811

xxx - Dado inexistente na fonte indicada, * - Localidade inexistente no ano indicado
 Fontes: (1) IBGE. *1.º Recenseamento de Brasília*. Rio, IBGE, 1957; (2) IBGE. *Censo Experimental de Brasília*. Rio, IBGE, 1959; e (3) FIBGE. *Brasília*. Rio de Janeiro, FIBGE, 1969.

Fonte: Extraído de Aldo Paviani – “Geografia urbana do Distrito Federal: Evolução e tendências”, 2007.

A região administrativa de Ceilândia surgiu em decorrência deste grande projeto de realocação da população que morava em áreas não regulares por meio da Campanha de Erradicação de Invasões – CEI, que deu origem ao seu nome. Em 27 de março de 1971²¹, começou a transferência de aproximadamente 82.000 moradores das ocupações não regulares da Vila do IAPI, Vila Tenório, Vila Esperança, Vila Bernardo Sayão Colombo e Morro do Querosene (CODEPLAN, 2019e) para um novo território (figura 6); neste momento uma história de resistência e luta pelo direito universal de acesso à cidade se inicia.

Figura 6. Fotografia de Ceilândia, barracos recém-construídos, Brasília, 1971



Fonte: PAVIANI, Aldo. Urbanização no Distrito Federal. Disponível em: <[minhacidade 074.01 Brasília: Urbanização no Distrito Federal | vitruvius](#)> Acesso em: 13/11/2021

Com aproximadamente 432.927 habitantes em 2018, a RA Ceilândia é a região administrativa com o maior número de nordestinos, o maior número de comerciantes do DF e uma população que se aproxima do dobro da população do Plano Piloto (221.326 habitantes). De acordo com a PDAD de 2018, sua população é constituída por 52,1% de mulheres, idade média de 31,9 anos, arranjo domiciliar predominantemente de casais com 1 filho, 52,8% se autodeclaram pardos, e 96,5% declaram saber ler e escrever. Os dados revelam uma proporção de 34,7% da população entre 18 e 29 anos que não trabalham nem estudam.

²¹ Neste período consta um recenseamento do IBGE que em 1970 a população total do Distrito Federal era de 537.492 habitantes. Previamente, em 1960, o DF contava com aproximadamente 141.742 habitantes dos quais 71.728 residiam no Plano Piloto; número inferior ao volume de pessoas realocadas na CEI.

No que tange o deslocamento para o trabalho: 49,2% utilizam ônibus; 30,7% utilizam automóvel; 6,8% reportaram o uso de metrô; 3,7% afirmaram utilizar motocicleta; 2,7% utilizavam a bicicleta; e 17,4% caminham até a localidade laboral.

A renda domiciliar estimada foi de R\$ 3.171,7, que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 1.125,1; e índice de Gini da renda domiciliar de 0,5.

Quanto ao tipo de moradia, 92,8% dos domicílios eram casas, sendo 55,5% dos domicílios próprios e já pagos.

Todos esses dados, divulgados pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílio - PDAD (2018), demonstram que Ceilândia possui uma qualidade de vida ainda muito inferior ao Plano Piloto, por exemplo.

Ao analisarmos historicamente a regulamentação habitacional entre estes dois espaços emblemáticos (Plano Piloto e Ceilândia) evidencia-se uma geografia binária. O projeto de realocação da população operária foi feito o mais distante possível do complexo urbanístico central da capital, e evidenciou o caráter excludente do projeto modernista, que expulsou os operários que sacrificaram suas vidas para a construção da cidade e, ao mesmo tempo, privilegiou com posses e apartamentos as famílias mais abastadas que vieram de outras regiões do país (RIBEIRO, 2018).

A atual predominância de pessoas pardas em Ceilândia retrata tempos da construção da capital e a gentrificação da população que ali se instalou. Estes marcadores sociais compõem a organização urbanística da cidade principalmente na especulação imobiliária (OLIVEIRA, TAIGUARA BELO DE; MACIEL, 2017). Vale salientar que em 1971 a Resolução n. 71/75 garantiu às pessoas que sofreram a remoção das antigas vilas operárias o preço de cada lote na faixa de 600 a 3 mil cruzeiros, um valor que condizia com a realidade daqueles que sonhavam com a regulamentação da casa própria (RIBEIRO, 2018).

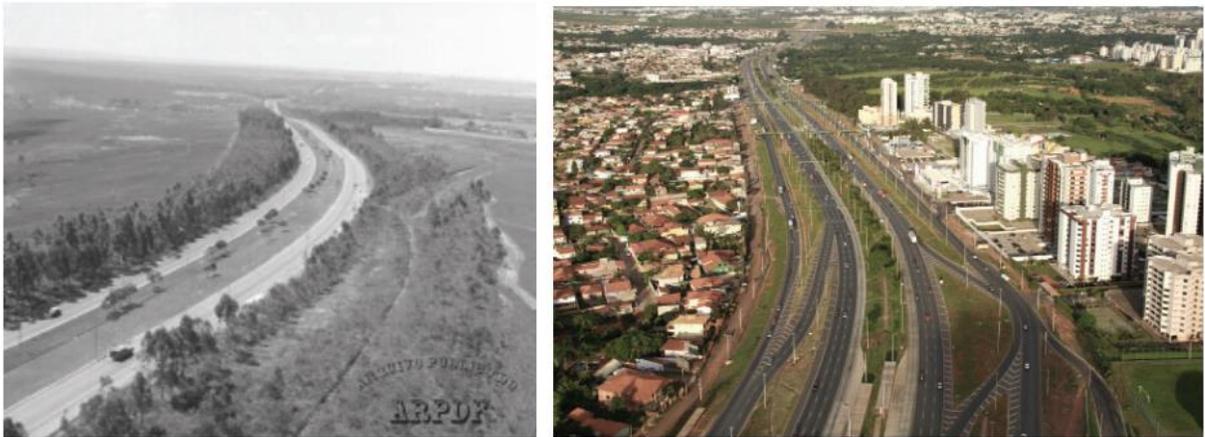
Nada obstante, somente no ano de 1973 as primeiras titulações foram efetivadas, com o valor base para os lotes de mil a dois mil e quinhentos cruzeiros. O problema foi a contemplação de apenas 5.000 moradores, de uma população constantemente crescente. Em uma nova campanha pelo pagamento dos lotes, o governo passou a cobrar o valor de 31 mil a 51 mil cruzeiros, uma quantia incompatível com a realidade daqueles moradores e por uma área ainda sem os serviços básicos (RIBEIRO, 2018).

Afastados dos bens e serviços disponíveis no Plano Piloto e desassistidos pelas estruturas governamentais de bem-estar social e cidadania, as famílias ali realocadas tiveram que se organizar para conseguir estruturar a comunidade, foi quando criaram a Associação dos Incansáveis Moradores de Ceilândia (ASSIMOC) (RIBEIRO, 2018). Em 27 de março de 2021, esta história completou 50 anos de resistência; onde a gentrificação se fez presente e reforçou as ideias higienistas que teve uma grande aceitação entre as elites locais no desenvolvimento da capital do País, retrato nacional (OLIVEIRA & MACIEL, 2017).

6.1.2 *Taguatinga*

Em 1749 surgiu um pequeno povoado, formado por bandeirantes e tropeiros, nas proximidades do Córrego Cortado, local onde foi instalada a sede da fazenda Taguatinga. A Região Administrativa, que adotou o nome da antiga Fazenda, foi fundada em 5 de junho de 1958 e instalada antes da saturação populacional do Plano Piloto. Seis meses após a instalação dos primeiros habitantes, Taguatinga já era uma realidade urbana, onde funcionavam escolas, hospitais e estabelecimentos comerciais (figura 8) (CODEPLAN, 2019b).

Em abril de 1961 inaugurou-se oficialmente a EPTG - Estrada Parque Taguatinga - uma via de grande importância econômica que passou a articular a maior conurbação urbana do Distrito Federal: Guará, Águas Claras, Vicente Pires, Taguatinga e Ceilândia com o Plano Piloto (SILVA & SABOIA, 2016). A EPTG foi inspirada nas *parkways* americanas, com plantio de eucaliptos em suas margens para criar grandes corredores verdes que recortavam o cerrado intocado (figura 7) e permitia uma experiência visual do viajante que se deparava com canteiros ajardinados e um horizonte desimpedido (SILVA, 2018, p.51).



Fonte: ArPDF (figura da esquerda) e Secretaria de Mobilidade do DF (figura da direita).

A via criada como um instrumento da paisagem humana para viabilizar a expansão metropolitana e implantação do modelo das cidades-satélites, buscava apaziguar as tensões entre natureza e técnica ao acentuar as qualidades cênicas e ao mesmo tempo resguardar o patrimônio natural, arquitetônico e urbanístico do traçado de Lúcio Costa no Plano. Com o tempo, o grande vazio existente ao longo da via passou a abrigar assentamentos irregulares que se concentraram às margens da EPTG, tendo como principais agentes os incorporadores imobiliários e o próprio poder público (SILVA, 2018). Ao longo dos seus 60 anos de existência, passou por diversas ampliações, com a implantação de vias marginais (e a derrubada dos eucaliptos), viadutos, pontes, passarelas e ciclovias. Isto vem a conceber uma distinta forma de olhar e pensar a EPTG como paisagem e território, “os quais passam a ser compreendidos não mais a partir de um ponto fixo, mas sim no deslocamento, conformando os múltiplos pontos de vista do observador que percorre seus espaços” (SILVA & SABOIA, 2016).

Figura 8. Fotografia do comércio de Taguatinga em 1971, Av. Central.



Fonte: PAVIANI, Aldo. Urbanização no Distrito Federal. Disponível em: <[minhacidade 074.01 Brasília: Urbanização no Distrito Federal | vitruvius](#)> Acesso em: 13/11/2021.

É sobre esta particularidade territorial que talvez o olhar de seus moradores possa ser distinto de outros cidadãos que estão inseridos na Brasília Metropolitana.

Na PDAD de 2018, a população urbana da RA de Taguatinga era de 205.670 habitantes sendo constituída por 54% de mulheres, idade média de 36,2 anos, sendo 45% pardos autodeclarados, arranjo domiciliar predominantemente monoparental feminino (20,7%), e 98,3% declaram saber ler e escrever. As entrevistas revelam uma proporção de 36,5% da população entre 18 e 29 anos que não trabalham nem estudam.

No que tange o deslocamento para o trabalho: 31,7% utilizam ônibus; 50,4% utilizam automóvel; 6,5% reportaram o uso de metrô; 2,2% afirmaram utilizar motocicleta; 1,6% utilizavam a bicicleta; e 17,9% caminham até a localidade laboral.

A renda domiciliar estimada foi de R\$ 5.464,70 que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 2.211,60; e índice de Gini da renda domiciliar de 0,49.

Quanto ao tipo de moradia, 64,3% dos domicílios eram casas, sendo 53,1% dos domicílios próprios e já pagos.

6.1.3 Lago Sul

No Relatório do Plano Piloto de Brasília, Lúcio Costa propôs a ocupação da margem oeste da orla do Lago Paranoá com pequenas quadras de casas. Não havia qualquer diretriz para a ocupação do lado leste, onde se situam hoje o SHIS (Setor Habitacional Individual Sul) e o SHIN (Setor Habitacional Individual Norte). Contudo, a cidade foi deslocada para mais perto do Lago Paranoá, de maneira que essas quadras foram transferidas para a margem oposta, dando origem então aos setores residenciais do Lago Sul e Norte (figura 9). A Região Administrativa do Lago Sul - RA XVI foi oficialmente criada em 1994, até então, esse território integrava a Região Administrativa de Brasília - RA I. Apesar de não estar incluído na poligonal de tombamento do conjunto urbanístico de Brasília. Atualmente, o Lago Sul é uma das chamadas “áreas nobres” apresentando altos índices de renda e de qualidade de vida. Conta com uma estrutura urbana consolidada, com ótimas opções de entretenimento e lazer, arborização, comércio diversificado, estrutura de educação, saúde e segurança (CODEPLAN, 2019a).

Figura 9. Centro comercial Gilberto Salomão em 1974 (esquerda), uma das primeiras casas construída no Lago Sul, 1959.



Fonte: Web-site <<https://historiasdebrasil.com/2019/08/29/a-origem-do-lago-sul/>>. Acesso em: 25/11/2022.

Na PDAD de 2018, a população da RA do Lago Sul era de 29.754 habitantes sendo constituída por 52,2% de mulheres, idade média de 41,8 anos, sendo 75,8% dos moradores autodeclarados brancos, arranjo domiciliar predominantemente de casais com 1 filho (20,9%), e

99,2% declaram saber ler e escrever. As entrevistas revelam uma proporção de 22,4% da população entre 18 e 29 anos que não trabalham nem estudam.

No que tange o deslocamento para o trabalho: 5,6% utilizam ônibus; 86,9% utilizam automóvel; e 4,2% caminham até a localidade laboral.

A renda domiciliar estimada foi de R\$ 21.930,9 que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 8.322,80; e índice de Gini da renda domiciliar de 0,39.

Quanto ao tipo de moradia, 98,9% dos domicílios eram casas, sendo 86,3% dos domicílios próprios e já pagos.

6.1.4 Plano piloto

A Região Administrativa Plano Piloto – RA I está inserida na Unidade de Planejamento Territorial (UPT) Central. As principais características da UPT Central, são o princípio fundamental de preservar a concepção das 4 escalas urbanas: monumental, residencial, bucólica e gregária (CODEPLAN, 2019d) de Brasília. Monumental porque essa escala se refere ao Eixo Monumental, e por nele se concentrar os imponentes edifícios administrativos da capital em contraste com os extensos vazios urbanos; a escala residencial se refere ao Eixo Rodoviário, conhecido como Eixão, e as construções no entorno dele, que formam as Asas Sul e Norte. As Superquadras e as Unidades de Vizinhança são uma forma diferenciada e singular de habitação e vida cotidiana, com escolas, clubes, bibliotecas, igrejas e comércio. Os prédios suspensos por pilotis criam uma área térrea de livre acesso aos pedestres, o que modifica a relação entre solo público e privado. Bucólica é a escala que torna o Plano Piloto de Brasília uma cidade-parque, formada por áreas livres e arborizadas, com parques e a orla do Lago Paranoá. Já a escala gregária corresponde aos setores específicos que ficam perto do cruzamento dos dois eixos (monumental e rodoviário). É formada pelos setores de diversões, bancário, hoteleiro, comercial, médico-hospitalares, autarquias e de rádio e televisão; garantindo um ponto de encontro e convivência (AZEVEDO; NEVES; LIRA, 2014).

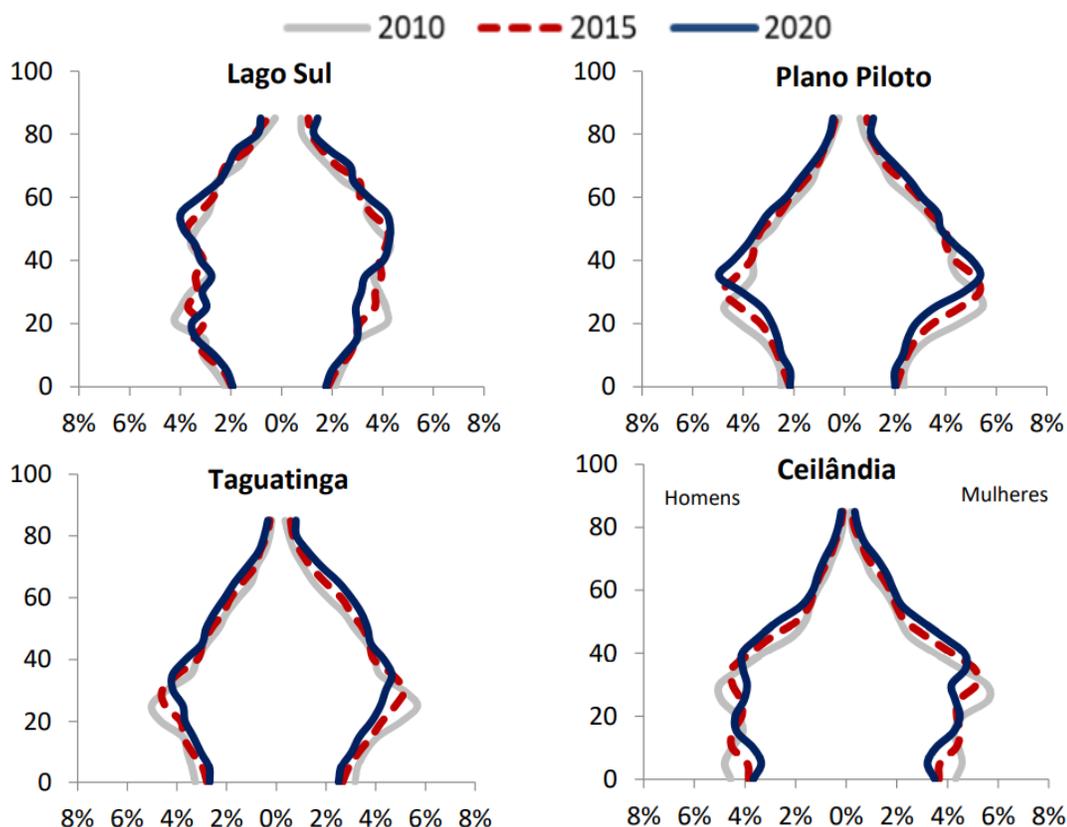
Na PDAD de 2018, a população da RA do Plano Piloto era de 221.326 habitantes sendo constituída por 53,6% de mulheres, idade média de 39,3 anos, sendo 64% dos moradores autodeclarados brancos, arranjo domiciliar predominantemente de casais sem filho (21,3%), e 99% declaram saber ler e escrever. As entrevistas revelam uma proporção de 24,8% da população entre 18 e 29 anos que não trabalham nem estudam.

No que tange o deslocamento para o trabalho: 16,1% utilizam ônibus; 71,8% utilizam automóvel; 1,2% afirmaram utilizar motocicleta; 2,8% utilizavam a bicicleta; e 12,1% caminham até a localidade laboral.

A renda domiciliar estimada foi de R\$ 15.021,20 que resulta em um valor médio por pessoa de R\$ 6.749,8; e índice de Gini da renda domiciliar de 0,46.

Quanto ao tipo de moradia, 86,2% dos domicílios eram apartamentos, sendo 49,6% dos domicílios próprios e já pagos.

Figura 10. Projeção demográfica da região Oeste Distante (Ceilândia e Taguatinga) e região Central (Lago Sul e Plano Piloto), 2010-2020



Fonte: IBGE, Censo Demográfico, 2010 e Codeplan, Projeções Populacionais para as 3 Regiões Administrativas do Distrito Federal 2010-2020, 2018

Na figura 10 é possível observar o acentuado envelhecimento da RA do Lago Sul, o estreitamento da base demográfica do Plano Piloto e a tendência de aumento da idade média das

regiões de Taguatinga e Ceilândia indicando o volume de pessoas que poderão alcançar o envelhecimento nos próximos 30 anos.

De acordo com a OCDE (2019):

Elaborar políticas que abordem questões do envelhecimento requer uma compreensão profunda das circunstâncias locais, incluindo os ativos econômicos das comunidades, história e cultura. A natureza heterogênea do envelhecimento torna importante uma abordagem sob uma perspectiva urbana. Cidades precisam prestar mais atenção às circunstâncias locais para compreender o envelhecimento e seu impacto.

Neste panorama, promover o envelhecimento local, ativo e saudável, através da valorização da pessoa idosa que corresponde a história viva da cidade por meio da oferta de ambientes e de serviços mais amigáveis é uma estratégia inovadora e necessária para o enfrentamento dos desafios do envelhecimento populacional (BRASIL, 2018).

CAPÍTULO VII

Métodos e Técnicas

A pesquisa foi organizada a partir de: uma revisão de escopo; e uma *survey online*. A seguir estão descritos os procedimentos metodológicos.

7.1 Revisão de escopo

Realizou-se uma revisão bibliográfica de literatura do tipo escopo como parte da metodologia qualitativa. A importância desta etapa consistiu em compreender a relevância do tema, os conceitos utilizados para apreciar o termo: Cidade Amiga da Pessoa Idosa, bem como as teorias usualmente utilizadas para abarcar o tema. Optou-se pela revisão de escopo porque o intuito é sintetizar achados, visualizar um panorama e volume de estudos e identificar lacunas de discussões teóricas dentro do conceito de Cidade Amiga da Pessoa Idosa, sem analisar qualidade dos estudos.

A revisão de escopo, seguindo os protocolos da JBI (Joanna Briggs Institute), foi realizada através de uma busca sistemática em cinco bancos de dados (SocINDEX, Scopus, CINAHL, Web of Science e MEDLINE) a fim de identificar estudos revisados por pares, publicados entre 2007 e 2020, usando as palavras-chave: "*age-friendly*" OR "*age friendly*".

O artigo foi escrito e aceito para publicação na revista Acta Paulista de Enfermagem, revista com qualis A2, em outubro de 2022. O resumo desta revisão é apresentado no capítulo IX e o artigo completo no Apêndice A.

7.2 Survey Online

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, com recorte transversal, de natureza descritiva, com levantamento de dados primários por meio de uma *survey online*.

A aplicação do questionário *online* ou por meio de entrevista telefônica, ocorreu no período de dezembro/2021 a abril/2022. O questionário (Apêndice A) composto por 54 questões, foi subdividido em uma seção sociodemográfica, e outra investigatória sobre o objeto de estudo: Brasília, Cidade Amiga da Pessoa Idosa.

O questionário sociodemográfico, com 33 questões objetivas, teve como propósito traçar o perfil de escolaridade, idade, moradia, renda, condições socioeconômicas, religiosa, de saúde e rede de apoio dos participantes da pesquisa (Apêndice A).

A seção investigatória contou com 21 questões, sendo duas questões abertas que foram estrategicamente distribuídas uma no início e outra ao final da seção para captar a percepção inicial do entrevistado diante do termo Cidade Amiga da Pessoa Idosa, e ao final para observar uma nova percepção após a exposição de questões contextualizadas com o tema.

Obteve-se uma amostra por conveniência de moradores de 4 regiões administrativas de Brasília. As regiões escolhidas apresentaram no PNAD 2021 o maior percentual de pessoas idosas na cidade (Ceilândia, Taguatinga, Plano Piloto e Lago Sul). Os entrevistados deveriam possuir idade superior a 60 anos, e concordarem com os termos de consentimento de livre e esclarecido ao apresentarem voluntariamente para a pesquisa.

Diante do atual contexto pandêmico da COVID-19, a *survey online* ou a abordagem por telefone apresentaram ser as melhores opções para o levantamento de campo por: (i) alcançar respondentes independentemente de sua localização geográfica; (ii) possibilitar a realização da coleta sem risco sanitário, e (iii) poupar custo com deslocamentos.

Contudo, a abordagem por *survey online* possui algumas limitações, dentre elas está a falta de confiança pelo contato indireto e frio com o pesquisador. Para contornar este contato frio, criou-se a estratégia de solicitar ao primeiro participante, que faça um contato prévio com a pessoa por ela indicada instruindo sobre nossa futura abordagem por e-mail ou telefonema. Posteriormente, ao realizar o contato, o pesquisador anunciava o propósito da pesquisa, mencionava quem o indicou e o convidava a preencher o instrumento por via *online* ou telefônica. Para aumentar a assertividade para encontrar participantes dentro dos requisitos metodológicos, a técnica de bola de neve (HANDCOCK; GILE, 2011) foi utilizada para ganhar a confiança das pessoas abordadas e ampliar exponencialmente a captação de respondentes.

Os dados foram analisados de forma descritiva, e serão apresentados no capítulo VIII e a análise de conteúdo das perguntas abertas serão apresentados no capítulo XI por meio do artigo produzido e em apreciação por periódico qualis A2.

7.2.1 Amostra

A população estudada foi composta por uma amostra de conveniência e captada por intermédio de uma técnica não probabilística do tipo bola de neve, onde um indivíduo inicial sugere 1 ou mais conhecidos para participarem da pesquisa e assim sucessivamente, ampliando o público em estudo. Apesar de suas limitações, a técnica é adequada no cenário pandêmico por possibilitar o contato com a população idosa remotamente. O suporte de pessoas identificadas como líderes nas comunidades por intermédio de instituições como o SESC – Ceilândia, SESC – Taguatinga, Associação das Pessoas Idosas da Ceilândia, Associação das Pessoas Idosas de Taguatinga, pode auxiliar o início dos contatos da bola de neve, além da divulgação do site do projeto (<https://brasiliacidadeamig.wixsite.com/longevidade>) e convites pelas redes sociais.

A amostra almejou alcançar pessoas com 60 anos ou mais, residentes das regiões administrativas do Lago Sul, Plano Piloto (Asa Sul, Asa Norte, Vila Planalto, Setor Militar Urbano, Noroeste, Vila Telebrasilândia), Ceilândia e Taguatinga. A escolha dessas regiões leva em consideração que 40% da população idosa do Distrito Federal residem nelas (Tabela 1).

7.2.2. Construção do instrumento de coleta de dados:

Seção Sociodemográfica

O questionário sociodemográfico foi constituído por um conjunto de perguntas relativas à idade, sexo, orientação sexual, cor/raça, estado civil, escolaridade, religião, atividades sociais, participação política, saúde, renda, habitação, profissão anteriormente desempenhada e contexto de residência. Suas perguntas foram baseadas em algumas das perguntas utilizadas pela Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – PDAD 2018.

Seção Investigatória

O questionário investigatório sobre o objeto de estudo foi desenvolvido sob a ótica de outros questionários validados e utilizados anteriormente em outros estudos sobre as cidades e comunidades amigas da pessoa idosa, como:

- O Guia Global Cidade Amiga da Pessoa Idosa da OMS (2007) descreve os pontos mais relevantes para a conceituação de uma cidade amiga da pessoa idosa. Construído por meio de apontamentos feitos pelos longevos participantes de 35 cidades embrionárias do projeto da OMS, o documento apresenta uma lista

de verificações dentro das 8 dimensões preconizadas para uma cidade amiga da pessoa idosa;

- O *Creating Age-Friendly Environments in Europe: A tool for local policy-makers and planners*, apresenta um compilado de ferramentas desenvolvidas em diversas cidades da Europa para o desenvolvimento de comunidades amigas da pessoa idosa;
- O IDEA – Instrumento de diagnóstico do envelhecimento ativo - (elaborado pela Comissão Inter secretarial do São Paulo Amigo da Pessoa Idosa e com a consultoria de Alexandre Kalache) fornece uma ferramenta, nos moldes do Ecâmetro²², para mensurar a situação da aplicação do Estatuto da Pessoa Idosa no município. O instrumento possui um conjunto de 10 questões por eixo, totalizando 80 perguntas;
- O documento *Measuring the Age-Friendly Cities and communities: A compilation of possible indicators* é um material que apresenta 39 possíveis indicadores para a avaliação e monitoramento da implantação do guia da OMS;
- O *Checklist of essential features of AFC* oferece uma lista de verificação como uma ferramenta de autoavaliação da cidade e um mapa para traçar seu progresso;
- O guia *Measuring the age-friendliness of cities: a guide to using core indicators* estabelece um conjunto de indicadores principais e suplementares, assim como material de referência para a implementação e monitoramento de uma cidade amiga da pessoa idosa; e
- O *WHO - Age-Friendly Cities project Methodology: Vancouver protocol* foi a ferramenta utilizada como metodologia de pesquisa para a investigação que culminou na criação do guia global das cidades amigas da pessoa idosa. O documento foi chamado de protocolo de Vancouver em reconhecimento ao apoio do governo da Colúmbia Britânica ao sediar a reunião dos parceiros do projeto.

²² É um instrumento criado no governo de São Paulo que está vinculado aos cinco indicadores sistêmicos das Oficinas de ideias para o Projeto Envolver da Rede Social São Paulo e do Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONDECA). Cada indicador serve de referência para uma régua de dez questões referentes ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

O documento apresenta as perguntas provocativas e toda a metodologia para condução dos grupos focais.

Todos foram instrumentos de inspiração e seleção de perguntas representativas para a realidade brasileira e da investigação do presente estudo.

Após a construção do questionário, ele foi apreciado por pessoas idosas envolvidas em projetos voltados para longevos na comunidade de Brasília. E um piloto foi aplicado para ajustes no uso da linguagem e clareza nas perguntas após a observação dos respondentes.

7.2.3 Aspectos éticos do estudo

Seguindo os devidos aspectos éticos, este estudo está amparado pela Resolução 510/2016:

Art. 1 - Esta Resolução dispõe sobre as normas aplicáveis a pesquisas em Ciências Humanas e Sociais cujos procedimentos metodológicos envolvam a utilização de dados diretamente obtidos com os participantes ou de informações identificáveis ou que possam acarretar riscos maiores do que os existentes na vida cotidiana, na forma definida nesta Resolução.

Parágrafo único. Não serão registradas nem avaliadas pelo sistema CEP/CONEP:

I – pesquisa de opinião pública com participantes não identificados;

Deste modo, todos os participantes antes de responder ao questionário foram informados sobre os objetivos e os procedimentos do estudo e os direitos que lhe são assegurados quanto à sua participação voluntária, constando todas as informações necessárias no termo de consentimento e livre esclarecido (TCLE, vide APÊNDICE B) assinado virtualmente, com cópia por e-mail ao entrevistado.

Uma devolutiva inicial do trabalho a realizar no dia 01/dez de 2022 à comunidade e líderes comunitários com uma roda de conversa apresentando uma síntese do trabalho, uma vez que os respondentes são produtores do conhecimento desenvolvido na pesquisa. Outros eventos e rodas de conversas estão planejados para o início do ano de 2023 com divulgação de um newsletter com os principais resultados da pesquisa.

7.2.4 Análise descritiva

Por meio de tabelas e gráficos os resultados dos dados da amostra foram apresentados após tratamento pelo SPSS v.20 e tabulação no Excel. A construção do perfil da amostra traz informações sobre a escolaridade das pessoas idosas nas quatro regiões, assim como às

variáveis de sexo, raça/cor, renda, orientação sexual, tempo de moradia na RA, situação habitacional, tipo de moradia, estado civil, autopercepção da saúde e qualidade de vida e relevância dos eixos da cidade amiga da pessoa idosa. Auxiliando, desse modo, na construção do perfil proposto no terceiro e quarto objetivo específico desse estudo.

7.2.5 Análise estatística inferencial

Na análise estatística inferencial foi utilizado o teste do qui-quadrado para verificar uma associação entre as variáveis independentes correspondentes as determinantes sociais (renda, escolaridade, faixa etária, cor, região administrativa, autopercepção da saúde e qualidade de vida) e a variável dependente (Brasília ser amiga da pessoa idosa). Em seguida, realizou-se a regressão logística binária, com o objetivo de produzir um modelo que permita a predição de valores tomados por uma variável categórica ou dependente, a partir de outras variáveis explicativas ou preditoras (variáveis independentes).

A variável dependente neste estudo é a autopercepção de Brasília ser ou não uma cidade amiga da pessoa idosa, por ter como resposta as alternativas sim ou não, é classificada como do tipo binária. Esta variável foi correlacionada com as determinantes sociais (variáveis independentes) para medir a influência da percepção da pessoa idosa sobre sua comunidade. Assim, espera-se que variações ou alterações nas variáveis independentes provoquem mudanças na variável dependente, ou seja, na forma como essas pessoas percebem a amigabilidade da cidade. As variáveis selecionadas foram organizadas em grupos: variáveis sociodemográficas, região geográfica de residência, nível de escolaridade, condição de saúde, participação social. Ressalta-se que, apesar de as regiões geográficas e escolaridade serem pertinentes ao grupo das variáveis sociodemográficas, pretende-se identificar, isoladamente, para a finalidade deste trabalho, se a região de moradia do indivíduo mais velho, assim como seu nível mais elevado de instrução, tem algum efeito no autorrelato da amigabilidade da cidade de Brasília. Neste trabalho, adotou-se o processo *stepwise* de inclusão das variáveis, sendo que cada um dos grupos foi incorporado de forma sequencial no modelo, conforme mostra o Quadro 4.

Quadro 3. Modelo estatístico para análise por regressão logística binária em método *stepwise*

Variáveis Independentes	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3	Modelo 4	Modelo 5	Modelo 6	Modelo 7	Modelo 8
Sociodemográficas								
Idade	X	X	X	X	X	X	X	X
Raça/Cor		X	X	X	X	X	X	X
Região administrativa								
Ceilândia			X	X	X	X	X	X
Taguatinga			X	X	X	X	X	X
Lago Sul			X	X	X	X	X	X
Plano Piloto			X	X	X	X	X	X
Escolaridade								
Até ensino fundamental				X	X	X	X	X
Até ensino médio				X	X	X	X	X
Ensino superior ou pós				X	X	X	X	X
Participação social								
Associação de moradores					X	X	X	X
Atividade religiosa					X	X	X	X
ONG ou coletivos					X	X	X	X
Voluntariado					X	X	X	X
Grupos de terceira idade					X	X	X	X
Renda								
Até 1 salário mínimo						X	X	X
01 a 03 salários mínimos						X	X	X
04 a 10 salários mínimos						X	X	X
10 a 20 salários mínimos						X	X	X
Acima de 20 salários mínimos						X	X	X
Autopercepção da saúde								
Excelente							X	X
Boa							X	X
Normal							X	X
Ruim							X	X
Péssima							X	X
Autopercepção da qualidade de vida								
Excelente								X
Boa								X
Normal								X
Ruim								X

Fonte: Autora

A variável idade foi contemplada no primeiro modelo. O modelo 2 considera a raça/cor do respondente. No terceiro modelo contemplou a região de residência do respondente, além das variáveis utilizadas nos modelos anteriores. No quarto modelo, a variável de escolaridade está contemplada, sendo somada às demais variáveis. O modelo 5 leva em consideração participação social com o número de atividades desempenhadas na sociedade. A variável renda é acrescentada no modelo 6. As variáveis de autopercepção da saúde no modelo 7. No último modelo, agregou-se a variável autopercepção da qualidade de vida.

A seguir, serão apresentadas as variáveis que compuseram os modelos, suas características e a descrição do modelo de regressão logística escolhido para as análises estatísticas. As informações das variáveis originais contidas no questionário se encontram reproduzidas no Apêndice C.

7.2.6. Variáveis:

Variável dependente:

Nesta pesquisa, a variável escolhida como dependente é Brasília como uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa (questão nº35 do instrumento – ver Apêndice A). As categorias de resposta disponíveis eram: sim ou não; por isso a escolha da regressão logística binária. Deseja-se avaliar a influência que as variáveis independentes possam ter sobre este fenômeno.

Variáveis independentes:

Neste estudo escolheu-se como fatores a serem manipulados as características sociodemográficas (renda, cor, idade), as relações interpessoais na comunidade, saúde e qualidade de vida autorrelatada, escolaridade e região residencial. Busca-se identificar se há relação entre as variáveis com o fenômeno a ser observado. As variáveis independentes estão alocadas em cinco blocos, como descrito, a seguir.

Aspectos sociodemográficos:

- Idade: variável contínua que compreende a idade, em anos, no momento da entrevista;
- Raça/cor: corresponde à raça ou cor da pele autodeclarada do indivíduo. Foi elaborada uma variável com 2 categorias: Não preta (brancos); preta (pretos, pardos, amarelos e indígenas);
- Região administrativa que mora: corresponde à região em que o domicílio de moradia da pessoa idosa se encontrava (Ceilândia, Taguatinga, Plano Piloto e Lago Sul);
- Escolaridade: corresponde ao nível de instrução mais elevado alcançado pela pessoa idosa ao longo da vida. A variável foi elaborada com cinco categorias para este estudo:
 - i) Até o ensino fundamental incompleto - contempla as pessoas idosas que não tinham instrução alguma e aqueles com ensino fundamental incompleto ou equivalente como o EJA;
 - ii) Ensino fundamental completo e ensino médio incompleto - considera aqueles que terminaram o ensino fundamental ou ensino equivalente, bem como aqueles que ingressaram no ensino médio ou ensino equivalente, porém sem tê-lo concluído;
 - iii) Ensino médio completo e ensino superior incompleto - nesta categoria as pessoas idosas concluíram o ensino médio ou ensino equivalente e não continuaram os estudos e aqueles que ingressaram no ensino superior ou ensino equivalente sem tê-lo concluído;
 - iv) Ensino superior completo - aqueles que concluíram o ensino superior ou pós-graduação incompleta;
 - v) Pós-graduação completa - aqueles que concluíram um ou mais pós-graduações.
- Participação em atividades comunitárias- foi verificado se as pessoas idosas exerciam atividades em suas comunidades como lazer ou ocupação voluntária. As categorias foram definidas como quantidade de atividades exercidas entre:

- i) Associação de moradores -
- ii) Atividades religiosas independentemente da frequência;
- iii) ONG's ou coletivos
- iv) Voluntariado em hospitais, creche ou outro tipo de instituição
- v) Grupo da terceira idade
- vi) Nenhum – para aqueles que não frequentam nenhuma das atividades listadas
- vii) Outros – para dar liberdade de expressão e enumeração de outras atividades

— Autopercepção da saúde e qualidade de vida: atendeu uma escala Likert de cinco opções:

Excelente; Boa; Normal; Ruim; Péssima; Não sei.

7.2.7. Modelagem

Neste trabalho foi utilizado o modelo de regressão logística binária, para verificar as associações entre os determinantes sociais e a percepção da cidade de Brasília como amiga da pessoa idosa. Este modelo relaciona um conjunto de n de variáveis independentes (X_1, X_2, \dots, X_n) a uma variável dependente (Y), que assume valores 0 ou 1, e possibilita a estimação da probabilidade de ocorrência de um evento ($Y=1$) (HOSMER; LEMESHOW, 1989), conforme fórmula a seguir:

$$P(Y = 1) = \frac{e^{(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}}{1 + e^{(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}}$$

E

$$P(Y = 0) = 1 - P(Y = 1), \text{ assim:}$$

$$P(Y = 0) = \frac{1}{1 + e^{(\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_n x_n)}}$$

onde $\beta_i, i=1,2,\dots,n$, são os parâmetros do modelo estimados pelo método de máxima verossimilhança. Com isso, pode-se estabelecer uma relação de dependência entre a variável

resposta e o conjunto de variáveis independentes, descritas na seção anterior. Uma das justificativas do modelo logístico é que a exponencial do parâmetro fornece a *odds ratio* (OR) ou razão de chance (RC). Esta estatística mede a força da associação entre um determinado fator e a variável dependente. Assim, a razão de chance irá expressar quantas vezes é maior a chance de encontrar a condição analisada entre os expostos em relação aos não expostos. Além disso, o modelo de regressão logística é fácil de ser utilizado e permite uma interpretação de resultados direta (HOSMER; LEMESHOW, 1989). Dessa forma, uma razão de chance menor que 1 significa que a variável independente funciona como protetor; quando maior que 1 revela um fator de risco da percepção negativa da cidade.

CAPÍTULO VIII

Resultados e discussão

Neste capítulo serão apresentados os principais resultados obtidos a partir das análises realizadas. A primeira seção apresenta uma análise descritiva simples dos dados e os determinantes que foram utilizados para caracterizar uma cidade amiga da pessoa idosa. Em seguida, na segunda seção, estão descritos os resultados das regressões logísticas realizadas.

8.1 Análise descritiva do perfil dos participantes da pesquisa e características da Brasília amiga da pessoa idosa

O perfil dos participantes foi predominantemente feminina (78,4%) alinhando-se com o fenômeno global chamado de feminilização da velhice (gráfico 2) (BRASIL, 2021; SÁNCHEZ SALGADO, 2002; VENKATESH; R, 2014) e com o perfil populacional do Distrito Federal (Tabela 3). Para explicar essas diferenças entre homens e mulheres razões biológicas e não biológicas vêm sendo relacionadas. Estudos apontam que a maior parte do diferencial é atribuída a fatores não biológicos (LUY; GAST, 2014; LUY; WEGNER-SIEGMUNDT, 2015), entre os quais se destacam os comportamentos mais arriscados dos homens em relação ao estilo de vida (GORZIG *et al.*, 2022) e o maior cuidado das mulheres com a própria saúde (CASE; PAXSON, 2005; KALBEN, 2000). Há também uma tendência de as mulheres exercerem menos trabalhos arriscados e consumir menos álcool e tabaco (SILVA, MARIA JOSEFINA DA *et al.*, 2006). Contudo, embora as mulheres tenham uma esperança de vida maior que a dos homens, a proporção de anos vividos com doenças ou disfunções também é maior, retrato de uma vida com múltiplas jornadas com sobrecargas físicas e mentais (CAMELO; ARAÚJO, 2021; FRANCO *et al.*, 2018; LARA *et al.*, 2020; PEIXOTO *et al.*, 2018). Em nível governamental, os investimentos díspares na cobertura dos cuidados de saúde contribuem para endossar esse cenário, temos mais cobertura gineco-obstétrico e políticas materno-infantis do que ações relacionadas às políticas de saúde do homem (CAMARANO, 2004, p.25-73; CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004). Há que se destacar a formação da amostra deste estudo por conveniência utilizando centros de convivência e apoio a pessoa idosa como base de referência. Nestes ambientes, já se espera a predominância feminina, visto ser o maior público frequentador deste tipo de centros (SANTOS; HUA; SAFONS, 2019; VEY *et al.*, 2019).

Confirmar a predominância feminina na velhice reforça a necessidade de exaltar a condição da mulher idosa na realidade contemporânea contrapondo o papel que ela ocupa e reproduz na sociedade brasileira, enfrentando o ageísmo e vulnerabilidades (SCHNEIDER; PAVIN, 2021).

Tabela 3. Distribuição dos participantes da pesquisa e da população do DF por sexo (N=208), Brasília, 2022.

Sexo	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral		População total 60+ DF	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Feminino	36	87,8	29	76,3	68	78,16	30	71,43	163	78,37	200.255	57,84
Masculino	5	12,2	9	23,7	19	21,84	12	28,57	45	21,63	145.966	42,16

Fonte: Elaboração própria com dados da pesquisa e PNAD 2018

Em relação à idade, mais da metade (69,7%) dos respondentes encontra-se na faixa etária entre 60 e 69 anos de idade (idade mínima de 60 anos e máxima de 92 anos) sendo a média de idade de 67,5 anos com desvio padrão de 6,67 anos (CV 9,88%), ou seja, a maioria corresponde a faixa de idosos-jovens ao ser estratificada (tabela 4). De acordo com o estudo de Son *et al.* (2022) o idoso-jovem (o estudo considerou a faixa de 65-74 anos) se beneficia mais do apoio familiar e conjugal contra estados depressivos, tendo o apoio social uma relação de efeito moderado entre solidão e depressão nos idosos-jovens, enquanto há uma relação mais forte de influência no grupo de idosos-idosos, ou seja, aqueles entre 75-89 anos (SON *et al.*, 2022). A pessoa idosa com 75 anos ou mais tende a vivenciar mais fragilidades geriátricas, dependência na vida cotidiana e riscos de hospitalização do que os idosos-jovens, mostrando, portanto, diferentes predisposições em vários aspectos da vida, incluindo os níveis de depressão. Para os muito-idosos, definidos neste estudo como aqueles com 90 anos ou mais, o apoio social foi o preditor mais forte para o bem-estar subjetivo, sendo o apoio familiar o mais relevante (SON *et al.*, 2022). Complementarmente, Heo *et al.* (2017) demonstraram em seu estudo, que idosos-jovens possuem níveis significativamente mais elevados de otimismo e crescimento pessoal ao serem submetidos à atividades de lazer como atividade física e visita familiar do que os outros grupos de pessoas idosas (idoso-idoso e muito-idoso), enquanto o grupo dos muito-idosos teve os níveis mais baixos de associação do lazer com otimismo e crescimento pessoal, mas dentre as opções de lazer, a atividade física foi o maior preditor de otimismo. Estas

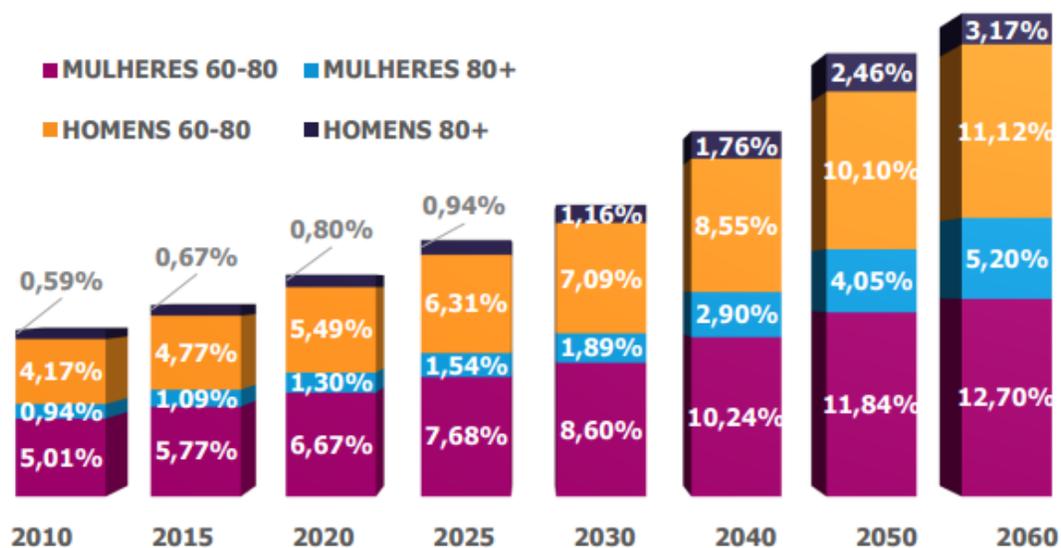
particularidades reforçam a necessidade de criar estratégias diversas para um público heterogêneo como a população idosa.

Tabela 4. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo faixa etária (N=208), Brasília 2022.

Faixa etária	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
60-69	26	63,4	25	65,8	60	68,97	34	80,95	145	69,71
70-79	13	31,7	11	28,9	18	20,69	6	14,29	48	23,08
80+	2	4,9	1	2,6	9	10,35	2	4,76	14	6,73

Fonte: Elaboração autora

Gráfico 2. Porcentagem de pessoas idosas na população brasileira por sexo – projeção 2010-2060



Fonte: IBGE/Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. Gerência de Estudos e Análises da Dinâmica Demográfica.

Quanto a classificação de raça/cor, a amostra foi composta em sua maioria por pessoas que se autodeclararam não-preta (58,17%) (tabela 5). Por outro lado, ao observarmos as particularidades das regiões, aquelas consideradas periféricas possuem maioria preta (65,85% em Ceilândia e 60,52% em Taguatinga). Conhecer a configuração de raça/cor permite ao Governo o desenvolvimento de políticas específicas para atender às demandas de cada localidade, como na área da saúde poder atuar sobre as particularidades de doenças predominantes na população negra/parda. Não obstante, ações no sentido de combater desigualdades significariam também um enfrentamento ao racismo institucional, histórico,

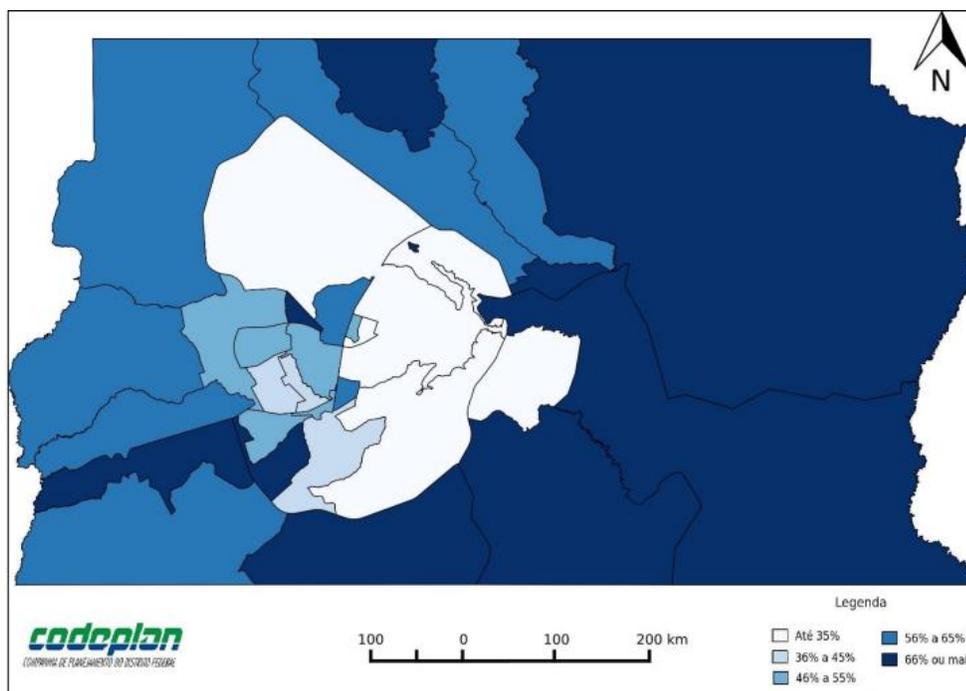
arraigado na sociedade e muitas vezes disfarçado ideologicamente. A figura 11 retrata a concentração da população preta do DF em locais conhecidos por seus altos índices de violência, pobreza, condições precárias de moradia (marcado pela irregularidade) e difícil acesso a bens e serviços (CODEPLAN, 2014). Ações estruturais que busquem reduzir inequidades serão necessárias para possibilitar o mínimo necessário aos moradores para almejar uma cidade amiga da pessoa idosa.

Tabela 5. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo raça/cor e regiões administrativas, (N=208), Brasília – 2022.

Raça/Cor	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não-preto	14	34,1	15	39,5	62	71,26	30	71,43	121	58,17
Preto	27	65,85	23	60,52	25	28,73	12	28,57	87	41,83
Total	41	100	38	100	87	100	42	100	208	100

Fonte: Autora

Figura 11. Percentual de pretos na população do Distrito Federal por Região administrativa, 2010.



Fonte: Censo Demográfico IBGE, 2010. Elaboração Codeplan

Embora o Ministério da Educação (MEC) considere o Distrito Federal um território livre de analfabetismo (CODEPLAN, 2014), muitas são as desigualdades neste quesito quando analisadas as diferentes RAs, o sexo e a faixa etária. Na região de Ceilândia, 34% dos respondentes possuem o ensino fundamental incompleto, sendo o menor índice educacional prevalente entre as quatro regiões estudadas. As demais regiões apresentaram o ensino superior como predominantes dentro de sua amostra - Taguatinga 63%; Plano Piloto 89% e Lago Sul 93% (Tabela 6).

Os resultados encontrados podem sugerir que ao serem extrapolados para o nível socioeconômico da região, podem mostrar quão importante é o nível de escolaridade do indivíduo para a posição social e conseqüente ampliação das possibilidades de ocupar empregos com remunerações e condições de trabalho melhores (SILVA *et al.*, 2021). Em Ceilândia, durante a coleta de dados, observou-se um limitador na aplicação presencial da *survey*. Nesta RA as pessoas abordadas relataram dificuldade de acesso e manuseio da internet para o preenchimento do formulário *online*. Muitos além da baixa escolaridade, relatavam dificuldade na compreensão das perguntas e alternativas utilizadas no formulário, havendo necessidade da pesquisadora retirar dúvidas sobre palavras e termos utilizados. Alguns questionários foram aplicados em aulas de alfabetização para pessoas idosas da comunidade. Isso pode sinalizar a necessidade da formulação de políticas públicas que ampliem o acesso e a melhoria da educação de todas as idades, e de maneira especial oportunizando as pessoas com 60 anos ou mais como prevê o Estatuto da Pessoa idosa e o direito à educação permanente ao longo da vida.

A aprendizagem ao longo da vida pode ser estimada como um dos pilares do envelhecimento ativo, e tem sido considerada imprescindível para que a sociedade e o poder público reconheçam esse conceito mais amplo de educação como política pública a ser implementada e fortalecida (GRAEFF *et al.*, 2019). Estudos indicam que pessoas com mais escolaridade tendem a ter melhor qualidade de vida (MODENEZE *et al.*, 2013), maior nível cognitivo (SILVA *et al.*, 2020), e saúde física e mental (KUPSKE *et al.*, 2021; OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Logo, o investimento em educação permanente e ao longo da vida deve estar voltada para a formação e ampliação de informações (leitura e escrita, línguas, tecnologia, saúde), aprimoramento cultural (artes, turismo, filosofia...) e a valorização social (com programas de convivência intergeracionais) (ANÍBAL, 2013). O acesso à educação funciona como um

multiplicador, que influencia o gozo de todos os direitos e liberdades individuais, sua negação ou violação torna-se um potencial óbice ao gozo de prerrogativas fundamentais. Seu direito está pautado em diferentes documentos e momentos da história. No Estatuto da Pessoa Idosa ocupa o artigo 25, na Política Nacional da Pessoa Idosa destaca-se o art. 10, inc. III, alínea “f” e em nossa Carta Magna no artigo 205 (BARBOSA-FOHRMANN & ARAÚJO, 2019).

Tabela 6. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo escolaridade e regiões administrativas (N=208), Brasília - 2022

Escolaridade	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ensino fundamental incompleto	16	39,0	1	2,6	0	0,00	0	0,00	17	8,17
Ensino fundamental completo	9	21,95	3	7,89	1	1,15	1	2,38	14	6,73
Ensino médio completo	13	31,71	10	26,32	8	9,20	2	4,76	33	15,87
Ensino superior completo	3	7,32	24	63,16	77	88,51	39	92,86	143	68,75
Não sei	0	0,00	0	0,00	1	1,15	0	0,00	1	0,48

Fonte: Autora

A renda média da amostra está na faixa de 4 - 10 salários-mínimos (Tabela 7), valor este puxado pelas 3 regiões que apresentaram concomitantemente o maior volume de pessoas com alta escolaridade (Taguatinga; Plano Piloto e Lago Sul). De acordo com o perfil da população idosa do Distrito Federal produzido pela Codeplan em 2012, o rendimento nominal médio mensal brasileiro para pessoas entre 60 e 69 anos é de R\$ 1.413,65, enquanto no Distrito Federal é de R\$ 3.829,94, ou seja, superior em mais de 170%.

De acordo com Helene e Mariano (2020) o indicador educacional melhora com o aumento da renda, e piora com o aumento da desigualdade. Relacionando com o índice de Gini,²³ uma redução de 0,1 no índice de Gini é equivalente a um aumento de 17% na renda média domiciliar (HELENE; MARIANO, 2020). É possível analisar a renda média familiar pela distribuição territorial no Distrito Federal (figura 12), onde os territórios centrais concentram as maiores rendas. Além disso, são muitos os trabalhos que apontam os impactos sócio-econômicos das mudanças de transferências de renda no grupo das pessoas idosas, contrariando o senso comum de reduzir a população idosa a um peso econômico para a

²³ O Índice ou Coeficiente de Gini é uma medida de desigualdade de dados muito utilizada para medir o nível de desigualdade na distribuição de renda de um país ou região. Os valores deste coeficiente são representados entre 0 e 1, em que quanto mais próximo de zero menor é a desigualdade social.

sociedade. De acordo com Ana Camarano a renda obtida pela seguridade social assume uma salvaguarda de subsistência familiar nos lares brasileiros, invertendo os papéis sociais das pessoas idosas de dependentes para provedoras (CAMARANO, 2022).

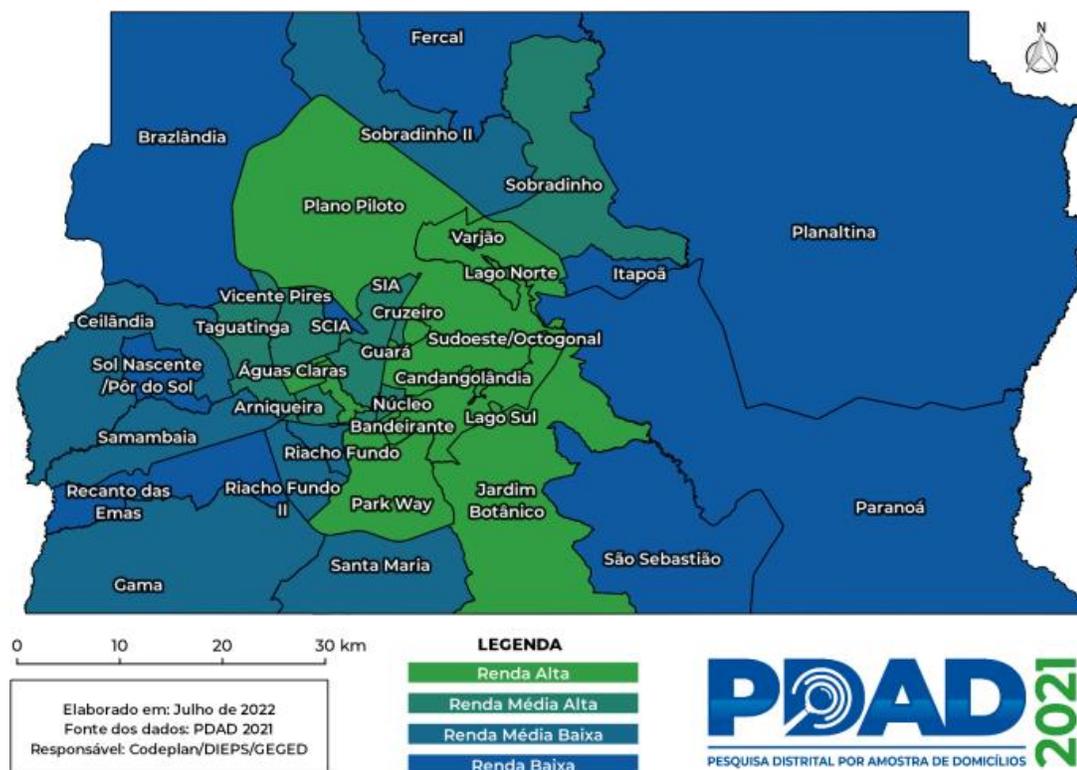
Cada vez mais as pessoas idosas têm se tornado a pessoa de referência da família, ou seja, aquela responsável pelas despesas do domicílio com a habitação, como aluguel, condomínio, conta de água e energia elétrica. A porcentagem de pessoas com mais de 60 anos que são referência na família cresceu mais de 50% entre os anos de 2001 e 2015, tendo aumentado de 5,88% para 9,2% em todo o país (BRASIL, 2021). Os resultados da presente pesquisa reforçaram este argumento, tendo 43,8% dos respondentes responsáveis por todas as despesas da casa (Tabela 8).

Tabela 7. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo renda e regiões administrativas (N=208), Brasília - 2022

Renda mensal	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Até 1 salário mínimo	12	29,3	1	2,6	0	0,00	0	0,00	13	6,25
1 a 3 salários mínimos	15	36,6	6	15,8	4	4,60	3	7,14	28	13,46
4 a 10 salários mínimos	7	17,1	14	36,8	32	36,78	6	14,29	59	28,37
10 a 20 salários mínimos	0	0,0	12	31,6	14	16,09	9	21,43	35	16,83
20 ou mais salários	0	0,0	1	2,6	29	33,33	20	47,62	50	24,04
Não tem valor fixo	3	7,3	0	0,0	0	0,00	0	0,00	3	1,44
Prefiro não dizer/não sei	4	9,8	4	10,5	8	9,20	4	9,52	20	9,62

Fonte: Autora

Figura 12. Distribuição de renda pelas regiões administrativas do Distrito Federal, 2021.



Fonte: PDAD 2021 – Codeplan. Disponível em:

https://pdad2021.ipe.df.gov.br/static/downloads/apresentacoes/apresentacao_ras.pdf

Tabela 8. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo referência na contribuição da renda familiar em todas as regiões administrativas do estudo (N=208), Brasília – 2022.

Renda mensal	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Não pago nenhuma despesa	3	7,3	2	5,3	1	1,15	1	2,38	7	3,37
Pago algumas despesas	0	0,0	0	0,0	1	1,15	0	0,00	1	0,48
Ajudo quando necessário	4	9,8	1	2,6	4	4,60	4	9,52	13	6,25
Sou responsável por ALGUMAS despesas	8	19,5	12	31,6	18	20,69	14	33,33	52	25,00
Sou responsável pela MAIOR parte das despesas	8	19,5	9	23,7	15	17,24	10	23,81	42	20,19
Sou responsável por TODAS as despesas	17	41,5	14	36,8	47	54,02	13	30,95	91	43,75
Prefiro não dizer/ Não sei	1	2,4	0	0,0	1	1,15	0	0,00	2	0,96

Fonte: Autora

A distribuição da amostra pela autopercepção da saúde de acordo com as regiões administrativas pode ser observada na Tabela 9. Do total, 46,63% dos indivíduos avaliaram sua saúde como boa, seguido dos 24,5% que perceberam a saúde como normal. Estas duas

categorias foram as mais prevalentes nas regiões de Ceilândia, Taguatinga e Plano Piloto. Apenas no Lago Sul a segunda frequência de maior destaque é a autopercepção da saúde como excelente. Observa-se, ainda, que a avaliação negativa da saúde (péssima) está presente em maior porcentagem na região de menor renda (Ceilândia).

O processo saúde-doença durante a velhice é complexo. A percepção do que é normal e o que é patológico é advindo da subjetividade de cada pessoa. Esta conclusão vai depender da vivência, das concepções, da construção social e do contexto em que cada indivíduo está inserido, e principalmente, da sua individualidade e capacidade de estabelecer suas próprias normas (MARTINS *et al.*, 2021). Gomes *et al.* (2021) corroboram que perceber a saúde positivamente parece refletir uma posição social e os mecanismos estruturais que organizam os contextos socioeconômicos ao longo do curso da vida e a subjetividade da autopercepção funciona como marcador confiável das condições de saúde dos entrevistados.

Tabela 9. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo autopercepção da saúde nas regiões administrativas (N=208), Brasília - 2022.

Autopercepção da saúde	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excelente	4	9,8	5	13,2	18	20,69	12	28,57	39	18,75
Boa	14	34,1	18	47,4	47	54,02	18	42,86	97	46,63
Normal	9	22,0	11	28,9	20	22,99	11	26,19	51	24,52
Ruim	8	19,5	4	10,5	1	1,15	1	2,38	14	6,73
Péssima	5	12,2	0	0,0	1	1,15	0	0,00	6	2,88
Não sei	1	2,4	0	0,0	0	0,00	0	0,00	1	0,48

Fonte: Autor

A Tabela 10 com a configuração de respostas semelhantes as informações da tabela anterior correspondem à categorização de respostas relativas à qualidade de vida percebida. Neste sentido, o percentual de pessoas idosas que autoavaliaram sua qualidade de vida de forma positiva foi mais prevalente (46,63% como boa, 21,15% como excelente). A autopercepção negativa (péssima) foi mencionada apenas na região de Ceilândia e Taguatinga, com uma frequência muito baixa. De acordo com Rodrigues & Gonçalves (2019), a percepção de qualidade de vida está diretamente associada a disponibilidade de recursos sociais utilizados e vivenciados no percurso da vida e no próprio processo do envelhecimento do indivíduo. Assim sendo, a carência ou excesso desses determinantes socioeconômicos tem interferência e são indicadores de bem-estar na velhice, como por exemplo: a renda, o grau de escolaridade, condições de saneamento básico, entre outros.

Tabela 10. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo autopercepção da qualidade de vida nas regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022.

Autopercepção da qualidade de vida	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Excelente	1	2,44	7	18,42	25	28,74	11	26,19	44	21,15
Boa	20	48,78	14	36,84	43	49,43	20	47,62	97	46,63
Normal	16	39,02	15	39,47	14	16,09	9	21,43	54	25,96
Ruim	1	2,44	1	2,63	5	5,75	2	4,76	9	4,33
Péssima	2	4,88	1	2,63	0	0,00	0	0,00	3	1,44
Não sei	1	2,44	0	0	0	0	0	0	1	0,48

Fonte: Autora

Neste estudo, cruzamos os dados da qualidade de vida com o sexo, idade e doenças. Verificou-se que os três relatos negativos extremos (com a menção péssima) foram avaliações de mulheres (Tabela 11) dentro da faixa etária de idosos-jovens, sendo que duas apresentavam problemas de saúde que limitam suas atividades de vida diária. Graminha *et al.* (2020) concluíram que a intensidade da dor está associada ao impacto negativo na qualidade de vida, o que condiz com o perfil analisado na amostra do presente estudo.

Tabela 11. Distribuição dos participantes da pesquisa segundo autopercepção da qualidade de vida entre sexo (N=208), Brasília – 2022.

Autopercepção da qualidade de vida	Mulheres n=163		Homens n=45	
	n	%	n	%
Excelente	35	21,47	9	20,00
Boa	76	46,63	21	46,67
Normal	40	24,54	14	31,11
Ruim	8	4,91	1	2,22
Péssima	3	1,84	0	0,00
Não sei	1	0,61	0	0,00

Fonte: Autora

Dos 208 respondentes, 90,38% autodeclararam ser heterossexuais (Tabela 12). Dentre os 5,77% que preferiram não responder ao questionamento, mas se manifestaram na alternativa outros (aba aberta para texto) sobre seu desconforto com a pergunta, afirmando ser um questionamento desnecessário. Ainda, durante a coleta presencial, foi oportuno ver a dificuldade de compreensão dos termos heterossexual e homossexual para o público de Ceilândia nas oficinas de alfabetização. As argumentações sugerem a necessidade de trabalhar mais as sexualidades na velhice. Para Vries (2014) pessoas idosas que nasceram no contexto da Segunda Guerra mundial tendem a ter um silêncio maior sobre sexo, gênero e identidade. Haja vista que experienciaram um momento no qual as pessoas LGBT eram estigmatizadas e criminalizadas. Por outro lado, a coorte que vivenciou o período de movimentos gays na década de 1960-70, nos quais os LGBT passaram a ter maior visibilidade socialmente, podem perceber a sexualidade de maneira menos estigmatizada.

Para às demais questões sociodemográficas, 51,44% são casados ou possuem união estável; 26,44% moram sozinhas, sendo a maior frequência em Ceilândia; a grande maioria reside em imóvel próprio e quitado (72,12%), sendo unânime em todas as regiões estudadas. O

estilo de moradia reflete a conformação territorial das regiões administrativas: Lago Sul e Ceilândia foram estruturadas desde o início com casas, o Plano Piloto em sua maioria seguiu o desenho das quadras com os prédios e seus pilotis, e Taguatinga é uma região mista tendo isso bem descrito na proximidade dos valores encontrados neste estudo (Tabela 12). Mais da metade (62,50%) da amostra possui plano de saúde, sendo titulares do serviço. Contudo, é interessante observar que a região de Ceilândia apresentou maioria dependente do SUS (70,73%), o que sugere a disparidade entre as regiões e a necessidade de fortalecimento de políticas de saúde pública nesta RA. Entre as religiões praticadas, o catolicismo prevaleceu (41,35%), mas é importante salientar a maior frequência da ausência da prática religiosa nas regiões de maior poder aquisitivo, e prevalência entre os de baixa renda. Contudo, em seu estudo Silva *et al.* (2019) ao avaliar vários preditores sociodemográficos à religiosidade, o preditor renda, foi o único a não apresentar associação significativa com nenhuma dimensão da religiosidade/espiritualidade (experiências espirituais diárias; valores/crenças; perdão; práticas religiosas particulares; superação religiosa; suporte religioso; religiosidade organizacional; autoavaliação global).

Tabela 12. Caracterização dos participantes da pesquisa segundo orientação sexual, estado civil, densidade residencial, situação habitacional, tipo de moradia, plano de saúde, tempo de residência, e religião nas regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022.

Característica	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Orientação sexual										
Heterossexual	35	85,37	33	86,84	80	91,95	40	95,24	188	90,38
Homossexual	1	2,44	1	2,63	4	4,60	1	2,38	7	3,37
Bissexual	0	0,00	0	0,00	1	1,15	0	0,00	1	0,48
Não quero responder	5	12,20	4	10,53	2	2,30	1	2,38	12	5,77
Estado civil										
Casado / união estável	18	43,90	18	47,37	43	49,43	28	66,67	107	51,44
Divorciado	7	17,07	9	23,68	19	21,84	7	16,67	42	20,19
Viúvo	13	31,71	6	15,79	8	9,20	3	7,14	30	14,42
Solteiro	3	7,32	5	13,16	17	19,54	4	9,52	29	13,94
Densidade residencial										
1 pessoa	14	34,15	7	18,42	29	33,33	5	11,90	55	26,44
2 pessoas	11	26,83	15	39,47	31	35,63	24	57,14	81	38,94
3 pessoas	8	19,51	9	23,68	10	11,49	6	14,29	33	15,87
4 ou + pessoas	8	19,51	7	18,42	17	19,54	7	16,67	39	18,75
Situação habitacional										

Mora de favor	4	9,76	2	5,26	4	4,60	0	0,00	10	4,81
Aluga	6	14,63	8	21,05	21	24,14	5	11,90	40	19,23
Financia	1	2,44	3	7,89	2	2,30	2	4,76	8	3,85
Quitado	30	73,17	25	65,79	60	68,97	35	83,33	150	72,12
Tipo de moradia										
Quitinete	3	7,32	0	0,00	1	1,15	0	0,00	4	1,92
Apartamento	5	12,20	17	44,74	78	89,66	5	11,90	105	50,48
Casa	33	80,49	21	55,26	8	9,20	33	78,57	95	45,67
Plano de saúde privado										
Titular	8	19,51	23	60,53	69	79,31	30	71,43	130	62,50
Dependente	4	9,76	8	21,05	11	12,64	10	23,81	33	15,87
Não possui	29	70,73	7	18,42	7	8,05	2	4,76	45	21,63
Tempo de moradia na RA										
Menos de 1 ano	0	0,00	1	2,63	5	5,75	1	2,38	7	3,37
1 a 4 anos	2	4,88	1	2,63	8	9,20	4	9,52	15	7,21
5 a 9 anos	4	9,76	5	13,16	3	3,45	4	9,52	16	7,69
10 a 15 anos	3	7,32	2	5,26	1	1,15	6	14,29	12	5,77
Mais de 15 anos	32	78,05	29	76,32	70	80,46	27	64,29	158	75,96
Religião										
Católica	21	51,22	22	57,89	30	34,48	13	30,95	86	41,35
Evangélica	15	36,59	5	13,16	14	16,09	5	11,90	39	18,75
Espírita	2	4,88	1	2,63	8	9,20	4	9,52	15	7,21
Afro-brasileira	0	0,00	2	5,26	1	1,15	0	0,00	3	1,44
Budista	0	0,00	0	0,00	1	1,15	2	4,76	3	1,44
Ateu	0	0,00	1	2,63	4	4,60	2	4,76	7	3,37
Não segue ou não pratica	3	7,32	7	18,42	29	33,33	16	38,10	55	26,44

Fonte: Autora

Dentro dos eixos da cidade amiga da pessoa idosa a amostra avaliou a relevância de cada dimensão na cidade de Brasília, sendo unânime a conceituação de que todas as dimensões são muito relevantes. Contudo, os três eixos com maior média foram em ordem decrescente: Saúde (82,21%), Respeito e Inclusão (74,52%) e Transporte (73,56%). Dentro de cada região, o menos relevante foi: Ceilândia – espaços externos e edifícios (34,15%); Taguatinga e Plano Piloto – emprego (com 47,37% e 45,98% respectivamente); Lago Sul – espaço externos e edifícios / informação e comunicação (ambos com 59,52%).

Tabela 13. Caracterização da relevância dos eixos do guia da cidade amiga da pessoa idosa segundo as regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022

Eixo da Cidade Amiga	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
<i>Espaços externos e edifícios</i>										
Muito relevante	14	34,15	21	55,26	64	73,56	25	59,52	124	59,62
Relevante	8	19,51	10	26,32	15	17,24	12	28,57	45	21,63
Pouco relevante	9	21,95	4	10,53	5	5,75	5	11,90	23	11,06
Nada relevante	4	9,76	0	0,00	3	3,45	0	0,00	7	3,37
Não sei	5	12,20	3	7,89	0	0,00	0	0,00	8	3,85
<i>Transporte</i>										
Muito relevante	21	51,22	27	71,05	72	82,76	33	78,57	153	73,56
Relevante	4	9,76	4	10,53	9	10,34	7	16,67	24	11,54
Pouco relevante	10	24,39	5	13,16	3	3,45	1	2,38	19	9,13
Nada relevante	3	7,32	0	0,00	3	3,45	1	2,38	7	3,37
Não sei	3	7,32	2	5,26	0	0,00	0	0,00	5	2,40
<i>Moradia</i>										
Muito relevante	21	51,22	28	73,68	61	70,11	27	64,29	137	65,87
Relevante	9	21,95	4	10,53	18	20,69	14	33,33	45	21,63
Pouco relevante	6	14,63	5	13,16	4	4,60	1	2,38	16	7,69
Nada relevante	3	7,32	0	0,00	4	4,60	0	0,00	7	3,37
Não sei	2	4,88	1	2,63	0	0,00	0	0,00	3	1,44
<i>Participação social</i>										
Muito relevante	25	60,98	25	65,79	59	67,82	27	64,29	136	65,38
Relevante	7	17,07	7	18,42	20	22,99	12	28,57	46	22,12
Pouco relevante	5	12,20	4	10,53	6	6,90	3	7,14	18	8,65
Nada relevante	2	4,88	1	2,63	2	2,30	0	0,00	5	2,40
Não sei	2	4,88	1	2,63	0	0,00	0	0,00	3	1,44
<i>Informação e comunicação</i>										
Muito relevante	20	48,78	25	65,79	54	62,07	25	59,52	124	59,62
Relevante	11	26,83	9	23,68	23	26,44	12	28,57	55	26,44
Pouco relevante	7	17,07	3	7,89	8	9,20	5	11,90	23	11,06
Nada relevante	2	4,88	0	0,00	2	2,30	0	0,00	4	1,92
Não sei	1	2,44	1	2,63	0	0,00	0	0,00	2	0,96
<i>Emprego</i>										
Muito relevante	18	43,90	18	47,37	40	45,98	19	45,24	95	45,67
Relevante	8	19,51	13	34,21	28	32,18	18	42,86	67	32,21
Pouco relevante	6	14,63	3	7,89	16	18,39	4	9,52	29	13,94

Nada relevante	8	19,51	2	5,26	3	3,45	1	2,38	14	6,73
Não sei	1	2,44	2	5,26	0	0,00	0	0,00	3	1,44
Saúde										
Muito relevante	26	63,41	30	78,95	78	89,66	37	88,10	171	82,21
Relevante	4	9,76	4	10,53	3	3,45	4	9,52	15	7,21
Pouco relevante	8	19,51	3	7,89	3	3,45	1	2,38	15	7,21
Nada relevante	3	7,32	0	0,00	3	3,45	0	0,00	6	2,88
Não sei	0	0,00	1	2,63	0	0,00	0	0,00	1	0,48
Respeito e inclusão										
Muito relevante	24	58,54	29	76,32	69	79,31	33	78,57	155	74,52
Relevante	6	14,63	3	7,89	12	13,79	8	19,05	29	13,94
Pouco relevante	8	19,51	4	10,53	3	3,45	1	2,38	16	7,69
Nada relevante	2	4,88	1	2,63	3	3,45	0	0,00	6	2,88
Não sei	1	2,44	1	2,63	0	0,00	0	0,00	2	0,96

Fonte: Autora

Em suma, a maioria das pessoas idosas entrevistadas (74,52%) acham que para Brasília ser uma cidade amiga da pessoa idosa deve melhorar o acesso aos espaços externo, edifícios, calçadas, comércios entre outros. Por outro lado, a região de Ceilândia apresentou a redução da criminalidade e melhora na segurança nas ruas a principal prioridade para Brasília ser amiga da pessoa idosa (82,9% dos respondentes) (tabela 14).

Tabela 14. Caracterização dos eixos do guia da cidade amiga da pessoa idosa segundo as regiões administrativas (N=208). Brasília – 2022.

Eixo da Cidade Amiga	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Para que Brasília seja uma cidade amiga precisa:										
Melhorar o acesso aos espaços externos, calçadas...	28	68,3	28	73,7	68	78,16	31	73,81	155	74,52
Ter mais opções de lazer e cultura	20	48,8	19	50,0	32	36,78	19	45,24	90	43,27
Reduzir a criminalidade e melhorar a segurança	34	82,9	21	55,3	54	62,07	25	59,52	134	64,42
Melhorar o acesso ao transporte, paradas de ônibus...	28	68,3	26	68,4	58	66,67	30	71,43	142	68,27
Facilitar o acesso à moradia, preços mais acessíveis	17	41,5	13	34,2	30	34,48	7	16,67	67	32,21
Facilitar a participação social, em conselhos...	14	34,1	12	31,6	20	22,99	8	19,05	54	25,96
Melhorar o acesso à informação e comunicação de eventos	10	24,4	9	23,7	19	21,84	5	11,90	43	20,67
Ter mais vagas de emprego para pessoas acima de 60 anos	21	51,2	16	42,1	29	33,33	10	23,81	76	36,54
Oferecer apoio comunitário, grupos da terceira idade...	14	34,1	21	55,3	31	35,63	16	38,10	82	39,42
Facilitar o acesso à saúde, posto de saúde...	20	48,8	26	68,4	49	56,32	25	59,52	120	57,69
Mais respeito e inclusão da pessoa idosa na sociedade	16	39,0	19	50,0	36	41,38	20	47,62	91	43,75

Fonte: Autora

Analisando cada eixo da cidade amiga da pessoa idosa (Tabela 15) temos uma unanimidade entre as quatro regiões quando o assunto é ambiente externo, moradia e lazer. A maioria dos respondentes da amostra (63,46%) acham que Brasília precisa melhorar suas calçadas, alargando as mesmas para ter acessibilidade aos cadeirantes; deveria oferecer mais segurança nas áreas residenciais (68,27%), e ofertar eventos culturais e de lazer que disponha de acessibilidade, transporte público ao local, e vagas de estacionamento exclusivas para pessoas idosas (63,46%).

É oportuno mencionar as críticas voltadas à Brasília ser uma cidade planejada para carros e não para pedestres. O trabalho fotográfico de Diego Bresani retrata os caminhos traçados pelas pessoas ao circularem pela capital nos últimos 10 anos. A falta de calçadas e locais delimitados para a circulação de pessoas deu lugar ao imprevisto (Figuras 14 e 15). Trabalhar a caminhabilidade²⁴ de uma cidade é oportunizar o aumento da atividade física dos residentes e, assim, prevenir ou retardar futuras incapacidades (SCHARLACH, 2017, p.199). Além dos elementos físicos, está vinculado aos atributos do uso do solo, da política ou da gestão urbana que contribuem para valorizar os espaços públicos, a saúde física e mental dos cidadãos e as relações sociais e econômicas na escala da rua e comunidade (ITDP BRASIL, 2018). Nos estudos de Silva *et al* (2017) os moradores de regiões mais centrais do Distrito Federal revelaram maior percepção de caminhabilidade do que os moradores das demais RA's. Esse dado indica que a proximidade de serviços, comércio e outras facilidades, bem como a presença de calçadas e arborização faz com que os moradores se sintam mais encorajados a caminhar do que em regiões sem essa infraestrutura. Ou seja, a falta de caminhabilidade de Brasília pode atingir todas as faixas etárias, visto que o estudo mencionado teve uma amostra com idade média de 35 anos (DP=14,26).

²⁴ O conceito de caminhabilidade (walkability, em inglês) foca nas condições do espaço urbano vistas sob a ótica do pedestre. Em linhas gerais, pode ser definido como a medida em que as características do ambiente urbano favorecem a sua utilização para deslocamentos a pé.

Figura 13 Caminho orgânico na Asa Norte, via paralela ao Eixo Monumental



Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-64038880>

Figura 14 Passagem de pedestres via S3 Sul



Fonte: <https://www.bbc.com/portuguese/brasil-64038880>

Entre os eixos que houve respostas predominantemente distintas entre as regiões, destacam-se o transporte, a informação e comunicação, e a saúde. A região de Ceilândia priorizou a oferta de transporte coletivo gratuito para pessoas com mais de 60 anos (51,2%), enquanto as demais regiões almejam ter um sistema de transporte com mais conexões entre metrô, ônibus, rodoviária, aeroporto. Apesar das preferências regionais apontarem para estas demandas, ao realizar a média amostral, outra prioridade ganha cenário: a acessibilidade aos cadeirantes (53,37%); o que indica um olhar para o bem comum.

Vale ressaltar que em 2018 após aprovação na Câmara Legislativa da emenda 107 à Lei Orgânica do Distrito Federal para a redução da gratuidade do transporte público de 65 anos para 60 anos ou mais, a Companhia do Metropolitano do Distrito Federal (Metrô-DF) que, inicialmente, havia liberado a concessão, voltou atrás e um embate se formou. As empresas de ônibus não acataram a determinação. E pós mobilização do Ministério Público (MPDF), da Câmara Legislativa (CLDF), da Secretaria de Mobilidade (Semob) e do Transporte Urbano (DFTrans) a emenda não foi implementada, mantendo-se a gratuidade apenas àqueles que completam 65 anos. Sua implementação representaria a concretização de um direito presente no Estatuto da Pessoa Idosa, o qual estabelece a gratuidade a partir dos 65 anos e define que o benefício pode ser reduzido para 60 anos. A implementação da redução poderia incentivar a contratação ou manutenção da mão de obra longeva, por desonerar a folha de pagamento de empresários, e representa uma economia significativa para os autônomos.

Na área da informação e comunicação, as regiões mais periféricas também se distanciam das preferências das demais. Plano Piloto (72,41%) e Lago Sul (78,57%) desejam a oferta de canais de informações sobre serviços, eventos, e programações para todas as idades para conhecimento do entretenimento na cidade. Já Ceilândia (53,7%) e Taguatinga (60,5%), desejam a ampliação do acesso a tecnologia e internet, com serviços sem custo ou com custo mínimo, e em locais públicos. Aqui debatemos o letramento digital e o direito à inclusão digital, competências fundamentais para a aprendizagem ao longo da vida, as quais são necessárias para a realização pessoal, cidadania ativa e participativa, convivência social e para a participação da pessoa idosa na sociedade como sujeito ativo (MARQUINE; TEIXEIRA; DIAS, 2019). No período mais crítico da pandemia de COVID-19 aqueles que tinham acesso ou a possibilidade de ter acesso a celulares e computadores com internet puderam reduzir as consequências do isolamento, da solidão e exclusão social (DEODORO *et al.*, 2021).

No âmbito da saúde, é nítida a diferença de queixas e necessidades entre usuários do sistema público e do privado. Enquanto na região que relata ser mais dependentes do SUS, a prioridade na saúde foi a presença de funcionários mais respeitosos, prestativos e treinados para servir as pessoas mais velhas (Ceilândia 65,9% e Taguatinga com 57,9%, apesar de sua população ter acesso ao plano de saúde privada, apresentou um segundo maior número de usuários do SUS na amostra). As regiões com respondentes titulares de planos de saúde, por

outro lado, prezam por mais serviços de atendimento domiciliar (Plano Piloto 60,92% e Lago Sul 61,90%).

O olhar para o bem comum aparece novamente no eixo do trabalhado, quando há o desejo pela oferta de oportunidades de trabalho remunerado para as pessoas idosas que precisarem/quiserem trabalhar mesmo aposentadas nas regiões de Taguatinga, Plano Piloto e Lago Sul. Por outro lado, Ceilândia (73,2%) evidencia a necessidade de valorizar as capacidades e qualidades dos funcionários mais velhos. Um possível retrato da presença de pessoas idosas no mercado de trabalho mesmo com idade para aposentar.

O último eixo que destaco é o respeito e inclusão. Aqui vemos o retrato do ageísmo nas diferentes regiões e as possíveis ações que as pessoas idosas gostariam de ver para o enfrentamento desta realidade. Os residentes em Ceilândia, Taguatinga e Lago Sul almejam ações nas escolas abordando o envelhecimento e o respeito com as pessoas idosas e se possível envolvendo-as através de atividades intergeracionais. No Plano Piloto as pessoas idosas gostariam de ter mais oferta de serviços e produtos, públicos e comerciais, que atendam as diversas necessidades das pessoas idosas.

Tabela 15. Priorização dos eixos da cidade amiga da pessoa idosa segundo as regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022

Eixo da Cidade Amiga	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Aspectos importantes no ambiente externo										
Áreas públicas limpas e agradáveis	22	53,7	16	42,1	39	44,83	16	38,10	93	44,712
Área verde com bancos bem distribuídos, com manutenção e segurança	24	58,5	14	36,8	42	48,28	16	38,10	96	46,154
Calçadas livres de barreiras	22	53,7	18	47,4	42	48,28	24	57,14	106	50,962
Calçadas largas com acessibilidade para cadeirantes	25	61,0	29	76,3	51	58,62	27	64,29	132	63,462
Ruas bem iluminadas	20	48,8	12	31,6	35	40,23	14	33,33	81	38,942
Segurança pela presença policial	16	39,0	18	47,4	27	31,03	21	50,00	82	39,423
Banheiros públicos limpos e acessíveis	8	19,5	11	28,9	28	32,18	16	38,10	63	30,288
Espaços verdes próximo das áreas residenciais (como praças e parques acessíveis à pé)	11	26,8	19	50,0	23	26,44	15	35,71	68	32,692
Aspectos importantes no transporte										
Oferecer transporte coletivo gratuito para pessoas com mais de 60 anos	21	51,2	14	36,8	32	36,78	15	35,71	82	39,423
Ser acessível para cadeirantes	20	48,8	18	47,4	48	55,17	25	59,52	111	53,365
Ter letreiros de fácil leitura	17	41,5	10	26,3	15	17,24	13	30,95	55	26,442
Passar frequentemente	7	17,1	6	15,8	9	10,34	7	16,67	29	13,942
Ter conexão entre metrô, ônibus, rodoviária, aeroporto	10	24,4	20	52,6	48	55,17	27	64,29	105	50,481
Respeitar o embarque e desembarque dos passageiros	11	26,8	10	26,3	17	19,54	10	23,81	48	23,077
Pontos de parada bem localizados, com assento e segurança	5	12,2	11	28,9	31	35,63	14	33,33	61	29,327
Informar claramente as rotas e horários	3	7,3	7	18,4	15	17,24	8	19,05	33	15,865
Respeitar as vagas dos assentos para pessoas idosas	17	41,5	15	39,5	16	18,39	9	21,43	57	27,404
Respeitar a faixa de pedestre	10	24,4	8	21,1	9	10,34	5	11,90	32	15,385
Acomodar todos sentados para não ser lotado	2	4,9	4	10,5	12	13,79	2	4,76	20	9,6154
Ter mais vagas de estacionamento exclusivas para as pessoas idosas	9	22,0	13	34,2	14	16,09	7	16,67	43	20,673
Respeitar a via da direita como de tráfego mais lento para que a pessoa idosa não precise andar em alta velocidade	5	12,2	7	18,4	10	11,49	4	9,52	26	12,5
Aspectos importantes na moradia										
Áreas residenciais seguras	29	70,7	25	65,8	59	67,82	29	69,05	142	68,269
Facilidade para financiamento por pessoas idosas	14	34,1	14	36,8	27	31,03	9	21,43	64	30,769
Ter comércio próximo às áreas residenciais	19	46,3	16	42,1	44	50,57	18	42,86	97	46,635
Pontos de ônibus próximo das áreas residenciais	18	43,9	18	47,4	34	39,08	23	54,76	93	44,712
Facilidade de empréstimo para reforma residencial	6	14,6	7	18,4	9	10,34	3	7,14	25	12,019
Residências bem construídas e confortáveis ao clima	8	19,5	7	18,4	17	19,54	8	19,05	40	19,231
Espaços internos nivelados que permitam liberdade de movimento em todos os quartos e ambientes	14	34,1	12	31,6	28	32,18	18	42,86	72	34,615
Oferecer suporte de equipe de assistência técnica	11	26,8	8	21,1	24	27,59	13	30,95	56	26,923

(para reparos como electricista, bombeiro hidráulico...)

Auxílio ou condições especiais para aluguel	7	17,1	9	23,7	18	20,69	7	16,67	41	19,712
---	---	------	---	------	----	-------	---	-------	----	--------

Aspectos importantes no lazer

Eventos culturais e lazer com acessibilidade, transporte público, vagas de estacionamento para pessoas idosas	21	51,2	26	68,4	63	72,41	22	52,38	132	63,462
Eventos que aconteçam durante o dia para maior segurança da pessoa idosa	14	34,1	9	23,7	29	33,33	16	38,10	68	32,692
Eventos e atividades que permitam a presença de um cuidador ou acompanhante gratuitamente	15	36,6	14	36,8	22	25,29	15	35,71	66	31,731
O valor dos eventos e atividades reduzidas para a pessoa idosa, sem taxas adicionais escondidas	13	31,7	13	34,2	23	26,44	14	33,33	63	30,288
Eventos e atividades que ofereçam informações claras, incluindo detalhes sobre acessibilidade, e opções de transporte	3	7,3	8	21,1	16	18,39	9	21,43	36	17,308
Ampla gama de atividades oferecidas para a população idosa de forma diversificada	10	24,4	10	26,3	22	25,29	12	28,57	54	25,962
Inclusão das pessoas idosas na comunidade em centros recreativos, escolas, bibliotecas, centros comunitários e parques	15	36,6	15	39,5	27	31,03	9	21,43	66	31,731
Um esforço consistente para incluir pessoas em risco de isolamento social (através da visita de agentes comunitários)	13	31,7	17	44,7	23	26,44	12	28,57	65	31,25
Eventos e oficinas que incentivem o uso das redes sociais virtuais com segurança	4	9,8	8	21,1	7	8,05	1	2,38	20	9,6154
Eventos e ambientes que oportunizem a interação da pessoa idosa com pessoas de outras gerações	9	22,0	14	36,8	33	37,93	13	30,95	69	33,173

Aspectos importantes no respeito e inclusão

Consultar as pessoas idosas regularmente por serviços públicos, voluntários e comerciais sobre como atendê-los melhor	24	58,5	14	36,8	24	27,59	19	45,24	81	38,942
Oferecer serviços e produtos públicos e comerciais que atendam as diversas necessidades das pessoas idosas	16	39,0	13	34,2	47	54,02	20	47,62	96	46,154
Oferecer atendimento cortês e prestativo com as pessoas idosas	20	48,8	14	36,8	30	34,48	10	23,81	74	35,577
Disponibilizar na mídia pessoas idosas representadas positivamente sem estereótipos	3	7,3	7	18,4	18	20,69	8	19,05	36	17,308
Oferecer atividades e eventos que atraiam todas as gerações	11	26,8	14	36,8	24	27,59	13	30,95	62	29,808
Ter ações nas escolas abordando o envelhecimento e o respeito com as pessoas idosas e envolvê-las	28	68,3	22	57,9	46	52,87	27	64,29	123	59,135
Ter reconhecimento das pessoas idosas por seu passado, bem como por suas contribuições presentes	6	14,6	9	23,7	17	19,54	10	23,81	42	20,192
Combater a discriminação da sociedade com as pessoas idosas	17	41,5	18	47,4	34	39,08	12	28,57	81	38,942
Incentivar interação das pessoas idosas com pessoas de outras faixas etárias	11	26,8	16	42,1	30	34,48	12	28,57	69	33,173

Aspectos importantes no trabalho

Oferta opções para voluntários mais velhos, com treinamento, reconhecimento, orientação e compensação para custos	12	29,3	16	42,1	36	41,38	19	45,24	83	39,904
Valorizar as capacidades e qualidades dos	30	73,2	25	65,8	45	51,72	20	47,62	120	57,692

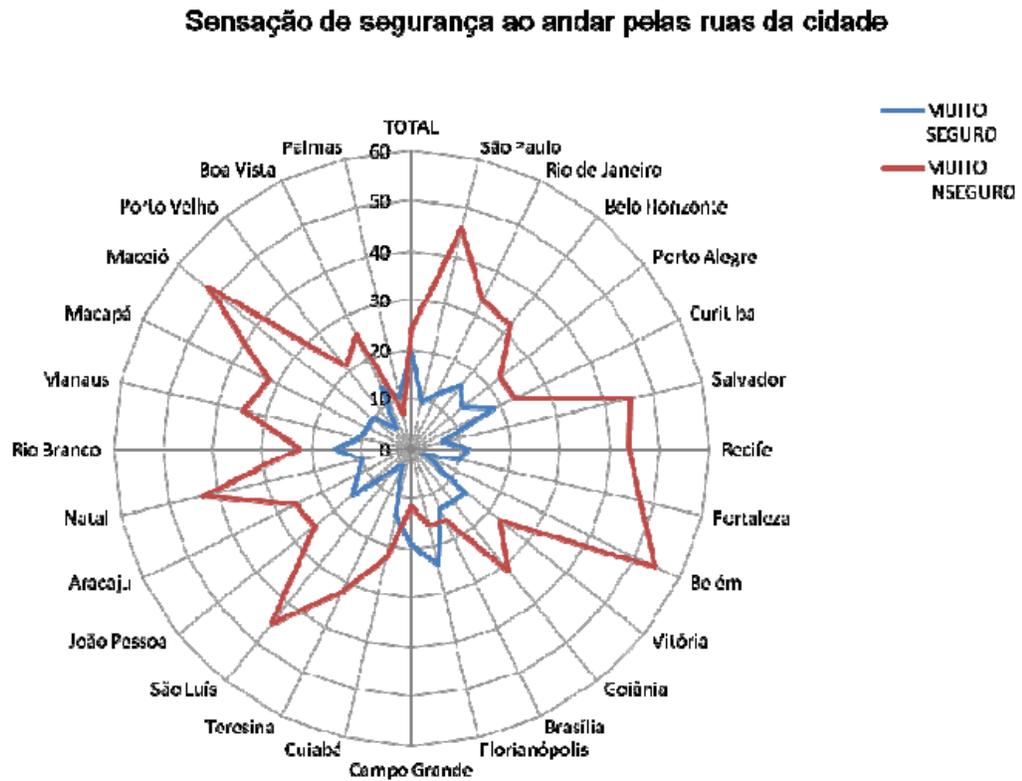
funcionários mais velhos										
Oferecer oportunidades de trabalho remunerado para as pessoas idosas que precisarem/quiserem trabalhar	26	63,4	28	73,7	62	71,26	27	64,29	143	68,75
Proibir a discriminação com base apenas na idade na contratação, retenção, promoção e treinamento de funcionários	13	31,7	11	28,9	34	39,08	14	33,33	72	34,615
Ter opções de trabalho que possibilitem a pessoa idosa ser valorizada e apoiada	23	56,1	9	23,7	28	32,18	20	47,62	80	38,462
Encorajar a presença de pessoas idosas em órgãos de tomada de decisão nos setores público, privado e voluntário	19	46,3	26	68,4	53	60,92	25	59,52	123	59,135
Aspectos importantes na informação e comunicação										
Opções de rádio que forneçam informações regionais de forma clara e eficaz	13	31,7	11	28,9	14	16,09	6	14,29	44	21,154
Informação impressa com letras nítidas, ideias principais mostradas por títulos em negrito e com contraste de cor	20	48,8	15	39,5	32	36,78	20	47,62	87	41,827
Uso de comunicação falada e impressa com palavras simples e familiares em frases curtas e diretas	19	46,3	21	55,3	32	36,78	16	38,10	88	42,308
Os serviços de atendimento telefônico dão instruções lenta e claramente e repetem a mensagem a qualquer momento	13	31,7	7	18,4	13	14,94	5	11,90	38	18,269
Equipamentos eletrônicos, como celulares, telefones, rádios, televisões e caixa-eletrônico, com botões e letras grandes	20	48,8	16	42,1	33	37,93	14	33,33	83	39,904
Ampla acesso a computadores e internet, sem custo ou com custo mínimo, em locais públicos	22	53,7	23	60,5	55	63,22	25	59,52	125	60,096
Oferecer canais de informações sobre serviços, eventos, programações para todas as idades	19	46,3	21	55,3	63	72,41	33	78,57	136	65,385
Aspectos importantes na saúde										
Uma variedade de serviços de saúde e apoio comunitário	22	53,7	14	36,8	37	42,53	19	45,24	92	44,231
Serviços de atendimento domiciliar	24	58,5	19	50,0	53	60,92	26	61,90	122	58,654
Os serviços sociais e de saúde estão convenientemente localizados e acessíveis por todos os meios de transporte	9	22,0	12	31,6	31	35,63	15	35,71	67	32,212
Instalações de serviços de saúde e comunitários construídos com segurança e totalmente acessíveis	14	34,1	13	34,2	25	28,74	14	33,33	66	31,731
Informações claras e acessíveis sobre serviços sociais e de saúde para pessoas idosas	16	39,0	14	36,8	29	33,33	20	47,62	79	37,981
Funcionários respeitosos, prestativos e treinados para servir as pessoas mais velhas	27	65,9	22	57,9	47	54,02	18	42,86	114	54,808
Os serviços voluntários de pessoas de todas as idades são encorajados e apoiados	4	9,8	7	18,4	13	14,94	7	16,67	31	14,904
Consultas médicas por teleatendimento (SUS)	13	31,7	18	47,4	29	33,33	14	33,33	74	35,577

Fonte: Autora

Prevendo uma assimetria entre os territórios estudados, foi perguntado aos voluntários seus medos e preocupações ao deixarem suas residências para explorar a cidade. Nas regiões de Ceilândia (90,2%) e Taguatinga (73,71%) o maior temor das pessoas idosas é a insegurança;

mais precisamente o medo de serem assaltadas. Já no Plano Piloto (72,41%) e Lago Sul (61,90%) as pessoas com 60 anos ou mais possuem receio de sofrerem uma queda por causa de defeitos nas calçadas. Oliveira e Silva (2021) indicaram em seu estudo que o medo do crime reduz a probabilidade do consumo de lazer, com redução estimada em 13,2%, contudo, foi observado um aumento no consumo de atividades que oferecem mais segurança, tais como feiras e shoppings, com aumentos estimados de 6% e 7,2%, respectivamente. O estudo concluiu que a criminalidade provoca perdas que vão além daquelas econômicas, pois não se pode ignorar que o medo do crime é capaz de reduzir a liberdade e o bem-estar das pessoas. Não obstante, a pesquisa nacional de vitimização (2013) corrobora com o estudo de Oliveira e Silva ao encontrar que 91,2% de sua amostra nacional já deixou de ir a algum lugar por ou evitou alguma situação por receio da violência. Analisando regionalmente, a Pesquisa Nacional de Vitimização apontou para uma dualidade entre aqueles que se sentem seguros e os inseguros em Brasília. Pela figura 13 é possível ver no gráfico a opinião de pessoas que se sentem muito seguras e muito inseguras dentro da mesma faixa percentual, o que sugere a ambivalência entre a diversidade de territórios que formam a área metropolitana da capital do Brasil. No mesmo estudo, ao analisarem o sentimento de segurança em andar nas ruas do bairro onde mora durante o dia face às características sociodemográficas, verificou-se que os mais seguros são homens (52,4%), brancos (51%), com maior escolaridade (51,3%), mais velhos (52,1%) e pertencentes as classes AB (51%). Quando comparado com o presente estudo, encontramos uma população oposta, com medo de crimes e violências nas ruas, predominantemente feminina, parda, e de renda e escolaridade inferior ao da pesquisa nacional de vitimização.

Figura 15. Sensação de segurança ao andar pelas ruas de cidades brasileiras, 2013.



Fonte: Pesquisa Nacional de Vitimização – SENASP/Datafolha 2013.

Já o medo da queda repercute no declínio funcional, diminuição da qualidade de vida e aumento do isolamento social na população idosa (SANTOS & FIGUEIREDO, 2019). Logo, a redução ou eliminação dos preditores de queda (calçadas irregulares) é um aspecto fundamental para a promoção da independência das pessoas idosas, minimizando as consequências associadas ao medo de cair.

Tabela 16. Preocupações ao viver a cidade segundo as regiões administrativas (N=208), Brasília – 2022.

Quando o(a) senhor(a) vai sair de casa, com o que se preocupa?	Ceilândia n=41		Taguatinga n=38		Plano Piloto n=87		Lago Sul n=42		Média amostral	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Medo de assalto	37	90,2	28	73,7	43	49,43	18	42,86	126	60,58
Medo de ser atropelado ou sofrer um acidente em trânsito na cidade	27	65,9	19	50,0	25	28,74	16	38,10	87	41,83
Medo de sofrer violência na rua	30	73,2	22	57,9	41	47,13	14	33,33	107	51,44
Medo de cair por causa de defeitos nos passeios/calçadas	29	70,7	27	71,1	63	72,41	26	61,90	145	69,71
Medo de precisar ir ao banheiro	14	34,1	19	50,0	34	39,08	18	42,86	85	40,87
Dificuldades para subir no ônibus	11	26,8	8	21,1	15	17,24	6	14,29	40	19,23
Dificuldades para estacionar o carro	11	26,8	12	31,6	41	47,13	20	47,62	84	40,38
Dificuldades para atravessar a rua	8	19,5	6	15,8	11	12,64	8	19,05	33	15,87
Impaciência dos motoristas de ônibus	18	43,9	17	44,7	16	18,39	4	9,52	55	26,44
Impaciência dos motoristas no trânsito	13	31,7	12	31,6	26	29,89	17	40,48	68	32,69
Impaciência dos pedestres	2	4,9	3	7,9	6	6,90	6	14,29	17	8,17

Fonte: Autora

Na análise de estatística inferencial, o teste de qui-quadrado de independência (tabela 17) mostrou não haver associação entre a percepção de Brasília ser amiga da pessoa idosa com nenhuma das variáveis independentes testadas (região administrativa [$X^2(2) = 7,050$; $p > 0,05$]; faixa etária [$X^2(2) = 0,771$; $p > 0,05$]; renda [$X^2(2) = 4,721$; $p > 0,05$]; sexo [$X^2(2) = 1,879$; $p > 0,05$]; raça/cor [$X^2(2) = 0,827$; $p > 0,05$]; escolaridade [$X^2(2) = 0,059$; $p > 0,05$]; participação social [$X^2(2) = 4,629$; $p > 0,05$]; saúde autorrelatada [$X^2(2) = 4,609$; $p > 0,05$]; qualidade de vida autorrelatada [$X^2(2) = 8,889$; $p > 0,05$]). Assim, aceita-se a hipótese nula de que as determinantes sociais não interferem na percepção de Brasília como cidade amiga da pessoa idosa. Pode-se interpretar este achado como a incapacidade de extrair efeito de uma amostra pequena, ou que Brasília classifica-se como não amiga em todas as regiões administrativas, não variando entre os extratos esperados.

Contudo, é impossível negar as adversidades a serem vencidas pelos moradores de regiões periféricas como Ceilândia e Taguatinga, que o poder de compra define a localização de suas moradias, fazendo com que aqueles com menor renda estejam em áreas mais distantes, tendo que se deslocar por longos trajetos para trabalhar e fazer o uso de equipamentos urbanos e serviços necessários no cotidiano. Problemas com a mobilidade não acontece somente ao circular para o Plano Piloto de Brasília, mas dentro da própria região administrativa

polinucleada (TOMASINI, 2012). Assim, a mobilidade pendular se torna imperativa no cotidiano da área metropolitana de Brasília, com movimentos diários e de grande monta entre as regiões administrativas.

Brasília está longe de ser uma cidade coesa e aprazível para todos, há a necessidade de fornecer direitos básicos como saúde, educação, habitação digna e acesso à cultura (SILVA *et al.*, 2020), para todos e para todas as idades. A Brasília metropolitana apresenta trajetórias de envelhecimento distintas, marcadas pelas disparidades socioeconômicas que acompanharam a maneira desigual e contraditória em que se deu a ocupação de seu território (MACIEL; & MOURA, 2020).

A classificação da capital do país por sub-grupos com características diferentes, mas que pensam semelhante sobre a cidade: Brasília não ser amiga da pessoa idosa. Chama a atenção para reforçar a necessidade de adequar as competências de gestão a fim de permitir que o sistema urbano cumpra seu papel com qualidade e dignidade, permitindo um envelhecimento ativo para todos os moradores e frequentadores da Brasília Metropolitana.

Tabela 17. Análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e percepção de Brasília amiga da pessoa idosa. Brasília – 2022

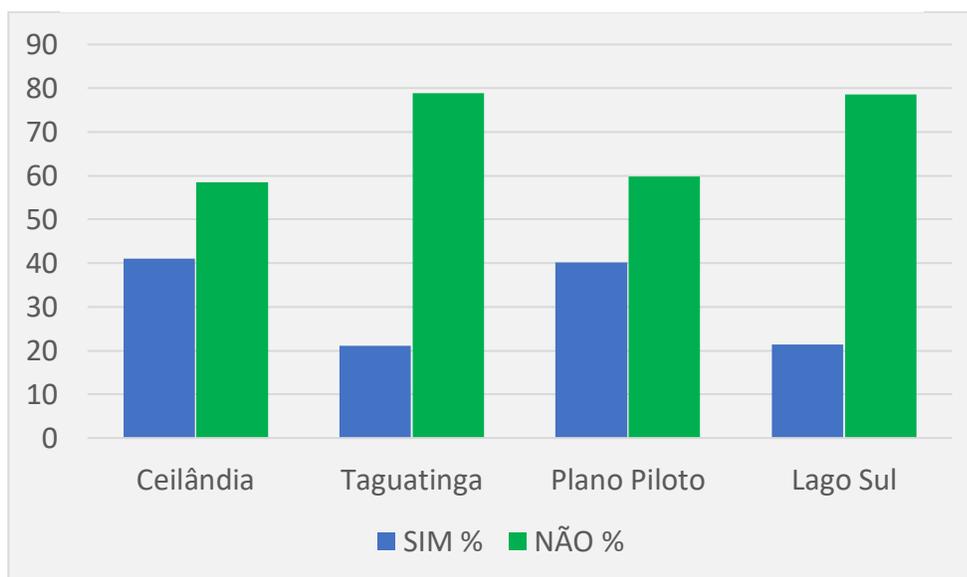
Variável independente	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Região administrativa			
Person Chi-Square	7,050	3	0,070
Faixa etária			
Person Chi-Square	0,771	2	0,068
Renda			
Person Chi-Square	4,721	6	0,580
Sexo			
Person Chi-Square	1,879	1	0,170
Raça/cor			
Person Chi-Square	0,827	1	0,363
Escolaridade			
Person Chi-Square	0,059	2	0,970
Participação social			
Person Chi-Square	4,629	4	0,328
Saúde autorelatada			
Person Chi-Square	4,609	4	0,330
Qualidade de vida autorelatada			
Person Chi-Square	8,889	4	0,064

Fonte: Autora

Quem acha Brasília uma cidade amiga da pessoa idosa

Nesta seção eu traço o perfil dos moradores que percebem Brasília como uma cidade amiga da pessoa idosa. Começo com as regiões administrativas, onde o maior percentual de pessoas que acham Brasília amiga está em Ceilândia (41,5%) seguido do Plano Piloto (40,2%) (Gráfico 3). Duas regiões opostas nos contextos sociodemográficos, mas durante a coleta de dados foi possível observar na região de Ceilândia o senso de gratidão das conquistas realizadas por seus moradores que em sua maioria são migrantes de regiões carentes do nordeste brasileiro (CODEPLAN, 2019c).

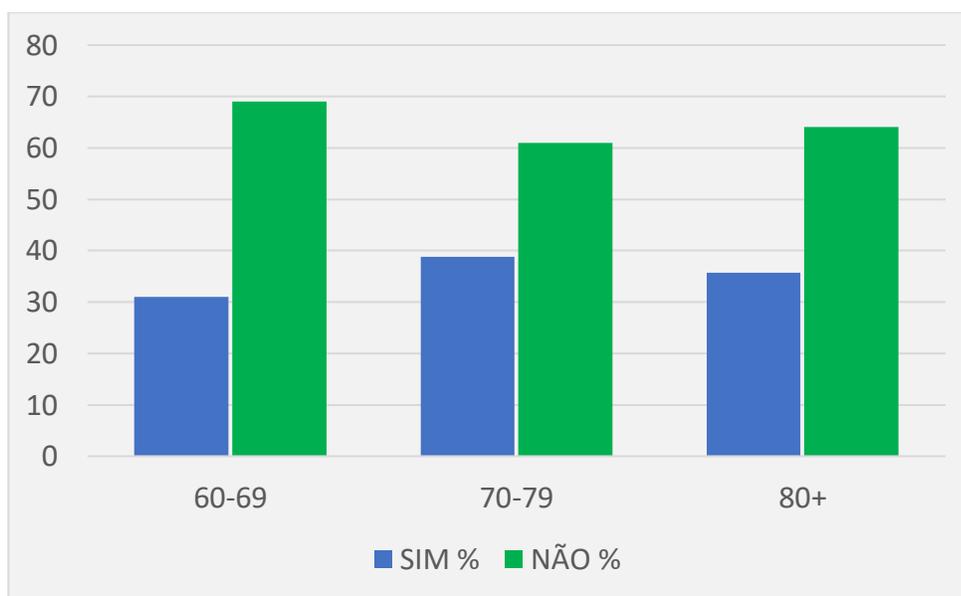
Gráfico 3. Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo a região administrativa (n=208)



Fonte: Autora

Entre as faixas etárias, a que mais classificou Brasília como amiga da pessoa idosa foram aqueles entre 70-79 anos (38,8%), ou conceitualmente chamados de idosos, seguidos dos idosos-idosos (80 anos ou mais) com 35,7% (Gráfico 4). Vale ressaltar que as pessoas mais velhas acompanharam o crescimento e desenvolvimento da cidade de Brasília desde sua inauguração, possuindo uma referência do antes e do agora da cidade, o que pode contribuir para sua percepção de amigabilidade.

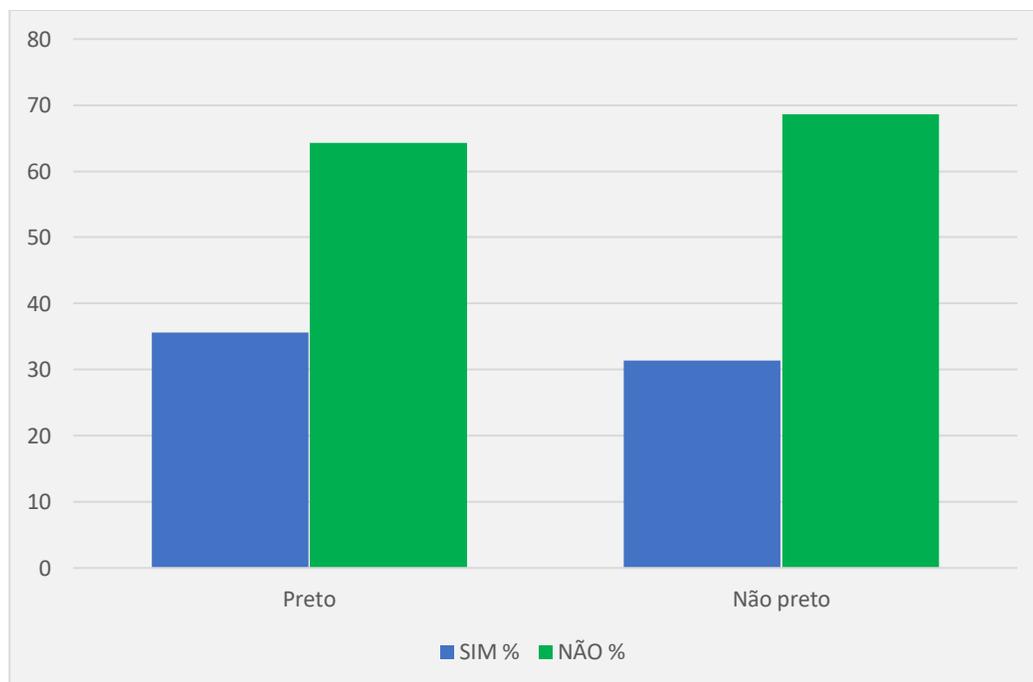
Gráfico 4. Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo a classificação etária (n=208)



Fonte: Autora

Entre a classificação de preto (pardos, indígenas e amarelos) e não preto, os que percebem Brasília amiga são os pretos 35,6% (gráfico 5). Novamente o histórico migratório da cidade, de onde a maioria preta/parda advém (regiões norte e nordeste do país), pode justificar a consideração de Brasília ser mais amiga que seus locais de origem (CODEPLAN, 2014).

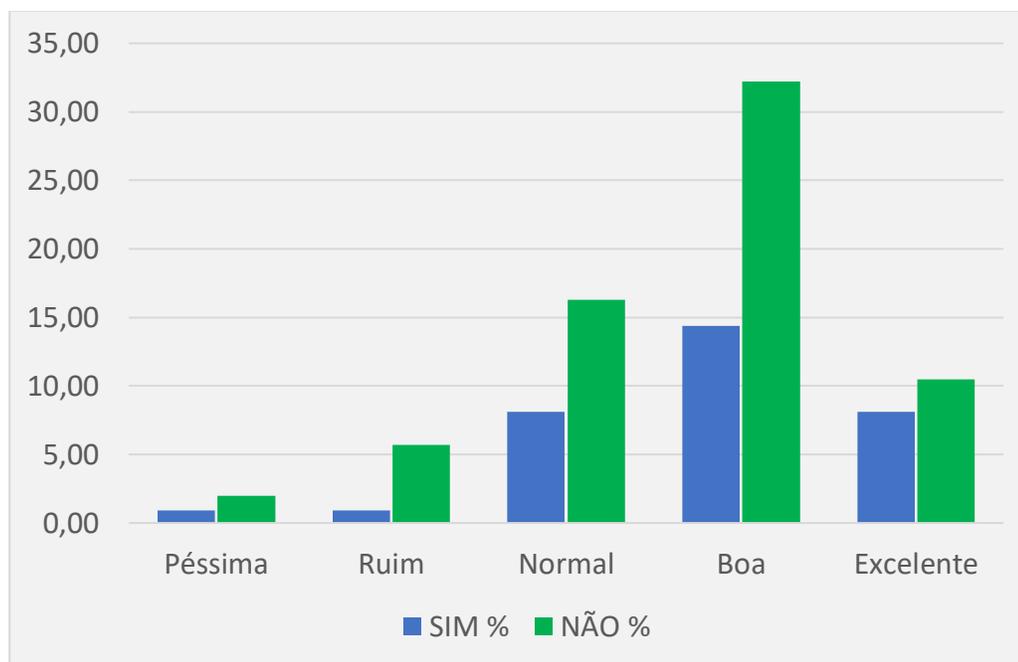
Gráfico 5. Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo a classificação de cor (n=208)



Fonte: Autora

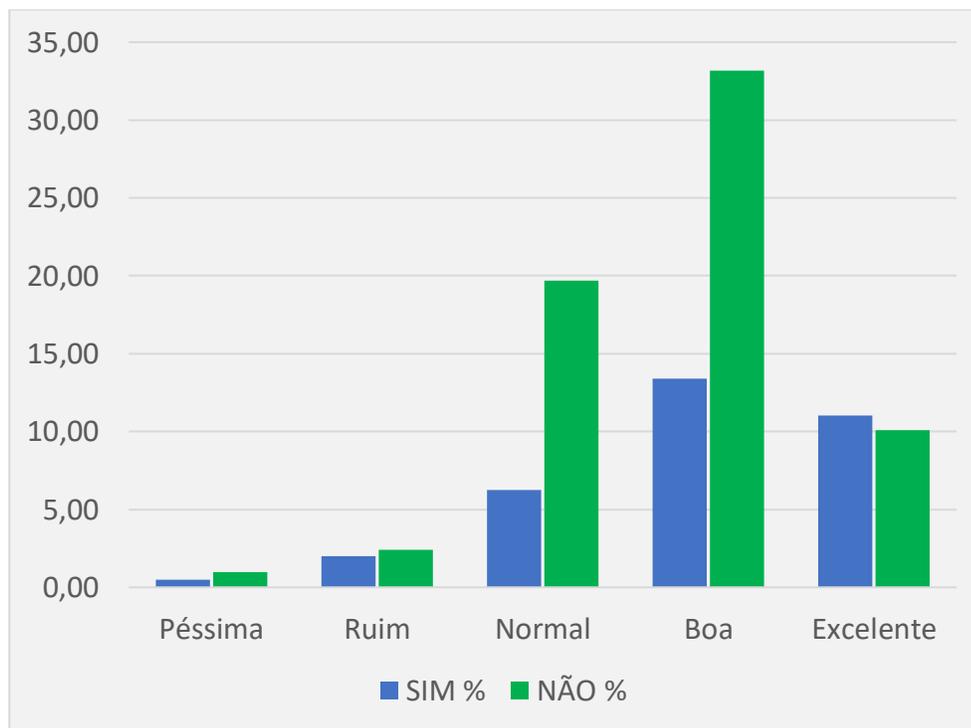
A saúde e qualidade de vida autorrelatada indicam que aqueles que a percebem positivamente (normal, boa excelente) (Gráfico 6 e 7) foram a maioria ao conceituar Brasília amiga. Corroborando com achados que indicam a autodeclaração de saúde, ainda que subjetiva, um parâmetros de análise sobre outros temas (GOMES *et al.*, 2021).

Gráfico 6. Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo autodeclaração de saúde (n=208)



Fonte: Autora

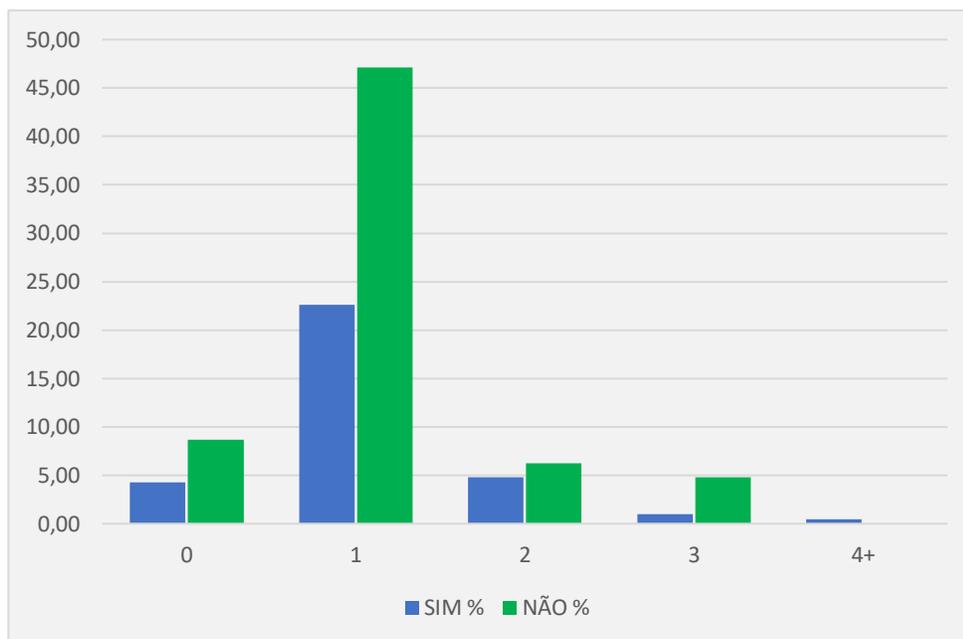
Gráfico 7. Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa segundo autodeclaração de qualidade de vida (n=208)



Fonte: Autora

Quem exerce uma atividade comunitária apresentou uma porcentagem maior de indivíduos (22,6%) que percebem Brasília mais amigável à pessoa idosa (Gráfico 8). Futuros estudos podem investigar quais são estas atividades, e se elas possuem um maior ou menor engajamento com a cidade.

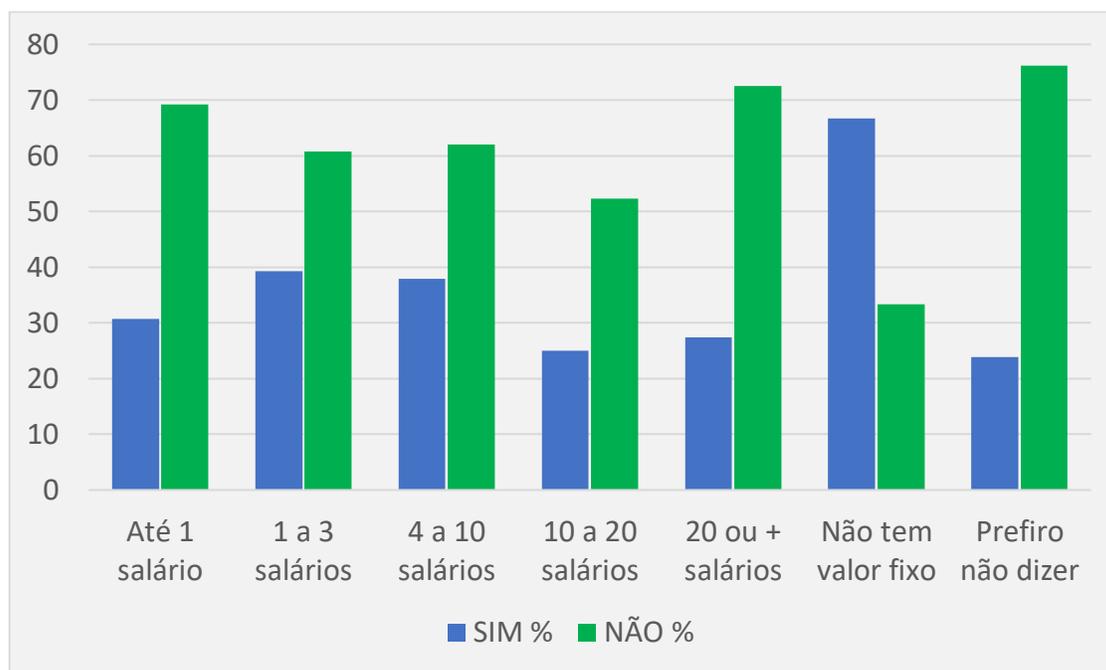
Gráfico 8. Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa por participação social (n=208)



Fonte: Autora

Ao analisar a renda dos participantes (Gráfico 9), a maior porcentagem dos que acham Brasília amiga da pessoa idosa é representado por pessoas que não possuem uma renda fixa (66,7%), o segundo maior percentual são de indivíduos que também a classifica positivamente são aqueles com renda de 1 – 3 salários-mínimo (39,3%). O que indica que pessoas com menor aporte financeiro tenham um senso de acolhimento e satisfação pela cidade.

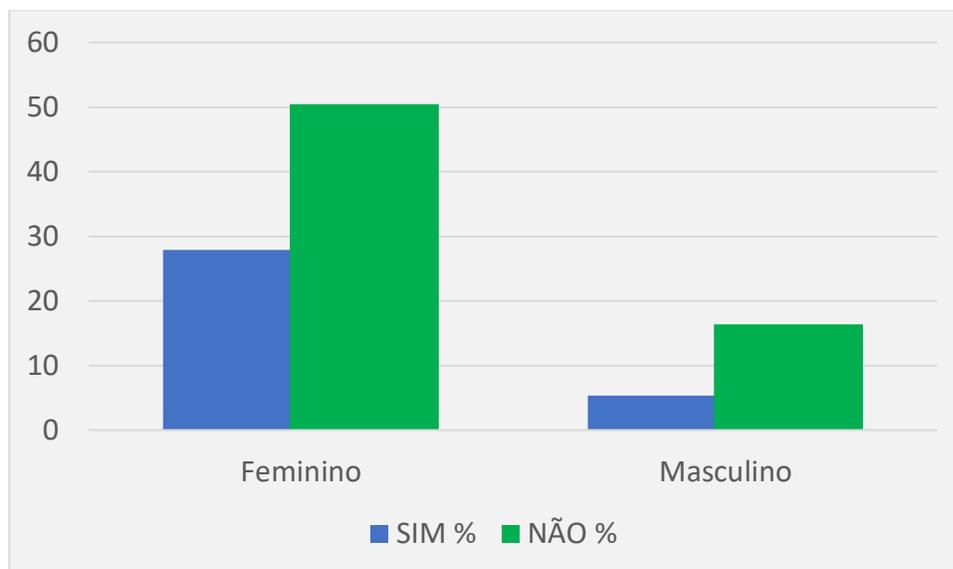
Gráfico 9. Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa por renda (n=208)



Fonte: Autora

E finalmente, ao analisarmos os participantes por sexo, 27,9% das mulheres conceituam Brasília como uma cidade amiga da pessoa idosa, contra 5,3% dos homens com a mesma opinião (Gráfico 10). Como a amostra é predominantemente composta por pessoas do sexo feminino, este resultado pode ter sido tendenciado. Um futuro estudo pode estratificar melhor a composição da amostra para representar a população do Distrito Federal conforme o censo demográfico.

Gráfico 10. Classificação de Brasília amiga da pessoa idosa por renda (n=208)



Fonte: Autora

Associação dos determinantes sociais à amigabilidade da área metropolitana de Brasília

Na análise de estatística inferencial, o teste de qui-quadrado de independência (tabela 18) mostrou não haver associação entre a percepção de Brasília ser amiga da pessoa idosa com nenhuma das variáveis independentes testadas (região administrativa [$X^2(2) = 7,050$; $p > 0,05$]; faixa etária [$X^2(2) = 0,771$; $p > 0,05$]; renda [$X^2(2) = 4,721$; $p > 0,05$]; sexo [$X^2(2) = 1,879$; $p > 0,05$]; raça/cor [$X^2(2) = 0,827$; $p > 0,05$]; escolaridade [$X^2(2) = 0,059$; $p > 0,05$]; participação social [$X^2(2) = 4,629$; $p > 0,05$]; saúde autorrelatada [$X^2(2) = 4,609$; $p > 0,05$]; qualidade de vida autorrelatada [$X^2(2) = 8,889$; $p > 0,05$]). Assim, aceita-se a hipótese nula de que as determinantes sociais não interferem na percepção de Brasília como cidade amiga da pessoa idosa. Pode-se interpretar este achado como a incapacidade de extrair efeito de uma amostra pequena, ou que Brasília classifica-se como não amiga em todas as regiões administrativas, não variando entre os extratos esperados.

Contudo, é impossível negar as adversidades a serem vencidas pelos moradores de regiões periféricas como Ceilândia e Taguatinga, que o poder de compra define a localização de suas moradias, fazendo com que aqueles com menor renda estejam em áreas mais distantes, tendo que se deslocar por longos trajetos para trabalhar e fazer o uso de equipamentos urbanos e serviços necessários no cotidiano. Problemas com a mobilidade não acontece somente ao circular para o Plano Piloto de Brasília, mas dentro da própria região administrativa polinucleada (TOMASINI, 2012). Assim, a mobilidade pendular se torna imperativa no cotidiano da área metropolitana de Brasília, com movimentos diários e de grande monta entre as regiões administrativas.

Brasília está longe de ser uma cidade coesa e aprazível para todos, há a necessidade de fornecer direitos básicos como saúde, educação, habitação digna e acesso à cultura (SILVA *et al.*, 2020), para todos e para todas as idades. A Brasília metropolitana apresenta trajetórias de envelhecimento distintas, marcadas pelas disparidades socioeconômicas que acompanharam a maneira desigual e contraditória em que se deu a ocupação de seu território (MACIEL; & MOURA, 2020).

Tabela 18. Análise de associação entre as variáveis sociodemográficas e percepção de Brasília amiga da pessoa idosa

Variável independente	Value	df	Asymp.sig (2-sided)
Região administrativa			
Person Chi-Square	7,050	3	0,070
Faixa etária			
Person Chi-Square	0,771	2	0,068
Renda			
Person Chi-Square	4,721	6	0,580
Sexo			
Person Chi-Square	1,879	1	0,170
Raça/cor			
Person Chi-Square	0,827	1	0,363
Escolaridade			
Person Chi-Square	0,059	2	0,970
Participação social			
Person Chi-Square	4,629	4	0,328
Saúde autorelatada			
Person Chi-Square	4,609	4	0,330
Qualidade de vida autorelatada			
Person Chi-Square	8,889	4	0,064

Fonte: Autora

Determinantes da percepção de Brasília Cidade Amiga da Pessoa Idosa

Nesta seção estão expostas as razões de chances (*odds ratio*) para a percepção de Brasília ser amiga da pessoa idosa. Cada tabela representa um modelo com as razões de chances e o intervalo de confiança para cada variável independente. Contudo, não houve valores significantes entre os preditores. Aceitando-se a hipótese nula de que os determinantes sociais não interferem na percepção de Brasília como cidade amiga da pessoa idosa. É provável que a amostra não foi suficiente para mostrar o efeito, visto que em alguns preditores há menos de 5 elementos, ou seja, não cumpre os requisitos mínimos para a análise.

Tabela 19. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade – modelo 1

Modelo 1				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC 95%
Idade				
60-69*				
70-79	0,1905	0,2551	0,469	0,674;5,225
80+	-0,719	0,8297	-0,867	0,160;8,185

Fonte: Autor

Nota: *Referência

Tabela 20. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade e cor – modelo 2

Modelo 2				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC95%
Idade				
60-69*				
70-79	0,1905	0,42144	0,469	0,674;5,225
80+	-0,76789	0,83868	-0,916	0,160;8,185
Cor				
Não Preto*				
Preto	0,40536	0,387	1,047	0,905;6,487

Fonte: Autor

Nota: *Referência

Tabela 21. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 3

Modelo 3				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC95%
Idade				
60-69*				
70-79	0,201	0,4244	0,474	0,674;5,225
80+	-0,7542	0,8393	0,474	0,160;8,185
Cor				
Não Preto*				
Preto	0,4013	0,3911	1,026	0,905;6,487
Escolaridade				
Ensino fundamental*				
Ensino médio	0,2178	0,6678	0,326	0,7443;1,047
Ensino Superior	0,3326	0,8101	0,411	0,6814;1,055

Fonte: Autor

Nota: *Referência

Tabela 22. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 4

Modelo 4				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC95%
Idade				
60-69*				
70-79	0,5503	0,4601	1,196	0,674;5,225
80+	-0,777	0,8692	-0,895	0,160;8,185
Cor				
Não Preto*				
Preto	0,38205	0,4095	0,933	0,905;6,487
Escolaridade				
Ensino fundamental*				
Ensino médio	-0,5683	0,8354	-0,68	0,496;1,047
Ensino Superior	-0,10477	0,986	-0,106	0,915;1,055
Renda				
1-3	0,96381	0,9539	1,01	0,361;92,375
4-10	0,8661	1,08219	0,8	0,549;183,24
10-20	0,71006	1,1661	0,609	0,397;232,98
+20	0,01818	1,14907	0,016	0,987;1,026

Fonte: Autor

Nota: *Referência

Tabela 23. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 5

Modelo 5				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC95%
Idade				
60-69*				
70-79	0,37508	0,4448	0,843	0,674;5,225
80+	-0,71684	0,84114	-0,852	0,160;8,185
Cor				
Não Preto*				
Preto	0,35712	0,39507	0,904	0,905;6,487
Escolaridade				
Ensino fundamental*				
Ensino médio	-0,07569	0,70339	-0,108	0,9143;1,047
Ensino Superior	0,14386	0,82106	0,175	0,8609;1,055
Renda				
1-3	0,96189	1,03214	0,932	0,351;92,375
4-10	0,88785	1,14854	0,773	0,440;183,24
10-20	0,73658	1,2390	0,594	0,552;232,98
+20	-0,10253	1,22664	-0,084	0,933;1,026
Participação social				
	-0,56838	0,38142	-1,49	0,136;1,8930

Fonte: Autor

Nota: *Referência

Tabela 24. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 6

Modelo 6				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC95%
Idade				
60-69	0,11301	0,7495	0,151	0,8802;1,944
70-79	0,37508	0,4448	0,843	0,674;5,225
80+	-0,71684	0,84114	-0,852	0,160;8,185
Cor				
Não Preto*				
Preto	0,35712	0,39507	0,904	0,905;6,487
Escolaridade				
Ensino fundamental*				
Ensino médio	-0,07569	0,70339	-0,108	0,9143;1,521
Ensino Superior	0,14386	0,82106	0,175	0,8609;1,939
Renda				
1-3	0,96189	1,03214	0,932	0,351;92,375
4-10	0,88785	1,14854	0,773	0,440;183,24
10-20	0,73658	1,2390	0,594	0,552;232,98
+20	-0,10253	1,22664	-0,084	0,933
Participação social				
	-0,56838	0,38142	-1,49	0,136;0,893
Sexo				
Masculino			0,332	0,089;1,0633
Feminino	-0,535	0,384	0,586	0,276;1,242

Fonte: Autor

Nota: *Referência

Tabela 25. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 7

Modelo 7				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC95%
Idade				
60-69*				
70-79	0,37508	0,4448	0,843	0,674;5,225
80+	-0,71684	0,84114	-0,852	0,160;8,185
Cor				
Não Preto*				
Preto	0,35712	0,39507	0,904	0,905;6,487
Escolaridade				
Ensino fundamental*				
Ensino médio	-0,07569	0,70339	-0,108	0,922;1,047
Ensino Superior	0,14386	0,82106	0,175	0,8609;1,893
Renda				
1-3	0,96189	1,03214	0,932	0,351;92,375
4-10	0,88785	1,14854	0,773	0,440;183,24
10-20	0,73658	1,2390	0,594	0,552;232,98
+20	-0,10253	1,22664	-0,084	0,786;2,073
Participação social				
	-0,56838	0,38142	-1,49	0,670;1,514
Sexo				
Masculino*				
Feminino	-0,535	0,384	0,586	0,276;1,242
Região administrativa				
Lago Sul	-0,97184	0,6725	-1,445	0,046;4,111
Plano Piloto	-0,9225	0,5865	-1,572	0,0519;3,260
Taguatinga	-1,60813	0,67366	-2,387	0,669;1,219
Ceilândia*				

Fonte: Autor

Nota: *Referência

Tabela 26. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 8

Modelo 8				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC95%
Idade				
60-69*				
70-79	0,5732	0,47188	1,215	0,224;5,225
80+	-0,60242	0,87974	-0,685	0,493;8,185
Cor				
Não Preto*				
Preto	0,28011	0,42021	0,667	0,505;6,487
Escolaridade				
Ensino fundamental*				
Ensino médio	-0,47294	0,9018	-0,524	0,600;1,047
Ensino Superior	-0,04583	1,0377	-0,044	0,965;1,939
Renda				
1-3	0,96189	1,03214	0,932	0,351;92,375
4-10	0,88785	1,14854	0,773	0,440;183,24
10-20	0,73658	1,2390	0,594	0,552;232,98
+20	-0,10253	1,22664	-0,084	0,786;2,073
Participação social				
	-0,56838	0,38142	-1,49	0,670;1,514
Sexo				
Masculino*			0,332	0,089;1,0633
Feminino	-0,535	0,384	0,586	0,276;1,242
Região administrativa				
Lago Sul	-0,81354	0,96258	-0,845	0,398;4,111
Plano Piloto	-0,11646	0,86448	-0,135	0,893;3,260
Taguatinga	-1,25478	0,84828	-1,479	0,139;1,219
Ceilândia*				
Saúde autorelatada				
Excelente	0,6773	0,5348	1,266	0,205;3,999
Boa*				
Normal	0,0914	0,4875	0,187	0,851;2,459
Ruim	-0,9212	0,91049	-1,012	0,312;2,226
Péssima	-0,29755	1,39327	-0,214	0,831;2,060

Fonte: Autor

Nota: *Referência

Tabela 27. Razões de Chances (RC) do modelo de regressão logística binária para percepção de Brasília amiga da pessoa idosa, segundo idade - modelo 9

Modelo 9				
Razão de chance da percepção Brasília amiga da pessoa idosa				
	B	S.E	RC	IC95%
Idade				
60-69*				
70-79	0,5732	0,47188	1,215	0,224;5,225
80+	-0,60242	0,87974	-0,685	0,493;8,185
Cor				
Não Preto*				
Preto	0,28011	0,42021	0,667	0,505;6,487
Escolaridade				
Ensino fundamental*				
Ensino médio	-0,47294	0,9018	-0,524	0,600;1,047
Ensino Superior	-0,04583	1,0377	-0,044	0,965;1,080
Renda				
1-3	0,96189	1,03214	0,932	0,351;92,375
4-10	0,88785	1,14854	0,773	0,440;183,24
10-20	0,73658	1,2390	0,594	0,552;232,98
+20	-0,10253	1,22664	-0,084	0,786;2,073
Participação social				
	-0,56838	0,38142	-1,49	0,670;1,514
Sexo				
Masculino*			0,332	0,089;1,0633
Feminino	-0,535	0,384	0,586	0,276;1,242
Região administrativa				
Lago Sul	-0,81354	0,96258	-0,845	0,398;4,111
Plano Piloto	-0,11646	0,86448	-0,135	0,893;3,260
Taguatinga	-1,25478	0,84828	-1,479	0,139;1,219
Ceilândia*				
Saúde autorelatada				
Excelente	0,6773	0,5348	1,266	0,205;1,968
Boa				
Normal	0,0914	0,4875	0,187	0,851;8,856
Ruim	-0,9212	0,91049	-1,012	0,312;1,688
Péssima	-0,29755	1,39327	-0,214	0,831;1,946

Qualidade de vida				
Excelente	1,57541	0,5053	3,118	0,00182;1,065
Boa*				
Normal	0,30251	0,5357	-0,565	0,2487;2,0710
Ruim	0,99837	0,83116	1,201	0,2296;14,4210
Péssima	0,03225	1,5086	0,021	0,0360;29,6764

Fonte: Autor

Nota: *Referência

CAPÍTULO IX

Artigo 1: revisão de literatura

Aceito pela revista Acta Paulista de Enfermagem

Pressupostos epistemológicos das cidades amigas das pessoas idosas: revisão de escopo

Tatiana Frade Maciel¹ (<https://orcid.org/0000-0002-4017-764X>)

Leides Barroso Azevedo Moura¹ (<https://orcid.org/0000-0002-1208-4569>)

Descritores

Etarismo; Enquadramento interseccional; Envelhecimento; Idoso; Cidade saudável; Inclusão social; Vida independente

Keywords

Ageism; Intersectional framework; Ageing; Aged; Healthy city; Social inclusion; Independent living

Descriptores

Ageísmo; Marco interseccional; Envejecimiento; Anciano; Ciudad saludable; Inclusión social; Vida independiente

Submetido

4 de Fevereiro de 2022

Aceito

24 de Outubro de 2022

¹Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil.

Conflitos de interesse: nada a declarar.

Autor correspondente

Leides Barroso Azevedo Moura

E-mail: leidesm74@gmail.com

Como citar:

Maciel TF, Moura LB. Pressupostos epistemológicos das cidades amigas das pessoas idosas: revisão de escopo. Acta Paul Enferm. 2022;exxx.

Editora Associada

Paula Hino (<https://orcid.org/0000-0002-1408-196X>)

Resumo

Objetivo: Identificar os conceitos e perspectivas teóricas que fundamentam os estudos sobre Cidade Amiga da Pessoa Idosa.

Métodos: Revisão de escopo utilizando seis bancos de dados para identificar estudos publicados em revistas indexadas entre 2007 e 2021 usando as palavras-chave ‘age-friendly’ OR ‘age friendly’ OR ‘cidade amiga’.

Resultados: Foram encontrados 2.975 estudos que após aplicação de critérios de exclusão resultaram em 227. Observou-se ampla variação no conceito do termo, porém muitos autores o fizeram replicando a OMS, sendo que em 59,5% dos estudos não houve menção de nenhuma perspectiva teórica. A teoria ecológica foi o referencial mais frequente (26%), sendo o termo usado como um equivalente a envelhecimento ativo. Autores de quatro países respondem pela maioria dos artigos (61%).

Conclusão: É necessário articular o conceito de Cidade Amiga da Pessoa Idosa com uma abordagem teórica e cultural para compreender mais profundamente as perspectivas do urbano e do social sob a lógica do envelhecimento populacional principalmente para a América Latina. A análise teórica nestes estudos e na gerontologia favorecerão discussões mais críticas sobre o envelhecimento, o idadismo e a crescente desigualdade social em curso.

Introdução

O envelhecimento e a urbanização representam tendências globais tanto nos países em desenvolvimento quanto nos desenvolvidos (TORKU; CHAN; YUNG, 2021a). Apesar disso, entre aqueles em desenvolvimento, os desafios e o enfrentamento desses dois fenômenos são diferentes em termos de recursos e apoios políticos para um envelhecimento ativo e saudável. Tal discrepância é agravada pelas estruturas e desigualdades sociais no curso de vida da população mais vulnerável (GREENFIELD, E A, 2018b).

Por conseguinte, o estudo do envelhecimento humano torna-se uma tarefa complexa e desafiadora ao considerarmos todas as variáveis que envolvem a pessoa idosa e as velhices heterogêneas (GREENFIELD, E A, 2018a).

Uma das possibilidades de compreender e estudar como a interseccionalidade e as múltiplas formas de desvantagem do espaço urbano, social e político impactam no processo de envelhecimento (GREENFIELD, E A, 2018a; THOMÉSE; BUFFEL; PHILLIPSON, 2018), é possivelmente pelo rastreio da produção acadêmica (TORKU; CHAN; YUNG, 2021a). Principalmente dos países da América Latina que podem contribuir com essa lacuna e ampliar o impacto de pesquisas e políticas públicas voltadas para o assunto.

Além de identificar e caracterizar estas políticas e populações, há de se embasar as investigações sob uma lente teórica relevante para trazer discussões construtivas sobre as experiências do envelhecer, seus contextos urbanos, políticos, sociais, econômicos e culturais articulados às questões de gêneros, racismo estrutural, deficiências, e outras constituintes de uma agenda interseccional (GREENFIELD, E A, 2018a; THOMÉSE; BUFFEL; PHILLIPSON, 2018).

O estudo do envelhecer nas cidades envolve interdisciplinaridades que demandam perspectivas teóricas e delimitações conceituais na produção de evidências (BOSCH-MEDA, 2021). Só assim poderemos ampliar a compreensão sobre como posição social e identidades múltiplas e sobrepostas podem afetar os resultados do envelhecimento ativo, saudável e cidadão.

Em 2007, com o intuito de oportunizar o envelhecimento ativo e saudável globalmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou o Guia Global das Cidades Amigas da Pessoa Idosa (OMS, 2007b), promovendo o termo que foi paulatinamente cunhado na história.

Há cerca de 50 anos, gerontólogos ambientais já haviam delineado o conceito de comunidades amigas da população idosa examinando a relação entre as pessoas, seu ambiente e a qualidade de vida dos sexagenários (LAWTON, A. H.; RICH, 1968). No entanto, nos anos 2000 o termo popularizou com o conceito da OMS intimamente ligado ao envelhecimento ativo ao propor "oportunidades de saúde, participação e segurança para melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem" (OMS, 2005).

Para reforçar sua importância, as comunidades amigas da pessoa idosa são uma parte central na discussão da influência ambiental para um envelhecimento saudável dentro da interlocução do Plano de Ação da Década do envelhecimento saudável 2021-2030. Há uma expectativa de que as comunidades amigas da pessoa idosa serão ambientes propícios para

envelhecer com segurança, desenvolver-se como pessoa, contribuir com suas comunidades, e manter a autonomia e saúde (MACIEL; & MOURA, 2020; WHO, 2020).

Hoje, depois de muitos anos do lançamento do guia, o conceito de cidade amiga da pessoa idosa não está totalmente desenvolvido e carece de um consenso sobre sua definição (BOSCH-MEDA, 2021), ainda que geralmente compartilhe ideias apoiadas na promoção do envelhecimento ativo e saudável (WETLE, 2020).

Descrito como um modelo complexo, dinâmico e multidimensional (OMS, 2007b), o termo requer uma abordagem teórica explícita para demonstrar sobre qual olhar ele está sendo analisado e aplicado. As iniciativas podem ser apoiadas sobre a perspectiva *ageing in place*, planejamento urbano, modelos socioecológicos, na gerontologia ambiental ou geográfica, em teorias ecológicas com modelos relacionados a competência e pressão, dentre outros (BOSCH-MEDA, 2021).

Embora, o conceito de comunidades e cidades amigas da pessoa idosa tenha sido promulgado internacionalmente, sua implementação continua sendo mais uma aspiração do que uma realidade coordenada (WETLE, 2020). Neste intuito, as teorias funcionam como lentes para observar, entender, explicar e fazer previsões sobre a realidade (THUESEN *et al.*, 2021). Portanto, o amparo claro de perspectivas teóricas é vital para a compreensão dos empecilhos e facilitadores do tema dentro do universo do envelhecimento (BOSCH-MEDA, 2021).

Durante a constituição do estado da arte, foi possível identificar revisões de literatura voltados para a análise de barreiras e determinantes (MENEC, V; BROWN, 2018), impactos, desafios e novos rumos (HOOF; MARSTON, 2021; TORQU; CHAN; YUNG, 2021a) para a constituição de comunidades amigas da pessoa idosa em ambiente urbano e rural (HOOF; MARSTON, 2021; SÁNCHEZ-GONZÁLEZ; ROJO-PÉREZ; RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ; FERNÁNDEZ-MAYORALAS; *et al.*, 2020; SCHELLER *et al.*, 2021). Nenhum dos estudos até o momento foi direcionado para os pressupostos teóricos, como aqui proposto.

Diante do exposto, o artigo pretende identificar os conceitos e perspectivas teóricas que fundamentam os estudos sobre Cidade Amiga da Pessoa Idosa.

Métodos

Trata-se de uma revisão de escopo conduzida conforme recomendações do Instituto Joanna Briggs (JBI) e PRISMA-ScR (TRICCO *et al.*, 2018). A revisão de escopo foi escolhida devido

à sua natureza sistemática, projetada para resumir o conhecimento atual, identificar lacunas e esclarecer conceitos ou definições na literatura (TRICCO *et al.*, 2018).

Para construção da questão norteadora utilizou-se a estratégia PCC (população, conceito e contexto), sendo “P” estudos primários e secundários, qualitativos e quantitativos, “C” perspectivas teóricas, e “C” cidade amiga da pessoa idosa (*age-friendly*). Com base nesses critérios foi estabelecida a seguinte pergunta: Quais perspectivas teóricas foram utilizadas ao longo dos estudos sobre Cidade Amiga da Pessoa Idosa? e complementarmente: Qual o conceito do termo está sendo utilizado nas publicações?

As buscas foram realizadas independentemente por dois revisores, em dezembro de 2020, e atualizadas em julho de 2022, nas bases de dados CINAHL, LILACS, MEDLINE, Scopus, SocINDEX, e Web of Science. Na ausência de descritores indexados ao DeCS/MeSH, optou-se pelo uso das palavras-chave e operador booleano: 'age-friendly' OR 'age friendly' OR “cidade amiga”, respeitando-se as características específicas de cada uma das bases de dados selecionadas. As buscas foram limitadas ao período de 01 de janeiro de 2007 a 31 de dezembro de 2021, dado o propósito de identificar as evidências após o lançamento do guia global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas, pela OMS em 2007.

Foram incluídos artigos de revisão da literatura ou originais, de abordagem quantitativa e qualitativa, empíricos e não empíricos que conceituassem e articulassem o termo “*Age-friendly*” no contexto de comunidade ou cidade, publicados em português, francês, inglês e espanhol (Quadro 1).

Quadro1. Critérios de inclusão e exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
O artigo deveria envolver um estudo primário ou secundário, empírico - genericamente definido como aquele baseado em observação ou dados qualitativos ou quantitativos, ou não empírico (por exemplo, revisões, artigos conceituais, descrições de iniciativas <i>age-friendly</i>);	Estudos apresentados como capítulo de livros, relatório, teses ou dissertações, editoriais, livros, resenha de livro, <i>guidelines</i> ;

O estudo deveria apresentar uma iniciativa baseada na aplicação do termo <i>age-friendly</i> dentro do contexto comunidade/cidade;	Estudos de iniciativa <i>age-friendly</i> centrados em contexto diverso à comunidade/cidade, como por exemplo: ambiente universitário, hospitalar, serviços ou tecnologia;
O estudo deveria mencionar o termo <i>age-friendly</i> no título ou resumo.	Publicado em idiomas diferentes do inglês, espanhol, português ou francês;
O estudo deveria conceituar o termo <i>age-friendly</i> ;	Publicado antes de 2007 ou posterior a 2021.

Os registros identificados foram exportados para a plataforma Rayyan QCRI (WINTERTON, RACHEL *et al.*, 2021) para auxiliar na seleção, organização e exclusão de guidelines, livros, capítulos de livros, editoriais, resenha de livros, cartas e duplicatas. O processo de seleção dos estudos foi realizado por dois revisores independentes e divergências foram resolvidas por consenso. A seleção dos estudos foi realizada em duas etapas. Na primeira foram avaliados os títulos e resumos das referências identificadas e pré-selecionadas aquelas potencialmente elegíveis. Sendo considerados elegíveis estudos que continham em seu título, resumo ou manuscrito o termo “Cidade Amiga da Pessoa Idosa” e que abordasse o termo dentro do contexto de comunidade ou cidade, excluindo aqueles com foco em universidades, hospitais ou serviços de saúde. Na segunda etapa, foi realizada a avaliação na íntegra dos estudos selecionados para confirmar sua elegibilidade. Para tal, primeiro o estudo deveria apontar o conceito do termo. Sendo então elegível, o estudo seria avaliado sobre a existência de uma perspectiva teórica ou uma abordagem que pudesse ser assumida a partir do contexto (estrutura, modelo, teoria e/ou classificação). A expectativa para a seleção do estudo era que o autor apresentasse claramente o conceito de Cidade Amiga da Pessoa Idosa e subsequentemente uma teoria ou modelo que apoiasse o ponto de vista do estudo. Para sumarizar as informações e apresentar lacunas identificadas, utilizou-se o método de redução dos dados, por meio de leitura crítica e classificação dos resultados em categorias conceituais. O mapeamento dos resultados ocorreu na forma descritiva, com apresentação de contagem simples e sumarização em quadros. Esse processo foi realizado pela pesquisadora principal e revisado pela segunda autora (Quadro 2).

Resultados

Foram rastreados 2.975 estudos dos quais excluíram-se 1.035 publicações em duplicata, 40 tipos de documentos diversos a artigos e revisões, 35 estudos de língua diversa a inglesa, francesa, espanhola, ou portuguesa, e 70 fora do limite temporal de 2007-2021. Tiveram seus títulos e resumos triados com base nos critérios de inclusão e exclusão 1.795 arquivos, o que, por sua vez, levou à exclusão de 1.002 publicações, por explorarem o uso do termo investigado em contexto diverso ao de comunidade/cidade. Para análise do conteúdo, as buscas foram limitadas a estudos *open access*. Ao final, restaram 280 artigos que foram lidos integralmente. A amostra final da revisão foi composta de 227 artigos. O fluxo do processo de seleção dos estudos é ilustrado na figura 1.

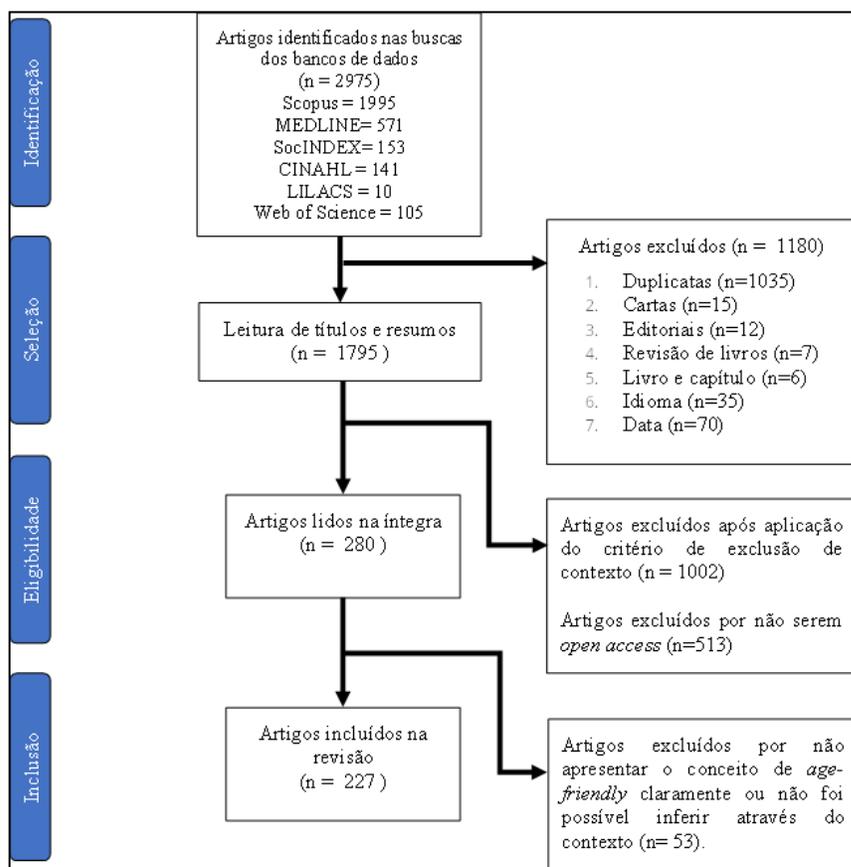


Figura 1. Diagrama de fluxo PRISMA

Houve um predomínio de publicações com o primeiro autor dos Estados Unidos da América (22,9%), seguido de estudos do Canadá (14,5%), Reino Unido (12,8%) e Austrália (11%) (Quadro 2). Todos esses quatro países juntos representam 61% dos artigos incluídos neste estudo. Entre 2011 e 2015, foram publicados 23,79% (n = 54) dos artigos, média de

10,8 publicações anuais sobre o tema e entre 2016 e 2020, 56,39% (n = 128), média de 25,6 publicações. Nos últimos cinco anos, a média de publicações dobrou. O conceito de cidade amiga da pessoa idosa foi apresentado de várias formas, incluindo: (i) envelhecimento ativo 59,5% (n = 135); (ii) bem-estar 18,06% (n = 41); (iii) envelhecimento no local 11,89% (n = 27); (iv) inclusão social 7,93% (n = 18); e (v) envelhecimento bem-sucedido 2,2% (n = 5). Os artigos que apresentaram mais de uma abordagem para o conceito de cidade amiga da pessoa idosa foram contabilizados em mais de uma categoria (Tabela 1). A perspectiva ecológica foi observada em 26% (n = 59) dos artigos; entretanto, a maioria dos estudos (59,47%) não mencionou nenhuma perspectiva teórica para embasar o uso do termo cidade amiga da pessoa idosa (Quadro 2).

Tabela 1. Características descritivas da amostra (n=227)

Variáveis descritivas	Quantidade n(%)
Conceitos de Cidade Amiga da Pessoa Idosa	
Envelhecimento Ativo	135(59,47)
Envelhecimento no local (ageing in place)	27(11,89)
Bem estar	41(18,06)
Inclusão Social	18(7,93)
Envelhecimento bem-sucedido	5(2,20)
Perspectiva teórica	
Teoria ecológica	59(25,99)
Modelo de competência e pressão ambiental	7(3,08)
Gerontologia Ambiental	5(2,20)
Life course	2(0,88)
Person-environment fit	8(3,52)
Teoria do empoderamento	2(0,88)
Perspectiva socio cognitiva	2(0,88)
Planejamento urbano e desenho universal	2(0,88)
Conectividade social	2(0,88)
Determinantes social da saúde	1(0,44)
Abordagem das capacidades	1(0,44)
Teoria da identidade	1(0,44)
Nenhuma perspectiva teórica	135(59,47)
Data da publicação	

2007-2010	6(2,64)
2011-2015	54(23,79)
2016-2020	128(56,39)
2021	39(17,18)

Autores com mais publicações

Buffel, T.	11(4,85)
Van Hoof, J.	8(3,52)
Greenfield, E.	6(2,64)
Menec, V.	6(2,64)
Glicksman, A.	5(2,20)
Scharf, T.	5(2,20)
Garon, S.	4(1,76)
Phillipson, C.	4(1,76)
Lehning, A.	4(1,76)

País do primeiro autor

Estados Unidos da América	52(22,91)
Canadá	33(14,54)
Reino Unido	29(12,78)
Austrália	25(11,01)
China	21(9,25)
Holanda	18(7,93)
Taiwan	13(5,73)

Foram considerados os países e autores mais representativos em produção acadêmica sobre o tema em estudo

Quadro 2. Quadro sinóptico com estudos que apresentaram o conceito de *age-friendly* e perspectiva teórica

Autor	Data	País	Título	Conceito age-friendly	Perspectiva teórica
Lehning et al.(LEHNING, AMANDA J.; SCHARLACH; DAL SANTO, 2010)	2010	Estados Unidos	A Web-Based Approach for Helping Communities Become More "Aging Friendly".	Inclusão social	Perspectiva ecológica
Plouffe et al.(PLOUFFE, LOUISE; KALACHE, 2010)	2010	Canadá	Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Menec et al.(MENEK, 2011)	2011	Canadá	Conceptualizing Age-Friendly Communities.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica

VERENA H.; MEANS; KEATING; GRAHAM PARKHURST; <i>et al.</i> , 2011)					
Emlet et al.(EMLET; MOCERI, 2012)	2012	Estados Unidos	The importance of social connectedness in building age-friendly communities	Aging in place	Perspectiva ecológica
Keating et al.(KEATING; EALES; PHILLIPS, 2013)	2013	Canadá	Age-Friendly Rural Communities: Conceptualizing 'Best-Fit'.	Envelhecimento ativo	Perspectiva P-E fit
De Donder et al.(DE DONDER <i>et al.</i> , 2013)	2013	Bélgica	Perceptual quality of neighbourhood design and feelings of unsafety.	Inclusão social	Gerontologia ambiental
Lehning et al.(LEHNING, A J; SMITH; DUNKLE, 2014)	2014	Estados Unidos	Age-friendly environments and self-rated health: an exploration of Detroit elders.	Qualidade de vida Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Provencher et al.(PROVENCHER <i>et al.</i> , 2014)	2014	Londres	Ageing and Community: Introduction to the Special Issue.	Inclusão social Aging in place	Perspectiva ecológica
Vitman et al.(VITMAN; IECOVICH; ALFASI, 2014)	2014	Israel	Ageism and social integration of older adults in their neighborhoods in Israel.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Menec et al.(MENEK, V. H.; NOWICKI, 2014)	2014	Canadá	Examining the relationship between communities' 'age-friendliness' and life satisfaction and self-perceived health in rural Manitoba, Canada.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Liddle et al.(LIDDLE <i>et al.</i> , 2014)	2014	Reino Unido	Exploring the age-friendliness of purpose-built retirement communities: evidence from England.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Bigonnesse et al.(BIGONNESSE; BEAULIEU; GARON, 2014)	2014	Canadá	Meaning of Home in Later Life as a Concept to Understand Older Adults' Housing Needs: Results from the 7 Age-Friendly Cities Pilot Project in Québec.	Inclusão social Aging in place	Perspectiva ecológica
Yan et al.(YAN; GAO; LYON, 2014)	2014	China	Modeling satisfaction amongst the elderly in different Chinese urban neighborhoods.	Envelhecimento ativo	Environmental press-competence model
Novek et al.(NOVEK; MENEK, 2014)	2014	Canadá	Older adults' perceptions of age-friendly communities in Canada: a photovoice study.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica

Greenfield et al.(GREENFIELD, EMILY A. et al., 2015)	2015	Estados Unidos	Age-Friendly Community Initiatives: Conceptual Issues and Key Questions.	Aging in place	Perspectiva ecológica
Santinha et al.(SANTINHA; MARQUES, 2015)	2015	Portugal	Ambiente construído, saúde pública e políticas públicas: uma discussão à luz de percepções e experiências de idosos institucionalizados.	Aging in place	Perspectiva ecológica
Lehning et al.(LEHNING, A J; SMITH; ..., 2015)	2015	Estados Unidos	Do age-friendly characteristics influence the expectation to age in place? A comparison of low-income and higher income Detroit elders.	Qualidade de vida Aging in place	Perspectiva ecológica
Menec et al.(MENEK, V H et al., 2015)	2015	Canadá	How 'age-friendly' are rural communities and what community characteristics are related to age-friendliness? The case of rural Manitoba, Canada.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Steels, S.(STEELS, 2015)	2015	Reino Unido	Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review.	Inclusão social	Perspectiva ecológica
Kerbler et al.(KERBLER, 2015)	2015	Eslovênia	Population ageing and urban space.	Envelhecimento ativo	Perspectiva social
Moulaert et al.(MOULAERT; GARON, 2015)	2015	Bélgica	Researchers Behind Policy Development: Comparing 'Age-Friendly Cities' Models in Quebec and Wallonia.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Van Dijk et al.(VAN DIJK et al., 2015)	2015	Holanda	The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people.	Envelhecimento ativo Aging in place	Perspectiva P-E fit
Spina et al.(SPINA; MENEK, 2015)	2015	Canadá	What Community Characteristics Help or Hinder Rural Communities in Becoming Age-Friendly? Perspectives From a Canadian Prairie Province..	Envelhecimento ativo	Gerontologia ambiental
Jeste et al.(JESTE et al., 2016)	2016	Estados Unidos	Age-Friendly Communities Initiative: Public Health Approach to Promoting Successful Aging.	Envelhecimento bem sucedido Aging in place	Perspectiva ecológica
Glicksman et al.(GLICKSMAN; RING; KLEBAN, 2016)	2016	Estados Unidos	Defining a Framework for Age-Friendly Interventions.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica

John et al.(JOHN; GUNTER, 2016)	2016	Estados Unidos	engAGE in Community: Using Mixed Methods to Mobilize Older People to Elucidate the Age-Friendly Attributes of Urban and Rural Places.	Envelhecimento ativo	Perspectiva socioecológica
Ncube et al.(NCUBE; ORMEROD; NEWTON, 2016)	2016	Reino Unido	Exploring Ageing, Gender and Co-producing Urban Space in the Global South.	Inclusão social	Abordagem das Capacidades
Menec et al.(MENECA, VERENA H. et al., 2016)	2016	Canadá	How Important Is Having Amenities Within Walking Distance to Middle-Aged and Older Adults, and Does the Perceived Importance Relate to Walking?	Qualidade de vida	Perspectiva ecológica
Lai et al.(LAI et al., 2016)	2016	Malásia	Modeling Age-Friendly Environment, Active Aging, and Social Connectedness in an Emerging Asian Economy.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Winterton, R.(WINTERTON, R, 2016)	2016	Austrália	Organizational Responsibility for Age-Friendly Social Participation: Views of Australian Rural Community Stakeholders.	Qualidade de vida	Perspectiva ecológica
Au et al.(AU, ALMA M.L. et al., 2017)	2017	Hong Kong	Age-Friendliness and Life Satisfaction of Young-Old and Old-Old in Hong Kong.	Qualidade de vida Aging in place Envelhecimento Ativo Envelhecimento bem-sucedido	Perspectiva ecológica
Park et al.(PARK; LEE, 2017)	2017	Coreia do Sul	Age-friendly environments and life satisfaction among South Korean elders: person-environment fit perspective.	Inclusão social Envelhecimento ativo	Perspectiva P-E fit
Levasseur et al.(LEVASSEUR et al., 2017)	2017	Canadá	Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: a study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Menec, VH. ⁽⁵²⁾	2017	Canadá	Conceptualizing Social Connectivity in the Context of Age-Friendly Communities.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
DeLaTorre et al. ⁽⁵³⁾	2017	Estados Unidos	Ecological Approaches to an Age-Friendly Portland and Multnomah County.	Envelhecimento ativo	Conectividade social Perspectiva ecológica

Frochen et al. ⁽⁵⁴⁾	2017	Estados Unidos	Housing for the Elderly: Addressing Gaps in Knowledge Through the Lens of Age-Friendly Communities.	Aging in place	Competence-environment press model (P-Efit)
Greenfield et al. ⁽⁵⁵⁾	2017	Estados Unidos	Participation in community activities through Naturally Occurring Retirement Community (NORC) Supportive Service Programs.	Inclusão social	Perspectiva ecológica
Hart et al. ⁽⁵⁶⁾	2017	Canadá	Prepared for the silver tsunami? An examination of municipal old-age dependency and age-friendly policy in Ontario, Canada.	Envelhecimento ativo	Press-congruence model
Lehning et al. ⁽⁵⁷⁾	2017	Estados Unidos	Research on Age-Friendly Community Initiatives: Taking Stock and Moving Forward.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Neville et al. ⁽⁵⁸⁾	2018	Nova Zelândia	“Engaging in my rural community”: perceptions of people aged 85 years and over	Aging in place	Gerontologia ambiental
Buffel et al. ⁽⁵⁹⁾	2018	Reino Unido	A Manifesto for the Age-Friendly Movement: Developing a New Urban Agenda.	Inclusão social Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Xie, L. ⁽⁶⁰⁾	2018	China	Age-Friendly Communities and Life Satisfaction Among the Elderly in Urban China.	Envelhecimento ativo	Perspectiva P-E fit Docilidade ambiental
Vitman et al. ⁽⁶¹⁾	2018	Israel	Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model.	Qualidade de vida Aging in place	Perspectiva ecológica
Liu et al. ⁽⁶²⁾	2018	Taiwan	Current Status and Policy Planning for Promoting Age-Friendly Cities in Taitung County: Dialogue Between Older Adults and Service Providers.	Qualidade de vida Aging in place Envelhecimento ativo Envelhecimento saudável	Perspectiva ecológica
Del Barrio et al. ⁽⁶³⁾	2018	Espanha	From active aging to active citizenship: The role of (age) friendliness	Envelhecimento ativo	Ambiente social
Wanka et al. ⁽⁶⁴⁾	2018	Alemanha	From environmental stress to spatial expulsion - rethinking concepts of socio-spatial exclusion in later life.	Inclusão social	Perspectiva socioambiental
Wang et al. ⁽⁶⁵⁾	2018	Estados Unidos	Neighborhood and Depressive Symptoms: A Comparison of Rural and Urban Chinese Older Adults.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica

Toohey et al. ⁽⁶⁶⁾	2018	Canadá	Pets, Social Participation, and Aging-in-Place: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging.	Envelhecimento ativo Inclusão social	Perspectiva socioecológica
Van Hoof et al. ⁽⁶⁷⁾	2018	Holanda	The Challenges of Urban Ageing: Making Cities Age-Friendly in Europe.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Lindqvist et al. ⁽⁶⁸⁾	2018	Suécia	The contrasting role of technology as both supportive and hindering in the everyday lives of people with mild cognitive deficits: a focus group study.	Envelhecimento ativo	Person-Environment-Occupation Model
Cramm et al. ⁽⁶⁹⁾	2018	Holanda	The creation of age-friendly environments is especially important to frail older people.	Envelhecimento ativo Aging in place	Perspectiva ecológica
Marston et al. ⁽⁷⁰⁾	2019	Reino Unido	A Review of Age Friendly Virtual Assistive Technologies and their Effect on Daily Living for Carers and Dependent Adults.	Envelhecimento ativo	Teoria da identidade
Amoah et al. ⁽⁷¹⁾	2019	Hong Kong	Achieving the age-friendly city agenda: an interventional study in Hong Kong's Islands district.	Envelhecimento ativo	Teoria ecológica
Paiva et al. ⁽⁷²⁾	2019	Portugal	Age-friendly Coimbra city, Portugal, perception and quality of life in a sample of elderly persons.	Envelhecimento ativo	Perspectiva socioecológica
Nykiforuk et al. ⁽⁷³⁾	2019	Canadá	Canadian policy perspectives on promoting physical activity across age-friendly communities: lessons for advocacy and action.	Envelhecimento ativo	Perspectiva socioecológica
Hebert et al. ⁽⁷⁴⁾	2019	Estados Unidos	Dementia friendly initiatives: A state of the science review.	Envelhecimento ativo	Environmental press model theory of personhood
Wanka et al. ⁽⁷⁵⁾	2019	Alemanha	Everyday discrimination in the neighbourhood: what a 'doing' perspective on age and ethnicity can offer.	Envelhecimento ativo Aging in place	Competence press model model
Evans et al. ⁽⁷⁶⁾	2019	Reino Unido	Making Homes More Dementia-Friendly through the Use of Aids and Adaptations.	Determinantes sociais	Environmental press model,
Zheng et al. ⁽⁷⁷⁾	2019	Xangai	Neighborhood Environment, Lifestyle, and Health of Older Adults: Comparison of Age Groups Based on Ecological Model of Aging.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica

Golant, SM. ⁽⁷⁸⁾	2019	Estados Unidos	Stop bashing the suburbs: Mobility limitations of older residents are less relevant as connectivity options expand.	Envelhecimento ativo	Teoria da conectividade
Zheng et al. ⁽⁷⁹⁾	2019	China	Transfer of promotion effects on elderly health with age: From physical environment to interpersonal environment and social participation.	Inclusão social	Perspectiva socioecológica
Choi et al. ⁽⁸⁰⁾	2020	Estados Unidos	Access to Employment, Volunteer Activities, and Community Events and Perceptions of Age-Friendliness: The Role of Social Connectedness.	Envelhecimento Ativo Aging in place	Perspectiva ecológica
Cao et al. ⁽⁸¹⁾	2020	Estados Unidos	Age-friendly communities and perceived disconnectedness: the role of built environment and social engagement.	Envelhecimento ativo	Determinantes sociais de saúde
Choi, YJ. ⁽⁸²⁾	2020	Estados Unidos	Age-Friendly Features in Home and Community and the Self-Reported Health and Functional Limitation of Older Adults: the Role of Supportive Environments.	Envelhecimento ativo	P-E fit theory,
Sun et al. ⁽⁸³⁾	2020	Hong Kong	Age-friendly urbanism: intertwining 'ageing in place' and 'place in ageing'	Envelhecimento ativo	P-E fit theory,
Woolrych et al. ⁽⁸⁴⁾	2020	Reino Unido	Ageing in Urban Neighbourhoods: Exploring Place Insideness Amongst Older Adults in India, Brazil and the United Kingdom.	Envelhecimento ativo	Perspectiva P-E fit
Hsu, H.-C. ⁽⁸⁵⁾	2020	Taipei	Associations of City-Level Active Aging and Age Friendliness with Well-Being among Older Adults Aged 55 and Over in Taiwan	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Liddle et al. ⁽⁸⁶⁾	2020	Reino Unido	Connecting at Local Level: Exploring Opportunities for Future Design of Technology to Support Social Connections in Age-friendly Communities	Envelhecimento ativo	Gerontologia ambiental
Naah et al. ⁽⁸⁷⁾	2020	Camarões	Determinants of Active and Healthy Ageing in Sub-Saharan Africa: Evidence from Cameroon.	Envelhecimento ativo	Competence–environmentalpress theory
King et al. ⁽⁸⁸⁾	2020	Estados Unidos	Employing Participatory Citizen Science Methods to Promote Age-Friendly Environments Worldwide.	Envelhecimento ativo	Perspectiva socioecológica

Sánchez-González et al. ⁽¹⁶⁾	2020	Espanha	Environmental and Psychosocial Interventions in Age-Friendly Communities and Active Ageing: A Systematic Review.	Envelhecimento saudável	Perspectiva ecológica
Black et al. ⁽⁸⁹⁾	2020	Estados Unidos	Examining Older Adults' Perspectives on the Built Environment and Correlates of Healthy Aging in an American Age-Friendly Community.	Envelhecimento saudável	Perspectiva ecológica
Blakey et al. ⁽⁹⁰⁾	2020	Nova Zelândia	Knowing, Being and Co-Constructing an Age-Friendly Tamaki Makaurau Auckland.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Luciano et al. ⁽⁹¹⁾	2020	Itália	Measuring Age-Friendly Housing: A Framework.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Au et al. ⁽⁹²⁾	2020	Hong Kong	Sense of Community Mediating Between Age-Friendly Characteristics and Life Satisfaction of Community-Dwelling Older Adults.	Qualidade de vida	Perspectiva ecológica
Kim et al. ⁽⁹³⁾	2020	Coreia	Spatio-Temporal Trend of Aging Regions and Their Neighborhood Environment: Findings from Daegu Metropolitan City, Korea.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Portegijs et al. ⁽⁹⁴⁾	2020	Finlândia	Older Adults' Physical Activity and the Relevance of Distances to Neighborhood Destinations and Barriers to Outdoor Mobility.	Ambientes livres de barreiras	Perspectiva socioecológica
Torku et al. ⁽¹⁾	2021	Hong Kong	Age-friendly cities and communities: a review and future directions.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Woolrych et al. ⁽⁹⁵⁾	2021	Reino Unido	Constructing and negotiating social participation in old age: experiences of older adults living in urban environments in the United Kingdom.	Envelhecimento ativo Aging place	Participação social
Dutka et al. ⁽⁹⁶⁾	2021	Polónia	Creativity based on new technologies in design of age-friendly cities: Polish seniors about their needs – research reflection.	Acessibilidade	Desenho universal
Patch et al. ⁽⁹⁷⁾	2021	Estados Unidos	Engaging older adults as advocates for age-friendly, walkable communities: The senior change makers pilot study.	Envelhecimento saudável	Teoria do empoderamento Teoria social cognitiva

Bosch-Meda, J.(BOSCH-MEDA, 2021)	2021	Espanha	Is the Role of Urban Planning in Promoting Active Ageing Fully Understood? A Comparative Review of International Initiatives to Develop Age-Friendly Urban Environments.	Envelhecimento ativo	Planejamento urbano
Shi Ying et al. ⁽⁹⁸⁾	2021	Malásia	Modelling age-friendly environment for social connectedness: A cross-sectional study.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
McDonald et al. ⁽⁹⁹⁾	2021	Reino Unido	Older people's lived experience and the World Health Organization age-friendly policy framework: a critical examination of an age-friendly county programme in Ireland.	Envelhecimento ativo	Gerontologia ambiental
Pan et al. ⁽¹⁰⁰⁾	2021	China	Research on the Construction of Age-Friendly Community Based on Fuzzy Comprehensive Evaluation Model: Evidence from Community in Hefei of Chin.	Envelhecimento ativo	Perspectiva ecológica
Wang et al. ⁽¹⁰¹⁾	2021	Estados Unidos	Rethinking the urban physical environment for century-long lives: from age-friendly to longevity ready cities.	Envelhecimento ativo Envelhecimento saudável	Life-course
Hsu et al. ⁽¹⁰²⁾	2021	Taiwan	Social and Built Environments Related to Cognitive Function of Older Adults: A Multi-Level Analysis Study in Taiwan.	Acessibilidade	Perspectiva ecológica
Phillipson et al. ⁽¹⁰³⁾	2021	Estados Unidos	Urbanization and ageing: Ageism, inequality, and the future of "age-friendly" cities.	Envelhecimento ativo Envelhecimento saudável	Teoria do empoderamento Teoria social cognitiva

Discussão

O aumento da média de publicações anual sobre Cidade Amiga da Pessoa Idosa nos últimos cinco anos confirma o crescente interesse no tema. Estados Unidos, Canadá, Reino Unido e Austrália foram os países que apresentaram maior número de publicações no assunto, o que corrobora com suas ações políticas e organizacionais ligadas ao movimento “*Age-friendly*” (MENEZES, V; BROWN, 2018).

O achado reforça a discrepância entre os países de economia central e periférica. Conjecturando o volume de produção acadêmica ser um reflexo da importância que

seus governos atribuem à ciência e à estrutura de sua sociedade para acomodar o crescimento da população idosa.^(1,104)

Antes da pandemia da COVID-19, estimava-se que até 2050 pouco mais de 80% dos indivíduos mais velhos do mundo viverão em países em desenvolvimento.⁽¹⁰⁵⁾ Apesar disso, mesmo esta transição ocorrendo de modo célere e desafiadora nestes países o desempenho em publicar artigos na temática investigada não é significativo nem em inglês nem nas línguas latinas.

Com a pandemia em andamento, esses números ainda precisam ser revistos, mas é clara a necessidade de avançar a agenda favorável à pessoa idosa em todo o mundo, especialmente nos países em desenvolvimento. Incentivar a publicação científica e prover o desenvolvimento local de políticas para a população idosa em países da América Latina e Índia serão relevantes.⁽¹⁰⁶⁾

Apesar da identificação de diversos termos comumente utilizados para referir-se ao termo cidade amiga da pessoa idosa, já era esperado a ampla menção do conceito proposto pela OMS (TORKU; CHAN; YUNG, 2021a). Dentre os trechos mais citados destaca-se: (i) “Numa cidade amiga das pessoas idosas, as políticas, os serviços, os cenários e as estruturas apoiam as pessoas e permitem-lhes envelhecer ativamente”(p.5), o que define cidade amiga como um local onde o envelhecimento ativo é oportunizado (ii)“uma cidade amiga das pessoas idosas é um incentivo ao envelhecimento ativo, através da otimização de oportunidades de saúde, participação e segurança, de modo a melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem” (OMS, 2007b, p.72). Embora não haja consenso sobre a definição do termo amigo da pessoa idosa (LUI *et al.*, 2009; MENEZES, VERENA H.; MEANS; KEATING; PARKHURST; *et al.*, 2011), muitos compartilham das designações da OMS como ferramenta relacionada ao envelhecimento ativo (CAO, QIUCHANG *et al.*, 2020; TORKU; CHAN; YUNG, 2021a). A presença frequente do conceito cunhado pela OMS corrobora com o papel importante da instituição, seu respeito e influência mundialmente.(TORKU; CHAN; YUNG, 2021a)

Os autores também usaram as contribuições de pesquisadores como Alley, Liebig, Pynoos, Benerjee, & Choi,⁽¹⁰⁸⁾ que definiram o ambiente amigo da pessoa idosa como um lugar onde: “os idosos estão ativamente envolvidos, valorizados e apoiados com infraestrutura e serviços que acomodam efetivamente suas necessidades”.⁽¹⁰⁸⁾

Ser amigo da pessoa idosa também está positivamente relacionado à satisfação com a vida, e a autopercepção da qualidade de vida com saúde e bem-estar.⁽¹⁰⁹⁾ É um termo que se refere a um ambiente favorável para as pessoas idosas morarem, o que significa ambientes adequados às necessidades com instalações convenientes (GREENFIELD, E A, 2018a). Ambientes amigáveis aos idosos são acessíveis, equitativos, inclusivos, seguros, protegidos e de suporte;⁽⁸⁰⁾ promovem a saúde e previnem ou retardam o aparecimento de doenças e a perda da capacidade funcional;⁽¹¹⁰⁾ promovem e mantêm as condições salutogênicas ao longo da vida;⁽¹¹¹⁾ e encorajam a participação social e comunitária para erradicar o idadismo e reduzir o isolamento social.^(81,112)

Comum a todos os estudos é a suposição de que o ambiente amigável ao idoso engloba fatores que abrangem o ambiente físico e social e têm impacto importante na qualidade de vida das pessoas idosas.

Importância da perspectiva teórica

Ao analisar os autores com maior número de publicações, evidenciou-se instituições de diferentes áreas, reforçando o conceito da multi e interdisciplinaridade da gerontologia (BOSCH-MEDA, 2021). Buffel e Phillipson representam as ciências sociais, Menec as ciências da saúde, Van Hoof, a engenharia ambiental, dentre outros com o trabalho social e a educação. Essa multiplicidade de áreas confirmam a importância da elucidação de perspectivas teóricas e delimitações conceituais na produção de evidências na gerontologia.

Os achados do presente estudo comparados com os dos artigos de Bengtson et al.,⁽¹¹³⁾ e Alley et al.⁽¹¹⁴⁾ é possível criar uma linha do tempo e demonstrar que o uso da teoria aumentou acentuadamente nas publicações de gerontologia nas últimas décadas. Em 1997, Bengtson et al.⁽¹¹³⁾ constataram que 27% dos artigos de gerontologia publicados entre 1990-1994 usaram alguma base teórica para discutir seus objetivos, contra 39% entre 2000-2004 por Alley et al.⁽¹¹⁴⁾ Apesar da presente investigação rastrear apenas estudos dentro de um assunto restrito no universo da gerontologia, é plausível observar o incremento de perspectivas teóricas nesta amostra quando comparado com outros estudos.

Apesar desta investigação não ter o intuito de explorar as razões para o aumento de publicações e do uso de teorias nas últimas décadas, é possível associá-lo às exigências de editores e revisores.⁽¹¹⁴⁾ Chamadas de periódicos para volumes especiais com tema e perspectiva

teórica pré determinados incentivam a submissão de manuscritos bem delineados. Assim, editoriais especiais podem ter influenciado o uso da teoria em artigos publicados nas últimas décadas.

Nada obstante, é importante afirmar que mesmo avançando no uso de teorias nos estudos dentro da gerontologia, mais da metade da amostra analisada (59%) não utilizou arcabouço teórico para confrontar seus achados. Sem suporte teórico, é precário explicar por que alguns programas voltados para o desenvolvimento de cidades amigas das pessoas idosas floresceram e outros não. Estipulando a base teórica é possível avaliar relações, contribuições e barreiras para o sucesso da amigabilidade. Sem teoria, não é seguro confirmar ou refutar quais problemas são causados pela relação entre envelhecimento e ambiente, quais são as singularidades relacionadas à idade e quais não são, ou quanto e em quais circunstâncias os determinantes sociais são influentes (THUESEN *et al.*, 2021).

As teorias não só podem nos permitir prever os efeitos e avaliar a implementação de estudos aplicados ao envelhecimento, mas também podem melhorar nosso aprendizado com o sucesso e o fracasso de suas aplicações. Teorizar é um processo de desenvolvimento de ideias que nos permite compreender e explicar as observações empíricas.⁽¹¹⁴⁾ Fazer uso da teoria de uma maneira mais explícita será crucial para uma pesquisa bem-sucedida no campo do envelhecimento e longevidade (THUESEN *et al.*, 2021).

Os resultados sugerem que os autores dos estudos selecionados precisam ser mais explícitos ao discutir o tema cidade amiga. Os dados de envelhecimento que são coletados e manipulados estatisticamente em todo o mundo não são apenas "fatos". São também matéria-prima essencial para o raciocínio e teorização sobre a construção social da realidade. Ao deixar a teoria implícita ou nem mesmo mencioná-la, o estudo pode distorcer a interpretação dos resultados e realizar análises superficiais do fenômeno.

Mencionada em diversos artigos como base teórica, a perspectiva ecológica é aplicada na gerontologia desde 1960 (LAWTON, A. H.; RICH, 1968), advinda da psicologia, sociologia e saúde pública.⁽²¹⁾ Bronfenbrenner, em 1979, sugeriu uma estrutura ecológica para examinar o comportamento e desenvolvimento humano, explicado por fatores individuais (microsistema), relações interpessoais (mesossistema), o ambiente externo (exossistema), valores sociais e crenças (macrossistema) e transição do curso de vida (transição ecológica).⁽¹¹⁵⁾

A teoria ecológica fornece uma estrutura coerente para conceituar uma cidade amiga da pessoa idosa, pois mostra claramente as inter-relações entre o ambiente e as pessoas que nele vivem. Este referencial permite a compreensão do comportamento humano, saúde ou bem-estar dependendo do contexto do curso de vida (OMS, 2007b). É razoável supor que fatores ambientais em diferentes níveis podem afetar o envelhecimento ativo, incluindo o elemento cidade.

Menec et al.⁽²¹⁾ utilizaram a perspectiva ecológica para justificar a presença de fatores no ambiente que estão inter-relacionados e interagem entre si para influenciar a conectividade social. Na perspectiva da ecologia social, o comportamento humano cotidiano é organizado em padrões recorrentes de atividades desenvolvidas em ambientes e domínios da vida altamente estruturados.⁽¹¹⁶⁾

Articulando os oito domínios do Guia das Cidades Amigas da Pessoa Idosa(OMS, 2007b) com a perspectiva ecológica de Bronfenbrenner⁽¹¹⁵⁾, os autores avaliaram os aspectos determinantes e dominantes na criação de ambientes amigáveis de acordo com a percepção da pessoa idosa, identificando pontos de alto impacto e intermediários que podem facilitar a implementação de intervenções de promoção à saúde e bem-estar, bem como mensurar os resultados da intervenção em períodos prolongados.^(21,117)

No tocante desta investigação existem algumas limitações a serem pontuadas. A busca por artigos limitados por idiomas e seis bancos de dados limitaram o número de fontes revisadas, retirando assim potenciais estudos, que poderiam contribuir para uma perspectiva multicontextual de outros países e realidades. Adicionalmente, limitar a busca a artigos de periódicos significava que relatos em livros, outras mídias ou literatura cinzenta foram perdidos. Principalmente pelo fato de discussões conceituais ocorrerem em livros. E, finalmente, alguns artigos ao usarem o termo Amigo do Idoso conseguiram ser suficientemente claros com seu significado abrindo exceção para a ausência de uma base teórica.

Conclusão

A variedade de terminologias e conceitos associados ao termo Cidade Amiga da Pessoa Idosa ilustra a gama de políticas e iniciativas que são promovidas por governantes, lideranças comunitárias e pesquisadores para atender a heterogênea população idosa. No entanto, a escassez de posicionamento crítico na escolha de uma perspectiva teórica pode induzir uma

reprodução superficial ou marginal da estrutura conceitual do guia global da OMS. O termo empregado sob uma perspectiva regional e cultural pode ganhar direcionamento para avaliar as interseccionalidades, o idadismo, a colonialidade do saber dentre outras lentes teóricas. A ampla menção do conceito da OMS mostra importância e credibilidade da organização. Ademais, a agenda das Cidades Amigas da Pessoa Idosa contribuiu para intervenções positivas nas comunidades e cidades, oportunizando as pessoas idosas integrarem o espaço em que vivem. Espera-se que futuros estudos deem a devida atenção no campo teórico, para a evolução e consolidação de conhecimentos na gerontologia. Para observação e compreensão da produção científica a partir de perspectivas concretas e situadas.

Referências

1. Torku A, Chan AP, Yung EH. Age-friendly cities and communities: a review and future directions. *Ageing Soc.* 2021;41(10):1-38. <https://doi.org/10.1017/S0144686X20000239>.
2. Greenfield EA. Getting started: an empirically derived logic model for age-friendly community initiatives in the early planning phase. *J Gerontol Soc Work.* 2018;61(3):295–312.
3. Greenfield EA. Age-friendly initiatives, social inequalities, and spatial justice. *Hastings Cent Rep.* 2018;48(Suppl 3):S41–5.
4. Thomése F, Buffel T, Phillipson C. Neighbourhood change, Social Inequalities and age-friendly communities. *Age-friendly cities and communities: a global perspective.* In: Buffel T, Handler S, Phillipson C, editors. *Age-friendly cities and communities: a global perspective.* Bristol: Policy Press; 2018. p. 33–50.
5. Bosch-Meda J. Is the Role of urban planning in promoting active ageing fully understood? A comparative review of international initiatives to develop age-friendly urban environments. *Architecture City Environment.* 2021;16(47):1-25.
6. Organização Mundial da Saúde (OMS). Guia global das cidades amigas das pessoas idosas. *Envelhecimento e ciclo de vida, saúde na família e na comunidade.* Lisboa: OMS; 2007 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43755/9789899556867_por.pdf;sequence=3
7. Lawton AH, Rich TA. Ecology and gerontology: an introduction. *Gerontologist.* 1968;8(2):76–7.

8. Organização Mundial da Saúde (OMS). Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília (DF): OMS; OPAS; 2005 [citado 2022 Out 11]. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf
9. Moura LB de A, Maciel TF. Cidade amiga da pessoa idosa: uma utopia para a Brasília metropolitana na década do COVID-19. *Rev CEAM*. 2020;6(1):50–63.
10. World Health Organization (WHO). Decade of healthy ageing: baseline report. Geneva: WHO; 2020 [cited 2022 Oct 11]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>
11. Wetle TT. Age-friendly ecosystems: an aspirational goal. *J Am Geriatr Soc*. 2020;68(9):1929–30.
12. Thuesen J, Feiring M, Doh D, Westendorp RG. Reablement in need of theories of ageing: would theories of successful ageing do? *Ageing Soc*. 2021;41(8):1–13.
13. Menec V, Brown C. Facilitators and barriers to becoming age-friendly: a review. *J Aging Soc Policy*. 2022;34(2):175-97. Review.
14. van Hoof J, Marston HR. Age-friendly cities and communities: state of the art and future perspectives. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(4):1644.
15. Scheller M, Proulx MJ, de Haan M, Dahlmann-Noor A, Petrini K. Late- but not early-onset blindness impairs the development of audio-haptic multisensory integration. *Dev Sci*. 2021;24(1):e13001.
16. Sánchez-González D, Rojo-Pérez F, Rodríguez-Rodríguez V, Fernández-Mayoralas G. Environmental and psychosocial interventions in age-friendly communities and active ageing: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(22):8305.
17. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O’Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and Explanation. *Ann Intern Med*. 2018;169(7):467–73.
18. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan-a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev*. 2016;5(1):210.
19. Lehning AJ, Scharlach AE, Dal Santo TS. A web-based approach for helping communities become more “aging friendly.” *J Appl Gerontol*. 2010;29(4):415–33.
20. Plouffe L, Kalache A. Towards global age-friendly cities: determining urban features that promote active aging. *J Urban Health*. 2010;87(5):733–9.

21. Menec VH, Means R, Keating N, Parkhurst G, Eales J. Conceptualizing age-friendly communities. *Can J Aging*. 2011;30(3):479–93.
22. Emlet CA, Mocerri JT. the importance of social connectedness in building age-friendly communities. *J Aging Res*. 2012;2012:1–9.
23. Keating N, Eales J, Phillips JE. Age-Friendly Rural Communities: Conceptualizing ‘Best-Fit’. *Can J Aging*. 2013;32(4):319–32.
24. De Donder L, Buffel T, Dury S, De Witte N, Verté D. Perceptual quality of neighbourhood design and feelings of unsafety. *Ageing Soc*. 2013;33(6):917–37.
25. Lehning AJ, Smith RJ, Dunkle RE. Age-friendly environments and self-rated health: an exploration of Detroit elders. *Res Aging*. 2014;36(1):72–94.
26. Provencher C, Keating N, Warburton J, Roos V. Ageing and community: introduction to the special issue. *J Community Appl Soc Psychol*. 2014;24(1):1–11.
27. Vitman A, Iecovich E, Alfasi N. Ageism and social integration of older adults in their neighborhoods in Israel . *Gerontologist*. 2014;54(2):177–89.
28. Menec VH, Nowicki S. Examining the relationship between communities’ ‘age-friendliness’ and life satisfaction and self-perceived health in rural Manitoba, Canada. *Rural Remote Health*. 2014;14:2594.
29. Liddle J, Scharf T, Bartlam B, Bernard M, Sim J. Exploring the age-friendliness of purpose-built retirement communities: evidence from England. *Ageing Soc*. 2014;34(9):1601–29.
30. Bigonnesse C, Beaulieu M, Garon S. Meaning of Home in Later Life as a Concept to Understand Older Adults’ Housing Needs: Results from the 7 Age-Friendly Cities Pilot Project in Québec. *J Hous Elder*. 2014 ;28(4):357–82.
31. Yan B, Gao X, Lyon M. Modeling satisfaction amongst the elderly in different Chinese urban neighborhoods. *Soc Sci Med*. 2014;118:127–34.
32. Novek S, Menec VH. Older adults’ perceptions of age-friendly communities in Canada: a photovoice study. *Ageing Soc*. 2014;34(6):1052–72.
33. Greenfield EA, Oberlink M, Scharlach AE, Neal MB, Stafford PB. Age-friendly community initiatives: conceptual issues and key questions. *Gerontologist*. 2015;55(2):191–8.
34. Santinha G, Marques S. Ambiente construído, saúde pública e políticas públicas: uma discussão à luz de percepções e experiências de idosos institucionalizados. *Saude Soc*. 2015;24(3):1047–60.

35. Lehning AJ, Smith RJ, Dunkle RE. Do age-friendly characteristics influence the expectation to age in place? A comparison of low-income and higher income Detroit elders. *J Appl Gerontol.* 2015;34(2):158–80.
36. Menec V, Hutton L, Newall N, Nowicki S, Spina J, Veselyuk D. How “age-friendly” are rural communities and what community characteristics are related to age-friendliness? The case of rural Manitoba, Canada. *Ageing Soc.* 2015;35(1):203–23.
37. Steels S. Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. *Cities.* 2015;47:45–52.
38. Kerbler B. Population ageing and urban space. *Ann Ser Hist Sociol.* 2015;25(1):33–45.
39. Moolaert T, Garon S. researchers behind policy development: comparing “Age-Friendly Cities” models in Quebec and Wallonia. *J Soc Work Pract.* 2015;29(1):23–35.
40. Van Dijk H, Cramm J, Van Exel J, Nieboer AP. The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. *Ageing Soc.* 2015;35(8):1771–95.
41. Spina J, Menec VH. What community characteristics help or hinder rural communities in becoming age-friendly? Perspectives from a Canadian prairie province. *J Appl Gerontol.* 2015;34(4):444–64.
42. Jeste D, Blazer D, Buckwalter K, Cassidy K, Fishman L, Gwyther L, et al. Age-friendly communities initiative: public health approach to promoting successful aging. *Am J Geriatr Psychiatry.* 2016 Dec;24(12):1158-1170.
43. Glicksman A, Ring L, Kleban MH. Defining a framework for age-friendly interventions. *J Hous Elder.* 2016;30(2):175–84.
44. John DH, Gunter K. engAGE in community: using mixed methods to mobilize older people to elucidate the age-friendly attributes of urban and rural place. *J Appl Gerontol.* 2016;35(10):1095–120.
45. Ncube C, Ormerod M, Newton R. Exploring ageing, gender and co-producing urban space in the global south. *TRIA - Territorio della Ricerca su Insedimenti e Ambiente.* 2016;9(1):23-36.
46. Menec VH, Brown CL, Newall NE, Nowicki S. How important is having amenities within walking distance to middle-aged and older adults, and does the perceived importance relate to walking? *J Aging Health.* 2016;28(3):546–67.

47. Lai MM, Lein SY, Lau SH, Lai ML. Modeling age-friendly environment, active aging, and social connectedness in an emerging Asian economy. *J Aging Res.* 2016;2016:2052380.
48. Winterton R. Organizational responsibility for age-friendly social participation: views of Australian rural community stakeholders. *J Aging Soc Policy.* 2016 ;28(4):261–76.
49. Au AM, Chan SC, Yip HM, Kwok JY, Lai KY, Leung KM, et al. Age-friendliness and life satisfaction of young-old and old-old in Hong Kong. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2017;2017:6215917.
50. Park S, Lee S. Age-friendly environments and life satisfaction among South Korean elders: person-environment fit perspective. *Aging Ment Health.* 2017;21(7):693–702.
51. Levasseur M, Dubois MF, G n reux M, Menec V, Raina P, Roy M, et al. Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: a study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. *BMC Public Health.* 2017;17(1):502.
52. Menec VH. Conceptualizing social connectivity in the context of age-friendly communities. *Journal of Housing for the Elderly* 2017;31(2):99–116.
53. DeLaTorre A, Neal MB. Ecological approaches to an age-friendly Portland and Multnomah county. *J Hous Elder.* 2017;31(2):130–45.
54. Frochen S, Pynoos J. Housing for the elderly: addressing gaps in knowledge through the lens of age-friendly communities. *Innov Aging.* 2017;1 Suppl_1:1306–7.
55. Greenfield E, Mauldin RL. Participation in community activities through Naturally Occurring Retirement Community (NORC) Supportive Service Programs. *Ageing Soc.* 2017;37(10):1987–2011.
56. Hartt MD, Biglieri S. Prepared for the silver tsunami? An examination of municipal old-age dependency and age-friendly policy in Ontario, Canada. *J Urban Aff.* 2018;40(5):625–38.
57. Lehning AJ, Greenfield EA. Research on age-friendly community initiatives: taking stock and moving forward. *J Hous Elder.* 2017;31(2):178–92.
58. Neville S, Adams J, Napier S, Shannon K, Jackson D. “Engaging in my rural community”: perceptions of people aged 85 years and over. *Int J Qual Stud Health Well-being.* 2018;13(1):1503908.
59. Buffel T, Phillipson C. A Manifesto for the Age-Friendly Movement: Developing a New Urban Agenda. *J Aging Soc Policy.* 2018;30(2):173–92.

60. Xie L. Age-Friendly Communities and Life Satisfaction Among the Elderly in Urban China. *Res Aging*. 2018;40(9):883–905.
61. Vitman Schorr A, Khalaila R. Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. *Arch Gerontol Geriatr*. 2018;77:196–204.
62. Liu LC, Kuo HW, Lin CC. Current status and policy planning for promoting age-friendly cities in taitung county: dialogue between older adults and service providers. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(10):2314.
63. Del Barrio E, Marsillas S, Buffel T, Smetcoren AS, Sancho M. from active aging to active citizenship: the role of (age) friendliness. *Soc Sci (Basel)*. 2018;7(8):134.
64. Wanka A, Moulart T, Drilling M. From environmental stress to spatial expulsion - rethinking concepts of socio-spatial exclusion in later life. *Int J Ageing Later Life*. 2018;12(2):25–51.
65. Wang Y, Chen YC, Shen HW, Morrow-Howell N. neighborhood and depressive symptoms: a comparison of rural and urban chinese older adults. *Gerontologist*. 2018;58(1):68–78.
66. Toohey AM, Hewson JA, Adams CL, Rock MJ. Pets, social participation, and aging-in-place: findings from the canadian longitudinal study on aging. *Can J Aging*. 2018;37(2):200–17.
67. Van Hoof J, Kazak JK, Perek-Białas JM, Peek ST. The challenges of urban ageing: making cities age-friendly in Europe. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(11):2473.
68. Lindqvist E, PerssonVasiliou A, Hwang AS, Mihailidis A, Astelle A, Sixsmith A, et al. The contrasting role of technology as both supportive and hindering in the everyday lives of people with mild cognitive deficits: a focus group study. *BMC Geriatr*. 2018;18(1):185.
69. Cramm J, Van Dijk H, Nieboer AP. The creation of age-friendly environments is especially important to frail older people. *Ageing Soc*. 2018;38(4):700–20.
70. Marston HR, Samuels J. A review of age friendly virtual assistive technologies and their effect on daily living for carers and dependent adults. *Healthcare (Basel)*. 2019;7(1):49.
71. Amoah PA, Mok KH, Wen Z, Li LW. Achieving the age-friendly city agenda: an interventional study in Hong Kong's Islands District. *J Asian Public Policy*. 2019;14(3):333–52.
72. Paiva NM, Daniel F, Silva AG, Vicente HT. Coimbra, Portugal, cidade amiga da(s) idade(s): percepção da cidade e qualidade de vida de uma amostra de pessoas idosas. *Cien Saude Colet*. 2019;24(4):1473–82.
73. Nykiforuk CI, Rawson D, Mcgetrick JA, Belon AP. Canadian policy perspectives on

- promoting physical activity across age-friendly communities: lessons for advocacy and action. *Ageing & Society*. 2019;39(2):307–39.
74. Hebert CA, Scales K. Dementia friendly initiatives: A state of the science review. *Dementia*. 2019;18(5):1858–95.
75. Wanka A, Wiesböck L, Alex B, Mayrhuber EA-S, Arnberger A, Eder R, et al. Everyday discrimination in the neighbourhood: what a “doing” perspective on age and ethnicity can offer. *Ageing Soc*. 2019;39(9):2133–58.
76. Evans S, Waller S, Bray J, Atkinson T. Making homes more dementia-friendly through the use of aids and adaptations. *Healthcare (Basel)*. 2019;7(1):43.
77. Zheng Z, Yang L (Lydia). Neighborhood environment, lifestyle, and health of older adults: comparison of age groups based on ecological model of aging. *Sustainability (Basel)*. 2019;11(7):2077.
78. Golant SM. Stop bashing the suburbs: mobility limitations of older residents are less relevant as connectivity options expand. *J Aging Stud*. 2019 Sep;50:100793.
79. Zheng Z, Chen H, Yang L. Transfer of promotion effects on elderly health with age: from physical environment to interpersonal environment and social participation. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(15):2794.
80. Choi MS, Dabelko-Schoeny H, White K. Access to employment, volunteer activities, and community events and perceptions of age-friendliness: the role of social connectedness. *J Appl Gerontol*. 2020;39(9):1016–24.
81. Cao Q, Dabelko-Schoeny HI, White KM, Choi MS. Age-friendly communities and perceived disconnectedness: the role of built environment and social engagement. *J Aging Health*. 2020;32(9):937–48.
82. Choi YJ. Age-friendly features in home and community and the self-reported health and functional limitation of older adults: the role of supportive environments. *J Urban Health*. 2020;97(4):471–85.
83. Sun Y, Kam Ng M, Stessa Chao T-Y. Age-friendly urbanism: intertwining “ageing in place” and “place in ageing.” *Town Plan Rev*. 2020;91(6):601–19.
84. Woolrych R, Duvurru J, Portella A, Sixsmith J, Menezes D, Fisher J, et al. Ageing in urban neighbourhoods: exploring place insideness amongst older adults in India, Brazil and the United Kingdom. *Psychol Dev Soc J*. 2020;32(2):201–23.

85. Hsu HC. Associations of city-level active aging and age friendliness with well-being among older adults aged 55 and over in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(12):E4304.
86. Liddle J, Pitcher N, Montague K, Hanratty B, Standing H, Scharf T. Connecting at local level: exploring opportunities for future design of technology to support social connections in age-friendly communities. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(15):5544.
87. Naah FL, Njong AM, Kimengsi JN. Determinants of active and healthy ageing in sub-saharan africa: evidence from Cameroon. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(9):E3038.
88. King AC, King DK, Banchoff A, Solomonov S, Ben Natan O, Hua J, et al. Employing participatory citizen science methods to promote age-friendly environments worldwide. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(5):1541.
89. Black K, Jester DJ. Examining older adults' perspectives on the built environment and correlates of healthy aging in an American age-friendly community. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7056.
90. Blakey J, Clews J. Knowing, being and co-constructing an age-friendly Tāmaki Makaurau Auckland. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(23):9136.
91. Luciano A, Pascale F, Polverino F, Pooley A. Measuring age-friendly housing: a framework. *Sustainability (Basel)*. 2020 Jan;12(3):848.
92. Au A, Lai DW, Yip HM, Chan S, Lai S, Chaudhury H, et al. Sense of community mediating between age-friendly characteristics and life satisfaction of community-dwelling older adults. *Front Psychol*. 2020;11:86.
93. Kim EJ, Kim M-Y, Kim H. Spatio-temporal trend of aging regions and their neighborhood environment: findings from Daegu Metropolitan City, Korea. *Sustainability*. 2020;12(3):1-20.
94. Portegijs E, Keskinen KE, Eronen J, Saajanaho M, Rantakokko M, Rantanen T. Older adults' physical activity and the relevance of distances to neighborhood destinations and barriers to outdoor mobility. *Front Public Health*. 2020;8:335.
95. Woolrych R, Sixsmith J, Fisher J, Makita M, Lawthom R, Murray M. Constructing and negotiating social participation in old age: experiences of older adults living in urban environments in the United Kingdom. *Ageing Soc*. 2021;41(6):1398–420.
96. Dutka G, Gawron G, Rojek-Adamek P. Creativity based on new technologies in design of age-friendly cities: polish seniors about their needs – research reflection. *Creativity Studies*. 2021;14(1):218–34.

97. Patch CM, Conway TL, Kerr J, Arredondo EM, Levy S, Spoon C, et al. Engaging older adults as advocates for age-friendly, walkable communities: The Senior Change Makers Pilot Study. *Transl Behav Med.* 2021;11(9):1751–63.
98. Shi Ying L, Ming Ming L, Siok Hwa L. Modelling age-friendly environment for social connectedness: a cross-sectional study. *F1000 Res.* 2021;10:955.
99. McDonald B, Scharf T, Walsh K. Older people’s lived experience and the World Health Organization age-friendly policy framework: a critical examination of an age-friendly county programme in Ireland. *Ageing Soc.* 2021 Sep: 1–26. doi:10.1017/S0144686X21001355
100. Pan L, Sun J, Zhou R. Research on the construction of age-friendly community based on Fuzzy Comprehensive Evaluation Model: evidence from Community in Hefei of China. *Risk Manag Healthc Policy.* 2021;14:3841–52.
101. Wang C, Huertas DS, Rowe JW, Finkelstein R, Carstensen LL, Jackson RB. Rethinking the urban physical environment for century-long lives: from age-friendly to longevity-ready cities. *Nat Aging.* 2021;1(12):1088–95.
102. Hsu HC, Bai CH. Social and built environments related to cognitive function of older adults: a multi-level analysis study in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(6):2820.
103. Phillipson C, Grenier A. Urbanization and ageing: ageism, inequality, and the future of “Age-Friendly” Cities. *Univ Toronto Q.* 2021;90(2):225–41.
104. Rodríguez JM, Prados JSF. Bibliometric analysis of the scientific production in scopus on care policies in Europe and Latin America. *Rev Prisma Social.* 2021;32:69–92.
105. United Nations. World population ageing, 2019 highlights. New York: United Nations; 2019 [cited 2022 oct 11]. Available from: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
106. Buffel T, Doran P, Goff M, Lang L, Lewis C, Phillipson C, et al. Covid-19 and inequality: developing an age-friendly strategy for recovery in low income communities. *Qual Ageing.* 2020;21(4):271–9.
107. Lui CW, Everingham JA, Warburton J, Cuthill M, Bartlett H. What makes a community age-friendly: A review of international literature. *Australas J Ageing.* 2009;28(3):116–21.

108. Alley D, Liebig P, Pynoos J, Banerjee T, Choi IH. Creating elder-friendly communities: preparations for an aging society. *J Gerontol Soc Work*. 2007;49(1-2):1–18.
109. Berkers E, Cloin M, Kuunders T. Subjective wellbeing among older adults: the role of age-friendly facilities. *Eur Jf Public Health*. 2021;31(Suppl 3):iii422-3.
110. Trahutami S, Patria M. Getting to know Japan: an age-friendly environment country. *E3S Web of Conferences*. 2020;202:07054.
111. Reuter A, Liddle J, Scharf T. Digitalising the age-friendly city: insights from participatory action research. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(21):8281.
112. Bezerra PA, Nunes JW, Moura LB. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. *Acta Paul Enferm*. 2021;34:eAPE02661. Review.
113. Bengtson VL, Burgess EO, Parrott TM. Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 1997;52(2):S72–88. Review.
114. Alley DE, Putney NM, Rice M, Bengtson VL. The increasing use of theory in social gerontology: 1990-2004. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2010;65(5):583–90. Review.
115. Bronfenbrenner U. *The Ecology of Human Development: Experiments by nature and design*. 1st ed. Harvard University Press; 1979.
116. Black K. Promoting aging in place via research, policy, and practice in age-friendly communities [abstract]. *Innov Aging*. 2019;3(Suppl 1):S26–6.
117. Buffel T. Social research and co-production with older people: developing age-friendly communities. *J Aging Stud*. 2018;44:52–60.

CAPÍTULO X

Artigo 2 – A ser enviado para revista com qualis A2

Título: O que falta para a capital do Brasil ser amiga da pessoa idosa: uma percepção dos moradores

RESUMO

Este estudo tem como objetivo analisar as percepções e concepções das pessoas idosas moradoras da Área Metropolitana de Brasília. Trata-se de uma pesquisa qualitativa exploratória-descritiva, com análise do conteúdo e frequência de palavras, com a utilização do software *NVivo* (versão 12). O significado de cidade amiga da pessoa idosa, evidenciado pela Nuvem de Palavras e a análise de conteúdo remeteram às palavras: acessibilidade, respeito, acolhedora, saúde, qualidade, serviços e segurança. Uma segunda nuvem de palavras apontou como mais frequentes as palavras: respeito, saúde, serviços, transporte, social e segurança como elementos críticos para que uma cidade seja considerada amiga da pessoa idosa. Ao oportunizarmos a escuta da pessoa idosa e o seu desempenho de protagonismo na avaliação comunitária foi possível compreendermos as particularidades e assimetrias territoriais diante do envelhecimento populacional da capital do Brasil e quiçá a construção de políticas públicas locais.

Palavras-chave: Acessibilidade; Espaço Construído; Envelhecimento; Direito a cidade; Ageismo.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma realidade mundial, no qual o Brasil se insere caminhando a passos largos. Contudo, há uma lenta evolução na concretização dos direitos das pessoas idosas. Apesar de já conquistados juridicamente, ao longo de uma trajetória de luta, o que de fato se materializa no cotidiano (NOGUEIRA, INGRID ROCHELLE REGO *et al.*, 2021) é uma porcentagem muito pequena. Vivemos um déficit no avanço das políticas públicas,

nas garantias dos direitos previstos em lei e na cultura do respeito, inclusão e valorização da pessoa idosa.

O respeito à igualdade, para a população idosa, deve passar tanto pelo combate a formas de discriminação, quanto pela adoção de medidas de promoção à inclusão. Oportunizar o protagonismo da pessoa idosa é abrir espaços para as diferentes expressões de participação social para que elas encontrem sua legitimidade e lugar na sociedade (ROZENDO *et al.*, 2010).

O Guia Global da Cidade Amiga da Pessoa Idosa (OMS, 2007b), tem o intuito de dar voz a pessoa idosa através de sua consulta para avaliar sua comunidade dentro dos oito eixos que compõem o guia. Seguindo uma dinâmica *bottom-up*, os municípios participantes se comprometem em desenvolver políticas públicas após ouvir as pessoas idosas em benefício a todas as idades.

Lançado em 2007, o projeto *Global Age-friendly Cities* da OMS, define uma cidade amiga da pessoa idosa como aquela que promove e “incentiva” o envelhecimento saudável, participativo e ativo (OMS, 2007b), que por sua vez “é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (OMS, 2002, p.13). O termo “cidade amiga da pessoa idosa” evidenciou a ideia de tornar as estruturas e serviços nas cidades mais acessíveis e inclusivas para os mais velhos.

A maneira como o envelhecimento e a velhice são compreendidos pelos sujeitos está intimamente ligada ao contexto socioeconômico e cultural onde se está inserido (LUIZ *et al.*, 2018). Isso porque o envelhecimento é um processo multidimensional, fruto da interdependência entre as dimensões biológicas inerentes a mudanças do corpo, psicológicas relacionadas as alterações na cognição, personalidade e afetividade; e sociais no domínio sociocultural e ambiental (PLACIDELI; CASTANHEIRA, 2017).

O ambiente possui uma relação dinâmica com o envelhecimento dentro da teoria Ecológica (LAWTON; RICH, 1968). Estudos demonstram como a configuração ambiental contribui para enfraquecer e reduzir as redes e apoios sociais (LEITAO MAIA *et al.*, 2016), principalmente de grupos vulneráveis como das pessoas idosas. Muitas interações sociais ocorrem na vizinhança, visto que o envelhecimento pode trazer mudanças biopsicossociais que resultam na restrição do raio de deslocamento dessas pessoas (LIAO *et al.*, 2020). Pessoas idosas que vivem em ambientes inseguros são menos propensos a saírem sozinhos e, portanto,

estão mais susceptíveis ao isolamento e à depressão, bem como a ter mais problemas de mobilidade e pior estado físico (YU; WONG; WOO, 2019). Destarte, é fundamental o desenvolvimento de ambientes com acessibilidade que favoreçam ou fortaleçam a rede de suporte social na velhice.

Para compreender como o envelhecimento ocorre em uma sociedade, é importante conhecer seu território e seu desenvolvimento. E Brasília tem suas peculiaridades.

A BRASÍLIA METROPOLITANA

Inaugurada em 1960 como a nova capital do Brasil, Brasília foi projetada pelo urbanista Lucio Costa, sobre influências históricas da cidade-jardim, cidade linear, cidades barrocas, cidades coloniais brasileiras e acima de tudo, das grandes esplanadas monumentais da cultura Teotihuacán (HOLANDA, 2010). Extrapolando seus traços de origem, a capital, com seus 60 e poucos anos, configura-se metrópole, contornada por “cidades” ou regiões dormitórios e áreas invadidas que abrigam a maior parte da população do Distrito Federal (DF), assim como, a maior parte da população de menor renda (RIBEIRO; TENORIO; HOLANDA, 2015).

É pleonástico dizer que no Plano-Piloto encontra-se a maior parte dos empregos, onde reside a população de média e alta renda, e usufrui-se de melhor qualidade de vida. Em contraponto, nas Cidades-Satélites e Entorno do DF residem os menos abastados que foram forçados a viver nos arredores por até mais de 70 km do Plano (LAURIANO, 2015).

Partindo do ponto que a Constituição Federal de 1988 estabelece, como princípio fundamental, a indissolubilidade do Distrito Federal; subentende-se, portanto, que a cidade de Brasília é uma só. Esta redução insinua uma atenuação (ou eliminação) das assimetrias e tensões entre as 34 Regiões Administrativas (Ras) existentes no Distrito Federal (PEREIRA PERES, 2020).

Após seis décadas de existência, Brasília colhe a primeira geração de pessoas idosas naturais de seu território. Contudo, a maior parte dessa população mais vivida é composta de “forasteiros” advindos das regiões sudeste e nordeste com histórias de vida distintas.

Dado o processo histórico de ocupação de seu território, habitantes da Brasília Metropolitana envelhecem de modo não homogêneo. Há que se considerar as desigualdades, vulnerabilidades e potenciais riscos que estas pessoas estejam ou possam estar expostas, uma vez que isso pode implicar em diferenças significativas nas múltiplas trajetórias de vida e nos processos de envelhecer (AZEVEDO MOURA *et al.*, 2020).

A gentrificação ocorrida na nova capital, refletiu o que já ocorria em outras capitais. A massa trabalhadora foi assentada na periferia e o centro manteve-se elitizado. Por essa razão, o Distrito Federal, atualmente, é constituído por uma área central com pessoas idosas predominantemente brancas, advindas da Região Sudeste do Brasil, que desempenharam as melhores posições de trabalho na nova Capital (CODEPLAN, 2016). Enquanto os migrantes do Nordeste, que representam mais de 50% da população idosa total do DF, estão em maior proporção nas regiões de menor poder aquisitivo, são em sua maioria pessoas pardas ou negras e desempenharam o papel da força trabalhadora que fundou a cidade e buscou melhores oportunidades de vida nas décadas de 60 e 70 (CODEPLAN, 2016).

Estima-se que no Distrito Federal a população idosa alcançará o índice de 16,6% em 2030, ou seja, serão mais de 560 mil pessoas idosas, o que configurará um índice de envelhecimento (relação entre a população idosa e a população jovem) igual à 95 (IBGE, 2018). Destes, os maiores contingentes percentuais entre as regiões administrativas, destaca-se o Lago Sul com ± 7.500 pessoas com 60 anos ou mais, o equivalente a 25% de sua população, o Plano Piloto com aproximadamente 20% (40mil pessoas), Taguatinga com 15% (pouco mais de 34mil pessoas) e Ceilândia $\pm 10\%$ (CODEPLAN, 2019c). Portanto, contrapondo os dados, em números absolutos temos Ceilândia com o maior número de pessoas idosas (mais de 45mil pessoas idosas) e o Lago Sul destaca-se por ter a maior proporção com um quarto de seus moradores com 60 anos ou mais. Ou seja, as áreas centrais e mais ricas da área metropolitana de Brasília (Plano Piloto e Lago Sul) concentram a maior proporção de pessoas idosas, e as áreas mais pobres e vulneráveis desse território concentram o maior volume (AZEVEDO MOURA *et al.*, 2020).

Ceilândia está localizada a 24 quilômetros do Plano Piloto, e é fruto da primeira Campanha de Erradicação de Invasões (CEI) na década de 70. Naquele momento, foram transferidos aproximadamente 82.000 moradores das ocupações não regulares ao território que hoje é Ceilândia. Uma história de resistência e luta pelo direito universal de acesso à cidade que permanece até os dias de hoje. Sua população é majoritariamente autodeclarada negra (64%), com renda per capita cinco vezes menor que a do Plano Piloto e quase sete vezes menor que do Lago Sul. Mais de 80% de sua população não tem plano de saúde, e apenas 15% frequentaram o ensino superior. Junto com Taguatinga ocupam a porção oeste do Distrito Federal (CODEPLAN, 2019c).

A região administrativa de Taguatinga, é considerada próxima ao Plano Piloto, com população composta por 54% de autodeclarados negros, renda per capita três vezes menor que do Plano Piloto e quatro vezes menor que do Lago Sul. Quase 60% da população não possui plano de saúde e aproximadamente 36% com 25 anos ou mais possui escolaridade em nível superior. Taguatinga foi fundada antes da inauguração do Plano Piloto, portanto, já era uma realidade urbana, onde funcionavam escolas, hospitais e estabelecimentos comerciais (CODEPLAN, 2019b).

O Plano Piloto foi idealizado e construído em “escala definitiva”, e qualquer alteração em seus traçados deveriam ser eliminados a fim de alcançar um desenvolvimento desejado. As principais características do Plano Piloto, são o princípio fundamental de preservar a concepção das 4 escalas urbanas: monumental, residencial, bucólica e gregária (CODEPLAN, 2019d) de Brasília. Monumental porque essa escala se refere ao Eixo Monumental, e por nele se concentrar os imponentes edifícios administrativos da capital em contraste com os extensos vazios urbanos; a escala residencial se refere ao Eixo Rodoviário, conhecido como Eixão, e as construções no entorno dele, que formam as Asas Sul e Norte. As Superquadras e as Unidades de Vizinhança são uma forma diferenciada e singular de habitação e vida cotidiana, com escolas, clubes, bibliotecas, igrejas e comércio. Os prédios suspensos por pilotis criam uma área térrea de livre acesso aos pedestres, o que modifica a relação entre solo público e privado. Bucólica é a escala que torna o Plano Piloto de Brasília uma cidade-parque, formada por áreas livres e arborizadas, com parques e a orla do Lago Paranoá. Já a escala gregária corresponde aos setores específicos que ficam perto do cruzamento dos dois eixos (monumental e rodoviário). É formada pelos setores de diversões, bancário, hoteleiro, comercial, médico-hospitalares, autarquias e de rádio e televisão; garantindo um ponto de encontro e convivência (AZEVEDO; NEVES; LIRA, 2014).

O Lago Sul, concentra a maior renda per capita do DF (R\$7.663,00), com sua população majoritariamente branca, com elevado nível de escolaridade e usuários de planos de saúde (mais de 60% se declaram brancos, mais de 65% da população com 25 anos ou mais têm escolaridade de nível superior e mais de 70% têm plano de saúde). Atualmente, o Lago Sul é uma das chamadas “áreas nobres” apresentando altos índices de renda e de qualidade de vida. Conta com uma estrutura urbana consolidada, com ótimas opções de entretenimento e lazer, arborização, comércio diversificado, estrutura de educação, saúde e segurança (CODEPLAN, 2019a).

Este trabalho baseia-se nas desigualdades, riscos e vulnerabilidades que acometem as pessoas idosas na Área Metropolitana de Brasília (AMB) para discutir como o oportunizar de trocas e lugar de fala pode favorecer novas perspectivas e olhares sobre pensar a cidade como parte da solução de problemas na longevidade. Primeiramente, são abordadas as percepções conceituais sobre cidade amiga da pessoa idosa considerando-se as falas de moradores da periferia e do centro da AMB. Em seguida, descrevem-se as barreiras e facilitadores da construção de uma comunidade amiga da pessoa idosa considerando as perspectivas de habitantes longevos em territórios assimétricos. Finalmente, é realizada uma reflexão sobre o lugar de fala da pessoa idosa e sua contribuição na construção de políticas públicas, respeitando suas trajetórias de vida e inserção na sociedade para a efetivação da construção de políticas públicas para que a Área Metropolitana de Brasília seja “Amiga da Pessoa Idosa”. Há muito a ser pensado sobre as relações entre saúde e velhice, e novas políticas públicas necessárias num contexto de envelhecimento populacional.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa e de caráter exploratório/descritivo, que pretendeu investigar a percepção das pessoas idosas quanto ao conceito de Cidade Amiga da Pessoa Idosa.

Por intermédio de colaboração com centros e associações que desempenham atividades com pessoas idosas no Distrito Federal foi composta uma amostra de conveniência a partir da técnica de bola de neve (HANDCOCK; GILE, 2011). Pessoas idosas de quatro regiões administrativas da Brasília Metropolitana: Ceilândia, Taguatinga, Plano Piloto e Lago Sul, responderam a um questionário por meio online ou impresso.

Para atender aos critérios de inclusão, os potenciais participantes precisavam ter 60 anos ou mais, residir em uma das quatro regiões administrativas em estudo, e ser mentalmente capaz de responder ao questionário. Sob este quadro de amostragem, um total de 208 participantes responderam ao instrumento que foi aplicado no período entre janeiro e maio de 2022. As características demográficas da amostra são apresentadas na Tabela 1.

Utilizou-se o software *NVivo* versão 12.0 para a análise qualitativa, com a construção de Nuvens de Palavras.

O instrumento era composto por duas perguntas abertas sobre o conceito de cidade amiga da pessoa idosa e uma parte sociodemográfica do perfil dos participantes. A primeira pergunta examinou a percepção do respondente sobre o termo Cidade Amiga da Pessoa idosa sem apresentar nenhuma introdução prévia sobre o assunto. Em seguida, os participantes foram apresentados ao conceito do termo de acordo com a Organização Mundial da Saúde e questionados se Brasília é ou não uma cidade amiga da pessoa idosa. Por conseguinte, os oito domínios da estrutura do guia da OMS foram apresentados pela imagem da flor (Figura 1), e os respondentes foram solicitados a identificar os domínios que eles achavam que precisavam de melhorias em suas comunidades.

Figura 1. Oito domínios da Cidade Amiga da Pessoa Idosa



Fonte: Adaptação do Guia Global da OMS, 2007.

Os participantes foram convidados a elaborar suas respostas e fornecerem exemplos de suas próprias experiências para ilustrar como esses domínios afetavam seu cotidiano. Os participantes poderiam indicar e descrever quaisquer aspectos além dos oito domínios que eles achassem ser hostis. Isso permitiu maior flexibilidade e autonomia para os participantes a exporem suas dificuldades cotidianas.

Todos os participantes da *Survey* assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), recebendo as orientações referentes à pesquisa e ficando livres para negar-

se a participar do estudo em qualquer momento. Conforme art. XX da resolução 510 do Conselho Nacional de Saúde para a área das Ciências Humanas e Sociais a pesquisa do tipo *Survey* dispensa análise pelo sistema CEP/CONEP e todos os cuidados éticos foram adotados para garantir a confidencialidade do participante.

As regiões escolhidas para compor este estudo foram selecionadas devido a suas diferentes características sociodemográficas, proporção da população idosa e história de desenvolvimento (ver Tabela 2).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos 208 participantes, a maioria era da faixa etária de 60 a 70 anos (74,9%), do sexo feminino (66,2%) e se autodeclararam brancos (51,4%). Um total de 38,6% eram casados, 34,3% apresentaram pós-graduação completa e apenas 7,1% nível fundamental incompleto. No que se refere à renda, 23,8% das pessoas idosas afirmaram receber mais de 20 salários-mínimos e 23,3% entre 4 e 10 salários-mínimos. Em relação à situação de moradia, 57,6% residem em imóvel próprio já quitado.

Segundo os participantes, 58,6% afirmam que Brasília não é uma cidade amiga da pessoa idosa, sendo que 75,2% moram na mesma região administrativa a mais de 15 anos.

Tabela 1. Características demográficas dos respondentes (N=208)

Características	Ceilândia (n=41)		Taguatinga (n=38)		Plano Piloto (n=87)		Lago Sul (n=42)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	36	87,8	29	76,3	68	78,16	30	71,43
Masculino	5	12,2	9	23,7	19	21,84	12	28,57
Orientação sexual								
Heterossexual	35	85,4	33	86,8	80	91,95	40	95,24
Homossexual	1	2,4	1	2,6	4	4,60	1	2,38
Bissexual	0	0,0	0	0,0	1	1,15	0	0,00
Prefiro não responder	5	12,2	4	10,5	2	2,30	1	2,38
Faixa etária								
Mínimo	60		60		60		60	
Máximo	83		82		92		87	
Média	68		67		68		67	

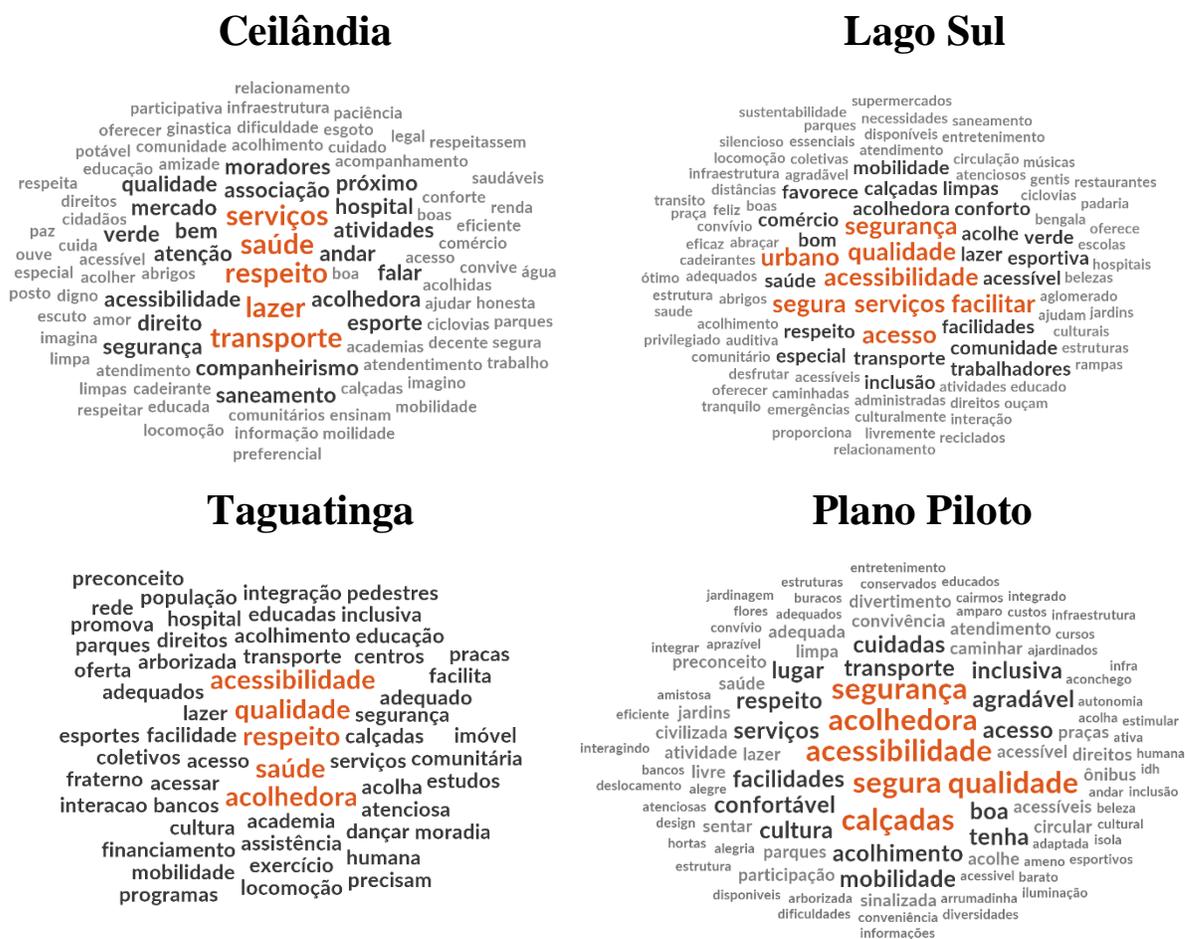
60-69	26	63,4	25	65,8	60	68,97	34	80,95
70-79	13	31,7	11	28,9	18	20,69	6	14,29
80-89	2	4,9	1	2,6	7	8,05	2	4,76
90-99	0	0,0	0	0,0	2	2,30	0	0,00
<i>Raça/Cor</i>								
Branco	14	34,1	15	39,5	62	20,69	30	71,43
Pardo	21	51,2	19	50,0	18	3,45	10	23,81
Preto	6	14,6	4	10,5	3	3,45	1	2,38
Amarelo	0	0,0	0	0,0	3	1,15	1	2,38
Indígena	0	0,0	0	0,0	1	0,00	0	0,00
<i>Tempo que mora na região</i>								
<i>Menos de 1 ano</i>	0	0,0	1	2,6	5	5,75	1	2,38
1 a 4 anos	2	4,9	1	2,6	8	9,20	4	9,52
5 a 9 anos	4	9,8	5	13,2	3	3,45	4	9,52
10 a 15 anos	3	7,3	2	5,3	1	1,15	6	14,29
Mais de 15 anos	32	78,0	29	76,3	70	80,46	27	64,29
<i>Brasília é uma cidade amiga</i>								
Sim	17	41,5		0,0	33	37,93	9	21,43
Não	23	56,1		0,0	46	52,87	28	66,67
Não sei	1	2,4		0,0	6	6,90	5	11,90
<i>Estado civil</i>								
Casado	15	36,6	17	44,7	39	44,83	25	59,52
Divorciado	7	17,1	9	23,7	19	21,84	7	16,67
Solteiro	3	7,3	6	15,8	17	19,54	4	9,52
Viúvo	13	31,7	6	15,8	8	9,20	3	7,14
Mora com companheiro	3	7,3	0	0,0	4	4,60	3	7,14
<i>Escolaridade</i>								
EJA incompleto	2	4,9	0	0,0	0	0,00	0	0,00
EJA completo	2	4,9	0	0,0	0	0,00	0	0,00
Ensino fundamental incompleto	14	34,1	1	2,6	0	0,00	0	0,00
Ensino fundamental completo	4	9,8	0	0,0	0	0,00	1	2,38
Ensino médio incompleto	5	12,2	3	7,9	1	1,15	0	0,00
Ensino médio completo	10	24,4	6	15,8	2	2,30	0	0,00
Ensino superior incompleto	1	2,4	4	10,5	6	6,90	2	4,76
Ensino superior completo	2	4,9	7	18,4	33	37,93	11	26,19
Pós-graduação completa	1	2,4	15	39,5	40	45,98	26	61,90
Não sei	0	0,0	0	0,0	1	1,15	0	0,00

Renda mensal								
Até 1 salário mínimo	12	29,3	1	2,6	0	0,00	0	0,00
1 a 3 salários mínimos	15	36,6	6	15,8	4	4,60	3	7,14
4 a 10 salários mínimos	7	17,1	14	36,8	32	36,78	6	14,29
10 a 20 salários mínimos	0	0,0	12	31,6	14	16,09	9	21,43
20 ou mais salários	0	0,0	1	2,6	29	33,33	20	47,62
Não tem valor fixo	3	7,3	0	0,0	0	0,00	0	0,00
Prefiro não dizer	4	9,8	4	10,5	6	6,90	3	7,14
Não sei	0	0,0	0	0,0	2	2,30	1	2,38
Situação habitacional								
Mora de favor	4	9,8	2	5,3	4	4,60	0	0,00
Aluga	6	14,6	8	21,1	17	19,54	5	11,90
Paga financiamento	1	2,4	3	7,9	1	1,15	2	4,76
Proprietário com imóvel quitado	30	73,2	25	65,8	49	56,32	35	83,33
Tipo de habitação								
Quitinete	3	7,3	0	0,0	1	1,15	0	0,00
Apartamento	5	12,2	19	50,0	64	73,56	2	4,76
Casa	33	80,5	19	50,0	7	8,05	40	95,24

Fonte: Autores

Uma definição própria da interpretação do termo Cidade Amiga da Pessoa Idosa emergiu no contexto de cada comunidade estudada. Por meio da análise de frequência das palavras nas falas dos respondentes, sete temas-chave sobressaíram como descritores: acessibilidade, respeito, acolhedora, saúde, qualidade, serviços e segurança (Figura 2).

Figura 2. Nuvem de palavras sobre a conceituação de cidade amiga da pessoa idosa por região administrativa da Área Metropolitana de Brasília (AMB).



Fonte: Autores

A **acessibilidade** foi tratada com alta frequência em três das quatro regiões estudadas, estando pouco presente apenas em Ceilândia. Em sua maioria o termo foi utilizado associado ao ambiente externo, ao transporte e a inclusão. As pessoas idosas retrataram uma cidade amiga como sendo aquela que tem:

“(…) calçadas próprias pra caminhadas, parques acessíveis, transporte urbano inclusivo.” (P.1)

“Com acessibilidade aos serviços e estruturas, bom atendimento médico e muita cultura.” (P.2)

“Uma cidade que ofereça plenas condições de ser usufruída em sua totalidade, incluindo facilidade de deslocamento em qualquer modal de transporte e, principalmente, a pé.” (P.3)

“Uma cidade que tenha acessibilidade e permita inclusão.” (P.4)

“Cidade que favorece, por todos os meios de interação com suas estruturas e serviços, a acessibilidade, o respeito e o bem-estar de pessoas em geral e particularmente idosas, no ambiente urbano.” (P.5)

“Que atenda aos requisitos básicos para o idoso, ou seja, calçadas bem-feitas, rampas para facilitar o acesso de cadeirantes e quem utiliza bengala, saúde preparada para atender o idoso, etc.” (L.1)

“Menos buracos nas ruas, acessível a locomoção para cadeirante e com dificuldade de andar.” (L.2)

Acredita-se cada vez mais que um ambiente de apoio, com acessibilidade, seja benéfico para a saúde, ao bem-estar e participação social, pois permite que os residentes envelheçam ativamente, com autonomia e no local (FERREIRA, H. G.; CASEMIRO, 2021; OMS, 2007). É importante ressaltar que as pessoas idosa que não conseguem acessar áreas externas estão susceptíveis ao confinamento domiciliar e ao isolamento social (FERREIRA, FABIANE RIBEIRO *et al.*, 2018).

O termo **respeito** foi amplamente utilizado por moradores de Ceilândia e Taguatinga e **acolhedora** pelo Plano Piloto e Taguatinga:

“Cidade onde tivesse (...) gente educada para falar direito com a gente, onde tivesse pessoas que respeitassem o idoso, porque a maioria não respeita. Cidade amiga é se a gente fosse em um mercado e tivesse um atendimento bom, porque a gente vai no mercado e no caixa preferencial tem muitos caixas que atendem com a cara feia, não tem paciência. Cidade amiga é um lugar que a gente se sentisse bem apesar de tantos anos que moro em Ceilândia, ao invés de melhorar, piorou.” (C.1)

“Haver pessoas educadas que tratem bem e com respeito uma pessoa idosa!” (T.2)

“Uma cidade com menos preconceito com os idosos nos coletivos, onde eles precisam ir como: bancos, hospital, etc...” (P.6)

“Cidade acolhedora e inclusiva (pra pessoas com dificuldades)”. (P.7)

“Cidade acolhedora, com o mínimo de preconceito, violência, marginalidade.” (P.8)

As falas associaram **respeito** e **acolhimento** a inclusão e combate ao preconceito. Em seu estudo, Ronzi *et al.* (2020) observaram o respeito como tema transversal aos oito eixos da cidade amiga da pessoa idosa, sendo o respeito e a inclusão social moldados pelos aspectos do ambiente físico e social e fundamentais para uma cidade amiga das pessoas idosas. Em outro estudo, Ronzi *et al.* (2018) e Scharf & Keating (2012) demonstraram que intervenções que

fomentam o respeito e a inclusão social podem impactar positivamente no bem-estar, qualidade de vida, e saúde física e mental das pessoas idosas.

Há que se verificar uma associação entre as características sociodemográficas das regiões de Ceilândia e Taguatinga, com a queixa da falta de respeito vivenciada por seus moradores mais vividos.

O ageísmo no meio urbano é tema do estudo de Kelley *et al.* (2018), os autores usam o conceito de “apagamento” para explicar a extensão do preconceito de idade (ageísmo) dentro da política e dos estudos urbanos. Eles argumentam que “apagamento” é um conceito usado como uma crítica das maneiras como certos grupos de pessoas são simplesmente “invisíveis” no desenvolvimento de políticas públicas ou práticas institucionais. É uma forma de exclusão social com pressupostos culturais de uma sociedade que não reconhece esse grupo como detentores de direitos e voz, e que são agravados diante de inequidades sociais.

A **saúde** também foi destaque nas regiões de Ceilândia e Taguatinga, demonstrando a necessidade e preocupação daqueles que dependem da assistência do sistema público de saúde. Seus moradores almejam que uma cidade amiga da pessoa idosa:

“(…) Na saúde, tenha pronto atendimento público com profissionais disponíveis.” (C.2)

“Civilizada, que respeite e preserve os direitos básicos do cidadão com segurança e saúde.”(C.3)

“Respeito com os idosos, facilidade em acessar serviços, acesso a saúde e qualidade de vida.”(T.1)

“Cidade amiga das pessoas idosas deve oferecer serviços públicos de qualidade, principalmente da área de saúde, ser acessível, enfim ser mais humana.” (T.2)

“Que tenha uma vizinhança amiga, e uma política pública de saúde de qualidade.”(T.3)

O envelhecimento saudável, preconizado pela OMS, promove uma transformação dos sistemas de saúde para que haja a substituição dos modelos curativos baseados na doença pela prestação de atenção integrada e centrada nas necessidades dos adultos mais velhos (OMS, 2015, p.21).

Em seu estudo, Rudnicka *et al.* (2020) concluem que as políticas públicas de saúde devem abordar a diversidade de estados de saúde e funcionais vivenciados pelas pessoas idosas para maximizar o número de pessoas que alcançam trajetórias positivas de envelhecimento. Contudo, várias são as dificuldades na adaptação do sistema de saúde às necessidades das pessoas idosas. Em geral, a saúde da pessoa idosa requer uma avaliação abrangente e acesso não

discriminatório a cuidados de saúde de boa qualidade, incluindo prevenção, promoção, tratamento, reabilitação, cuidados paliativos e cuidados no fim da vida. O treinamento e as ferramentas adequadas são necessários para avaliar adequadamente as capacidades médicas, psicológicas e funcionais de uma pessoa idosa, a fim de desenvolver um plano coordenado e integrado de tratamento e cuidados de longo prazo (DE CARVALHO *et al.*, 2017).

A **segurança**, foi prevalente nas regiões centrais, Plano Piloto e Lago Sul. Para seus moradores, uma comunidade amiga é aquela:

“Cidade que possamos andar com segurança, com calçadas boas para não tropeçarmos e cairmos, cidade que tenha área de lazer para nos divertirmos sem custos, cidade onde possamos caminhar, sem depender de carro ou nenhum transporte público, mas se precisar que estejam em boas condições e adequados para nossa idade.”

“Penso em uma cidade que me ofereça segurança e serviços públicos de qualidade para que eu tenha autonomia e qualidade de vida.”

“Onde haja liberdade de ir e vir, as pessoas se sintam seguras, haja interesse pela vida comunitária com projetos culturais interessantes, o acesso a informações, direitos e deveres do cidadão seja bem facilitado”.

“Lugar seguro para convívio social entre crianças, jovens, adultos e idosos. Tolerância pelas diversidades, sem racismo e preconceitos.”

“Uma cidade segura, com qualidade de vida, muito verde.”

“Segurança pública, sustentabilidade, saúde, inclusão, infraestrutura, saneamento básico, circulação segura e eficaz.”

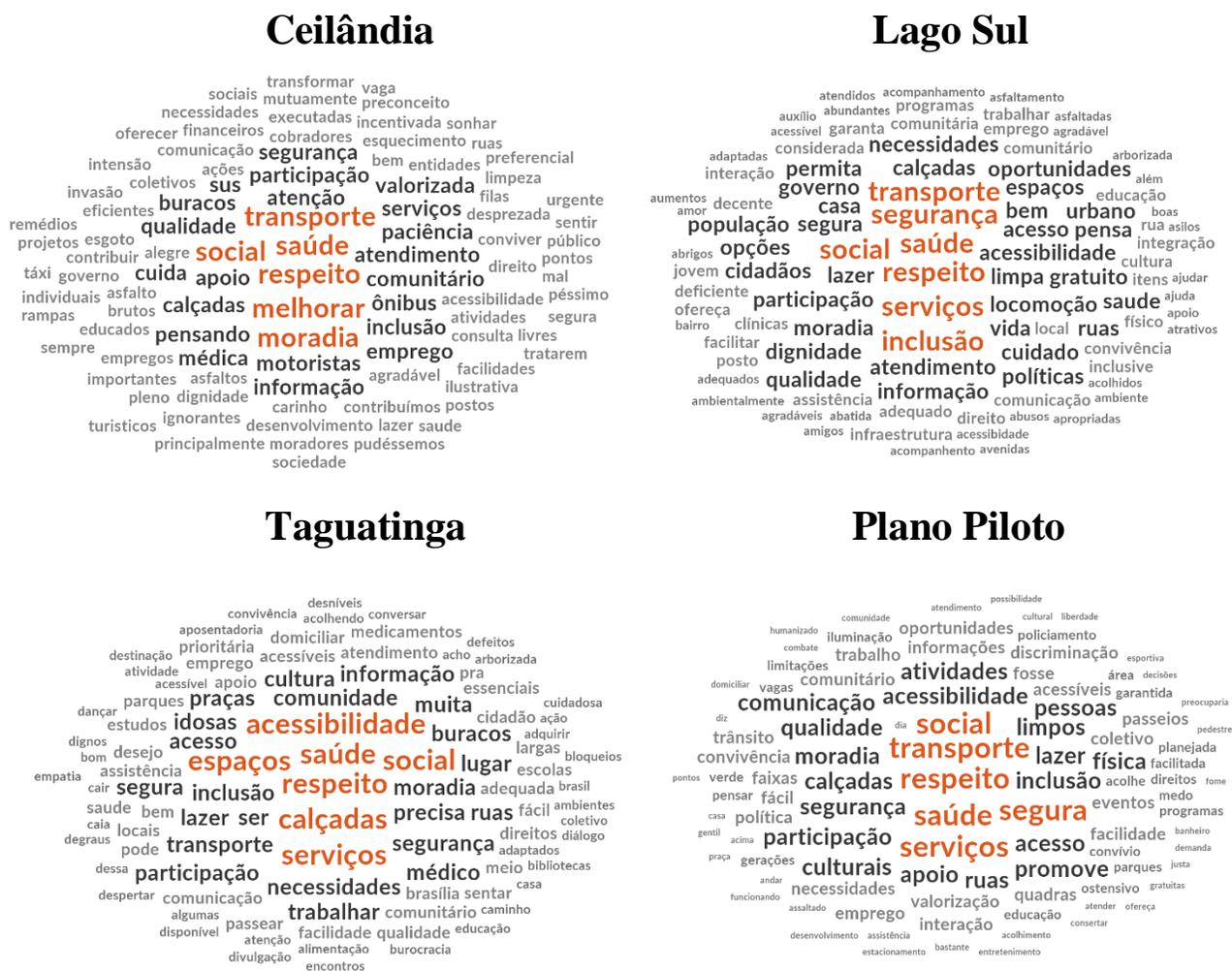
No Plano Piloto, de acordo com o relatório de Lúcio Costa, o trânsito de pedestres deveria ocorrer em espaço separado e independente do espaço do automóvel. O urbanista traçou diretrizes para o trânsito veicular e de pedestres nos setores centrais e no setor residencial, e ainda acrescentou que todo o solo livre seria destinado ao livre trânsito de pedestres (MENEZES, 2008). Contudo, a falta de uma diretriz para o caminhar do pedestre em toda a cidade favoreceu a deturpação dos caminhos de pedestre com obras que prejudicam a continuidade do trânsito a pé. A ausência de planos, normas, regulamentação e estudo sobre o trânsito a pé e sobre a produção dos caminhos de pedestre no Plano Piloto e todas as outras regiões administrativas torna-se uma potencialidade no momento em que boa parte dos passeios existentes carece de manutenção e a paisagem da cidade começa a contar com novos modais de transporte.

O medo de cair pode ocasionar uma redução na participação social devido às barreiras ambientais. As quedas são graves problemas de saúde entre pessoas idosas e são a principal causa de lesões fatais e não fatais (LEE; LEE; RODIEK, 2017). Sua ocorrência está relacionada a limitações fisiológicas de força, equilíbrio, visão ou tempo de reação, assim como em decorrência de outras comorbidades (MEDEIROS *et al.*, 2021). Ainda, os relatos remetem a insegurança além da estrutura física da cidade, mas também ao medo da violência.

Portacolone *et al.* (2018) associaram a insegurança na cidade ao isolamento social dos mais idosos. Seus resultados demonstraram a importância de intervenções e programas para tornar os bairros seguros e acessíveis aos moradores mais velhos para oportunizar o convívio e participação social.

Na segunda pergunta aberta, seis temas-chave relacionados a características hostis à pessoa idosa, subjetivamente vivenciadas na cidade, emergiram de nossas análises: **respeito, saúde, serviços, transporte, social e segurança** (Figura 3). Ao relatar esses temas, nos esforçamos para tornar explícito como os participantes acharam esses aspectos determinantes em seu cotidiano.

Figura 3. Nuvem de palavras por região referente as barreiras e melhorias relatadas para Brasília ser uma cidade amiga da pessoa idosa.



Fonte: Autores

Os temas identificados neste estudo foram organizados em três grandes categorias: características amigas da pessoa idosa, fatores contextuais e temas transversais. A Tabela 2 mostra as três grandes categorias, bem como os subtemas dentro de cada. Para cada tema, apresentaremos algumas falas para discutir o ponto de vista das pessoas idosas de cada região administrativa.

Tabela 2. Temas-chave relacionados a barreiras e melhorias para tornar Brasília mais amiga da pessoa idosa

Característica Amiga	Fatores contextuais	Temas transversais
Moradia Transporte Acessibilidade Calçadas Espaços	Acessibilidade	Saúde Participação Social Respeito
Respeito Saúde Participação Social	Ageismo	

Fonte: Autora

As características amigas da pessoa idosa identificadas neste estudo correspondem aos domínios: Transporte, Respeito e Inclusão Social, Espaços Externos e Edifícios, Participação Social, Moradia, Apoio comunitário e serviços de saúde; da OMS (2007). Estas características podem ser relacionadas a dois principais fatores contextuais que impactam as experiências de adultos mais velhos no seu ambiente comunitário: acessibilidade (transporte, espaços externos e moradia) e ageismo (respeito e inclusão social, participação social e saúde).

A **acessibilidade** esteve presente na fala de moradores de quase todas as regiões estudadas, não estando em evidência apenas em Ceilândia. O tema foi relacionado com estruturas físicas do ambiente, transporte e independência.

“Mais acessibilidade com calçadas sem buracos e mais respeito dos motoristas de coletivo, menos preconceito dos mais jovens pelo mais idosos.”

“Cidade com infraestrutura desejáveis para os idosos em relação as necessidades dos que envelhecem com suas limitações próprias da idade.”

“Seria segura, sem violência; teria mais linhas de metrô com vagões prioritários para idosos; teria ônibus em todas as ruas e com mais opções de horários...”

“Uma cidade amiga precisa ter acessibilidade, espaços e parques voltados para comunidade idosa de forma inclusiva, (...) encontros de lazer voltados para essa comunidade.”

“Uma cidade amiga deve ser livre de degraus, calçadas sem defeitos para que o idoso não caia, respeito para com o idoso seja no transporte ou nas ruas...”

“Acho que as calçadas sem acessibilidade é o fator mais grave em Brasília! Calçadas largas, mas com desníveis e bloqueios para ir e vir.”

A eficiência do transporte caminha com a inclusão e o respeito e a acessibilidade impacta o bem-estar das pessoas idosas dentro de suas casas, bairros e ambiente comunitário. As múltiplas conexões entre acessibilidade e qualidade de vida sugerem que as questões de acessibilidade devem ser consideradas ao examinar qualquer aspecto de uma comunidade amiga da pessoa idosa.

O **ageismo** protagonizado pelos moradores das regiões estudadas está amplamente disseminado nas instituições, leis e políticas em todo o mundo. Este tipo de preconceito prejudica a saúde e a dignidade principalmente das pessoas idosas, negando seus direitos humanos e debilitando a habilidade de cada indivíduo de alcançar seu pleno potencial (WHO, 2021, p.4).

“Tratar o idoso com indiferença só por causa da idade, isto não concordo! Pra mim um idoso é uma pessoa normal, com algumas exceções.”

“(…) o respeito mútuo e a assistência à saúde são essenciais, lembrando que, idoso sem renda não tem saúde, então emprego e aposentadoria dignos são importantes.”

“Cidade amiga é quando se vive feliz com necessidades básicas atendidas: saúde, educação, segurança. As famílias interagindo e ajudando os outro, respeitando.”

“Lugar onde se sinta incluso independentemente da idade.”

No senso comum a percepção de que as pessoas mais velhas são frágeis ou dependentes além de um fardo para a sociedade é fruto do ageismo estrutural, que perpassa pelo imaginário coletivo. A saúde pública e a sociedade como um todo precisam abordar essas e outras questões, que podem levar à discriminação, afetar a forma como as políticas são desenvolvidas e as oportunidades que as pessoas idosas têm de experimentar um envelhecimento saudável (OMS, 2005).

Etarismo, idadismo ou ageismo são usados para definir o preconceito em relação a idade e refere-se aos estereótipos (como pensamos), preconceito (como nos sentimos) e discriminação (como agimos) em relação principalmente às pessoas idosas (WHO, 2021, p.5). Vencer estereótipos e combater preconceitos e discriminações contra as pessoas idosas envolve compreender a heterogeneidade do envelhecer (AZEVEDO MOURA *et al.*, 2020).

A diversidade observada na idade avançada não é aleatória. Uma parte decorre dos ambientes físicos e sociais e do impacto desses ambientes em suas oportunidades e

comportamentos de saúde. Uma proporção significativa da diversidade na idade avançada é devida ao impacto cumulativo dessas desigualdades de saúde ao longo da vida. Assim, políticas públicas de saúde devem ser elaboradas para reduzir, em vez de reforçar, essas iniquidades agravadas no envelhecer.

E finalmente, **respeito, saúde e social** foram identificados como temas transversais que se cruzam com vários recursos da comunidade e contextos.

CONCLUSÃO

Considerando o olhar de Lefebvre, analisar e refletir sobre a cidade como espaço público é pensar o espaço como recurso, produto e prática (social, política, simbólica...); com a premissa de que o espaço público praticado só existe a partir da apropriação (a nível individual ou coletivo) e do compartilhamento de seus signos. Sob o olhar da pessoa idosa essa apropriação se esvai durante o processo do envelhecimento e oportunizar sua inclusão, participação social e o respeito de sua interação é garantir seu direito à cidade. No mesmo sentido, para se chegar à concretização de tal avanço, deve-se propiciar uma ressignificação dos papéis da pessoa idosa em nossa sociedade; juntamente às formas como socialmente percebe-se a velhice.

O estudo permitiu que os participantes definissem por si o que significa ser uma cidade amiga da pessoa idosa e a expor características positivas e barreiras em seus diferentes contextos sociodemográficos. Por meio da *survey*, os participantes determinaram domínios de maior relevância a serem enfrentados em suas comunidades e emergiram temas-chave para futuras discussões e desenvolvimento de políticas públicas locais e intersetoriais.

Partindo das perspectivas de adultos mais velhos residentes no Distrito Federal, este estudo fornece informações sobre como as pessoas idosas percebem, interagem, e são influenciadas, positiva e negativamente pelo ambiente físico e pela escassez de recursos humanos apropriados para atendê-los em suas necessidades em suas comunidades. Em particular, identificamos temas emergentes pertinentes à linha de (des)amizade da cidade, em muitos casos, essas dimensões podem reforçar, cruzar e afetar uns aos outros. Por exemplo, escassez de espaços públicos adequados com acessibilidade pode reduzir as oportunidades para adultos idosos terem interações sociais significativas e corroborar para o isolamento social. Os temas identificados convergiram com o Guia Global da Cidade Amiga da Pessoa Idosa da OMS

e sugerem que os mais vividos da Brasília Metropolitana enfrentam vários problemas que interseccionam o ambiente físico e aspectos sociais estruturais como barreiras em suas comunidades.

Vários *insights* adicionais podem ser extraídos deste estudo para futuras investigações; como a contribuição para a mudança do lugar de fala e escuta dos mais vividos para reforçar a importância da inclusão e combate ao ageísmo.

Este estudo pretende retornar à sociedade um relatório com as principais questões e recomendações a serem apresentadas aos centros e associações envolvidas na amostragem, como uma devolutiva para a população, assim como o convite de líderes políticos e organizações comunitárias para o desenvolvimento de ações públicas de melhorias na cidade. O relatório, permitirá que as pessoas idosas transmitam suas preocupações e ideias aos decisores políticos locais e às organizações comunitárias.

A Carta de Atenas propunha, em termos sociais, que cada indivíduo tivesse acesso às alegrias fundamentais, ao bem-estar do lar e à beleza da cidade. A narrativa deste trabalho é formada pela fala dos moradores mais velhos que no decorrer da sua história de vida perde seu papel de mais valia e concretude no usufruto de seus direitos.

Vale lembrar que os instrumentos legais até hoje apresentados, isoladamente, não garantem o envelhecimento ativo, saudável, sustentável e participativo. É preciso o engajamento de todos os atores que constituem a sociedade para efetivar estes direitos.

REFERÊNCIAS

CODEPLAN. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios** - Brasília: 2018 - Lago Sul.

_____. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios** - Brasília: 2018 - Taguatinga.

_____. **Pesquisa Distrital por amostra de domicílios** - Brasília: 2018 - Ceilândia.

_____. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios** - Brasília: 2018: Plano Piloto.

DA, Adriano et al. Protagonismo político e social na velhice: cenários, potências e problemáticas. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 35–52, 2010.

DE CARVALHO, Islene Araujo et al. Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 11, 2017.

FERREIRA, Fabiane Ribeiro et al. Aspects of social participation and neighborhood perception: ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 52, 2018.

FERREIRA, Heloísa Gonçalves; CASEMIRO, Níldila Villa. Solidão em idosos e fatores associados. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 1, p. 90, 2021.

HANDCOCK, Mark S.; GILE, Krista J. Comment: On the concept of snowball sampling. **Sociological Methodology**, v. 41, n. 1, p. 367–371, 2011.

HOLANDA, Frederico. **Brasília - cidade moderna, cidade eterna**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo) Universidade de Brasília. Brasília, 2010.

IBGE – **Projeções da População do Brasil e Unidades da Federação por sexo e idade: 2010-2060**. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>.

KELLEY *et al.* Addressing erasure, microfication and social change: age-friendly initiatives and environmental gerontology in the 21st century. **Age-friendly cities and ...**, 2018.

LAURIANO, William. Gentrificação da cidade modernista: Brasília. **Cadernos MetrÓpole**, v. 17, n. 33, p. 155–178, 2015.

LAWTON, A. H.; RICH, T. A. Ecology and gerontology: an introduction. **The Gerontologist**, v. 8, n. 2, 1968.

LEE, Sungmin; LEE, Chanam; RODIEK, Susan. Neighborhood factors and fall-related injuries among older adults seen by emergency medical service providers. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 2, 2017.

LEITAO MAIA, Carlos Manuel et al. Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. **Revista INFAD de Psicología.**, v. 1, n. 1, p. 293, 2016.

LIAO, Bojing *et al.* How does walkability change behavior? A comparison between different age groups in the Netherlands. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 2, 2020.

LUIZ, Karine Kátia Iria *et al.* Envelhecimento e velhice: protagonismo, temporalidade e desafios. **Temporalis**, v. 18, n. 35, p. 289–304, 2018.

MATHIEU, M. R. A. Brasília, é uma cidade só? O impacto das medidas preservacionistas do plano piloto na expansão dos espaços urbanos da área metropolitana de Brasília. *In*: Nogales Vasconcelos, A. M., Moura, L. B. A., Jatobá, S. U. S., Carmo de Souza Cruz, R., Andrade Mathieu (de), M. R., & Paviani, A. (Eds.), **Território e sociedade: As múltiplas faces da Brasília metropolitana**. IRD Éditions. 2019.

MEDEIROS, Ana Paula Morais de *et al.* Perception of elderly people who live alone about their conditions of life and health / Percepção de idosos que moram sozinhos acerca de suas condições de vida e saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 1242–1248, 2021.

MENEZES, Marilene Resende. O lugar do pedestre no Plano Piloto de Brasília. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Departamento de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de Brasília. Brasília, 206 p., 2008.

MOURA, Leides Barroso Azevedo *et al.* A pessoa idosa na área metropolitana de Brasília: oportunidades e desafios. *In*: Nogales Vasconcelos, A. M., Moura, L. B. A., Jatobá, S. U. S., Carmo de Souza Cruz, R., Andrade Mathieu (de), M. R., & Paviani, A. (Eds.), **Território e Sociedade**, 2020.

NOGUEIRA, Ingrid Rochelle Rego *et al.* Formação de lideranças idosas: uma estratégia para o fortalecimento do protagonismo e da participação social. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 25, n. 3, 2021.

OMS. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

OMS. **Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas**, 2007. E-book.

PEREIRA PERES, Janaina Lopes. A cidade é uma só? Brasília e os perigos de uma resposta única. *In*: Nogales Vasconcelos, A. M., Moura, L. B. A., Jatobá, S. U. S., Carmo de Souza Cruz, R., Andrade Mathieu (de), M. R., & Paviani, A. (Eds.), **Território e Sociedade**, 2020.

PLACIDELI, Nádia; CASTANHEIRA, Elen Rose Lodeiro. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. **Revista Kairós : Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 247, 2017.

PORTACOLONE, Elena et al. “i Feel Trapped”: The Tension between Personal and Structural Factors of Social Isolation and the Desire for Social Integration among Older Residents of a High-Crime Neighborhood. **Gerontologist**, v. 58, n. 1, p. 79–88, 2018.

PERES, J. L. P. A cidade é uma só? Brasília e os perigos de uma resposta única. *In* Nogales Vasconcelos, A. M., Moura, L. B. A., Jatobá, S. U. S., Carmo de Souza Cruz, R., Andrade Mathieu (de), M. R., & Paviani, A. (Eds.), **Território e sociedade: As múltiplas faces da Brasília metropolitana**. IRD Éditions. 2019.

RIBEIRO, Rômulo José da Costa; TENORIO, Gabriela de Souza; HOLANDA, Frederico De. Brasília: transformações na ordem urbana, 2015.

RONZI, S. et al. What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Systematic Reviews**, v. 7, n. 1, 2018

RONZI, Sara et al. How is respect and social inclusion conceptualised by older adults in an aspiring age-friendly city? A photovoice study in the north-west of England. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, 2020.

SCHARF, Thomas; KEATING, Norah. From exclusion to inclusion in old age: A global challenge, 2012.

WHO. **Global report on Ageism**, 2021. E-book.

WHO. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**, 2015.

YU, R; WONG, M; WOO, J. Perceptions of neighborhood environment, sense of community, and self-rated health: an age-friendly city project in Hong Kong. **Journal of urban health**, 2019.

CAPÍTULO XI

Conclusão e Triangulação dos resultados

O desenvolvimento desta pesquisa assumiu o desafio de relacionar a percepção da pessoa idosa frente ao ambiente construído ao modo como deste se apropria e é influenciado. Logo, a análise destes fenômenos foi auxiliada pela relação do levantamento sociodemográfico junto ao público-participantes e, assim, a relação de percepção da amigabilidade urbana pode ser estabelecida sobre uma realidade local. A apresentação do estudo assumiu a importância da cidade investigada, comprometendo-se em apresentar reflexões que, ao identificar os obstáculos e os potenciais urbanos percebidos, possam auxiliar na elaboração de futuros projetos urbanos, políticas públicas e ação pública com protagonismo dos coletivos e liderança de pessoas idosas da cidade. Estes, com o intuito final de acolher amigavelmente as pessoas idosas no cenário da capital do Brasil.

Quanto à sua importância para a comunidade acadêmica, esta pesquisa apresenta reflexões que poderão embasar e suscitar novos estudos e reflexões. Além disso, disponibiliza uma revisão bibliográfica que aponta a necessidade de olharmos sobre uma lente teórica específica ao desenvolvermos pesquisas com temas complexos e amplos como a cidade e o envelhecimento. Portanto, o primeiro artigo fruto desta pesquisa, oferece uma síntese dos pressupostos teóricos mais utilizados nas pesquisas sobre a tema *Age-friendly*, apresentados pelos principais pesquisadores na área. Conclui-se que a gerontologia ainda carece de um embasamento conceitual e teórico perante seus modelos e paradigmas, especialmente quando um novo termo passa a ser amplamente utilizado, porém fragilmente decifrado a partir de pressupostos teóricos delimitados.

Ao centrar-se na problemática do envelhecimento populacional e do crescimento demográfico urbano, este trabalho apontou a necessidade latente da criação de cidades mais democráticas, planejadas a partir da percepção dos cidadãos e do comportamento ambiental, com a finalidade de proporcionar cidades capazes de acolher amigavelmente todas as faixas etárias e “escutar” as pessoas idosas para melhor identificar suas experiências de viver a cidade.

Embora o envelhecimento da sociedade e suas implicações não sejam problemas insolúveis, em sua complexidade exigirão uma resposta interdisciplinar e intersetorial. As

soluções irão essencialmente exigir não apenas a análise das melhores práticas, mas sim a produção de novos conhecimentos e co-criação de soluções.

No segundo artigo, fruto desta dissertação, o objetivo foi estudar o movimento cidade amiga da pessoa idosa a partir de uma perspectiva de políticas públicas e explorar como a população percebe o ambiente urbano de Brasília interpretada em nível local. Para atingir esse objetivo, o estudo comparou a experiência de quatro regiões administrativas (Ceilândia, Taguatinga, Plano Piloto e Lago Sul), e usou uma análise de conteúdo por nuvens de palavras e análise descritivas sob uma lente analítica para explorar como ações e políticas públicas podem ser desenvolvidas em cada região.

O estudo indicou que as quatro regiões administrativas desenvolveram uma compreensão diferente da “abordagem cidade amiga da pessoa idosa”. A análise sugeriu que os participantes de Ceilândia e Taguatinga concebem a abordagem como um conceito de respeito, os do Plano Piloto e Lago Sul como sinônimo de acessibilidade. Essa descoberta deve ser mais explorada para verificar uma associação entre as características sociodemográficas das regiões de Ceilândia e Taguatinga, com a queixa da falta de respeito vivenciada por seus moradores mais vividos. A necessidade de reconhecimento deste grupo como sujeitos detentores de direitos e voz, podem ser agravados diante de inequidades sociais (RONZI, SARA *et al.*, 2020). Já a falta de acessibilidade inibe a interação da pessoa idosa com o meio externo, deixando-os susceptíveis ao confinamento domiciliar e ao isolamento social (BEZERRA & MOURA, 2021; FERREIRA *et al.*, 2018). Em ambas há uma expectativa de exercerem o direito à cidade e suas estruturas de oportunidades e serviços, ainda que expresso em abordagens diferentes.

Parcerias entre associações, instituições acadêmicas e desenvolvedores locais e agentes políticos são importantes para articular de forma intersetorial o direito da pessoa idosa com órgãos governamentais, alcançando diretamente a população em suas particularidades. Ao investigar os determinantes sociais sobre a caracterização das regiões administrativas como comunidades amigas das pessoas idosas, foi possível concluir que independente das condições sociodemográficas, as pessoas que vivenciam a Brasília Metropolitana classificam este território como não amigo das pessoas idosas. Portanto, muito há de ser feito para uma estruturação física e social para o favorecimento de uma ambiência promotora do envelhecimento cidadão no local onde se vive.

Logo, ao considerar o problema de pesquisa e ao buscar as respostas acerca dos questionamentos suscitados, esta investigação fundamentou-se na teoria ecológica para observar as relações ambiente-comportamento e apontou de modo geral, uma reflexão quanto às particularidades territoriais apresentadas pelas pessoas idosas em suas percepções e apropriação do ambiente construído para a construção de uma Brasília amiga da pessoa idosa. A relação pessoa- ambiente é influenciada pelos determinantes sociais e posição social do indivíduo e afeta suas percepções de necessidade.

Portanto, diante de todos os resultados apresentados, foi possível atingir com o primeiro artigo o objetivo específico 1, identificando pressupostos teóricos que embasam as discussões sobre as cidades amigas da pessoa idosa e a prevalência da falta de perspectivas teóricas no desenvolvimento da maioria dos estudos que mencionam o termo. Com o segundo artigo o objetivo específico 2, a saber: conceituar o termo Cidade Amiga da pessoa idosa por intermédio dos apontamentos de pessoas com 60 anos ou mais em cada região estudada. Com o terceiro artigo que está em construção será possível atingir os objetivos específicos 3 e 4, descrevendo as percepções de pessoas idosas sobre as características que o ambiente construído e o social devem se concentrar para ajudar a cidade a ser um bom lugar para viver e envelhecer, e identificando os determinantes sociais que influenciam na percepção da amigabilidade urbana da Brasília metropolitana. Estes achados confirmam a hipótese nula que independente das condições sociodemográficas das pessoas idosas, Brasília Metropolitana é considerada uma cidade não amigável ao envelhecimento. Os achados desta pesquisa afirmam sobre a necessidade de decifrar as dinâmicas sociais de pessoas idosas e identificar uma forma de criar sinergia entre os campos de estudos teóricos e as políticas públicas para redução do ageísmo com o aumento da inclusão social e respeito dos longevos na cidade, a melhora da acessibilidade na cidade e aumento da segurança com redução da criminalidade e violência.

Para estudos futuros sugere-se em uma pesquisa aprofundada em cada eixo um dos oito eixos para melhor avaliar os territórios dentro do guia da OMS.

CAPÍTULO XII

Limites, Impacto e Perspectivas da pesquisa

12.1. Alguns limites

Observou-se a existência de limitadores metodológicos referentes aos resultados apresentados nesta dissertação. A primeira limitação está associada ao método bola de neve e a aplicação do instrumento no formato *online*. Ao respeitar o distanciamento social durante a pandemia de COVID-19, a coleta de dados foi essencialmente *online*, restringindo a investigação às pessoas idosas que tinham acesso, habilidade e conhecimento do uso da internet para participar do estudo. Esta escolha pode ter tendenciado o estudo ao núcleo de pessoas com mais renda e mais escolaridade. Concomitantemente, o tamanho da amostra foi inferior ao esperado, não alcançando um espectro representativo de toda a região comunitária. Em uma próxima pesquisa seria interessante incluir a participação de Agentes Comunitários de Saúde, uma busca ativa e mapeamento local de adultos mais velhos poderão contribuir para uma representatividade mais acurada da heterogeneidade do grupo de pessoas idosas das regiões. Não obstante, a coleta realizada em grupos de convivência de pessoas idosas tendenciou o estudo para pessoas ativas, engajadas na comunidade como participantes de projetos sociais.

Já a estruturação da pesquisa em um instrumento estruturado impossibilitou o aprofundamento no conhecimento das necessidades particulares dos respondentes, mas possibilitou a comparabilidade com resultados de outras pesquisas. Seria oportuno a realização de estudos com métodos de grupos focais e/ou entrevistas em profundidade com líderes comunitários e liderança idosa dos territórios. Assim como, a utilização de registros imagéticos das comunidades e relatos de diários de bordo para ilustrar com liberdade os anseios e cotidiano das pessoas idosas, para canalizar denúncias, dificuldades e reivindicações.

Este estudo teve como propósito uma varredura dos oito eixos propostos pelo guia da OMS. Contudo, a escolha de poucas perguntas para rastrear cada eixo e compor o instrumento investigatório sem deixá-lo extenso foi desafiador e talvez limitante para alcançar todos os aspectos relevantes para cada região. Futuros estudos podem se aprofundar isoladamente cada eixo, amparando todos os aspectos físicos e sociais dos territórios.

Por fim, este estudo procurou articular construtos e teorias, saberes, discursos e realidades vividas para coproduzir uma análise crítica das cidades amigas das pessoas idosas.

Embora os resultados possam ser considerados geradores de hipóteses, outras metodologias adotadas poderiam possibilitar uma exploração mais crítica da diversidade de experiências de envelhecimento no local e aberturas através das quais se pudesse captar concepções alternativas de comunidades amigas das pessoas idosas e articulação entre os eixos analisados.

Pretende-se realizar um fórum de debate junto às autoridades locais para divulgar os resultados encontrados e favorecer a tomada de decisão para a construção de ações efetivas para favorecer o envolvimento de pessoas idosas como geradoras de ação pública e co-gestoras de políticas locais.

12.2 Impacto da Pesquisa

No decorrer do desenvolvimento deste estudo suas parciais e seus elementos teóricos correspondentes ou interrelacionados foram apresentados à comunidade acadêmica entre os anos de 2020 e 2022, possibilitando o aprimoramento das discussões teóricas e divulgação das informações colhidas.

As divulgações e discussões ocorreram em congressos, como no: Colóquio “Assimetrias territoriais: questões socioambientais e fatores de desigualdade” da Universidade de Évora em Portugal - em junho de 2022; uma menção honrosa como um dos melhores trabalhos apresentados no II Congresso Brasileiro Interdisciplinar em Ciência e Tecnologia - “Desafios para a ciência e tecnologia no mundo contemporâneo”, em setembro de 2021; apresentação de ensaio acadêmico no XXII ENGEMA - USP, em novembro de 2020, e a publicação de um artigo na revista do Centro de Estudos Avançados e Multidisciplinares em agosto de 2020.

Como fruto dos objetivos específicos da dissertação, o artigo 1 (de revisão de escopo) foi aceito por um periódico indexado com qualis A2; e o artigo 2 já foi submetido a um periódico qualis A2 e aguarda parecer. Um terceiro artigo está em construção e submetido com a análise descritiva e inferencial dos dados da pesquisa.

12.3. Perspectivas

Os diversos níveis governamentais possuem papel importante a desempenhar nos esforços para ajudar as comunidades tornarem-se mais amigáveis ao envelhecimento. Isso inclui

a criação de modelos, padrões e incentivos para indivíduos e comunidades realizarem melhorias favoráveis para que as pessoas possam envelhecer no local de sua preferência com respeito e inclusão. Contudo, essas ações e iniciativas amigáveis ao envelhecimento precisam ser pensadas e articuladas entre os esforços independentes, desenvolvidos com pouco ou nenhum envolvimento de governos estaduais ou federais, mas que já se aproximam e conhecem as particularidades de seus moradores.

As experiências relatadas pelos participantes forneceram informações sobre como eles se sentem sobre seu lugar na sociedade como um adulto mais velho e suas dificuldades para transitar e pertencer a Brasília Metropolitana. O conceito de envelhecimento no local e de amigabilidade envolve a integração física e social das pessoas 60+ dentro do espaço de sua vizinhança. Isso tem eco nas agendas de políticas públicas que visam melhorar a qualidade de vida dos atuais e futuros adultos mais velhos, criando ambientes "amigos de todas as idades". O Guia global das cidades e comunidades amigas das pessoas idosas enfatiza que tornar os ambientes "amigos das pessoas idosas" envolve, entre outras coisas, melhorar a qualidade, o acesso a espaços e atividades ao ar livre, prestação de serviços e oportunidades de participação cívica e social. Na prática, isso geralmente envolve a melhoria do ambiente construído, além de intervenções de bem-estar social voltadas para a população mais velha. No entanto, no planejamento e reestruturação dos ambientes é preciso levar em consideração o cotidiano e particularidades daqueles que moram e usufruem daquele território.

A conscientização das mudanças demográficas e a aceitação de que todas as pessoas naturalmente envelhecem estabelece uma urgência societária de combate ao ageísmo. A importância dessa agenda e sua influência na vida das pessoas, independe de suas condições socioeconômicas, mas cabe aos gestores, família e instituições a priorizá-la nas cidades.

REFERÊNCIAS

ABIGALIL, A.P.C. **Desafios do envelhecimento ativo face à reestruturação e ao desfinanciamento da seguridade social no Brasil**. Dissertação (Mestrado em Política Social) - Departamento de Serviço Social, Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília. Brasília, p. 263. 2019.

ACHENBAUM, W.A. A History of Ageism Since 1969. **Generations**, v. 39, n. 3, p. 10–16, 2015.

ALCÂNTARA, A.O.; GUGEL, M.A. **O que diz a Constituição da República sobre a pessoa idosa?** Portal do envelhecimento, 2022. Disponível em: <<https://www.portaldoenvelhecimento.com.br/o-que-diz-a-constituicao-da-republica-sobre-a-pessoa-idosa/>>. Acesso em: 02 de maio de 2022.

ALLEY, D. *et al.* Creating elder-friendly communities. **Journal of Gerontological Social Work**, v. 49, n. 1–2, p. 1–18, jun. 2007.

ALLEY, D.E. *et al.* The increasing use of theory in social gerontology: 1990-2004. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 65 B, n. 5, p. 583–590, 2010.

AMANAJÁS, R.; KLUG, L. Direito à cidade, cidades para todos e estrutura sociocultural urbana. In: MARCO, A.C.; MARCOS, T.Q.M.; CESAR, B.F. **A nova agenda urbana e o Brasil: insumos para sua construção e desafios a sua implementação**. Brasília: Ipea, p. 29–44, 2018. Disponível em: < <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/8622>>.

AMARO DA LUZ, M.H.R.; MIGUEL, I. Apoio social e solidão: Reflexos na população idosa em contexto institucional e comunitário. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 1, n. 2, p. 3–14, 30 set. 2015.

AMOAHA, P.A. *et al.* Achieving the age-friendly city agenda: an interventional study in Hong Kong's Islands District. **Journal of Asian Public Policy**, 2019. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/17516234.2019.1663981>>.

ANDRADE, L.T.; SILVEIRA, L.S. Efeito-território: explorações em torno de um conceito sociológico. **Civitas - Revista de Ciências Sociais**, v. 13, n. 2, 2014.

ANDRESSA TEIXEIRA JAPIASSÚ, L.; DULCE BARBOSA LINS, R. As diferentes formas de expansão urbana. **Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades**, v. 2, n. 13, 2014.

ANESHENSEL, C.S. *et al.* Urban neighborhoods and depressive symptoms among older adults. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 62, n. 1, 2007.

ANÍBAL, A. Da educação permanente à aprendizagem ao longo da vida e à validação das aprendizagens informais e não formais: recomendações e práticas. **Cies-Iul**, n. 147, 2013.

ANNEAR, M. *et al.* Environmental influences on healthy and active ageing: A systematic review. **Ageing and Society**, v. 34, n. 4, p. 590–622, 2014.

ANTÓNIO M. FONSECA. **Boas práticas de Ageing in Place**. Divulgar para valorizar. Guia de boas prática. v. 1, p.120, 2018.

ARAÚJO, L. *et al.* Objective vs. subjective health in very advanced ages: Looking for discordance in centenarians. **Frontiers in Medicine**, v. 5, n. jun, p. 1–7, 2018.

ARENDR, H. **La condición humana**. 1. ed. Buenos Aires: The University of Chicago Press, 1993.

ARONSON, E.; WILSON, T. D.; AKERT, R. Preconceito: causas e curas. **Psicologia Social**. 8. ed. p. 435, 2017.

AU, A. *et al.* Sense of Community Mediating Between Age-Friendly Characteristics and Life Satisfaction of Community-Dwelling Older Adults. **Frontiers in Psychology**, v.11, n.86, 2020.

AU, Alma M.L. *et al.* Age-Friendliness and Life Satisfaction of Young-Old and Old-Old in Hong Kong. **Current Gerontology and Geriatrics Research**, v. 2017, n. 62158917, 2017.

AYALON, L. *et al.* Aging in Times of the COVID-19 Pandemic: Avoiding Ageism and Fostering Intergenerational Solidarity. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, v.76, n.2, p.49–52, 2021

AYALON, L.; TESCH-RÖMER, C.. **Contemporary Perspectives on Ageism**. Springer Cham, 1 Ed., p.564, 2018.

AZEVEDO MOURA, L.B. *et al.* A pessoa idosa na área metropolitana de Brasília: oportunidades e desafios. In: **Território e sociedade: As múltiplas faces da Brasília metropolitana** [online]. Marseille: IRD Éditions, 2019.

AZEVÊDO, G.; NEVES, C.; LIRA, F. **A paisagem do plano piloto de Brasília em suas escalas**. v. 1, p. 1–12, 2014.

BANDURA, A. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall. Behaviour Change, v. 1, n. 1, 1969.

BARBOSA-FOHRMANN, A.P.; ARAÚJO, L.A. O direito à educação ao longo da vida no art. 25 do estatuto do idoso. **REI - Revista Estudos Institucionais**, v. 5, n. 1, 2019.

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 2 Ed., p.600, 1970:2018.

BENETTI, I.C. *et al.* Fundamentos da teoria bioecológica de Urie Bronfenbrenner. **Pensando Psicologia**, v. 9, n. 16, p. 89–99, 2013.

BENGTSON, V.L. *et al.* **Handbook of Theories of Aging**, 2. ed. New York: Springer, 2009.

BENGTSON, V.L.; BURGESS, E.O.; PARROTT, T.M. Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 52, n. 2, p. 72–88, 1997.

BERKERS, E; CLOÏN, M; KUUNDERS, T. Subjective wellbeing among older adults: the role of age-friendly facilities...14th European Public Health Conference (Virtual), Public health futures in a changing world, November 10-12, 2021. **European Journal of Public Health**, v. 31, p. 1101–1262, 2021.

BEZERRA, P.A.; NUNES, J.W.; MOURA, L..B.A. Envelhecimento e isolamento social: uma revisão integrativa. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 34, eAPE02661, Mar. 2021.

BIGONNESSE, C; BEAULIEU, M; GARON, S. Meaning of home in later life as a concept to understand older adults' housing needs: results from the 7 age-friendly cities pilot project in Québec. **Journal of Housing for the Elderly**, v.28, n.4, p.357-382, 2014.

BLACK, K. Promoting aging in place via research, policy, and practice in age-friendly communities. **Innovation in Aging**, v.3, n.Suppl 1, p.26, 2019.

BLACK, K; JESTER, D.J. Examining older adults' perspectives on the built environment and correlates of healthy aging in an american age-friendly community. **International journal of environmental research and Public Health**, v.17, n.19, 7056, 2020.

BLAKEY, J.; CLEWS, J. Knowing, being and co-constructing an age-friendly Tāmaki Makaurau Auckland. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 23, 2020.

BLOOMBERG, M; QUINN, C. **Age-Friendly NYC: A Progress Report**. New York: The New York Academy Medicine, 2011.

BOSCH-MEDA, J. Is the role of urban planning in promoting active ageing fully understood? A comparative review of international initiatives to develop age-friendly urban environments. **Architecture, City and Environment**, v. 16, n. 47, 2021.

BRASIL. **Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa**. Brasília: Ministério da Cidadania, guia 1, p.30, 2018.

_____. **Fatos e Números - Idosos e Família**. p. 9, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/mdh/pt-br/navegue-por-temas/observatorio-nacional-da-familia/fatos-e-numeros/idosos-e-familia-no-brasil.pdf>>.

- BRITO, R. C.; KOLLER, S. H. Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. O Mundo Social da Criança - **Natureza e Cultura Em Ação**. v.22, n.1, p. 86-92, 2007.
- BRITO, K.M.S.M.; GROSSI, P.K.; GROSSI, M.L. Violência contra mulheres idosas em Manaus. **Textos & Contextos** (Porto Alegre), v. 19, n. 1, p.2020.
- BRONFENBRENNER, U.; CECI, S.J. Nature-Nurture Reconceptualized in Developmental Perspective: A Bioecological Model. **Psychological Review**, v. 101, n. 4, p. 568–586, 1994.
- BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P.A. The Bioecological Model of Human Development. **Handbook of Child Psychology**. v.1, p.793, 2007.
- BROWNING, C.R.; CAGNEY, K.A.; WEN, M. Explaining variation in health status across space and time: Implications for racial and ethnic disparities in self-rated health. **Social Science and Medicine**, v. 57, n. 7, 2003.
- BUFFEL, T. Social research and co-production with older people: Developing age-friendly communities. **Journal of aging studies**, v.44, p.52-60, 2018.
- BUFFEL, T *et al.* Covid-19 and inequality: developing an age-friendly strategy for recovery in low income communities. **Quality in Ageing and Older Adults**, v. 21, n. 4, p. 271–279, 2020.
- BUFFEL, T; PHILIPSON, C. Age-friendly cities and communities: New directions for research and policy. *In:* GU, D.; DUPRE, M.E. **Encyclopedia of Gerontology and Population Aging**. New York: Springer, Cham. p.1-10, 2019.
- _____. A manifesto for the age-friendly movement: Developing a new urban agenda. **Journal of Aging & Social Policy**, v.30, n.2, p.173-192, 2018.
- BUFFEL, T; PHILLIPSON, C; SCHARF, T. Ageing in urban environments: Developing 'age-friendly' cities. **Critical Social Policy**, v.32, p. 597-617, 2012.
- BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. Physis: **Revista de Saúde Coletiva**, v. 17, n. 1, p. 77–93, 2007.
- BUTLER, R.N. Age-ism: Another form of bigotry. **Gerontologist**, v. 9, n. 4, p. 243–246, 1969.
- BUYS, D.R. *et al.* Association between neighborhood disadvantage and hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in older adults: Results from the University of Alabama at Birmingham Study of Aging. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 6, p. 1181–1188, 2015.
- CACHIONI, M. *et al.* Idosos on - line: tecnologia como recurso para a aprendizagem ao longo da vida. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 25, 7 set. 2021.

CAIADO, M.C.S. Estruturação intra-urbana na região do Distrito Federal e entorno: a mobilidade e a segregação socioespacial da população. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v.22, n.1, p. 55–88, 2005.

CAIAFFA, W.T. *et al.* Urban health: “The city is a strange lady, smiling today, devouring you tomorrow”. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1785–1796, 2008.

CALVO, I. *et al.* Introducing computer-based concept mapping to older adults. **Educational Gerontology**, v. 43, n. 8, 2017.

CAMARANO, A.A. **Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros**. Rio de Janeiro: IPEA, v.1, 2004.

_____. Vidas idosas importam, mesmo na pandemia. **Boletim de Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, n. 28, p. 511–537, 7 nov. 2022. Disponível em: <http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/10821/1/BPS_28_nps1_vidas_idosas.pdf>.

CAMARANO, A.A.; KANSO, S.; MELLO, J.L.E. Como vive o idoso brasileiro? In: **O Novos Idosos Brasileiros: Muito além dos 60**. Rio de Janeiro: IPEA, v.1, 2004.

CAMARGO, L.P.; BORGES, C.N.F. Intersetorialidade, a saúde do idoso e o Serviço de Orientação ao Exercício: uma análise documental. **Revista Brasileira de Pesquisa em Saúde/Brazilian Journal of Health Research**, v. 22, n. 1, 2020.

CAMELO, L.C.S.D.; ARAÚJO, L.F. Depressão em mulheres idosas. **Psico**, v. 52, n. 4, 2021.

CAMPOS, M.E.S.M. *et al.* A governança pública na política de saúde nas capitais da região do sudoeste do Brasil. **Diálogos Interdisciplinares**, v. 9, n. 1, 2020.

CAO, Q. *et al.* Age-friendly communities and perceived disconnectedness: the role of built environment and social engagement. **Journal of Aging and Health**, v. 32, n. 9, p. 937–948, 2020.

CARP, F. M. User evaluation of housing for the elderly. **Gerontologist**, v. 16, n. 2, 1976.

CARP, F.M.; CARP, A. A Complementary/Congruence Model of Well-Being or Mental Health for the Community Elderly. In: **Altman, I., Lawton, M.P., Wohlwill, J.F. Elderly People and the Environment. Human Behavior and Environment**, Boston: Springer. v. 7, 1984.

CARSTENSEN, L.L. *et al.* Emotional Experience Improves With Age: Evidence Based on Over 10 Years of Experience Sampling. **Psychology and Aging**, v. 26, n. 1, p. 21–33, 2011.

CASE, A.; PAXSON, C. Sex differences in morbidity and mortality. **Demography**, v. 42, n. 2, 2005.

CATALÃO, I.; MAGRINI, M.A.; LINDO, P. Urbanização, (contra)desenvolvimento e direito à cidade. **Boletim de Geografia**, v. 37, n. 1, 2019.

CEPAL. **Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos**. v.1, 2018. Disponível em: <https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf>.

CERDA, M; BERNIER, N.F. Age-Friendly Communities in Ontario: Multi-Level Governance, Coordination Challenges and Policy Implications. **Institute for Research on Public Policy**. 2013. Disponível em: <<https://irpp.org/wp-content/uploads/assets/research/faces-of-aging/age-friendly-communities/Nicole-Report-Nov-4-5-2013.pdf>>.

CHAN, S.C.Y.; AU, A.M.L.; LAI, S.M.K. The detrimental impacts of negative age stereotypes on the episodic memory of older adults: does social participation moderate the effects? **BMC Geriatrics**, v. 20, n. 1, 2020.

CHANG, E.S. *et al.* Global reach of ageism on older persons' health: A systematic review. **PLoS ONE**, v. 15, n. 1, 2020.

CHOI, M.S.; DABELKO-SCHOENY, H.; WHITE, K. Access to Employment, Volunteer Activities, and Community Events and Perceptions of Age-Friendliness: The Role of Social Connectedness. **Journal of Applied Gerontology**, v. 39, n. 9, p. 1016–1024, 2020.

CHOI, Y.J. Age-Friendly Features in Home and Community and the Self-Reported Health and Functional Limitation of Older Adults: the Role of Supportive Environments. **Journal of Urban Health**, v. 97, n. 4, p. 471–485, 2020.

CLENDON, J.; WALKER, L. Nurses aged over 50 and their perceptions of flexible working. **Journal of Nursing Management**, v. 24, n. 3, 2016.

CODEPLAN. **A população negra no Distrito Federal: analisando as regiões administrativas**. Brasília, p. 19, 2014. Disponível em: <www.codeplan.df.gov.br>.

_____. **Perfil da População Idosa do Distrito Federal**. Brasília, 2012. Disponível em: <https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/02/Perfil-da-População-Idosa-do-Distrito_Federal.pdf>.

_____. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios** - Brasília: 2018 - Lago Sul.

_____. **Pesquisa distrital por amostra de domicílios** - Brasília: 2018 - Taguatinga.

_____. **Pesquisa Distrital por amostra de domicílios** - Brasília: 2018 - Ceilândia.

_____. **Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios** - Brasília: 2018 - Plano Piloto.

_____. **Projeções populacionais para as regiões administrativas do Distrito Federal 2010-2020**. Brasília, 2018. Disponível em: <<https://www.codeplan.df.gov.br/wp-content/uploads/2018/03/NT-Projeções-Populacionais-para-as-Regiões-Administrativas-do-Distrito-Federal.pdf>>.

COHN-SCHWARTZ, E.; AYALON, L. Societal Views of Older Adults as Vulnerable and a Burden to Society during the COVID-19 Outbreak: Results from an Israeli Nationally Representative Sample. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, v. 76, n. 7, 2021.

CORRÊA, E.M.; VASCONCELLOS SOBRINHO, M. Participação Social na Gestão de Cidades. **P2P e Inovação**, v. 7, n. 1, p. 244–259, 19 set. 2020.

COSTA, J.L.R.; COSTA, A.M.M.R.; FUZARO JUNIOR, G. **O que vamos fazer depois do trabalho? Reflexões sobre a preparação para aposentadoria**. São Paulo: Editora UNESP, p.151, 2016.

CRAMM, J M; VAN DIJK, H M; NIEBOER, A P. The creation of age-friendly environments is especially important to frail older people. **Ageing and Society**, v. 38, n. 4, p. 700–720, 2018.

CUNHA, G.M. *et al.* Projeto hospitalidade não tem idade - qualidade no atendimento a idosos e turistas no comércio, serviços e turismo. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 16, n. 2, p. 34, 7 nov. 2019.

CVITKOVICH, Y.; WISTER, A. Bringing in the life-course: A modification to Lawton's ecological model of aging. **Hallym International Journal of Aging**, v. 4, n.1, p.15-29, 2003.

DA, A. *et al.* Protagonismo político e social na velhice: cenários, potências e problemáticas. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 13, n. 1, p. 35–52, 2010.

DA COSTA, M.F.B.N.A.; CIOSEK, S.I. Atenção Integral Na Saúde Do Idoso No Programa Saúde Da Família: Visão Dos Profissionais De Saúde. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 44, n. 2, 2010.

DA SILVA ALVES, M.E.; DE ARAÚJO, L.F. Interseccionalidade, Raça e Sexualidade: Compreensões Para a Velhice de Negros LGBTI+. **Revista de Psicologia da IMED**, v. 12, n. 2, 2020.

DA SILVA MANGUEIRA, R.T.; DE ARRUDA SANTIAGO, Z.M. Práticas de letramentos narradas por idosos. **Educação em Revista**, v. 22, n. 1, 2021.

DA SILVA, S. F. **Paisagens Atravessadas: Projeto, experiência e cotidiano na Estrada Parque Taguatinga em Brasília**. Dissertação (Mestrado em Arquitetura e Urbanismo). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília. p.296. 2018.

DAGNINO, E. **Os movimentos sociais e a emergência de uma nova noção de cidadania. Anos 90 - política e sociedade no Brasil**, São Paulo: Brasiliense, 1ed., p.172, 1994.

DAMACENO, M.J.C.F.; CHIRELLI, M.Q. Implementação da Saúde do Idoso na Estratégia Saúde da Família: visão dos profissionais e gestores. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 5, p. 1637–1646, 2019.

DE CARVALHO, I.A. *et al.* Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. **Bulletin of the World Health Organization**, v. 95, n. 11, 2017.

DE DONDER, L. *et al.* Perceptual quality of neighbourhood design and feelings of unsafety. **Ageing & Society**, v. 33, n. 6, p. 917–937, 2013.

DE LIMA, T.J.V.*et al.* Humanização na atenção à saúde do idoso. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, 2010.

DE OLIVEIRA LOPES, P *et al.* Age-friendly city: Future perspectives for the Brazilian cities . **Dementia e Neuropsychologia**, v. 15, n. 3, p. 295–298, 2021.

DE PAIVA, N.M. *et al.* Age-friendly Coimbra city, Portugal, perception and quality of life in a sample of elderly persons. **Ciência & Saúde Coletiva**,38, v. 24, n. 4, p. 1473–1482, 2019.

DE SENA E SILVA VIEIRA, R.; LIMA, M.E.O. Estereótipos sobre os Idosos: Dissociação entre Crenças Pessoais e Coletivas. **Temas em Psicologia**, v. 23, n. 4, 2015.

DE VRIES, B. Stigma and LGBT aging: Negative and positive marginality. *In N. A. Orel & C. A. Fruhauf (Eds.), The lives of LGBT older adults: Understanding challenges and resilience*. American Psychological Association, p. 55–71, 2014.

DEBERT, G.G. **A Reinvencao da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento**. São Paulo: FAPESP, p.272, 1999.

DEL BARRIO, E. *et al.* From active aging to active citizenship: The role of (age) friendliness. **Social Sciences**, v. 7, n. 8, 2018.

DELATORRE, A; NEAL, M B. Ecological approaches to an age-friendly Portland and Multnomah County. **Journal of Housing for the Elderly**, v.3, n.2, p. 130-145, 2017.

DEODORO, T.M.S. *et al.* A inclusão digital de pessoas idosas em momento de pandemia: relato de experiência de um projeto de extensão. **Extensão em Foco**, n. 23 (especial), p.272-286, 2021.

DESSEN, M.A.; BRAZ, M.P. Rede social de apoio durante transições familiares decorrentes do nascimento de filhos. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 3, p. 221–231, 2000.

DOLL, J. *et al.* **Atividade, desengajamento, modernização: teorias sociológicas clássicas sobre o envelhecimento.** v. 12, p. 7–33, 2007.

DOMAGAŁA, A.; GOLINOWSKA, S. Good practices in health promotion for older people - Significance for evidence in health policy. **Health & social care in the community**, v. 29, n. 2, p. 404–415, 2021.

DOMÍNGUEZ ÁVILA, C.F.. Direitos Humanos, Cidadania e Violência no Brasil: a qualidade da democracia em perspectiva. **Mural Internacional**, v. 11, p. e50753, maio 2020.

DOURADO, J. **Uma cidade fragmentada: a Brasília expulsiva , expulsa e excluída.** XIII ENANPEGE. São Paulo, 2019.

DUTKA, G; GAWRON, G; ROJEK-ADAMEK, P. Creativity based on new technologies in design of age-friendly cities: Polish seniors about their needs – research reflection. **Creativity Studies**, v. 14, n. 1, p. 218–234, 2021.

EMBRAPA. **Identificação, mapeamento e quantificação das áreas urbanas do Brasil. Gestão Territorial.** Campinas, 2017. Disponível em: <<https://ainfo.cnptia.embrapa.br/digital/bitstream/item/176016/1/20170522-COT-4.pdf>>.

EMLET, C.A.; MOCERI, J.T. The importance of social connectedness in building age-friendly communities. **Journal of aging research**, v.2012, 2012.

EVANS, S. *et al.* Making homes more dementia-friendly through the use of aids and adaptations. **Healthcare** (Switzerland), v. 7, n. 1, 2019.

FAÍSCA, L.R. *et al.* Solidão e sintomatologia depressiva na velhice. **Análise Psicológica**, v. 37, n. 2, p. 209–222, 7 jun. 2019.

FALEIROS, V.P. A questão da reforma da Previdência Social no Brasil. **SER Social**, n. 7, p. 29–74, 2009.

FEITOSA, M.V.N. *et al.* Práticas e saberes do acolhimento na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 3, 2021.

FELIZMINO, T.O.; BARBOSA, R.B. Idosos e dependência de internet: uma revisão bibliográfica. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 7, n. 1, 2018.

FERNANDES BARBOSA, K.T.; RODRIGUES LOPES DE OLIVEIRA, F.M.; MELO FERNANDES, M.G. Vulnerabilidade da pessoa idosa no acesso aos serviços prestados na Atenção Primária. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 19, p.1-11, 2017.

FERNANDES, J.B. *et al.* Addressing Ageism—Be Active in Aging: Study Protocol. **Journal of Personalized Medicine**, v. 12, n. 3, 2022.

FERREIRA, F.R. *et al.* Aspects of social participation and neighborhood perception: ELSI-Brazil. **Revista de Saúde Pública**, 52, suppl 2, n.18, 2018.

FERREIRA, H.G.; CASEMIRO, N.V. Solidão em idosos e fatores associados. **Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social**, v. 9, n. 1, p. 90, 27 jan. 2021.

FONSECA, A. **Boas Práticas de Ageing in Place. Divulgar para valorizar. Guia de boas práticas.** Londres:Fundação Calouste Gulbenkian / Faculdade de Educação e Psicologia — Universidade Católica Portuguesa, 1 ed., p.35, 2018.

FONTES, L.O. Do direito à cidade ao direito à periferia: transformações na luta pela cidadania nas margens da cidade. **Plural**, v. 25, n. 2, 2018.

FRANCO, M.T. *et al.* Capacidade funcional de idosos adscritos em uma estratégia saúde da família do meio rural. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 15, n. 1, 2018.

FROCHEN, S; PYNOOS, J. Housing for the elderly: Addressing gaps in knowledge through the lens of age-friendly communities. **Journal of Housing for the Elderly**, v.31, n. 2, p.160-177, 2017.

GARUZI, M. *et al.* Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: Revisão integrativa. **Revista Panamericana de Salud Publica/Pan American Journal of Public Health**. v.35, n.2, p.144–149, 2014.

GIL, H. Educação gerontológica na contemporaneidade: a gerontagogia, as universidades de terceira idade e os nativos digitais. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 12, n. 3, 2015.

GLICKSMAN, A; RING, L; KLEBAN, M H. Defining a framework for age-friendly interventions. **Journal of Housing for the Elderly**, v.30, n.2, p. 175-184, 2016.

GOLANT, S.M. Age-friendly communities: Are we expecting too much? **Institute for Research on Public Policy**. 2014.

_____. Conceptualizing Time and Behavior in Environmental Gerontology: A Pair of Old Issues Deserving New Thought. **Gerontologist**. v.43, n.5, p. 638–648, 2003.

_____. Stop bashing the suburbs: Mobility limitations of older residents are less relevant as connectivity options expand. **Journal of aging studies**, v. 50, p. 100793, 2019.

GOLDANI, A.M. Desafios do “preconceito etário” no Brasil. **Educação & Sociedade**, v. 31, n. 111, 2010.

GOLDMAN, S.N.; FALEIROS, V.P. Determinantes do envelhecimento ativo. *In: BORGES, A.P.A; COIMBRA, A.M.C. Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP, v.1, p. 317–323, 2008.

GOMES, M.M.F. *et al.* Marcadores da autopercepção positiva de saúde de pessoas idosas no Brasil. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 34, p. 1–8, 2021.

GORSDORF, L.F. Gênero e Cidade: interseções entre feminismo, planejamento urbano e Direito Urbanístico. *Revista Brasileira de Direito Urbanístico*, ano 1, n. 1, p. 157-171, 2015.

GORZIG, M.M. *et al.* Native American Age at Death in the USA. *Journal of Economics, Race, and Policy*, v. 5, n. 3, 2022.

GRAEFF, B. *et al.* Lifelong Learning: Perceptions Collected through the “Age-friendly Cities” Method in the Neighborhood of Mooca, São Paulo (Brazil). *Zeitschrift für Weiterbildungsforschung*, v. 42, n. 1, 2019.

GRAMINHA, C.V. *et al.* Relações entre sintomas depressivos, dor e impacto da fibromialgia na qualidade de vida em mulheres. *Revista Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social*, v. 8, n. 2, p. 267, 3 mar. 2020.

GREENBERG, J.; SOLOMON, S.; PYSZCZYNSKI, T. Terror Management Theory of Self-Esteem and Cultural Worldviews: Empirical Assessments and Conceptual Refinements. *Advances in Experimental Social Psychology*, v. 29, n. C, 1997.

GREENFIELD, E A. Age-Friendly Initiatives, Social Inequalities, and Spatial Justice. *Hastings Center Report*, v. 48, Suppl 3, p. 41-45, 2018a.

_____. Getting started: An empirically derived logic model for age-friendly community initiatives in the early planning phase. *Journal of gerontological social work*, v. 61, n.3, p. 295-312, 2018b.

GREENFIELD, E.A. *et al.* Age-friendly community initiatives: Conceptual issues and key questions. *Gerontologist*, v. 55, n. 2, p. 191-198, 2015.

GREENFIELD, E.A; MAULDIN, R.L. Participation in community activities through Naturally Occurring Retirement Community (NORC) Supportive Service Programs. *Ageing & Society*, v. 37, n. 10, p. 1987–2011, 2017.

HAMWEY, M. *et al.* Bronfenbrenner’s Bioecological Model of Human Development. *Academic Medicine*, v. 94, n. 10, 2019.

HANDCOCK, M.S.; GILE, K.J. Comment: On the concept of snowball sampling. *Sociological Methodology*, v. 41, n. 1, p. 367–371, 2011.

HARTT, M.D; BIGLIERI, S. Prepared for the silver tsunami? An examination of municipal old-age dependency and age-friendly policy in Ontario, Canada. **Journal of Urban Affairs**, v.40, n.5, p. 625-638, 2018.

HARVEY, D. O espaço como palavra-chave. **GEOgraphia**, v. 14, n. 28, 2013.

HEBERT, C.A.; SCALES, K. Dementia friendly initiatives: A state of the science review. **Dementia**, v. 18, n. 5, 2019.

HELENE, O.; MARIANO, L. Educação e desigualdade na distribuição de rendas. **Educação & Sociedade**, v. 41, 2020.

HEO, J. *et al.* Leisure activities, optimism, and personal growth among the young-old, old-old, and oldest-old. **Educational Gerontology**, v. 43, n. 6, 2017.

HOLSTEIN, M.B.; MINKLER, Meredith. Self, Society, and the “New Gerontology”. **Gerontologist**. v.43, n.6, p.787-796, 2003.

HOOFF, J.V.; MARSTON, H.R. Age-friendly cities and communities: State of the art and future perspectives. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 4, p. 1–13, 2021.

HSU, H.C. Associations of City-Level Active Aging and Age Friendliness with Well-Being among Older Adults Aged 55 and Over in Taiwan. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 12, 2020.

HSU, H.C.; BAI, C.H. Social and Built Environments Related to Cognitive Function of Older Adults: A Multi-Level Analysis Study in Taiwan. **International journal of environmental research and public health**, v. 18, n. 6, 2021.

IBGE. **Áreas Urbanizadas do Brasil**. Rio de Janeiro, 2017.

_____. **Brasil em números**. Brasília, 2021.

_____. Transição da estrutura etária no Brasil: oportunidades e desafios para a sociedade nas próximas décadas. *In*: **ERVATTI, LR; BORGES, GM; JARDIM, AP (Org.). Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.bcb.gov.br/pec/GCI/PORT/readout/readout.asp>>.

_____. **PNAD - contínua**. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/9109-projecao-da-populacao.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 25 nov. 2022.

ILC-BRAZIL. **Quem somos**. Disponível em: <<https://ilcbrazil.org.br/presidente-alexandre-kalache/>>. Acesso em: 25 maio 2022.

_____. **Veranópolis – Baseline Assesment**. São Paulo, 2016.

ITDP BRASIL. **Índice de caminhabilidade ferramenta**. 2018.

JESTE, D.V. *et al.* Age-friendly communities initiative: public health approach to promoting successful aging. **Journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry**, v.24, n.12, p.1158–1170, 2016.

JOHN, D H; GUNTER, K. engAGE in Community Using Mixed Methods to Mobilize Older People to Elucidate the Age-Friendly Attributes of Urban and Rural Places. **Journal of Applied Gerontology**, v.35, n.10, p. 1095-1120, 2016.

JULIANO, M.C.C.; YUNES, M.A.M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, v. 17, n. 3, p.135-154, 2014.

JUNQUEIRA, L.A.P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, v. 34, n. 6, p.35-45, 2002.

KAHANA, E. A congruence model of person-environment interaction. *In: Lawton, M.P., Windley, P.G., & Byerts, T.O. Aging and the Environment: Theoretical Approaches*.1ed., p.184, 1982.

KALBEN, B.B. Why men die younger: Causes of mortality differences by sex. **North American Actuarial Journal**, v. 4, n. 4, 2000.

KATZ, S.; CALASANTI, T. Critical perspectives on successful aging: Does it “appeal more than it illuminates”? **The Gerontologist**, v.55, n.1, p. 26–33, 2015

KEATING, N; EALES, J; PHILLIPS, J.E. Age-friendly rural communities: Conceptualizing ‘best-fit’. **Canadian journal on aging / La revue canadienne du vieillissement**, v.32, n.4, p.319–332, 2013.

KELLEY, J A; DANNEFER, D *et al.* Addressing erasure, microfication and social change: age-friendly initiatives and environmental gerontology in the 21st century. *In: BUFFEL T, HANDLER S, PHILLIPSON C. Age-Friendly Cities and Communities: A Global Perspective*. Bristol University Press; 2018. p. 51–72, 2018.

KENNISON, S.M.; BYRD-CRAVEN, Jennifer. Childhood Relationship with Mother as a Precursor to Ageism in Young Adults. **Current Psychology**, v. 39, n. 4, 2020.

KERBLER, B. Population ageing and urban space. *Annales-Anali za Istrske in Mediteranske Studije - Series Historia et Sociologia*, v. 25, n. 1, 2015.

KICKBUSCH, I. Ottawa_The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. **Models for Population Health**, v. 93, n. 3, p. 383–388, 2003.

KIM, E.J.; KIM, M.Y.; KIM, H. Spatio-temporal trend of aging regions and their neighborhood environment: Findings from Daegu metropolitan city, Korea. **Sustainability** (Switzerland), v. 12, n. 3, 2020.

KING, A.C. *et al.* Employing participatory citizen science methods to promote age-friendly environments worldwide. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 5, 2020.

KRELL, A.J.; DA SILVA, C.H.G. Por uma concepção neoconstitucional da cidadania: da cidadania política à cidadania social e jurídica. **Revista Direitos Sociais e Políticas Públicas** (UNIFAFIBE), v. 9, n. 1, 2021.

KUO, H.W.; LIN, C.C.; LIU, L.C. Current status and policy planning for promoting age-friendly cities in taitung county: Dialogue between older adults and service providers. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 10, 2018.

KUPSKE, J.W. *et al.* Caracterização e fatores associados à autopercepção de saúde de idosos nonagenários e centenários. **Saúde e Pesquisa**, v. 14, n. 1, 2021.

LAI, M.M. *et al.* Modeling Age-Friendly Environment, Active Aging, and Social Connectedness in an Emerging Asian Economy. **Journal of Aging Research**, v. 2016, 2016.

LARA, H.C.A.A. *et al.* Prevalência de depressão em mulheres idosas assistidas na atenção básica. **Revista de Atenção à Saúde**, v. 18, n. 64, 2020.

LAURIANO, W. Gentrificação da cidade modernista: Brasília. **Cadernos MetrÓpole**, v. 17, n. 33, p. 155–178, maio 2015.

LAWTON, A.H.; RICH, T.A. Ecology and gerontology: an introduction. **The Gerontologist**, v. 8, n. 2, 1968.

LAWTON, M. P.; SIMON, B. The ecology of social relationships in housing for the elderly. **The Gerontologist**, v. 8, n. 2, 1968.

LAWTON, M. P. Environmental taxonomy: Generalizations from research with older adults. *In* FRIEDMAN, S. L.; WACHS, T.D. **Measuring environment across the life span: Emerging methods and concepts**. Washington: American Psychological Association, p. 419, 1999.

LAWTON, M.P. The elderly in context: Perspectives from Environmental Psychology and Gerontology. **Environment and Behavior**, v. 17, n. 4, 1985.

LAWTON, M.P.; ALTMAN, I.; WOHLWILL, J.F. **Dimensions of Environment-Behavior Research. Elderly People and the Environment**. Boston: Springer, p. 1–15, 1984.

LAWTON, M.P.; NAHEMOW, L. Ecology and the aging process. *In: EISDORFER, C.; LAWTON, M. P. The psychology of adult development and aging.* American Psychological Association, p. 619–674, 1973.

LAWTON, MP; WINDLE, P; BYERTS, T. **Competence, Environmental Press, and the Adaptation of Older People**, 1982.

LEE, S.; LEE, C.; RODIEK, S. Neighborhood factors and fall-related injuries among older adults seen by emergency medical service providers. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 14, n. 2, 8 fev. 2017.

LEHNING, A J; GREENFIELD, E A. Research on age-friendly community initiatives: Taking stock and moving forward. **Journal of Housing for the Elderly**, v.31, n.2, p.178-192, 2017.

LEHNING, A J; SMITH, R J. Do age-friendly characteristics influence the expectation to age in place? A comparison of low-income and higher income Detroit elders. **Journal of Applied Gerontology**, v.34, n.2, p. 158-180, 2015.

LEHNING, A J; SMITH, R J; DUNKLE, R E. Age-friendly environments and self-rated health: An exploration of Detroit elders. **Research on Aging**, v.36, n.1, p.72–94, 2014.

LEHNING, A.J.; SCHARLACH, A.E.; DAL SANTO, T.S. A web-based approach for helping communities become more “aging friendly”. **Journal of Applied Gerontology**, v. 29, n. 4, p. 415–433, 2010.

LEITAO MAIA, C.M. *et al.* Redes de apoio social e de suporte social e envelhecimento ativo. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*. **Revista INFAD de Psicología**. v. 1, n. 1, p. 293, 2 jul. 2016.

LEVASSEUR, M. *et al.* Capturing how age-friendly communities foster positive health, social participation and health equity: A study protocol of key components and processes that promote population health in aging Canadians. **BMC Public Health**, v. 17, n. 1, 2017.

LEVY, B.R. **Breaking the age code**. William Morrow & Company, 1 ed., p. 304, 2022.

LEVY, B.R. Stereotype Embodiment Theory. *In: GU, D., DUPRE, M.E. Encyclopedia of Gerontology and Population Aging*. Springer. p.1-5, 2020.

LIAO, B. *et al.* How does walkability change behavior? A comparison between different age groups in the Netherlands. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 2, 2020.

LIDDLE, J. *et al.* Connecting at Local Level: Exploring Opportunities for Future Design of Technology to Support Social Connections in Age-Friendly Communities. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v.17, n.15, p.5544, 2020.

LIDDLE, J. *et al.* Exploring the age-friendliness of purpose-built retirement communities: evidence from England. **Ageing & Society**, v.34, n.9, 2014.

LINDQVIST, E. *et al.* The contrasting role of technology as both supportive and hindering in the everyday lives of people with mild cognitive deficits: a focus group study. **BMC geriatrics**, v. 18, n. 1, p. 185, 17 ago. 2018.

LUBENOW, J.A.M.; SILVA, A.O. O que os idosos pensam sobre o atendimento nos serviços de saúde. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 22, n. 2, p. 1–13, 2019.

LUCIANO, A. *et al.* Measuring age-friendly housing: A framework. **Sustainability** (Switzerland), v. 12, n. 3, 2020.

LUI, C.W. *et al.* What makes a community age-friendly: A review of international literature. ... **Journal On Ageing**, v.28, n.3, p.116–121, 2009.

LUIZ, K.K.I. *et al.* Envelhecimento e velhice: protagonismo, temporalidade e desafios. **Temporalis**, v. 18, n. 35, p. 289–304, 30 jun. 2018.

LUY, M.; GAST, K. Do women live longer or do men die earlier? Reflections on the causes of sex differences in life expectancy. **Gerontology**. v.60, n.2, p.143–153, 2014.

LUY, M.; WEGNER-SIEGMUNDT, C. The impact of smoking on gender differences in life expectancy: More heterogeneous than often stated. **European Journal of Public Health**, v. 25, n. 4, 2015.

MACHADO, L.R. *et al.* Mapeamento de competências digitais: a inclusão social dos idosos. **ETD - Educação Temática Digital**, v. 18, n. 4, 2016.

MACIEL, T.F. Reflexões entre a história do desenvolvimento e o envelhecimento global. 2021. **Anais II COBICET - Congresso Brasileiro Interdisciplinar em Ciência e Tecnologia**, 2021. Disponível em: <www.even3.com.br/Anais/cobicet/394667-REFLEXOES-ENTRE-A-HISTORIA-DO-DESENVOLVIMENTO-E-O-ENVELHECIMENTO-GLOBAL>.

MACIEL, T.F.; MOURA, L.B.A. Cidade Amiga da pessoa idosa: uma utopia para a Brasília metropolitana na década do COVID-19. **Revista do CEAM**, p. 50–63, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.5281/zenodo.3953318>>.

MARICATO, E. The recent urban protests in Brazil. **Erminia Maricato**, 2022. Site pessoal. Disponível em: <<https://erminiamaricato.net/2016/07/17/the-recent-urban-protests-in-brazil/>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

MARMOT, M. *et al.* Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. **The Lancet**, v. 372, n. 9650, 2008.

MARQUES, S. *et al.* Will to live in older people's medical decisions: Immediate and delayed effects of aging stereotypes. **Journal of Applied Social Psychology**, v. 44, n. 6, 2014.

MARQUINE RAYMUNDO, Taiuani; DA SILVA SANTANA, Carla. Percepção de idosos acerca das novas tecnologias Elderly perception about the new technologies. **Inteligência Artificial**, v. 18, n. 55, 2015.

MARQUINE RAYMUNDO, T.; TEIXEIRA GIL, H.; DIAS BERNARDO, L. Desenvolvimento de projetos de inclusão digital para idosos. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 24, n. 3, 2019.

MARSHALL, L. Thinking differently about aging: Changing attitudes through the humanities. **Gerontologist**, v. 55, n. 4, 2015.

MARSTON, H R; SAMUELS, J. A review of age friendly virtual assistive technologies and their effect on daily living for carers and dependent adults. **Healthcare**, v.7, n.1, p.49, 2019.

MARTINS, B.E.P.; PASSOS, C.S. Desafios à prática do acolhimento na atenção primária em saúde no Brasil. **REVISE - Revista Integrativa em Inovações Tecnológicas nas Ciências da Saúde**, v. 2, 7 jan. 2020.

MARTINS, N.F.F. *et al.* O processo saúde-doença e a velhice: reflexões acerca do normal e do patológico. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, 2021.

MASTRODI, J.; AVELAR, A.E.C. O conceito de cidadania a partir da obra de T.H Marshall: conquista e concessão. **Cadernos de Direito**, v. 17, n. 33, p. 3, 2017.

MCCRAE, C.S *et al.* Cognitive behavioral treatment of insomnia in school-aged children with autism spectrum disorder: A pilot feasibility study. **Autism research: official journal of the International Society for Autism Research**, v. 13, n. 1, p. 167–176, 2020.

MCDONALD, B.; SCHARF, T.; WALSH, K. Older people's lived experience and the World Health Organization age-friendly policy framework: A critical examination of an age-friendly county programme in Ireland. **Ageing and Society**, p.1-26, 2021.

MCGARRY, P; MORRIS, J. A great place to grow older: a case study of how Manchester is developing an age-friendly city. **Working with older people**, 1 ed., v.15, p.38-46, 2011.

MCGUIRE, S.L. Aging education: A worldwide imperative. **Creative Education**, v. 08, n. 12, 2017.

MEDEIROS, C.B. *et al.* A perspectiva do usuário na atenção básica sobre o acolhimento ao idoso. **Revista Ciência Plural**, v. 4, n. 3, p. 43–56, 2019.

MEDEIROS, A.P.M. *et al.* Perception of elderly people who live alone about their conditions of life and health / Percepção de idosos que moram sozinhos acerca de suas condições de vida e saúde. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 13, p. 1242–1248, 2021.

MELLO, C.M.C.; BEZERRA, M.C.L. Relação entre Política urbana e habitacional: instrumentos urbanísticos em apoio ao provimento da habitação social sustentável. **Ciência & Trópico**, v. 44, n. 1, 2020.

MENDES, F.R.C.; CÔRTE, B. O ambiente da velhice no país: por que planejar? **Revista Kairós**, v. 12, n. 1, p. 197–212, 2009.

MENDES, J. As Tecnologias de Informação e Comunicação no Quotidiano Social da Pessoa Idosa: Breve Revisão Narrativa. **Interações: Sociedade e as novas modernidades**, n. 36, p.100-112, 2019.

MENEC, V.H.; NOWICKI, S. Examining the relationship between communities’ “age-friendliness” and life satisfaction and self-perceived health in rural Manitoba, Canada. **Rural and Remote Health**, v. 14, n. 1, 2014.

MENEC, V.H.; BROWN, C. Facilitators and barriers to becoming age-friendly: A review. **Journal of Aging & Social Policy**, v.34, n.2, p.175–197, 2018.

MENEC, V.H. *et al.* Conceptualizing age-friendly communities. **Canadian Journal on Aging**, v. 30, n. 3, p. 479–493, 2011.

MENEC, V.H. *et al.* How ‘age-friendly’ are rural communities and what community characteristics are related to age-friendliness? The case of rural Manitoba, Canada. **Ageing and Society**, v.35, n.1, p.203–23, 2015.

MENEC, V.H.; MEANS, R.; KEATING, N.; GRAHAM PARKHURST, J; *et al.* Conceptualizing age-friendly communities. **Canadian Journal on Aging**, v.30, n.3, p.479-493, 2011.

MENEC, V.H. Conceptualizing social connectivity in the context of age-friendly communities. **Journal of Housing for the Elderly**, v.31, n.2, p.99-116, 2017.

MENEC, V.H. *et al.* How Important is Having Amenities Within Walking Distance to Middle-Aged and Older Adults, and Does the Perceived Importance Relate to Walking? **Journal of Aging and Health**, v. 28, n. 3, 2016.

MENEZES, M.R. **O Lugar do pedestre no plano piloto de Brasília**. Dissertação (Mestrado em Desenho Urbano). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de Brasília, Brasília, p.209, 2008. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/2779>>.

MILLER, G R; ANNESLEY, A. **Re-positioning age friendly communities: Opportunities to take AFC mainstream**. Toronto: Canadian Urban Institute, 2011.

MING MING, L; SHI YING, L; SIOK HWA, L. Modelling age-friendly environment for social connectedness: A cross-sectional study. **F1000Research**, v. 10, n.955, 2021.

MODENEZE, D.M. *et al.* Perfil epidemiológico e socioeconômico de idosos ativos: qualidade de vida associada com renda, escolaridade e morbidades. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 18, n. 2, 2013.

MOLDEN, J.; MAXFIELD, M. The impact of aging stereotypes on dementia worry. **European Journal of Ageing**, v. 14, n. 1, 2017.

MORAIS, A.; FERNANDES, P. **Assimetrias regionais na região Norte de Portugal: uma análise de clusters**. Actas do 17o Congresso da APDR e 5o Congresso de Gestão e Conservação da Natureza Congresso Internacional da APDRAECCR, 2011.

MORLEY, J.E. A brief history of geriatrics. **Journal of gerontology: Medical sciences**, v. 59a, n. 11, p. 1132–1152, 2004.

MORSCH, P. *et al.* Características clínicas e sociais determinantes para o idoso sair de casa. **Cad Saúde Pública**, v. 31, n. 5, p. 1025–1034, 2015.

MOULAERT, T; GARON, S. Researchers behind policy development: Comparing “age-friendly cities” models in Quebec and Wallonia. **Journal of Social Work Practice**, v.29, n.1, p.23-35, 2015.

MOURÃO, L.F. *et al.* Terapia comunitária como novo recurso da prática do cuidado: revisão integrativa. **SANARE - Revista de Políticas Públicas**, v. 15, n. 2, 2016.

NAAH, F.L.; NJONG, A.M.; KIMENCSI, J.N. Determinants of Active and Healthy Ageing in Sub-Saharan Africa: Evidence from Cameroon. **International journal of environmental research and public health**, v. 17, n. 9, 27 abr. 2020.

NAHEMOW, L.; LAWTON, M.P. Toward an ecological theory of adaptation. **NASPA Journal**, v. 42, n. 4, p. 1, 1973.

NASCIMENTO, M.A.S.; BESTETTI, M.L.T.; FALCÃO, D.V.S. O espaço urbano do bairro e o impacto nas relações sociais de idosos: uma revisão narrativa da literatura. **Revista Kairós: Gerontologia**, v. 20, n. 2, 2017.

NCUBE, C; ORMEROD, M; NEWTON, R. Exploring ageing, gender and co-producing urban space in the global south. **TRIA-Territorio Della Ricerca su Insediamenti e Ambiente**, v. 9, n. 1, 2016.

NEDEL, F.B.; BASTOS, J.L. Para onde seguir com a pesquisa em determinantes sociais da saúde? **Revista de Saúde Pública**, v. 54, n. 15, 2020.

NELSON, T.D. **Ageism : stereotyping and prejudice against older persons**. Cambridge: MIT Press, 4 ed., 2002.

NELSON, T.D. Ageism: Prejudice against our feared future self. *Journal of Social Issues*, v. 61, n. 2, 2005.

NERI, A.L. Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. *In: Leandro F. Malloy-Diniz, Daniel Fuentes, Ramon M. Cosenza (Org.). Neuropsicologia do Envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed, p. 17–42, 2013.

NERI, A.L. Teorias psicológicas do envelhecimento. Percurso histórico e teorias atuais. *In: FREITAS, EV; PY, L. Tratado de Geriatria e Gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 4. ed, p. 108–125, 2016.

NERI, M. **Onde estão os idosos? Conhecimento contra o COVID-19** (Relatório de Pesquisa). FGV, 2020. Disponível em: <<https://www.cps.fgv.br/cps/bd/docs/Pesquisa-Covidage-FGV-Social-Marcelo-Neri.pdf>>.

NEUGARTEN, B. L.; HAVIGHURST, R. J.; TOBIN, S. S. The measurement of life satisfaction. *Journal of gerontology*, v. 16, p.134-143, 1961.

NEVILLE, S. *et al.* “Engaging in my rural community”: perceptions of people aged 85 years and over. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, v. 13, n. 1, 2018.

NOGALES, A.M. *et al.* **Pandemia de COVID-19 e as desigualdades em saúde no Distrito Federal**. Brasília, 2022. Disponível em: <https://observadf.org.br/wp-content/uploads/2022/03/Relatorio_ObservaDF.pdf>.

NOGUEIRA, I.S.; BALDISSERA, V.D.A. Educação permanente em saúde na atenção ao idoso: dificuldades e facilidades do núcleo de apoio à saúde da família. *Escola Anna Nery*, v. 22, n. 2, 2018.

NOGUEIRA, I.R.R. *et al.* Formação de lideranças idosas: uma estratégia para o fortalecimento do protagonismo e da participação social. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 25, n. 3, 2021.

NOVEK, S; MENEZES, V.H. Older adults’ perceptions of age-friendly communities in Canada: A photovoice study. *Ageing & Society*, v.34, n.6, p. 1052–72, 2014.

NYKIFORUK, C.I.J. *et al.* Canadian policy perspectives on promoting physical activity across age-friendly communities: lessons for advocacy and action. *Ageing & Society*, v. 38, n. 9, 2012.

OFFICE FOR NATIONAL STATISTICS. **Deaths involving COVID-19 by local area and socioeconomic deprivation**. Office for National Statistics. Disponível em:

<<https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/birthsdeathsandmarriages/deaths/bulletins/deathsinvolvingcovid19bylocalareasanddeprivation/deathsoccurringbetween1marchand17april>>. Acesso em: 05 de novembro de 2022.

OLIVEIRA, C.A.; MENDES SILVA, D. Os impactos do medo do crime sobre o consumo de atividades de lazer no Brasil. **Revista Brasileira de Segurança Pública**, v. 15, n. 1, p.156-173, 2021.

OLIVEIRA, D.V. *et al.* Factors associated with risk of sarcopenia in older adults. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 26, p.1-7, 2021.

OLIVEIRA, T.B.; MACIEL, D.E.F. Cultura e revanche na guerra social: comentários sobre Branco sai, preto fica, de Adirley Queirós. **Revista do Instituto de Estudos Brasileiros**, n. 68, p. 12, 2017.

OMS. Checklist of Essential Features of Age-friendly Cities. **Training**, p. 1–4, 2007a. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/Age_friendly_cities_checklist.pdf>.

_____. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS, p.62, 2005. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7685/envelhecimento_ativo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

_____. **Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas**, Genebra: Fundação Calouste Gulbenkian, 2007. Disponível em: <http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789899556867_por.pdf>.

_____. **Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde**, Genebra: OMS. p.30, 2015.

_____. **The Global Network for Age-friendly Cities and Communities: Looking back over the last decade, looking forward to the next**. Genebra: OMS, 2018. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/278979/WHO-FWC-ALC-18.4-eng.pdf>>.

ONU. **World Urbanization Prospects 2018: Highlights**. New York:United Nations, 2019.

OTTAWA. **The city Ottawa older adult plan 2020-2022**. Disponível em: <<https://ottawa.ca/en/older-adult-plan#city-ottawa-older-adult-plan-2020-2022>>. Acesso em: 04 de outubro 2021.

PALMORE, E.B. **Encyclopedia of Ageism**, p.347, 2016.

PAN, L; SUN, J; ZHOU, R. Research on the construction of age-friendly community based on fuzzy comprehensive evaluation model: Evidence from community in hefei of China. **Risk Management and Healthcare Policy**, v. 14, p. 3841–3852, 2021.

PARK, S; LEE, S. Age-friendly environments and life satisfaction among South Korean elders: person–environment fit perspective. **Aging & mental health**, v.21, n.7, p.693-702, 2017.

PATCH, C.M. *et al.* Engaging older adults as advocates for age-friendly, walkable communities: The senior change makers pilot study. **Translational Behavioral Medicine**, v. 11, n. 9, p. 1751–1763, 2021.

PEACE, S.; HOLLAND, C.; KELLAHER, L. “Option recognition” in later life: Variations in ageing in place. **Ageing and Society**, v. 31, n. 5, p. 734–757, 2011.

PEIXOTO, M.C.O. *et al.* Grau de dependência de idosos residentes em instituições de longa permanência. **Fisioterapia Brasil**, v. 18, n. 6, 2018.

PEREIRA PERES, J.L. A cidade é uma só? Brasília e os perigos de uma resposta única. *In: Território e sociedade: As múltiplas faces da Brasília metropolitana*. Marseille: IRD Éditions, p. 211-225, 2019.

PETERSEN, D.A.W.; KALEMPA, V.C.; PYKOSZ, L.C. Envelhecimento e Inclusão Digital. Extensio: **Revista Eletrônica de Extensão**, v. 10, n. 15, p.120-128, 2013.

PETRETTO, D.R. *et al.* Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. **Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia**. v.51, n.4, p.229-241, 2016.

PHILLIPSON, C. Developing age-friendly communities: New approaches to growing old in urban environments. *In: Settersten, R., Angel, J. (eds) Handbook of Sociology of Aging. Handbooks of Sociology and Social Research*. New York: Springer, 2011.

PHILLIPSON, C; GRENIER, A. Urbanization and ageing: Ageism, inequality, and the future of “age-friendly” cities. **University of Toronto Quarterly**, v. 90, n. 2, p. 225–241, 2021.

PICKETT, K.E.; WILKINSON, R.G. Income inequality and health: A causal review. **Social Science and Medicine**, v. 128, p. 316–326, 2015.

PINTO, J.M.; NERI, A. Trajectories of social participation in old age: a systematic literature review. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 20, n. 2, p.259-272, 2017.

PIRES, L.L.A.; DOS REIS LIMA, W.; DE SOUZA, P.H. A Educação de Jovens e adultos. **Itinerarius Reflectionis**, v. 16, n. 1, p.1-20, 2020.

PLACIDELI, N.; CASTANHEIRA, E.R.L. Atenção à saúde da pessoa idosa e ao envelhecimento em uma rede de serviços de Atenção Primária. **Revista Kairós : Gerontologia**, v. 20, n. 2, p. 247, 30 jun. 2017.

PLOUFFE, L; KALACHE, A; VOELCKER, I. A critical review of the WHO age-friendly cities methodology and its implementation. *In: Moulart, T., Garon, S. (eds) Age-Friendly Cities*

and Communities in International Comparison. International Perspectives on Aging. Cham: Springer, 2016.

PLOUFFE, L.A.; KALACHE, Alexandre. Making communities age friendly: State and municipal initiatives in Canada and other countries. **Gaceta Sanitaria**, v. 25, n. SUPPL. 2, 2011.

_____. Towards global Age-Friendly cities: Determining urban features that promote active aging. **Journal of Urban Health: bulletin of the New York Academy of Medicine**, v. 87, n. 5, p.733–739, 2010.

PORTACOLONE, E. *et al.* “I feel trapped”: The tension between personal and structural factors of social isolation and the desire for social integration among older residents of a high-crime neighborhood. **Gerontologist**, v. 58, n. 1, p. 79–88, 2018.

PORTEGIJS, E. *et al.* Older Adults’ Physical Activity and the Relevance of Distances to Neighborhood Destinations and Barriers to Outdoor Mobility. **Frontiers in Public Health**, v. 8, n.335, 2020.

PREFEITURA VERANÓPOLIS. **Veranópolis - Cidade amiga de todas as idades.** Disponível em: <<https://www.veranopolis.rs.gov.br/noticias/22/turismo-e-cultura/3706/e-book-em-veranopolis-hospitalidade-nao-tem-idade-e-lancado-na-femaca>>. Acesso em: 24 mar. 2022.

PROVENCHER, C. *et al.* Ageing and community: Introduction to the special issue. **Journal of Community and Applied Social Psychology**, v. 24, n. 1, p.1-11, 2014.

PUBLIC HEALTH ENGLAND. Disparities in the risk and outcomes of COVID-19. **PHE Publications**, p. 89, 2020. Disponível em: <https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/908434/Disparities_in_the_risk_and_outcomes_of_COVID_August_2020_update.pdf>. Acesso em: 16 de maio de 2022.

PYSZCZYNSKI, T. *et al.* Terror Management Theory and the COVID-19 Pandemic. **Journal of Humanistic Psychology**, v. 61, n. 2, p. 173–189, 1 mar. 2021.

REBELLATO, C.; HAYASHI, M.C. Piumbato Innocentini. Participação social do idoso: estudo bibliométrico da produção científica recente (2010-2013). **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, v. 8, n. 3, 2014.

REUTER, A.; LIDDLE, J.; SCHARF, T. Digitalising the age-friendly city: Insights from participatory action research. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 21, p. 1–17, 2020.

REYNOLDS, L. The COVID-19 Pandemic Exposes Limited Understanding of Ageism. **Journal of aging & social policy**, v. 32, n. 4–5, p. 499–505, jul. 2020.

RIBEIRO, C.E.S. **Memória, resistência e fabulação: uma análise da Ceilândia de Adirley Queirós**. Dissertação (Mestrado em Sociologia). Departamento de Sociologia do Instituto de Filosofia, Sociologia e Política da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas: 168 f. 2018.

RIBEIRO, R.J.C.; TENORIO, G.S.; HOLANDA, F. **Brasília: transformações na ordem urbana**. Rio de Janeiro: Letra Capital, p.345, 2015.

RIPSA (Rede Interagencial De Informações Para A Saúde); IBGE (Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística). **Esperança De Vida Aos 60 Anos De Idade (Expectativa De Vida Aos 60 Anos De Idade)**. v. 12, p. 7–8, 2011.

RODRIGUES, N.O.; NERI, A.L. Vulnerabilidade social, individual e programática em idosos da comunidade: Dados do estudo FIBRA, campinas, Sp, Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 17, n. 8, p. 2129-2139, 2012.

RODRIGUES, W.P.; GONÇALVES, P.D. Envelhecimento: qualidade de vida e bem-estar das mulheres idosas. **Scire Salutis**, v. 9, n. 1, p. 30–36, 20 jun. 2019.

RODRÍGUEZ, J.M.; PRADOS, J.S.F. Bibliometric analysis of the scientific production in scopus on care policies in Europe and Latin America. **Prisma Social: Fundacion para la Investigacion Social Avanzada**. 1 jan. 2021.

ROLNIK, R. Nosso grande problema não é o déficit de moradia, mas sim o déficit de cidade. **Rede Brasil Atual, 2022**. Disponível em: <<https://www.redebrasilatual.com.br/cidadania/nosso-grande-problema-nao-e-o-deficit-de-moradia-mas-sim-o-deficit-de-cidade-2787/>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

RONZI, S. *et al.* What is the impact on health and wellbeing of interventions that foster respect and social inclusion in community-residing older adults? A systematic review of quantitative and qualitative studies. **Systematic Reviews**, v. 7, n. 1, 2018.

RONZI, S. *et al.* How is respect and social inclusion conceptualised by older adults in an aspiring age-friendly city? A photovoice study in the north-west of England. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 24, 2020.

ROWE, J.W.; KAHN, Robert L. Successful aging 2.0: Conceptual expansions for the 21st century. **Journals of Gerontology - Series B Psychological Sciences and Social Sciences**, v.70, n.4, p.593–596, 2015.

S-C, Li. Theories of Aging. *In*: **N.J. SMELSER & P. B. BALTES (Org.)**. **International encyclopedia of the social and behavioral sciences**. Oxford: Pergamon, p. 317–322, 2001.

SÁNCHEZ-GONZÁLEZ, D.; ROJO-PÉREZ, F.; RODRÍGUEZ-RODRÍGUEZ, V.; FERNÁNDEZ-MAYORALAS, G.; *et al.* Environmental and Psychosocial Interventions in Age-Friendly Communities and Active Ageing: A Systematic Review. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 17, n. 22, 2020.

SÁNCHEZ SALGADO, C.D. Mulher Idosa: a feminização da velhice. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 4, 2002.

SANTINHA, G.; MARQUES, S. Ambiente construído, saúde pública e políticas públicas: uma discussão à luz de percepções e experiências de idosos institucionalizados. **Saúde e Sociedade**, v. 24, n. 3, p. 1047–1060, jul. 2015.

SANTOS, C.B.S.B.; HUA, F.Y.; SAFONS, M.P. Caracterização de idosos participantes de programas de exercícios oferecidos pelo grupo de estudos e pesquisas sobre atividade física para idosos - **GEPAFI. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 24, 2019.

SANTOS, P.; SILVA, G. Os Sujeitos da EJA nas Pesquisas em Educação de Jovens e Adultos. **Educação & Realidade**, v. 45, n. 2, 2020.

SANTOS, S.C.A.; FIGUEIREDO, D.M.P. Preditores do medo de cair em idosos portugueses na comunidade: um estudo exploratório. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 24, n. 1, 2019.

SCHARF, T.; KEATING, N. **From exclusion to inclusion in old age: A global challenge**. Bristol University Press, Policy Press, p.192, 2012.

SCHARLACH, ANDREW E.; LEHNING, Amanda J. **Creating Age-Friendly Communities**. 1. ed. New York: Oxford University Press, 2016.

SCHARLACH, A.E. **Creating Age-Friendly Communities Through the Expansion of Villages: Summary of Longitudinal Member Outcomes**, 2017. Disponível em: <http://socialwelfare.berkeley.edu/sites/default/files/casas_pubs_villagelongitudinalreport6_1_17finalv2.pdf>.

SCHARLACH, A.E.; LEHNING, A.J. Ageing-friendly communities and social inclusion in the United States of America. **Ageing and Society**, v. 33, n. 1, p. 110–136, 2013.

SCHELLER, M. *et al.* Late- but not early-onset blindness impairs the development of audio-haptic multisensory integration. **Developmental science**, v. 24, n. 1, p. e13001, jan. 2021.

SCHNEIDER, N.; PAVIN, R.. As relações de gênero e a feminização da velhice. **Diálogo**, n. 48, p.1-9, 2021.

SECRETARIA NACIONAL DE SEGURANÇA PÚBLICA; DATAFOLHA; CRISP. **Pesquisa Nacional de Vitimização**, 2016. Disponível em: <<https://nipp.ufsc.br/2016/07/25/pesquisa-nacional-de-vitimizacao-senasp/>>. Acesso em: 25 de novembro de 2022.

SIERRA-AYALA, I.; GUTIERREZ-HERRERA, R.; RIQUELME HERAS, H.; GOMEZ-GOMEZ, C.; ORDOÑEZ-AZUARA, Y. Ageism: Discrimination that Must Disappear. **Journal of Geriatrics and Palliative Care**, v. 5, n. 1, p.1-3, 2017.

SILVA, A.T.M. *et al.* Religiosidade e espiritualidade relacionadas às variáveis sociodemográficas, econômicas e de saúde entre idosos. **REME Rev. Min. Enferm**, 23: e-1221, jan 2019.

SILVA, C.M. *et al.* A cidade convida para caminhar? Um estudo sobre a percepção de caminhabilidade no Distrito Federal. **XXXI Congresso Nacional de Pesquisa em Transporte da ANPET**, v. 1, 2017.

SILVA, C.F. *et al.* Educação e emprego: o impacto da escolaridade na participação dos setores selecionados do mercado de trabalho potiguar. **Revista de Economia Mackenzie**, v. 18, n. 1, 2021.

SILVA, M.J. *et al.* Avaliação do grau de dependência nas atividades de vida diária em idosos da cidade de Fortaleza - Ceará. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 19, n. 2, 2006.

SILVA, S.F.; SABOIA, L. Paisagens em trânsito: o caso da Estrada Parque Taguatinga. **Labor e Engenho**, v. 10, n. 3, p. 302, 29 set. 2016.

SILVA, T.N. *et al.* Acolhimento à pessoa idosa nos serviços de saúde: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 10, p. 295–298, 4 jun. 2018.

SILVA, J.G. *et al.* Envelhecimento ativo, qualidade de vida e cognição de idosos: um estudo transversal em uma cidade de Minas Gerais. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 1, 2020.

SILVA, M.C. *et al.* Brasília do desenho ‘utópico’ de cidade ‘harmoniosa’ ao pesadelo de metrópole desigual e segregadora de ‘periferias’. **Revista do CEAM**, v. 6, n. 2, p. 34–59, 2020.

SILVA, M.F. *et al.* Ageism against older adults in the context of the COVID-19 pandemic: an integrative review. **Revista de Saúde Pública**, v.55, n.4, 2021.

SILVA, M.R.F. Envelhecimento e proteção social: aproximações entre Brasil, América Latina e Portugal. **Serviço Social & Sociedade**, n. 126, p.215-234, 2016.

SKINNER, M.W.; ANDREWS, G.J.; CUTCHIN, M.P. **Geographic Gerontology: perspectives, concepts, approaches**. New York: Routledge, 332p., 2017.

SNYDER, M.; MIENE, P.K. Stereotyping of the elderly: A functional approach. **British Journal of Social Psychology**, v. 33, n. 1, 1994.

SON, H.. *et al.* The Moderating Effect of Social Support between Loneliness and Depression: Differences between the Young-Old and the Old-Old. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 19, n. 4, 2022.

SOUZA, V.M.F. *et al.* Políticas Públicas para a Saúde do Idoso no Brasil: Revisão Integrativa. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 1, p. e20010110804, 7 jan. 2021.

SOUZA, M.S.; MACHADO, C.V. Governança, intersetorialidade e participação social na política pública: o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 10, 2018.

SPINA, J; MENEZES, V H. What community characteristics help or hinder rural communities in becoming age-friendly? Perspectives from a Canadian prairie province. **Journal of Applied Gerontology**, v.34, n.4, p;444-464, 2015.

STÄHL, T. *et al.* The importance of the social environment for physically active lifestyle - Results from an international study. **Social Science and Medicine**, v. 52, n. 1, p.1-10, 2001.

STEELS, S. Key characteristics of age-friendly cities and communities: A review. **Cities**, v. 47, p. 45–52, 2015.

SUN, Y; NG, M K; CHAO, T Y S. Age-friendly Urbanism: Intertwining “Ageing in Place” and “Place in Ageing”. **Town Planning Review**, v. 91, n. 6, p. 601–619, 2020.

TAKAHASHI, F.G.M.; ALVES, V.P. Imagens representacionais das políticas públicas à educação e à saúde, no imaginário de um grupo de idosos da comunidade Quilombola-Kalunga, de Monte Alegre de Goiás. **Ensaio**, v. 23, n. 88, 2015.

TEIXEIRA, A.C.; TRINDADE, T.A. Participação e projetos políticos: os horizontes da democracia brasileira - Entrevista com Evelina Dagnino. **Idéias**, v. 9, n. 1, 2018.

TEIXEIRA, I.N.D.A.O.; GUARIENTO, M.E. Biology of aging: Theories, mechanisms, and perspectives. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, n. 6, p. 2845–2857, 2010.

THE GERONTOLOGICAL SOCIETY OF AMERICA. **Understanding ageism and COVID-19**. n. May, p. 45791, 2020.

THOMÉSE, F; BUFFEL, T; PHILLIPSON, C. Neighbourhood change, social inequalities and age-friendly communities. *In: Age-Friendly Cities and Communities: A Global Perspective* p. 33-49. Cambridge: Policy Press, 2018.

THUESEN, J. *et al.* Reablement in need of theories of ageing: Would theories of successful ageing do? **Ageing and Society**, p. 1–13, 2021.

TOMASINI, A.J. **Organização espacial, transporte e mobilidade: a perspectiva dos usuários do metrô na estação terminal em Ceilândia**. Monografia de graduação (Bacharel em Geografia) - Departamento de Geografia, Universidade de Brasília. Brasília, p.71. 2012.

TOOHEY, A.M. *et al.* Pets, Social Participation, and Aging-in-Place: Findings from the Canadian Longitudinal Study on Aging. **Canadian Journal on Aging**, v. 37, n. 2, 2018.

TORKU, A; CHAN, A P C; YUNG, E H K. Age-friendly cities and communities: a review and future directions. **Ageing and Society**, v. 41, n. 10, p. 2242–2279, 2021.

TORRES, Kellem Raquel Brandão de Oliveira; LUIZA, Vera Lucia; CAMPOS, Mônica Rodrigues. A educação a distância no contexto da política nacional de saúde da pessoa idosa: estudo de egressos. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 16, n. 1, 2018.

TRAHUTAMI, S.; PATRIA, M. Getting to know japan: an age-friendly environment country. **E3S Web of Conferences**, v. 202, p. 07054, 10 nov. 2020. Disponível em: <<https://www.e3s-conferences.org/10.1051/e3sconf/202020207054>>. Acesso em: 10 de outubro de 2022.

TRICCO, A.C. *et al.* PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. **Annals of Internal Medicine**. v.169, n.7, p.467–473, 2018.

UN. **World Population Ageing 2019**. [S.l: s.n.], 2019. Disponível em: <http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050/pdf/65executivesummaryspanish.pdf%0Ahttp://link.springer.com/chapter/10.1007/978-94-007-5204-7_6>. Acesso em: 04 junho de 2021.

VAN DIJK, H.M *et al.* The ideal neighbourhood for ageing in place as perceived by frail and non-frail community-dwelling older people. **Ageing & Society**, v. 35, n. 8, p. 1771–1795, set. 2015.

VAN HOOFF, J. *et al.* The challenges of urban ageing: Making cities age-friendly in Europe. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 15, n. 11, 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria Nogales; GOMES, Marília Miranda Forte. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 21, n. 4, p. 539–548, 2012.

VENKATESH, S; R, Vanishree M. Feminization Among Elderly Population in India: Role of Micro Financial Institutions. **Global Journal of Finance and Management**, v. 6, n. 9, 2014.

VÉRAS, M.P.B.; FELIX, J. Questão urbana e envelhecimento populacional: breves conexões entre o direito à cidade e o idoso no mercado de trabalho. **Cadernos MetrÓpole**, v. 18, n. 36, 2016.

VEY, A.P.Z. *et al.* Perfil das idosas participantes de um grupo de convivência. **Fisioterapia Brasil**, v. 20, n. 1, 2019.

VIEIRA, N..R.S. *et al.* Estratégias, ações e políticas no cuidado à pessoa idosa: um olhar da gestão municipal. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 11, p. e4948, 20 nov. 2020.

VITMAN, A.; IECOVICH, E.; ALFASI, N. Ageism and social integration of older adults in their neighborhoods in Israel. **Gerontologist**, v. 54, n. 2, 2014.

VITMAN SCHORR, A.; KHALAILA, R. Aging in place and quality of life among the elderly in Europe: A moderated mediation model. **Archives of gerontology and geriatrics**, v. 77, p. 196–204, jul. 2018.

WAHL, H.W. Environmental influences on aging and behavior. *In: Birren, J.E.; Schaie, K.W. Handbook of the psychology of aging*. 5 ed. Academic Press, 2001, p. 215–237.

WAHL, H.W.; LANG, F.R. Aging in context across the adult life course : Integrating physical and social environmental research perspectives. **Annual Review of Gerontology and Geriatrics. Focus on Aging in context: socio-physical environments**, v. 23. p. 1–33, 2003.

WAHL, H.W.; WEISMAN, G.D. Environmental Gerontology at the Beginning of the New Millennium: Reflections on Its Historical, Empirical, and Theoretical Development. **Gerontologist**, v. 43, n. 5, p. 616–627, 2003.

WANG, C *et al.* Rethinking the urban physical environment for century-long lives: from age-friendly to longevity-ready cities. **Nature Aging**, v. 1, n. 12, p. 1088–1095, 2021.

WANG, Y. *et al.* Neighborhood and Depressive Symptoms: A Comparison of Rural and Urban Chinese Older Adults. **Gerontologist**, v. 58, n. 1, 2018.

WANKA, A. *et al.* Everyday discrimination in the neighbourhood: What a “doing” perspective on age and ethnicity can offer. **Ageing and Society**, v. 39, n. 9, p. 2133–2158, 2019.

WANKA, A.; MOULAERT, T.; DRILLING, M. From environmental stress to spatial expulsion - rethinking concepts of socio-spatial exclusion in later life. **International Journal of Ageing & Later Life**, v. 12, n. 2, p. 25–51, set. 2018.

WEINERT, B.T.; TIMIRAS, P.S. Invited review: Theories of aging. **Journal of Applied Physiology**, v. 95, n. 4, p. 1706–1716, 2003.

WETLE, T.T. Age-Friendly Ecosystems: An Aspirational Goal. **Journal of the American Geriatrics Society**, v. 68, n. 9, p. 1929–1930, 2020.

WHO. **Global age-friendly cities: a guide**. Geneva: World Health Organization, 2007.

_____. **Case Study: The Age-friendly Programme in Ottawa - Age-Friendly World**. Disponível em: <<https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/ottawa>>. Acesso em: 20 jan. 2022.

_____. **Decade of Healthy Ageing**. Geneva: World Health Organisation, 2020.

_____. **Global report on Ageism**. Geneva: World Health Organisation, 2021. Disponível em: <http://www.who.int/about/licensing/copyright_form/index.html%0Ahttp://www.who.int/about/licensing/>.

WINTERTON, R. Organizational responsibility for age-friendly social participation: Views of Australian rural community stakeholders. **Journal of aging & social policy**, 2016. Disponível em: <<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08959420.2016.1145504>>.

WINTERTON, R. *et al.* Age-friendly care for older adults within rural Australian health systems: An integrative review. **Australasian journal on ageing**, v. 40, n. 1, p. 16–34, mar. 2021.

WOOLRYCH, R. *et al.* Ageing in Urban Neighbourhoods: Exploring Place Insideness Amongst Older Adults in India, Brazil and the United Kingdom. **Psychology and Developing Societies**, v. 32, n. 2, 2020.

WOOLRYCH, R. *et al.* Constructing and negotiating social participation in old age: experiences of older adults living in urban environments in the United Kingdom. **Ageing & Society**, v. 41, n. 6, p. 1398–1420, jun. 2021.

XIE, L. Age-friendly communities and life satisfaction among the elderly in urban China. **Research on aging**, v.40, n.9, p.883–905, 2018.

YAN, B.; GAO, X.; LYON, M. Modeling satisfaction amongst the elderly in different Chinese urban neighborhoods. **Social science & medicine**, v. 118, p. 127–134, out. 2014.

YEN, I.H.; MICHAEL, Y.; PERDUE, L. Neighborhood environment in studies of health of older adults: a systematic review. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 37, n. 5, p. 455–463, 2009.

YU, R; WONG, M; WOO, J. Perceptions of neighborhood environment, sense of community, and self-rated health: an age-friendly city project in Hong Kong. **Journal of urban health**, v.96, n.2, p.276–288, 2019.

ZHENG, Z.; CHEN, H.; YANG, L.. Transfer of promotion effects on elderly health with age: from physical environment to interpersonal environment and social participation. **International journal of environmental research and public health**, v. 16, n. 15, 5 ago. 2019.

ZHENG, Z.; YANG, L. Neighborhood Environment, Lifestyle, and Health of Older Adults: Comparison of Age Groups Based on Ecological Model of Aging. **Sustainability**, v. 11, n. 7, 2019.

APÊNDICE A

SURVEY ONLINE

Dados pessoais

1- Preencha apenas com as iniciais do seu nome (ex.: João Batista Silva = J.B.S)

2- Qual a data do seu nascimento?

DD/MM/AAAA

3- Qual é a região administrativa que você mora?

- Ceilândia
- Lago sul
- Plano Piloto
- Taguatinga
- Nenhuma dessas regiões

4- A quanto tempo você mora nesta região?

- Menos de 1 ano
- 1 a 4 anos
- 5 a 9 anos
- 10 a 15 anos
- Mais de 15 anos
- Não sei

5- Quantos anos você fez no seu último aniversário?

6- Qual seu sexo?

- Feminino
- Masculino
- Outro:

7- Como você descreveria sua orientação sexual?

- Heterossexual

- Homossexual
- Bissexual
- Não sei
- Não quero responder
- Outro:

8- Quanto à cor/raça, você se considera:

- Branco
- Amarelo (descendentes de asiáticos como: japoneses, chineses, taiwaneses, coreanos...)
- Pardo
- Preto
- Indígena

9- Qual é o seu estado civil?

- Casado
- Divorciado / Desquitado / separado
- Viúvo
- Solteiro
- Mora com algum companheiro / parceiro
- Não quero responder

10- Qual é a sua escolaridade?

- Não alfabetizado
- Ensino Fundamental / Básico Incompleto
- Ensino Médio / Científico Incompleto
- Ensino Superior Incompleto
- Pós-graduação incompleta
- EJA incompleto
- Ensino Fundamental / básico Completo
- Ensino Médio / científico Completo
- Ensino Superior Completo
- EJA completo

- Pós-graduação completa
- Não sei/ Prefiro não dizer
- Outro:

11- Com quem você mora atualmente? Marque quantas opções precisar.

- Sozinho
- Com o cônjuge (companheiro)
- Com filhos
- Com netos
- Com irmãos
- Com os pais
- Com amigos
- Outro:

12- Quantas pessoas, INCLUINDO você, moram na mesma residência?

13- Possui filhos?

- Sim
- Não

14- Quantos filhos possui?

15- Qual é a sua religião?

- Católica
- Evangélica
- Espírita
- Afro-brasileira (candomblé, umbanda)
- Budista
- Ateu
- Não segue nenhuma religião
- Atualmente não pratico nenhuma religião
- Outro

16- Atualmente você está, marque quantas opções precisar:

- Trabalhando
- Desempregado
- Aposentado
- Recebe benefício do governo (BPC / LOAS)
- Recebe pensão
- Nunca trabalhou
- Outro

17- Caso esteja aposentado ou trabalhando atualmente, qual ocupação desempenha ou desempenhava?

18- Você participa de alguma atividade em sua comunidade?

- Associação de moradores
- Atividade religiosa
- ONG ou coletivos
- Voluntariado em hospitais, creche ou outro tipo de instituição
- Grupo da terceira idade
- Nenhuma
- Outro

19- Você participou da última eleição?

- Sim, como eleitor
- Sim, como candidato
- Sim, como mesário
- Não

20- Você utiliza os serviços de saúde do SUS? Marque quantas opções desejar.

- Sim, para consultas médicas
- Sim, para vacinação
- Sim, para atendimento psicológico
- Sim, para assistência social

- Sim, para atendimento domiciliar (Estratégia Saúde da Família e outros)
- Sim, para atendimento odontológico
- Não
- Outro:

21- Você tem plano de saúde?

- Sim
- Não

22- Qual a renda mensal da sua casa? Juntando o salário de todos os moradores.

- Até 01 salário mínimo
- 01 a 03 salários mínimos
- 04 a 10 salários mínimos
- 10 a 20 salários mínimos
- Acima de 20 salários mínimos
- Sem renda
- Não tem valor fixo
- Não sei
- Prefiro não dizer

23- De que forma você participa das despesas da casa?

- Sou responsável por TODAS as despesas
- Sou responsável por ALGUMAS despesas
- Ajudo quando necessário
- Pago algumas despesas quando posso
- Não pago nenhuma despesa
- Outro:

24- Como você percebe sua saúde atualmente?

- Excelente
- Boa
- Normal
- Ruim
- Péssima

Não sei

25- Como você percebe sua qualidade de vida atualmente?

Excelente

Boa

Normal

Ruim

Péssima

Não sei

26- Você tem algum problema de saúde que limita suas atividades no dia a dia?

Sim

Não

Não sei

27- Se sim, qual?

28- Você possui alguma redução ou deficiência:

Auditiva

Motora

Visão

Não sei

Nenhuma

29- Você tem dificuldade de enxergar?

Sim, alguma dificuldade

Sim, grande dificuldade

Sim, não consegue de modo algum

Não, nenhuma dificuldade

30- Você tem dificuldade de ouvir?

Sim, alguma dificuldade

- Sim, grande dificuldade
- Sim, não consegue de modo algum
- Não, nenhuma dificuldade

31- Você tem dificuldade permanente de caminhar ou subir degraus? (Se utiliza prótese, bengala ou aparelho auxiliar)

- Sim, alguma dificuldade
- Sim, grande dificuldade
- Sim, não consegue de modo algum
- Não, nenhuma dificuldade

32- Sobre sua moradia, atualmente você:

- Aluga
- É proprietário
- Mora de favor
- Paga financiamento
- Outro

33- Atualmente você mora em:

- Casa
- Apartamento
- Pensão
- Quitinete
- Instituição de longa permanência de idosos
- Outro

Cidade Amiga da Pessoa Idosa

Nesta seção queremos saber o que você acha que uma cidade deve ter para ser amiga da pessoa idosa, então pare para pensar e imaginar como é a comunidade onde você mora e como gostaria que fosse.

34- Quando ouve as palavras **Cidade Amiga**, qual é a primeira coisa que lhe vem à cabeça?

35- O termo 'Cidade amiga da pessoa idosa', foi criado pela Organização Mundial da Saúde em 2007, e traz a ideia de tornar as estruturas e serviços da cidade mais acessíveis e inclusivas para as pessoas idosas. Isso significa observar como planejamos a infraestrutura, como circulamos pela cidade e até mesmo como compramos bens e serviços. Comunidades amigas das pessoas idosas estimulam o envelhecimento saudável e ativo. As pessoas em comunidades amigas recebem apoio para manter sua independência e têm acesso a serviços comunitários de que precisam.

Você acha que Brasília é uma cidade amiga da pessoa idosa?

- Sim
- Não
- Não sei

Se pudesse quantificar, quão amigável você acha que Brasília é:

- Muito amigável
- Amigável
- Pouco amigável
- Não é amigável
- Não sei, não tenho opinião

36- Para você, qual a relevância dos ESPAÇOS EXTERNOS e EDIFÍCIOS para Brasília ser uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa:

- Muito relevante
- É relevante
- Um pouco relevante
- Não é relevante
- Não sei

37- Para você, qual a relevância do TRANSPORTE para Brasília ser uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa:

- Muito relevante

- É relevante
- Um pouco relevante
- Não é relevante
- Não sei

38- Para você, qual a relevância da MORADIA para Brasília ser uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa:

- Muito relevante
- É relevante
- Um pouco relevante
- Não é relevante
- Não sei

39- Para você, qual a relevância da PARTICIPAÇÃO SOCIAL para Brasília ser uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa:

- Muito relevante
- É relevante
- Um pouco relevante
- Não é relevante
- Não sei

40- Para você, qual a relevância da INFORMAÇÃO e COMUNICAÇÃO para Brasília ser uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa:

- Muito relevante
- É relevante
- Um pouco relevante
- Não é relevante
- Não sei

41- Para você, qual a relevância do EMPREGO para Brasília ser uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa:

- Muito relevante
- É relevante

- Um pouco relevante
- Não é relevante
- Não sei

42- Para você, qual a relevância da SAÚDE para Brasília ser uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa:

- Muito relevante
- É relevante
- Um pouco relevante
- Não é relevante
- Não sei

43- Para você, qual a relevância do RESPEITO e INCLUSÃO para Brasília ser uma Cidade Amiga da Pessoa Idosa:

- Muito relevante
- É relevante
- Um pouco relevante
- Não é relevante
- Não sei

44- Para que Brasília seja uma cidade amiga da pessoa idosa é preciso (escolha os mais importantes e marque até 5 opções):

- Melhorar o acesso aos espaços externos, edifícios, comércio, passeio, faixa de pedestre...
- Ter mais opções de lazer e cultura.
- Reduzir a criminalidade e melhorar a segurança nas ruas.
- Melhorar o acesso ao transporte, paradas de ônibus, horários...
- Facilitar o acesso à moradia, preços mais acessíveis.
- Facilitar a participação social, em conselhos, associações...
- Melhorar o acesso à informação e comunicação de eventos, cursos, propagandas...
- Ter mais vagas de emprego para pessoas acima de 60 anos.
- Oferecer mais apoio comunitário, assistência social...
- Facilitar o acesso à saúde e às **Unidade Básica de Saúde**

- Mais respeito e inclusão da pessoa idosa na sociedade.
- Outro

45- Pensando em AMBIENTES EXTERNOS uma cidade amiga deve ter (escolha os mais importantes e marque até 3 opções):

- Áreas públicas limpas e agradáveis
- Área verde com bancos bem distribuídos, com manutenção e segurança
- Calçadas livres de barreiras
- Calçadas largas com acessibilidade para cadeirantes
- Ruas bem iluminadas
- Segurança pela presença policial
- Banheiros públicos limpos e acessíveis

46- Pensando em meios de TRANSPORTE uma cidade amiga deve (escolha os mais importantes e marque até 3 opções):

- Cumprir o Estatuto do Idoso e oferecer transporte coletivo gratuito para pessoas de 60 anos ou mais.
- Cobrar valores justos
- Ser acessível para cadeirantes
- Ter letreiros de fácil leitura
- Passar frequentemente
- Ter conexão entre metrô, ônibus, rodoviária, aeroporto
- Respeitar o embarque e desembarque dos passageiros
- Pontos de parada bem localizados, com assento e segurança
- Informar claramente as rotas e horários
- Respeitar as vagas para pessoas idosas
- Respeitar a faixa de pedestre

47- Pensando sobre MORADIA, uma cidade amiga deve ter: (escolha os mais importantes e marque até 3 opções):

- Áreas residenciais seguras
- Facilidade para financiamento por pessoas idosas
- Ter comércio próximo às áreas residenciais
- Pontos de ônibus próximo das áreas residenciais
- Facilidade de empréstimo para reforma residencial

48- Pensando sobre PARTICIPAÇÃO SOCIAL, uma cidade amiga deve ter: (escolha os mais importantes e marque até 3 opções)

- Eventos culturais e de lazer que aconteçam em locais com acessibilidade, fácil de chegar de transporte público ou com vagas de estacionamento reservadas para pessoas idosas
- Eventos que aconteçam durante o dia para maior segurança da pessoa idosa
- Eventos e atividades que permitam a presença de um cuidador ou acompanhante gratuitamente
- O valor dos eventos e atividades reduzidas, sem taxas adicionais escondidas
- Eventos e atividades que ofereçam informações claras, incluindo detalhes sobre acessibilidade, e opções de transporte
- Ampla gama de atividades oferecidas para a população idosa de forma diversificada
- Encontros que incluam as pessoas idosas em vários pontos da comunidade local, como
- centros recreativos, escolas, bibliotecas, centros comunitários e parques.
- Um esforço consistente para incluir pessoas em risco de isolamento social

49- Pensando sobre RESPEITO E INCLUSÃO SOCIAL, uma cidade amiga deve: (escolha os mais importantes e marque até 3 opções)

- Consultar os idosos regularmente por serviços públicos, voluntários e comerciais

sobre como atendê-los melhor.

- Oferecer serviços e produtos de serviços públicos e comerciais que atendam as diversas necessidades e preferências das pessoas idosas
- Oferecer atendimento cortês e prestativo com as pessoas idosas.
- Os idosos que aparecem na mídia e são representados positivamente e sem estereótipo
- Atividades e eventos que atraem todas as gerações
- As escolas ensinam sobre o envelhecimento e o respeito com as pessoas mais velhas, e envolvem os idosos nas atividades escolares.
- Reconhecimento dos idosos pela comunidade por seu passado, bem como por suas contribuições presentes.

50- Pensando sobre PARTICIPAÇÃO CÍVICA E EMPREGO, uma cidade amiga deve ter:
(escolha os mais importantes e marque até 3 opções)

- Oferecer uma gama de opções para voluntários mais velhos, com treinamento, reconhecimento, orientação e compensação para custos pessoais.
- Valorizar as capacidades e qualidades dos funcionários mais velhos.
- Oferecer oportunidades de trabalho remunerado para os idosos que precisarem/quiserem trabalharem
- Proibir a discriminação com base apenas na idade na contratação, retenção, promoção e treinamento de funcionários.
- Opções de trabalho que possibilite a pessoa idosa ser valorizada e apoiada
- Encorajar a presença de pessoas idosas em órgãos de tomada de decisão nos setores público, privado e voluntário.

51- Pensando sobre COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO, uma cidade amiga deve ter:
(escolha os mais importantes e marque até 3 opções):

- Opções de rádio que forneçam informações regionais de forma clara e eficaz.

- Informação impressa - incluindo formulários, legendas de televisão, preços de supermercado, jornais, revistas e letreiros de ônibus - com letras grandes e as ideias principais mostradas por títulos em negrito e com contraste de cor.
- Uso de comunicação falada e impressa com palavras simples e familiares em frases curtas e diretas.
- Os serviços de atendimento telefônico dão instruções lenta e claramente e repetem a mensagem a qualquer momento.
- Equipamentos eletrônicos, como celulares, telefones, rádios, televisões e caixa- eletrônico, com botões e letras grandes.
- Amplo acesso público à computadores e Internet, sem custo ou com custo mínimo, em locais públicos, como instituições governamentais, centros comunitários e bibliotecas.
- Oferecer canais de informação sobre serviços, eventos, programações para todas as idades para facilitar o acesso de pessoas idosas.

52- Pensando sobre APOIO COMUNITÁRIO E SERVIÇOS DE SAÚDE, uma cidade amiga deve ter: (escolha os mais importantes e marque até 3 opções):

- Uma variedade de serviços de saúde e apoio comunitário
- Serviços de atendimento domiciliar
- Os serviços sociais e de saúde estão convenientemente localizados e acessíveis por todos os meios de transporte.
- Instalações de serviços de saúde e comunitários construídos com segurança e totalmente acessíveis.
- Informações claras e acessíveis sobre serviços sociais e de saúde para pessoas idosas.
- Funcionários respeitosos, prestativos e treinados para servir as pessoas mais velhas.
- Os serviços voluntários de pessoas de todas as idades são encorajados e apoiados.

53- Quando o(a) senhor(a) vai sair de casa, com o que se preocupa? (Marque até 5 opções)

- Medo de assalto e de sofrer violência na rua

- Medo de cair por causa de defeitos nos passeios/calçadas
- Medo de precisar ir ao banheiro
- Dificuldades para subir o ônibus
- Dificuldades para estacionar o carro
- Dificuldades para atravessar a rua
- Impaciência dos motoristas de ônibus
- Impaciência dos motoristas no trânsito
- Impaciência dos pedestres
- Outros:

54- Agora pense em seus desejos e necessidades de melhoria na estrutura da cidade e na convivência. Como você descreveria uma Cidade Amiga da pessoa idosa?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente desta pesquisa de opinião sobre: “Análise da amigabilidade urbana de Brasília na percepção da pessoa idosa no Distrito Federal”, sob a responsabilidade da pesquisadora Tatiana Frade Maciel. O objetivo desta pesquisa é explorar e compreender as concepções de pessoas idosas e não idosas sobre os eixos do Guia da Cidade Amiga da Pessoa Idosa, assim como suas percepções e apontamentos sobre prioridades e barreiras para tornar a região metropolitana de Brasília mais amigável às pessoas idosas. O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não será divulgado, sendo mantido o mais rigoroso sigilo com a omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). A sua participação se dará por meio de entrevista por telefone ou o preenchimento de formulário online. A partir de sua percepção sobre a cidade e sua inserção nela, serão analisados os fatores relacionados a sua interação social e as barreiras urbanas. Este processo terá duração de aproximadamente 25 minutos em data e horário mais conveniente para sua realização. Os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa são constrangimento, desconforto, vazamento de dados e abalo emocional. Porém, a fim de minimizá-los, todo suporte será dado ao indivíduo para que não se sinta constrangido e desconfortável, de modo que o pesquisador responsável preservará qualquer dado que possa identificá-lo (a) dentro da pesquisa escrita, tomando as precauções adequadas para que não ocorra vazamento de informação, garantindo o ambiente reservado para realização da pesquisa. Se o(a) senhor(a) aceitar participar contribuirá para enriquecimento de dados científicos sobre a cidade amiga da pessoa idosa, o preconceito contra a pessoa idosa, o direito à cidade pelas pessoas idosas, e possíveis sugestões de aprimoramento nas políticas públicas e visibilidade ao tema em estudo. O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder (ou participar de qualquer procedimento) qualquer questão que lhe traga constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração. Todas as despesas que o(a) senhor(a) tiver relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (como ligação telefônica) serão cobertas pelo pesquisador responsável. Caso haja

algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil. Os resultados da pesquisa serão divulgados na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais (CHS) da Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos. Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para a pesquisadora Tatiana Frade Maciel do Programa de Pós-Graduação em Desenvolvimento, Sociedade e Cooperação Internacional – PPGDSCI vinculado ao Centro de Estudos Avançados Multidisciplinares da Universidade de Brasília – UnB no telefone (61) 99299-7000 disponível inclusive para ligação a cobrar. Poderá entrar em contato também pelo seguinte e-mail: tatiana.maciel@gmail.com . Este projeto não precisou passar pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas e Sociais (CEP/CHS) da Universidade de Brasília. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 99299-7000. Diante das explicações o(a) senhor(a) acha que está suficientemente informado(a) a respeito da pesquisa que será realizada e concorda de livre e espontânea vontade em participar?

Sim

Não

ANEXO 1

Is the term “Age-friendly” being used from theoretical perspectives?: a scoping review

ABSTRACT:

INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of what is already known.	3
Objectives	4	Provide an explicit statement of questions being addressed with reference to participants, interventions, comparisons, outcomes, and study design (PICOS).	3-4
METHODS			
Protocol and registration	5	Indicate if a review protocol exists, if and where it can be accessed (e.g., Web address), and, if available, provide registration information including registration number.	https://osf.io/xmutg/
Eligibility criteria	6	Specify study characteristics (e.g., PICOS, length of follow-up) and report characteristics (e.g., years considered, language, publication status) used as criteria for eligibility, giving rationale.	4, 15
Information sources	7	Describe all information sources (e.g., databases with dates of coverage, contact with study authors to identify additional studies) in the search and date last searched.	4
Search	8	Present full electronic search strategy for at least one database, including any limits used, such that it could be repeated.	4
Study selection	9	State the process for selecting studies (i.e., screening, eligibility, included in systematic review, and, if applicable, included in the meta-analysis).	18
Data collection process	10	Describe method of data extraction from reports (e.g., piloted forms, independently, in duplicate) and any processes for obtaining and confirming data from investigators.	4-5
Data items	11	List and define all variables for which data were sought (e.g., PICOS, funding sources) and any assumptions and simplifications made.	16-17
Risk of bias in individual studies	12	Describe methods used for assessing risk of bias of individual studies (including specification of whether this was done at the study or outcome level), and how this information is to be used in any data synthesis.	4-5
Summary measures	13	State the principal summary measures (e.g., risk ratio, difference in means).	16-17
Synthesis of results	14	Describe the methods of handling data and combining results of studies, if done, including measures of consistency (e.g., I^2) for each meta-analysis.	N/A

Page 1 of 2

Section/topic	#	Checklist item	Reported on page #
Risk of bias across studies	15	Specify any assessment of risk of bias that may affect the cumulative evidence (e.g., publication bias, selective reporting within studies).	4-5

Additional analyses	16	Describe methods of additional analyses (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression), if done, indicating which were pre-specified.	N/A
RESULTS			
Study selection	17	Give numbers of studies screened, assessed for eligibility, and included in the review, with reasons for exclusions at each stage, ideally with a flow diagram.	5, 15, 18
Study characteristics	18	For each study, present characteristics for which data were extracted (e.g., study size, PICOS, follow-up period) and provide the citations.	5
Risk of bias within studies	19	Present data on risk of bias of each study and, if available, any outcome level assessment (see item 12).	N/A
Results of individual studies	20	For all outcomes considered (benefits or harms), present, for each study: (a) simple summary data for each intervention group (b) effect estimates and confidence intervals, ideally with a forest plot.	N/A
Synthesis of results	21	Present results of each meta-analysis done, including confidence intervals and measures of consistency.	5,16-17
Risk of bias across studies	22	Present results of any assessment of risk of bias across studies (see Item 15).	N/A
Additional analysis	23	Give results of additional analyses, if done (e.g., sensitivity or subgroup analyses, meta-regression [see Item 16]).	N/A
DISCUSSION			
Summary of evidence	24	Summarize the main findings including the strength of evidence for each main outcome; consider their relevance to key groups (e.g., healthcare providers, users, and policy makers).	5-9
Limitations	25	Discuss limitations at study and outcome level (e.g., risk of bias), and at review-level (e.g., incomplete retrieval of identified research, reporting bias).	9
Conclusions	26	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence, and implications for future research.	9
FUNDING			
Funding	27	Describe sources of funding for the systematic review and other support (e.g., supply of data); role of funders for the systematic review.	N/A

From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097