

**VELHICE, HABITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA:
ANÁLISE DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS NO
BRASIL E EM PORTUGAL**

ELEUSY MIGUEL
UFV MAIO 2021

ELEUSY NATÁLIA MIGUEL

VELHICE, HABITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA: ANÁLISE DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS NO BRASIL E EM PORTUGAL

Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título *de Doctor Scientiae*.

Orientadora: Simone Caldas Tavares Mafra

Coorientadora: Maria das Dores S. de Loreto

**VIÇOSA – MINAS GERAIS
2021**

**Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade
Federal de Viçosa - Campus Viçosa**

T

M636v Miguel, Eleusy Natália, 1973-
2021 Velhice, habitação e qualidade de vida : análise de políticas
e programas sociais no Brasil e Portugal / Eleusy Natália Miguel.
– Viçosa, MG, 2021.
219 f : il. ; 29 cm.

Inclui anexo.

Inclui apêndices.

Orientador: Simone Caldas Tavares Mafra.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Viçosa.

Inclui bibliografia.

1. Idosos - Habitações. 2. Envelhecimento. 3. Política
habitacional. I. Universidade Federal de Viçosa. Departamento
de Economia Doméstica. Programa de Pós-Graduação em
Economia Doméstica. II. Título.

CDD 22. ed. 305.26

ELEUSY NATÁLIA MIGUEL

**VELHICE, HABITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA: ANÁLISE DE POLÍTICAS
E PROGRAMAS SOCIAIS NO BRASIL E EM PORTUGAL**

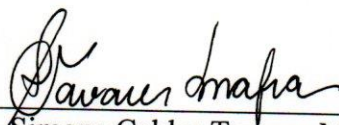
Tese apresentada à Universidade Federal de Viçosa, como parte das exigências do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica, para obtenção do título *de Doctor Scientiae*.

APROVADA: 25 de maio de 2021.

Assentimento:



Eleusy Natália Miguel
Autora



Simone Caldas Tavares Mafra
Orientadora

Aos meus amados pais, Therezinha e José Miguel, que no alto de seus setenta e sete anos, com total independência e autonomia, me provam que o envelhecimento é só mais um percurso no tempo de nossa caminhada de vida. Que a esperança é irmã gêmea da gratidão, mãe de todas as virtudes. E é nessa esperança que deposito este trabalho - que todas as pessoas idosas tenham direito a uma moradia adequada e feliz. Meus pais me mostram todos os dias que é possível vivenciar uma velhice exitosa e isto é o meu combustível.

Com todo meu amor...

AGRADECIMENTOS

Ao Kleber, companheiro e cúmplice de vida, meu amor e melhor amigo, por todo amor e compreensão, por ser meu maior incentivador, por me presentear com flores preferidas depois de tantos de casados e me levar para passear durante os momentos de fadiga. Por acreditar na ciência que busco desenvolver, por apoiar todos os projetos aos quais me dedico, e por sempre ser meu porto seguro e minha agência de fomento tão generosa. Amo-te!

Aos meus filhos, por serem luz na minha vida. Fernando, o mais Miguelinho possível, me conhecendo como poucos, meu “rapa do tacho” amado, meu companheiro de música, forno e fogão. Anmaly, a mais Monteirinha possível, mesmo assim, antagonicamente, minha cópia fiel. Minha amada companheira de aurora e crepúsculo, de estrada e de casa. Minha consultora de tecnologias e pedagogias e, além disso tudo, ainda trouxe o querido agregado, James, para a família, mocinha eficiente. Mamãe verdadeiramente ama vocês!

Aos meus pais, pela dedicação, força, exemplo, amor e por todo incentivo para trilharmos os caminhos dos estudos. Nem em mil anos poderei retribuir tudo que fazem por mim.

Aos meus irmãos, Eliseu, Elisângela, Elis Cláudia e Miguel, pelo amor, até mesmo os “tornos”, de quando em vez.

Aos cunhados e cunhadas pelo carinho e respeito de sempre.

À tia Adelaide, por ser bem mais que uma tia em minha vida, sendo uma segunda mãe amorosa e presente.

Ao meu Padrinho Zezinho, por minha infância feliz e pelos dias atuais.

À Paula, Patrícia, Clarice, Heitor e Arthur, por trazerem, em lapsos distintos de tempo, frescor da vida, sorrisos, sons, choros, cores e muito, muito afeto.

Às queridas amigas Aline, Nádia, Maressa e Liz, pelo carinho, partilha, risadas, cafés, confissões e muita ajuda no delongar da caminhada.

Aos meus queridos amigos, os de perto e os de longe, sabedores da morada no meu coração. E aos filhos de meus amigos, todos representados aqui, por Catarina Serelepe, filha da ARQ 2003 e afilhada querida.

A todas as pessoas que trabalham em minha casa, especialmente à Cida, que divide com os meus o afeto dos seus.

À minha orientadora Simone, muito agradeço pela travessia fraterna desde o mestrado, pela partilha de todo conhecimento, e pela liberdade em minhas escolhas como pesquisadora.

À Dorinha, pela delicadeza nas apreciações bem colocadas, o que nos conduziu, Simone e eu, a decisões importantes para este trabalho. Poderosa como um *scarpin* branco.

A todos os doutores que participaram, em alguma etapa do doutoramento, em especial, Edna Miranda, Márcia Fontes, Arthur Moreira, Ítalo Stephan e Luís Fernando Reis que, generosamente, compartilharam seus conhecimentos para este trabalho, cuidando para que eu me sentisse mais segura e menos inculta.

A todos os professores e funcionários do DED, da graduação e pós-graduação, aqui representados pela eficiência da Aloísia e do Roberto. Todo o meu carinho e respeito.

À querida professora Aline Werneck, por ser presença fixa em minha docência, com o exemplo e ensinamento de que, para ser professor, precisamos ir além da técnica e da teoria, sendo necessário partilhar o que temos de bom e o que sabemos. Comprometimento com o discente e com a arquitetura é o que define esta mestra em minha vida.

A todos os profissionais da Educação, desde o primário em Cajuri, que em alguma medida contribuíram para o dia de hoje. Ensinar é uma arte.

A todos os meus queridos discentes, pelo incentivo, compreensão e carinho durante a jornada.

À Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG), por meio da Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa (DPEI), em nome da diretora Renata Martins Costa de Moura e sua assessora Géssica Rocha, pela atenção, cordialidade, disponibilidade, presteza com os documentos e reuniões, gentileza e celeridade no que foi solicitado. Sem o entendimento da diretora, da relevância do tema da pesquisa, e sem sua contribuição, essa tese com esta temática não seria possível.

À porção da sociedade tão rejeitada, esquecida, desrespeitada e muitas vezes invisível. Meu agradecimento especial por todos os nomes e perfis visitados, e meu sincero desejo de dias mais justos e mais fortuitos na travessia da velhice.

À Universidade Federal de Viçosa, pela oportunidade de realizar a pós-graduação, e por ser parte integrante de nossa realidade. UFV sua Linda!

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001, pelo apoio.

Por fim, ao Bom Pai, por me permitir tudo até aqui, por ser presente e real na minha vida. Por ontem, por hoje e por agora. “Afinal, a vida é um sopro”.

Importa, porém, caminhar hoje, amanhã, e no dia seguinte.
Lucas 13,33

ESPERANÇA

*Lá bem no alto do décimo segundo andar do Ano
Vive uma louca chamada Esperança
E ela pensa que quando todas as sirenas
Todas as buzinas
Todos os reco-recos tocarem
Atira-se
E
— Ó delicioso voo!
Ela será encontrada miraculosamente incólume na
calçada,
Outra vez criança...
E em torno dela indagará o povo:
— Como é teu nome, meninazinha de olhos verdes?
E ela lhes dirá
(É preciso dizer-lhes tudo de novo!)
Ela lhes dirá bem devagarinho, para que não
esqueçam:
— O meu nome é ES-PE-RAN-ÇA...*

Mario Quintana

RESUMO

MIGUEL, Eleusy Natália, D.Sc. Universidade Federal de Viçosa, maio de 2021. **Velhice, habitação e qualidade de vida: análise de políticas e programas sociais no Brasil e em Portugal.** Orientadora: Simone Caldas Tavares Mafra. Coorientadora: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

O Brasil vivencia com intensidade o fenômeno do envelhecimento mundial, com reflexos sobre a qualidade de vida da pessoa idosa, por meio dos programas/políticas públicas que possam subsidiar suas necessidades e demandas. Apesar de o acesso à moradia constituir um direito humano universal, reconhece-se suas limitações, principalmente para as pessoas de baixa renda. Sendo assim, na presente pesquisa, objetivou-se analisar o contexto habitacional da pessoa idosa, como um dos componentes da qualidade de vida, sob a luz das políticas públicas habitacionais direcionadas às pessoas idosas. O percurso metodológico foi pautado na pesquisa de caráter descritivo-exploratório, de natureza quanti-qualitativa, utilizando-se da pesquisa bibliográfica e documental. Buscou-se, inicialmente, traçar um panorama das políticas públicas habitacionais brasileiras e, em especial, daquelas destinadas ao grupo de pessoas idosas. Em seguida, analisaram-se a conformação da população idosa brasileira, sua forma de morar, e, principalmente, o “Kit Banheiro Seguro”, de Belo Horizonte (MG), seus participantes e sua moradia. Finalmente, examinou-se o Programa Conforto Habitacional para Pessoa Idosa, de Portugal. Assim, foi possível compreender que a habitação extrapola as questões físicas, alcançando categorias de pertencimento e afeto, que também estão diretamente relacionadas ao bem-estar e à qualidade de vida em todo curso de vida, especialmente na velhice. As experiências estudadas demonstraram as interfaces entre as condições habitacionais e a qualidade de vida da pessoa idosa, em termos de habitabilidade e subjetividade social, nas quais as políticas públicas, quando bem desenhadas, podem incidir efetivamente.

Palavras-chave: Pessoa Idosa. Envelhecimento. Habitação. Políticas/Programa.

ABSTRACT

MIGUEL, Eleusy Natália, D.Sc. Universidade Federal de Viçosa. May, 2021. **Old age, housing and quality of life: analysis of social policies and programs in Brazil and in Portugal.** Adviser: Simone Caldas Tavares Mafra. Co-adviser: Maria das Dores Saraiva de Loreto.

Brazil is experiencing the phenomenon of global aging with intensity, with reflections on the quality of life of the elderly, through programs/public policies that can support their needs and demands. Although access to housing is a universal human right, its limitations are recognized, especially for low-income people. Thus, in this research, the objective was to analyze the housing context of the elderly, as one of the components of quality of life, in the light of public housing policies aimed at the elderly. The methodological path was based on descriptive-exploratory research, quantitative and qualitative in nature, using bibliographical and documentary research. Initially, we sought to draw an overview of public housing policies in Brazil and, in particular, those aimed at the elderly group. Then, the conformation of the Brazilian elderly population, their way of living, and, mainly, the “Kit Banheiro Seguro” (that means Safe Bathroom Kit) in Belo Horizonte (MG), its participants and their homes were analyzed. Finally, the Portuguese Housing Comfort Program for the Elderly was examined. Thus, it was possible to understand that housing goes beyond physical issues, reaching categories of belonging and affection, which are also directly related to well-being and quality of life throughout the course of life, especially in old age. The experiences studied demonstrated the interfaces between housing conditions and the quality of life of the elderly, in terms of habitability and social subjectivity, on which public policies, when well designed, can effectively affect.

Keywords: Elderly Person. Aging. Housing. Policies/Program.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO I

Gráfico 1: Proporção da população brasileira por faixa etária efetiva e projetada (1920-2050).....	31
Gráfico 2: População brasileira total e idosa (2010 e 2020).....	33
Gráfico 3: Indicadores das condições habitacionais da população acima dos 65 anos, em Portugal (2008).....	40
Quadro 1: Projeção da população idosa em países por proporção e por número absoluto (2025).....	32

CAPÍTULO II

Figura 1 Linha do tempo das políticas públicas de habitação e políticas públicas para pessoa idosa no Brasil.....	82
Quadro 1: Políticas públicas de habitação no Brasil, no período de 1534 a 2021.....	74

CAPÍTULO III

Figuras 1 e 2: Extensões a serem consideradas para uma Cidade Amiga do Idoso; e Determinantes para um Envelhecimento Ativo (respectivamente).....	100
Figura 3: Implantação e descrição dos espaços disponíveis.....	103
Figura 4: Visão externa do Centro de Vivência e Núcleo de Saúde.....	103
Figuras 5, 6 e 7: Repartições internas do Núcleo de Saúde.....	104
Figuras 8, 9, 10 e 11: Área para lazer, academia ao ar livre, praça e horta.....	105
Figuras 12 e 13: Guarita e entrada do condomínio.....	105
Figuras 14 e 15: Planta baixa e fachada da casa (dupla geminada).....	106
Figuras 16 e 17: Visão interna do banheiro de uma unidade habitacional.....	107

CAPÍTULO IV

Parte I

Figura 1: Fotografia de banheiro requalificado com adequações do “Kit Banheiro Seguro” em Belo Horizonte.....	120
Gráfico 1: Número de instalações do “Kit Banheiro Seguro” nas regionais entre 2013 e 2016.....	121
Gráfico 2: Proporção de kits selecionados <i>versus</i> cadastros não executados (perdas) entre 2013 e 2016.....	123
Gráfico 3: Número de cadastro de pessoas idosas por regional entre 2013 e 2016.....	124

Parte II

Figura 1: Propaganda da Prefeitura de Belo Horizonte sobre o Programa “Kit Banheiro Seguro”, em 2014.....	143
Figura 2: Propaganda da Prefeitura de Belo Horizonte sobre o “Kit Banheiro Seguro”, em 2014.....	144
Figura 3: Parte do corpo fraturada em decorrência de quedas nas pessoas idosas (2014).....	159
Figura 4: Nuvem de palavras sobre os tipos de deficiência apresentada pela pessoa idosa (2014).....	161
Figura 5: Nuvem de palavras sobre o perfil das pessoas que residem com a pessoa idosa (2014).....	163
Figura 6: Nuvem de palavras sobre o perfil das profissões da pessoa idosa (2014).....	165

Gráfico 1: População idosa brasileira efetiva (de 1950 a 2010) e projetada (de 2015 a 2100).....	137
Gráfico 2: População brasileira total e idosa (2010 e 2020).....	138
Gráfico 3: Número de instalações do “Kit Banheiro Seguro” nas regionais entre 2013 e 2016.....	145
Gráfico 4: Distribuição das pessoas idosas, por faixa etária, atendidas pelo Programa Kit Banheiro Seguro, no ano de 2014.....	148
Gráfico 5: Distribuição, em reais, de renda familiar, despesas mensais, renda <i>per capita</i> e gastos com medicamentos, das pessoas idosas.....	153
Gráfico 6: Acesso a algum benefício do governo pelas pessoas idosas (2014).....	154
Gráfico 7: Acesso aos serviços de Assistência Social pelas pessoas idosas (2014).....	156
Gráfico 8: Ocorrência de quedas nos último dois anos e quedas com fratura pelas pessoas idosas (2014).....	157
Gráfico 9: Total de moradores no domicílio das pessoas idosas (2014).....	162
Gráfico 10: Tempo que as pessoas idosas moram em suas habitações (2014).....	166
Gráfico 11: Distribuição, por percentagem, de tipologia arquitetônica da moradia: casa, apartamento, barracão e não identificado, da pessoa idosa (2014).....	168
Gráfico 12: Acesso a infraestrutura urbana, água canalizada, energia elétrica e coleta de lixo na habitação pessoas idosas (2014).....	169
Gráfico 13: Distribuição, por frequência, de cômodos nas moradias, nas faixas etárias das pessoas idosas (2014).....	171

Tabela 1: Distribuição percentual das pessoas idosas de Belo Horizonte selecionados pelo Programa Kit Banheiro Seguro conforme a regional, sexo e cadeirante por sexo, no ano de 2014.....	147
Tabela 2: Distribuição das pessoas idosas por estado civil, profissão, composição familiar (2014)	150
Tabela 3: Distribuição, por percentual, de ocorrência de Internação Hospitalar no último ano, relato de utilização de equipamento auxiliar a marcha, e de presença de alguma deficiência nas pessoas idosas (2014)	160

CAPÍTULO V

Figura 1: Idoso português em seu ambiente domiciliar.....	181
Figura 2: Propaganda do PCHI, pessoas idosas em seu ambiente domiciliar.....	182
Gráfico 1: Causas de degradação do edifício.....	189
Gráfico 2: Total de pessoas idosas atendidas pelo PCHI (2007/2010).....	195
Gráfico 3: Total de melhorias realizadas pelo PCHI (2007/2013).....	197
Gráfico 4: Porcentagem de habitação sem instalação elétrica, retrete (vaso sanitário), água canalizada, banho ou duche (banho ou chuveiro), em Matosinhos, Grande Porto e Portugal, em 2001.....	199
Gráfico 5: Total de melhorias nas edificações e equipamentos, total de beneficiários idosos e cidades, realizadas pelo PCHI (2007/2013).....	201
Tabela 1: Distribuição percentual das intervenções para melhorias nas habitações das pessoas idosas selecionadas nas cidades portuguesas de Bragança, Beja, Guarda, Portalegre e Vila Real, de Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Santarém, Viana do castelo e Viseu no período de 2007 a 2013.....	191

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABNT Associação Brasileira de Normas Técnicas.

AVD Atividade de Vida Diária.

BNH Banco Nacional de Habitação.

CAU Conselho de Arquitetura e Urbanismo.

CDPI Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa.

CEF Caixa Econômica Federal.

CLAS Conselho de ação Social.

CRAS Centros de Referência da Assistência Social.

CREAS Centro de Referência Especializado de Assistência Social.

DPEI Diretoria de Políticas para Pessoa Idosa.

FAR Fundo de Arrendamento Residencial.

FAS Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social FCP – Fundação da Casa Popular.

FCP Fundação da Casa Popular.

FDS Fundo de Desenvolvimento Social.

FGTS Fundo de Garantia por Tempo de Serviço.

FINSOCIAL Fundo de Investimento Social.

FNHIS Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social.

GGTEP Gerência Interina de Gestão do Trabalho e Educação Permanente.

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.

IDHM Índice de Desenvolvimento Humano Municipal.

ILPI Instituição de Longa Permanência do Idoso.

IQM Índice de Qualidade de Moradia.

MCMV Programa Minha Casa Minha Vida.

OMS Organização Mundial da Saúde.

PAC Programa de Aceleração do Crescimento.

PAR Programa de Arrendamento Residencial.

PCHI Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas.

PNAD Contínua Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua.

PNH Política Nacional Habitação.

PROTECH Programa de Difusão Tecnológica para Construção de Habitação de Baixo.

RECRIA Regime Especial de Comparticipação na Recuperação de Imóveis Arrendados.

RECRIPH Regime Especial de Comparticipação e Financiamento na Recuperação de Prédios Urbanos em Regime de Propriedade Horizontal.

REHABITA Regime de Apoio à Recuperação Habitacional em Áreas Urbanas Antigas.

SBOT Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia.

Sepurb Secretaria de Política Urbana.

SFH Sistema Financeiro de Habitação.

SMASAC Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania.

SNHIS Sistema Nacional Habitação de Interesse Social.

SOLARH Programa de Apoio Financeiro Especial Para a Reabilitação de Habitações.

SUASS Subsecretaria de Assistência Social da Secretaria Municipal de Assistência Social.

SUDC Subsecretaria de Direito e Cidadania.

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

URBEL Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte.

SUMÁRIO

PRÓLOGO.....	16
CAPÍTULO I - ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E SUA ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA	20
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA.....	20
1.1. Justificativa e Relevância do Tema	24
1.2. Objetivos.....	27
1.2.1. Objetivo Geral	27
1.2.2. Objetivos Específicos	28
2. REVISÃO DE LITERATURA	28
2.1. O Envelhecimento Populacional	29
2.2. Brasil.....	30
2.3. Portugal.....	35
2.4. A Casa da Pessoa Idosa e suas Interfaces com a Qualidade de Vida	36
2.4.1. Habitação da Pessoa Idosa Brasileira	36
2.4.2. Habitação da Pessoa Idosa Portuguesa.....	39
3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL DE ANÁLISE	43
3.1. Teoria da Subjetividade	43
3.1.1. Categorias de Análise: Habitabilidade e Adequação.....	46
3.1.2. Qualidade de Vida	52
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	55
4.1. Tipo de Pesquisa.....	56
4.2. Local de Estudo	56
4.2.1. Brasil.....	56
4.2.2. Portugal.....	58
4.4. Procedimentos de Coleta de Dados e Variáveis	59
4.5. Procedimentos para Análise dos Dados.....	61
4.6. Aspectos Éticos da Pesquisa.....	62
REFERÊNCIAS	62
CAPÍTULO II - BREVE PANORAMA DA POLÍTICA PÚBLICA DE HABITAÇÃO BRASILEIRA E A POPULAÇÃO IDOSA.....	69
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	70
2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS HABITACIONAIS E A PESSOA IDOSA	71
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	91

REFERÊNCIAS	93
CAPÍTULO III - O CONDOMÍNIO CIDADE MADURA: UM ESTUDO DE CASO DE UMA NOVA MANEIRA DE MORAR DA PESSOA IDOSA BRASILEIRA*	97
1. O ENVELHECIMENTO E A HABITAÇÃO	98
2. PERCURSO METODOLÓGICO	100
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	101
4. À GUIA DE CONCLUSÃO	107
REFERÊNCIAS	108
CAPÍTULO IV - DA GÊNESE AO EPÍLOGO DO “KIT BANHEIRO SEGURO”: UM DESENHO DA POLÍTICA E A CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA E DE SUA MORADIA	110
PRÓLOGO	110
PARTE I.....	112
1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS.....	113
2. A GÊNESE DO PROGRAMA	115
3. O FEITIO DO PROGRAMA	118
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO	120
5. EPÍLOGO DO PROGRAMA.....	126
6. CONCLUSÕES	126
REFERÊNCIAS	127
PARTE II.....	129
1. INTRODUÇÃO.....	130
2. A PESSOA IDOSA MINEIRA E O KIT BANHEIRO SEGURO	135
4. CONCLUSÃO.....	171
REFERÊNCIAS	173
CAPÍTULO V - PROGRAMA CONFORTO HABITACIONAL PARA PESSOAS IDOSAS: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA PORTUGUESA	176
1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS	177
2. O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO PCHI (2007 -2013)	179
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	202
REFERÊNCIAS	203
CAPÍTULO VI - À GUIA DE CONCLUSÕES.....	205
Erico Veríssimo	210
APÊNDICES	211
APÊNDICE A	211
APÊNDICE B.....	213
ANEXO.....	215
ANEXO A	215

PRÓLOGO

São interessantes os contornos que a vida toma em razão de seu percurso próprio, e como isso impacta na trajetória de uma pesquisadora. Esta tese estava planejada e desenhada bem justaposta ao tempo previsto para defesa, todavia, nesta vida realmente não se tem controle de nada, tampouco ideia sobre os acontecimentos que podem surgir. Em 04 de dezembro de 2019, surgiu uma “pneumonia misteriosa” em Wuhan, na capital da província de Hubei, na China. Mais tarde, essa pneumonia foi identificada como Covid-19, constituindo a primeira pandemia do século XXI.

Em princípio, a segunda parte de minha pesquisa de campo estava prevista para o período de férias letivas, entre dezembro de 2019 e janeiro de 2020, já que sou professora e esses meses são os mais apropriados para quem trabalha na docência. A coleta de dados consistia em duas partes - a primeira na aplicação de entrevista semiestruturada presencial com pessoas idosas participantes do Programa “Kit Banheiro Seguro”, no município de Belo Horizonte; a segunda consistia na aplicação da entrevista semiestruturada virtual/remota com as pessoas idosas participantes do PCHI – Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas no país de Portugal.

Apesar de inúmeras investidas em ambas as frentes, Belo Horizonte (MG) e Portugal, foram ineficazes minhas tentativas de desenvolver a pesquisa, no período planejado, infelizmente.

A pesquisa em Belo Horizonte necessitava diretamente da assessoria da coordenação dos CRASs de referência das pessoas idosas selecionadas pelo programa, por meio da Gerência Interina de Gestão do Trabalho e Educação Permanente – GGTEP, lotada na Subsecretaria de Assistência Social - SUASS da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC. Mesmo seguindo todo o protocolo de documentação e solicitação de acesso aos cadastros atualizados dos usuários do programa, processo bastante burocrático e longo, que teve seu início em dezembro de 2019, sendo finalizado em 27 de novembro de 2020, foi negada qualquer identificação de contato dos usuários idosos com a seguinte argumentação: “Infelizmente não temos um retorno favorável [...] Tiveram grande dificuldade para realizar a pesquisa apenas com o nome da pessoa idosa. Não foi possível localizar informações atualizadas sobre o beneficiário ou sua família, nem registro de telefones. Grande parte desses nomes não possuem vínculo com nenhum serviço do SUAS/BH, no sistema consultado”.

Dessa maneira, voltei ao ponto inicial da busca, sem nenhuma evolução, onde tinha nomes completos, CRAS de referência e endereços completos. Então, passei a consultar os registros feitos na primeira parte da pesquisa, os questionários de cadastro para seleção do programa, junto à Diretoria de Políticas para a Pessoa Idosa – DPEI, vinculada a Subsecretaria de Direito e Cidadania – SUDC, da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC. Após a varredura desses documentos, consegui completar a lista com todos os telefones da época do cadastramento; ou seja, 2013 e 2014, em sua maioria, telefones fixos e alguns celulares.

Com os contatos das pessoas idosas e os nomes selecionados em virtude das variáveis elencadas para a pesquisa, foi iniciada tentativa de contato telefônico com intuito de fazer a entrevista semiestrutura via sistema remoto, uma vez que, o público-alvo é compreendido de pessoas a partir de 60¹ anos, considerado como grupo de risco para a pandemia de Covid-19, não sendo possível o contato físico presencial, em nenhuma medida.

Para meu desalento, porém não surpresa, os telefones estavam todos desatualizados, assim, não obtive nenhuma resposta positiva, das 27 pessoas idosas da amostra selecionada. Mais uma vez, me vi na “estaca zero” da pesquisa, aflita com o passar do tempo e a estagnação da mesma e, conseqüentemente, de minha tese.

Novamente, visitei o “rico” banco de dados feito na primeira etapa da pesquisa em busca de algum tipo de informação que pudesse apoiar a nova conjuntura e, de fato, ali estava minha nova possibilidade de continuidade dos dados de pesquisa, trabalhar dados secundários dos usuários idosos selecionados pelo programa, no ano de 2014. O cadastro possui um completo questionário da pessoa idosa, sua casa e família. Confeccionado por agentes do CRAS, agentes de saúde e psicólogos em mais de uma visita domiciliar, na ocasião. O conteúdo é muito rico, com dados de identificação pessoal, como idade, endereço, profissão, estado civil, composição familiar, renda e responsável. Compreende o cadastro também dados sobre fatores sociais como arranjo domiciliar e renda, além de fatores clínico-funcionais, como quedas, enfermidades, mobilidade, dependências, dentre outros. Por fim, possui um breve levantamento da infraestrutura e condição da moradia da pessoa idosa.

Nessa perspectiva, a pesquisa que abarca o Programa “Kit Banheiro Seguro”, em Belo Horizonte (MG), foi feita a partir de dados secundários, em razão da pandemia (Covid-19), que obrigou a reclusão e o distanciamento social, sendo forçosa a modificação dos caminhos da tese.

¹ A Organização das Nações Unidas (ONU) considera como idosas as pessoas a partir 60 anos para os países em desenvolvimento, e a partir de 65 anos para os países desenvolvidos.

Com relação à pesquisa em Portugal, na qual seria investigada o PCHI, com o surgimento da pandemia, os órgãos responsáveis por abrigar os dados do Programa, assim como os contatos das pessoas idosas contemplados, não responderam satisfatoriamente, até novembro de 2020, evidenciando a impossibilidade de interação. Foram feitas inúmeras tentativas, via e-mail e até mesmo com pessoas amigas moradoras naquele país, todas sem sucesso. Ademais, recorreu-se em situação análoga a contatos em Belo Horizonte, as restrições de aproximação com as pessoas idosas, por se tratar de um grupo de risco, inviabilizaram a entrevista em sistema remoto. Dessa maneira, não restou alternativa a não ser um estudo de caso mais cuidadoso, também com dados secundários e documentais, disponibilizados pelo Governo de Portugal, em seu *website* oficial.

Mesmo com tantos reversos, cunhada por uma dificuldade que não gostaria de experimentar (a pandemia da Covid-19), minha pesquisa aponta para um espaço futuro, o pós-doutoramento. Um espaço profícuo que, de alguma forma, poderá aperfeiçoar o que não se teve oportunidade nesta tese.

Enfim, essa é a realidade da área de pesquisa; no primeiro momento, o desalento e desânimo procurando abrigo. Todavia, sempre com abertura para outros caminhos, mesmo que não sejam os da primeira escolha desejada e esperada. Mesmo assim, diante das alternativas de escolha em momentos limítrofes, como os vivenciados nos anos de 2020 e 2021, quando milhares de pessoas perderam suas vidas, e que a perspectiva de normalidade só sopra para um futuro incerto, a escolha por trabalhar dados secundários e documentais com fins de encerrar o doutorado se mostrou uma opção factível, válida e honesta.

Diante do exposto, o presente trabalho foi desenvolvido e organizado em capítulos com formato de artigos científicos, os Capítulos II, III, IV e V, com exceção do primeiro, que abordou os procedimentos preliminares da tese, e do último, destinado às conclusões finais da pesquisa.

No primeiro capítulo, versa-se sobre os aspectos introdutórios da pesquisa, contextualizando o problema e a abordagem teórica metodológica elencada, no intuito de subsidiar o tema de estudo.

No segundo capítulo, elabora-se um panorama geral sobre as políticas públicas habitacionais brasileiras e as principais políticas atribuídas às pessoas idosas. Esse panorama das legislações foi trabalhado de forma breve, sem detalhar nenhuma política especificamente, todavia, realizando uma criteriosa análise. Vale ressaltar que é por meio dessas políticas que a pessoa idosa pode ou não acessar mecanismos que favoreçam seu bem-estar e aprimorem sua qualidade de vida, sendo que a habitação configura um de seus componentes.

Por meio de um estudo de caso, no terceiro capítulo, descreve-se o condomínio exclusivo para pessoa idosa, denominado Cidade Madura. Um projeto pioneiro do estado da Paraíba, que possui alguns empreendimentos já em uso no estado. Alternativas no modo de morar na velhice têm sido foco de estudos e de políticas e, por essa razão, este artigo é parte integrante da pesquisa. Cumpre dizer que este trabalho já foi publicado pela Revista *Kairós-Gerontologia*, em 2019.

No quarto capítulo, aborda-se o Programa “Kit Banheiro Seguro”, do município de Belo Horizonte (MG), sendo dividido em duas partes: na primeira, é caracterizado o programa em si, da sua gênese a seu epílogo. Na segunda parte, busca-se identificar o perfil da casa e da pessoa idosa usuária do programa. Esse programa desenvolvido em esfera local buscou adequar e qualificar o cômodo banheiro nas residências de pessoas idosas carentes, independentes ou semidependentes, nas nove regionais do município: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste Pampulha e Venda Nova.

No quinto capítulo, o Programa PCHI é apresentado com vistas à adequação da moradia da pessoa idosa e, conseqüentemente, à repercussão no bem-estar da pessoa idosa portuguesa.

Por fim, no sexto e último capítulo, desenvolve-se uma avaliação dos objetivos propostos e os pressupostos teóricos elencados na pesquisa, por meio de conclusões finais da temática trabalhada.

CAPÍTULO I - ASPECTOS INTRODUTÓRIOS: CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA E SUA ABORDAGEM TEÓRICO METODOLÓGICA

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

O processo de envelhecimento populacional é um fenômeno que vem ocorrendo em todo o mundo. Essa modificação demográfica resulta em consequências e demandas específicas, como saúde, infraestrutura urbana, habitação, lazer, assistência social, entre outras. Essas demandas são direcionadas tanto ao Estado como à sociedade.

Entre toda a população da América Latina, a transição demográfica com maior rapidez observada é a do Brasil. Dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística) demonstram que o número de pessoas idosas brasileiras, em uma década, cresceu cerca de 55%. No ano de 2001, esse contingente era de aproximadamente 9% da população total do país; já no ano de 2011, essa porcentagem atingiu cerca de 12%. Na estimativa demográfica do IBGE (2020), a população brasileira atingiu o número de 211.755.692 pessoas, sendo que, desse total, 30.196.362 eram pessoas idosas, perfazendo o percentual de 14,3%. Há de se ressaltar que a quantidade desse público idoso no país configura uma parcela considerável, que necessariamente requer atenção, especialmente nas já citadas demandas, bem como nas Políticas Públicas direcionadas a esse segmento populacional (CAMARANO, 2013; MONTEIRO, 2012).

A transição demográfica apresenta aspectos distintos entre os países em questão (Brasil e Portugal). Um dos fatores determinantes para o entendimento do envelhecimento e da transição demográfica é a da Taxa de Fecundidade Total (TFT). Ainda assim, cumpre ressaltar que o envelhecimento populacional está relacionado a mudanças etárias:

O envelhecimento populacional não se refere nem a indivíduos, nem a cada geração, mas, sim, à mudança na estrutura etária da população, o que produz um aumento do peso relativo das pessoas acima de determinada idade, considerada como definidora do início da velhice. Este limite inferior varia de sociedade para sociedade e depende não somente de fatores biológicos, mas, também, econômicos, ambientais, científicos e culturais, não cabendo, aqui, maior discussão sobre o tema (CARVALHO; GARCIA, 2003, p. 726-727).

No Brasil, a TFT apresentou uma queda muito célere, enquanto na Europa esse declínio da taxa de fecundidade ocorreu de maneira mais gradativa e regular, advindo em um intervalo de 100 anos - a TFT caiu 58% desde 1870. A mesma correspondência percentual no Brasil (aproximadamente 60%) ocorreu no intervalo de 30 anos, iniciada em 1970

(CARVALHO; GARCIA, 2003, FONTES; WAJNMAN, 2011). Mediante essa distinção na diferença temporal para a mudança etária de cada país, infere-se que esse fato oportunizou aos países componentes da Europa muito mais tempo para acomodar as políticas públicas para as pessoas idosas, entre elas, obviamente, as de habitação. Em contrapartida, no Brasil, o intervalo de tempo foi muito curto, o que dificultou o planejamento adequado das políticas públicas.

A modificação do padrão demográfico brasileiro interfere diretamente no formato das famílias, seus arranjos e suas redes de transferências de recursos econômicos, de serviços e afetividades dentro do domicílio. Além dos fatores sociais e econômicos, o envelhecimento populacional é um aspecto importante nas mudanças ocorridas com os arranjos familiares. As famílias estão cada vez mais reduzidas em relação ao número de integrantes, o que atinge diretamente a pessoa idosa no sentido do cuidado, pois, quanto menores as famílias, maior a dificuldade em se cuidar desse sujeito (BRAGA, 2001; CAMARANO, 2002; UJIKAWA, 2010).

Outro ponto a ser destacado diz respeito às pessoas idosas que residem sozinhas. Essa condição vem crescendo em todo o mundo e no Brasil também. Conforme a PNAD Contínua (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua) de 2019, 16,8% dos brasileiros idosos moravam sozinhos. Muitos são os fatores que influenciam essa decisão, desde a independência econômica e física até a privatização da família reduzida. Observa-se, também, uma quantidade expressiva de mulheres idosas residindo sozinhas, majoritariamente nas duas regiões mais populosas do Brasil, Sudeste e Nordeste, bem como nas áreas urbanas (CAMARGOS *et al.*, 2011; UJIKAWA, 2010). Para Camargos (2008, p. 27), “morar sozinho pode ser uma alternativa para as pessoas idosas que lutam para manter sua independência e autonomia ou mesmo inevitável para aqueles que, apesar de se sentirem sós ou abandonados, não possuem outras pessoas com as quais possam co-residir”.

A responsabilidade da família por seu ente idoso é bastante recorrente e esta continua sendo parte fundamental de apoio na vida desse indivíduo. Quando essas famílias não conseguem arcar com essa atribuição de cuidar e esse ente não tem condição de morar só, a solução encontrada na maior parte das vezes é institucionalizar a pessoa idosa em asilos e em Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPIs), o que pode gerar a sensação de abandono e até problemas psicológicos mais graves, como a depressão. No Congresso Internacional de Gerontologia, ocorrido na cidade do Rio de Janeiro, no ano de 2005, foi consensual entre os pesquisadores que as ILPIs e os asilos deveriam ser a última opção para a pessoa idosa morar. Nessa perspectiva, algumas iniciativas são desenvolvidas para que essa

continue em sua moradia, como o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI), em Portugal.

Ferretti *et al.* (2014) apontam que os motivos recorrentes para a institucionalização abrangem: a incapacidade física e mental da pessoa idosa; as situações de vulnerabilidade social e violência familiar; a incapacidade financeira; a indisponibilidade familiar para o cuidado; o alto custo do cuidado domiciliar formal, entre outras justificativas. As ILPIs são, nesse contexto, sobretudo para a pessoa idosa de menor renda, a possibilidade de atendimento das necessidades básicas desses sujeitos. “As ILPIs são consideradas unidades de saúde de baixa complexidade que atendem o idoso desprovido de apoio e recursos financeiros” (FERRETTI *et al.*, 2014, p. 424), e muitas vezes constituem a única possibilidade de sobrevivência da pessoa idosa.

Essa preferência por permanecer na habitação é um desejo da maioria das pessoas idosas, o que corrobora a premissa da institucionalização ser a última alternativa de moradia, conforme apontado por pesquisas (FERRETTI *et al.*, 2014; PINHEIRA *et al.*, 2020). Em seu estudo com 484 pessoas idosas portuguesas, Pinheira *et al.* (2020) revelam que 95% dos entrevistados optaram por morar em sua casa, sendo que, desses, 69,8% desejavam estar em seus lares, mediante condições atuais da moradia.

Em relação à indagação acerca da casa modificada, 47,3% buscaram tais modificações, e 22,5% gostariam de permanecer em suas casas com algum apoio domiciliar. Também em pesquisa com pessoas idosas, no Brasil, quanto à permanência em suas moradias ou à mudança para ILPIs, Ferretti *et al.* (2014, p. 430) concluem que as pessoas idosas “encaram o processo de institucionalização como perda de liberdade, abandono pelos filhos, aproximação da morte, além da ansiedade quanto à condução do tratamento pelos funcionários”. Na mesma pesquisa, esclarece-se que as pessoas idosas dão a devida importância à instituição no provimento da alimentação, da segurança e da saúde, o que muitas vezes as famílias não conseguiriam arcar. Entretanto, observa-se um alarmante afastamento social com os laços familiares, gerando falta de autonomia e dependência emocional (componentes que comprometem o envelhecimento saudável).

Mesmo com a premissa de que a pessoa idosa vive melhor em sua casa, cabe mencionar que a institucionalização, muitas vezes, deixa de ser uma opção e passa a ser uma necessidade, tanto para a pessoa idosa que necessita de cuidados especializados, como para a família que não consegue satisfazer essas necessidades por motivos diversos, como financeiro, físico ou mesmo psicológico (FERRETTI *et al.*, 2014; PINHEIRA *et al.*, 2020).

Outra situação muito relevante na tomada de decisão está associada à violência (física, psicológica, emocional e patrimonial), vivenciada majoritariamente dentro de casa, pois, em geral, as pessoas idosas são vítimas de agressões, contenção e mesmo abandono. Nesse sentido, as instituições não devem ser tratadas somente como locais de tristeza e de sofrimento, e sim como solução para vivenciar uma velhice digna, especialmente para aqueles indivíduos que possuem menor poder aquisitivo (FERRETTI *et al.*, 2014; PINHEIRA *et al.*, 2020).

Cabe, então, uma reflexão urgente sobre o envelhecimento heterogêneo, já que não se pode esperar que todos envelheçam da mesma maneira. Além disso, a moradia dessas pessoas não pode ser apenas alojamentos de cunho hospitalar, ou um ambiente estritamente relacionado à saúde, como costuma ser a vocação da maioria das ILPIs no país. Preza-se, portanto, pela vocação de moradia, com as características inerentes a uma casa de morar, que abarque as especificidades de cada cuidado necessário, para o conforto e a segurança de todas as pessoas idosas. Considera-se, assim, que a institucionalização deve consistir em um ato de amor, e não representar uma situação de abandono.

Paralelo a essas noções, tem-se o exemplo do governo português, que, para incentivar a permanência da pessoa idosa em sua própria residência, elaborou uma política pública no setor da habitação destinada exclusivamente a esse público. Nessa perspectiva, foi criado o PCHI, em 2007, vinculado ao Instituto da Segurança Social de Portugal. Tendo sua população idosa numerosa, que normalmente reside sozinha, as prefeituras municipais tinham o serviço de apoio domiciliar para a qualificação da habitação, em função das especificidades desse segmento populacional. Com essa estratégia, foi minorado o número de pessoas idosas que necessitam ser realocados em ILPIs e asilos, sendo um dos principais objetivos dessa política.

Avaliando esse cenário, contrapõe-se à situação do Brasil, onde não existe política pública habitacional específica para a população idosa, e sim algumas iniciativas pontuais, como programas que buscam melhorias nas moradias das pessoas idosas brasileiras.

Sendo assim, as políticas públicas habitacionais voltadas à população idosa têm um impacto relevante na vida desses sujeitos. Quando a pessoa idosa tem acesso a essas políticas e, por consequência, moradia considerada digna e adequada, favorece-se o processo natural do envelhecimento. A casa, além de abrigo físico, é também um fator de segurança e conforto, bem como um elemento que pode proporcionar estabilidade emocional e social na existência de qualquer indivíduo, independentemente de sua idade. No entanto, é na velhice que se observa uma maior interferência na qualidade de vida com relação à habitação. Desse modo, é clara a relevância das políticas públicas bem elaboradas, implementadas e avaliadas na vida

dos cidadãos, em todo o mundo. Essa repercussão é positiva ou negativa, conforme a oferta e o acesso a essas políticas, especialmente para a pessoa idosa.

Dessa maneira, a habitação onde a pessoa idosa reside configura um fator crucial para o envelhecimento saudável no curso de vida. São muitos os elementos que se mostram importantes para a promoção de um envelhecimento exitoso, entre eles pode-se destacar os que são determinantes para estimular a independência por parte do indivíduo e a oferta de infraestrutura por parte do coletivo (VICENTE; SANTOS, 2013). Sob tal perspectiva, a casa que se mora, se apresenta como um indicativo dessa condição de bem-estar social, especialmente no período de vida da velhice.

A casa para a pessoa idosa consiste na extensão de sua vida, pois, geralmente, há um sentimento de pertencimento e de identificação com a habitação. Sendo assim, as políticas públicas destinadas à promoção da habitação digna e a adequação da moradia às condições intrínsecas as pessoas idosas protagonizam relevantes requisitos que favorecem a qualidade de vida do referido segmento populacional. Dessa maneira, faz-se necessário o estudo acerca da população idosa e das políticas habitacionais que abarcam essas especificidades.

Dentro desse debate, problematiza-se o fato de que a população idosa brasileira está entre as dez maiores do mundo e que a moradia tem importância relevante em sua vida e bem-estar. As questões relacionadas à casa têm repercussão em sua satisfação com a vida, interferindo diretamente no bem-estar, na autonomia e na independência.

Face ao exposto, busca-se responder, a partir desta pesquisa, às seguintes perguntas: Como é morar na velhice? Como as políticas públicas podem influenciar na qualidade de vida da pessoa idosa?

1.1. Justificativa e Relevância do Tema

Neste trabalho, busca-se uma conotação do termo velhice a despeito do que comumente é encontrado. A maneira pejorativa atribuída às palavras “velha”, “velho” e “velhice” está relacionada ao idadismo², o qual é designada à pessoa idosa uma imagem negativa, inútil, decadente, doente e só, muitas vezes reforçada no próprio discurso da pessoa idosa, na percepção da sua velhice. Quando abordada, nesta perspectiva, a temática da velhice

² Idadismo ou ageísmo é o conceito que designa uma modalidade de preconceito social – o etário - que, muitas vezes, sem que as pessoas se deem conta de sua afetação por este, pode se manifestar e trazer efeitos prejudiciais a um idoso, marcando-o especialmente em termos subjetivo-sociais (SOUSA *et al.*, 2014).

muitas vezes implica repulsa e ofensa, como afirma Beauvoir (1970, p. 6): “a velhice surge aos olhos da sociedade como uma espécie de segredo vergonhoso do qual é indecente falar”.

Foi durante o período da modernidade que as categorias etárias surgiram. A etapa da velhice surgiu na virada dos séculos XIX para XX e, também, como categoria social, por meio da geriatria e gerontologia (BIASUS, 2016; CALAZANS; DE FREITAS, 2019; SILVA, 2008). Neste trabalho, a velhice é entendida como mais uma etapa no curso de vida, devendo ser tratada como qualquer outra etapa. Além disso, procura-se combater os sentimentos negativos associadas a essas definições, considerando a vivência na velhice como algo positivo de um sujeito social.

O processo de envelhecimento humano pode ser exitoso em seus muitos aspectos: físico, mental, comportamental, cultural. Considerar a vida como um presente favorece a escolha de se viver mais e melhor, afinal, como assegura o geriatra Alexandre Kalache: “não basta apenas viver mais, e sim, acrescentar qualidade aos anos a mais de vida”. Entender esse fenômeno, que é o de envelhecer no curso da vida, torna-se necessário para vivenciar a velhice de maneira salutar e aprazível, com o sentimento de que vale a pena viver muito, mesmo porque a longevidade é um desejo antigo e uma conquista do ser humano.

Nessa perspectiva, é necessário desenvolver estratégias para abordar e vivenciar uma vida longa, com perdas físicas, emocionais e psíquicas. Vivenciar momentos de lazer, sejam esses, reuniões familiares e fraternas, ter tempo para a espiritualidade, aprender coisas novas que não foram possíveis na juventude (em razão da vida atribulada), são atitudes que imprimem a mudança de comportamento e subsidiam essa qualidade acrescida aos anos de vida.

O envelhecimento populacional é um fator importante na aceleração dos projetos, no que diz respeito às políticas públicas. A mudança demográfica interfere diretamente nas questões econômicas e sociais de qualquer país, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. O aumento acelerado da população idosa exige, de maneira urgente, políticas e programas que abarquem as especificidades dessa faixa etária em todos os âmbitos da vida, como saúde, lazer, habitação, segurança e urbanidade. Nesse contexto, a proposição desta pesquisa vem ao encontro da urgência em estudar programas e políticas públicas para a pessoa idosa, a fim de preconizar seu bem-estar em sua moradia. Vale ressaltar que essas demandas, de maneira geral, são abarcadas por seus familiares; contudo, observam-se a redução do número de integrantes da família e a modificação no formato dessas, tornando-se inevitável a transferência de atribuição com a pessoa idosa da família (privado) para o público. Esse fato, sem dúvida, tende a acarretar uma sobrecarga do

sistema público, gerando reflexos no padrão de vida da pessoa idosa (PFÜTZENREUTER; ALVIM, 2015; MIGUEL *et al.*, 2016).

Considerada como direito básico previsto na Constituição Federativa de 1988, a promoção da habitação e do saneamento básico confere um cunho relevante ao enfrentamento da pobreza e da exclusão social, de maneira especial na população idosa e/ou nas camadas menos favorecidas da população. Toda e qualquer família brasileira tem uma demanda por habitação e isso confere a grande relevância da provisão de moradia. De acordo com Costa *et al.* (2016, p. 295), “em um mundo onde uma em cada quatro pessoas terá mais de 60 anos até o meio deste século, é essencial reformular a habitação humana de modo a contemplar as diferentes capacidades funcionais e os seus requisitos”. Assim, o acesso à moradia adequada e servida de condições razoáveis de habitabilidade dignifica o indivíduo e atende a uma das necessidades básicas de cidadão (MIGUEL *et al.*, 2016; NOGUEIRA, 2010).

Portanto, a habitação adequada à pessoa idosa está diretamente associada ao envelhecimento saudável, sobretudo quando se pensa nos dois conceitos concernentes ao envelhecimento saudável: a capacidade intrínseca, que diz respeito às capacidades físicas e mentais do indivíduo; e a capacidade funcional, relacionada à interação do indivíduo ao seu ambiente. É por meio dessas capacidades que o indivíduo toma suas decisões e faz suas escolhas para o bem-viver (OMS, 2015). Dessa maneira, conforme afirmam Miguel *et al.* (2016), a casa que se mora produz impacto positivo ou negativo nessa trajetória de vida, repercutindo na qualidade de vida e no bem-estar. Portanto, é preciso entender o “envelhecimento saudável como o processo de desenvolvimento e manutenção da capacidade funcional que permite o bem-estar em idade avançada” (OMS, 2015, p. 13).

Isso posto, acredita-se que os ambientes físicos influenciam na forma de envelhecer. Logo, se o ambiente é seguro e adequado para a pessoa idosa, esse também é favorável ao indivíduo na continuidade do processo de desenvolver-se pessoalmente e, conseqüentemente, contribui para a manutenção dos laços com a família e com a comunidade na qual está inserido, além de promover sua autonomia e independência.

Dessa maneira, as políticas públicas devem ser elaboradas de forma a abarcar as necessidades de adequação física e de habitabilidade das moradias, especialmente no que tange o interior da casa. Além disso, devem ser pensadas de forma a promover a autonomia e a independência da pessoa idosa para além dos limites da casa, atendendo assim ao significado mais amplo de habitação; ou seja, a casa, o seu entorno, o saneamento básico, a mobilidade urbana, o acesso aos equipamentos urbanos (de saúde, cultura e assistência social) e seus serviços. Afinal, são essas políticas bem aplicadas que conferem à sociedade o *status*

de inclusão e coesão dos cidadãos que nela vivem e convivem (PFÜTZENREUTER; ALVIM, 2015; MIGUEL *et al.*, 2016).

Segundo Costa *et al.* (2016), não há muitos programas/políticas públicas brasileiras que sejam diretamente direcionadas às pessoas idosas e que se referem à adequação da moradia: “há poucos exemplos de programas que buscam melhorar a habitação de pessoas idosas para que os ambientes sejam mais seguros, acessíveis e adequados para todas as classes sociais” (COSTA *et al.*, 2016, p. 308).

Nesse sentido, tornam-se de suma importância os estudos que abarquem o envelhecimento humano, em especial no Brasil, com destaque para a casa onde essas pessoas moram, com suas especificidades.

Vale alertar que há uma lacuna nos estudos relativos à casa da pessoa idosa, principalmente no que tange às políticas públicas específicas para essa população, à aplicação do Desenho Universal³, à habitabilidade e à adequação da casa da pessoa idosa. As pesquisas mais recorrentes são vinculadas à acessibilidade, como adaptar a casa, segundo a NBR 9050/2015⁴, não contemplando, em sua maioria, a relação emocional e social da moradia com o indivíduo. Assim sendo, a presente pesquisa se configura útil ao arcabouço teórico da referida temática.

1.2. Objetivos

Os objetivos aqui apresentados direcionaram o percurso da pesquisa. A partir deles, as discussões foram realizadas, com vistas a respondê-los.

1.2.1. Objetivo Geral

Analisar o contexto habitacional da pessoa idosa como componente da qualidade de vida, sob a luz das políticas e programas habitacionais direcionados às pessoas idosas, considerando as experiências brasileira e portuguesa.

³ O Desenho Universal “não é uma tecnologia direcionada apenas aos que dele necessitam; é desenhado para todas as pessoas. A ideia do Desenho Universal é, justamente, evitar a necessidade de ambientes e produtos especiais para pessoas com deficiências, assegurando que todos possam utilizar com segurança e autonomia os diversos espaços construídos e objetos” (CAMBIAGHI, 2007, p. 10). É considerado como facilitador para uma sociedade mais humana e cidadã.

⁴ Criada pela Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e atualizada no ano de 2015, a NBR 9050 é considerada uma norma reguladora, que busca definir os aspectos de acessibilidade que devem ser observados em todas as construções.

1.2.2. Objetivos Específicos

- Traçar um panorama das políticas públicas habitacionais e das políticas direcionadas para as pessoas idosas no Brasil;
- Identificar os aspectos da moradia que podem repercutir na qualidade de vida da pessoa idosa, na modalidade habitacional de condomínio especializado: Cidade Madura, na cidade de João Pessoa (PB);
- Analisar a política pública municipal, Programa “Kit Banheiro Seguro”, da cidade de Belo Horizonte (MG), caracterizando da sua gênese ao seu epílogo;
- Caracterizar o perfil das pessoas idosas e de suas moradias, conforme política de habitação elencada, o Programa “Kit Banheiro Seguro”, interligando os achados ao conceito de qualidade de vida;
- Examinar a política pública portuguesa PCHI – Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas, desde sua elaboração até o seu alcance nas cidades portuguesas atendidas pelo programa.

2. REVISÃO DE LITERATURA

A revisão de literatura é constituída por meio dos seguintes tópicos: Envelhecimento Populacional, A casa da Pessoa Idosa e suas interfaces com a Qualidade de Vida, além das Políticas Públicas Habitacionais.

O envelhecimento populacional é abordado de maneira introdutória, buscando ressaltar seu processo no Brasil e em Portugal. A casa que abriga a pessoa idosa é o campo de estudo deste trabalho, averiguando a legislação e o direito à moradia, além da cidade para balizar e caracterizar a casa da pessoa idosa no Brasil. Por fim, apresentam-se as políticas públicas como instrumento de acesso aos direitos dos cidadãos, destacando seu importante valor dentro da sociedade.

2.1. O Envelhecimento Populacional

O envelhecer é um processo individual, atribuindo ao envelhecimento populacional uma grande diversidade. A diversidade pode ser associada a vários fatores, dentre eles, destacam-se a história de vida do indivíduo ao longo do curso de vida, a cultura, os costumes, as características socioculturais e educacionais. Outro fator importante na construção da individualidade do envelhecimento diz respeito aos lugares onde essa pessoa vive ou viveu. O ambiente físico e social é determinante no processo de envelhecimento do indivíduo e influencia consideravelmente no seu curso de vida. Portanto, a casa protagoniza um papel de relevância, assim como a saúde, a segurança, a participação social e as redes de convívio estabelecidas no transcorrer da vida. São esses os

[...] ambientes físicos e sociais que habitamos. Esses ambientes incluem o nosso lar, a nossa vizinhança e a nossa comunidade, que podem afetar diretamente a nossa saúde ou impor barreiras ou incentivos que influenciam as nossas oportunidades, decisões e comportamentos (OMS, 2015, p. 7).

Conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS), em seu Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde de 2015, o envelhecimento mundial é um fator de alerta, uma vez que configura um processo acelerado, protagonizando, assim, um desafio para a atenção à saúde em todo o mundo. Dessa maneira, entende-se que o envelhecimento pode certamente representar uma questão de saúde pública (OMS, 2015).

Para Pfützenreuter e Alvim (2015), o envelhecimento populacional impacta nas diretrizes que moldam as políticas públicas, especialmente quando se considera a estrutura etária como influente fator econômico e social, nas cidades e nos países. Nesse sentido, o aumento demográfico acarreta diversas áreas de atendimento como educação, saúde, habitação, trabalho, segurança e lazer. O crescimento da população idosa é observado em toda a América Latina, contudo, é bem mais acelerado no Brasil:

Na América Latina, em estudo realizado por Giambiagi e Tafner (2010), havia a previsão de aumento em 117% da população total entre os anos de 1985 e 2015, enquanto o aumento da população acima de 60 anos previsto seria de 312% (de 23,3 para 96,2 milhões), ou seja, 2,5 vezes maior do que o todo. No Brasil, segundo o mesmo estudo, o aumento previsto era de 15 vezes, entre 1950 e 2025, enquanto o Oda população como um todo será de menos de cinco vezes no mesmo período (PFÜTZENREUTER; ALVIM, 2015, p. 118).

Outro ponto relevante a salientar, com relação ao impacto do envelhecimento populacional nas demandas públicas e privadas, se refere às pessoas idosas mais longevas,

com 80 anos e mais, que têm se tornado um grupo numeroso na descrição do perfil do envelhecimento populacional. Para esse segmento, as demandas tendem a aumentar, em virtude da idade mais avançada, fazendo-se necessário estruturar programas/políticas que não sejam generalistas, mas que abordem as especificidades do processo de envelhecimento em suas diversas etapas, contemplando as pessoas idosas mais jovens e as mais longevas.

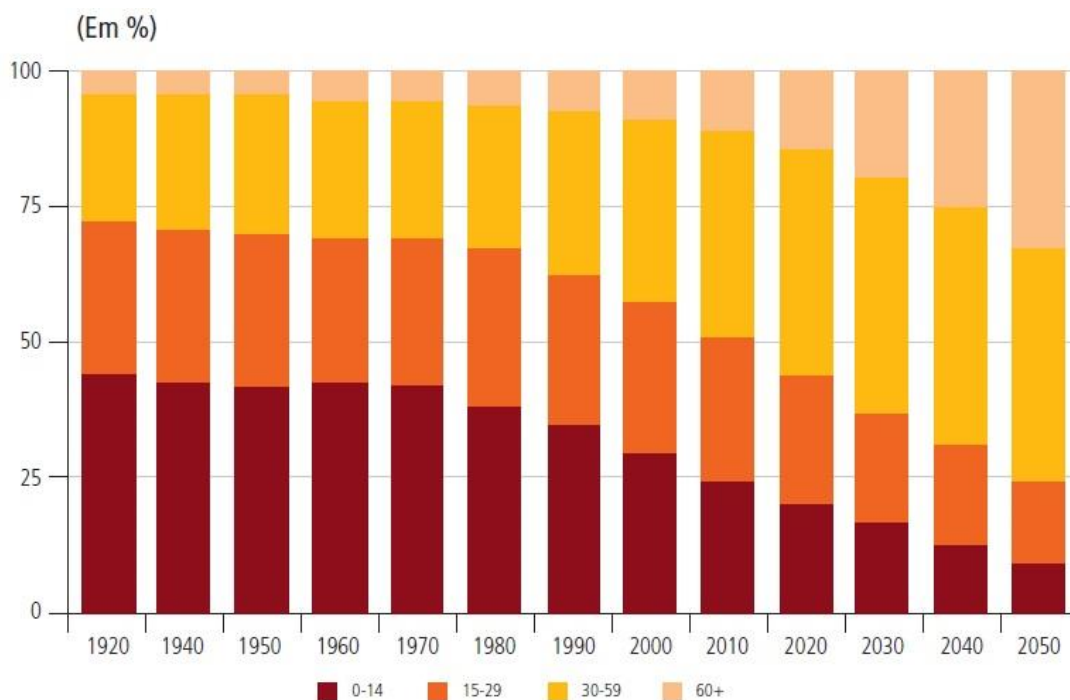
2.2. Brasil

*A coisa mais moderna que existe nessa vida é
envelhecer [...]
pois ser eternamente adolescente nada é mais
demodé [...]
não quero morrer pois quero ver como será que
deve ser envelhecer [...]
eu quero é viver pra ver qual é e dizer venha pra o
que vai acontecer [...]*

Arnaldo Antunes

No Brasil, a velocidade do processo de envelhecimento é peculiar, sendo considerado como rápido para os padrões de envelhecimento no mundo, a exemplo dos países desenvolvidos. As informações apresentadas no Gráfico 1 explicitam a velocidade desse processo de envelhecimento no país. Essa condição confere urgência no atendimento dessa população, que aumenta de forma acelerada, acarretando profundas mudanças nacionais, em termos de demandas da população por saúde, habitação, educação, previdência, cultura, lazer, entre outros (BERZINS; BORGES, 2012; MARINHO *et al.*, 2012; MIGUEL *et al.*, 2016).

Gráfico 1: Proporção da população brasileira por faixa etária efetiva e projetada (1920-2050)



Fonte: Berzins e Borges (2012, p. 512).

Há um aumento significativo tanto na população efetiva como na projetada, da faixa etária de 30 a 59 anos, conforme observado no Gráfico 1. A faixa etária efetiva é aquela chancelada pelo censo demográfico (IBGE), que no caso se refere aos anos até 2010. Em contrapartida, a faixa etária projetada é aquela em que os órgãos censitários estimam as datas a partir de 2020 (Gráfico 1). A faixa etária que compreende as pessoas idosas, a partir de sessenta anos, também apresenta um aumento considerável intensificado a partir da década de 1990, e alargando principalmente a partir da projeção de 2020. Em compensação, nota-se que a população de jovens e de crianças reduz. Assim, pode-se inferir que o Brasil está inserido no cenário do envelhecimento populacional; ou seja, passa-se por um processo de envelhecimento rápido e com consequências definitivas em nossa sociedade.

De acordo com Fontes e Wajzman (2011), essas transformações na estrutura etária brasileira ainda demonstram um percentual relativamente baixo de dependentes, composto pelos grupos etários de crianças e pessoas idosas, em contraponto ao grupo de adultos em idade ativa.

Os últimos anos têm sido marcados por grandes transformações na estrutura etária da pirâmide populacional, decorrente do processo de transição demográfica. O quadro atual, ao contrário de Japão, Estados Unidos e países da Europa, apresenta número relativamente baixo de dependentes (idosos e crianças) em relação à sua população em idade ativa, o que minimiza as taxas de dependência demográfica e

favorece o crescimento econômico. É o chamado “bônus demográfico”, que representa uma “janela de oportunidade” realçada pela proporção etária da população que fornece retorno social e econômico mais significativo (FONTES; WAJNMAN, 2011, p. 259).

Contudo, esse “bônus demográfico” diminui na mesma proporção em que o grupo populacional de pessoas idosas aumenta e o grupo de crianças diminui, conformando uma mudança nos padrões socioeconômicos. As autoras supracitadas afirmam que “mudanças observadas na estrutura etária da população brasileira, caracterizada pelo aumento da carga de dependência das pessoas idosas em relação à população trabalhadora, suscita desequilíbrio financeiro entre os dispêndios e a rentabilidade do sistema previdenciário” (FONTES; WAJNMAN, 2011, p. 266).

Segundo a OMS (2015), em 2025, o Brasil será o quinto país em número absoluto de pessoas idosas no mundo, totalizando 33,4 milhões, conforme apresentado no Quadro 1. O Japão ocupará a primeira colocação quando analisado por quantidade de pessoas idosas em proporção a população total, com 35,1%. Também em proporção, Portugal é o sétimo país, com 21,1%. Em números absolutos, a China ocupa o primeiro lugar com 247,5 milhões e a Índia com 168,5 milhões em segundo lugar, países mais populosos em disparados com relação aos demais apresentados (Quadro 1).

Quadro 1: Projeção da população idosa em países por proporção e por número absoluto (2025)

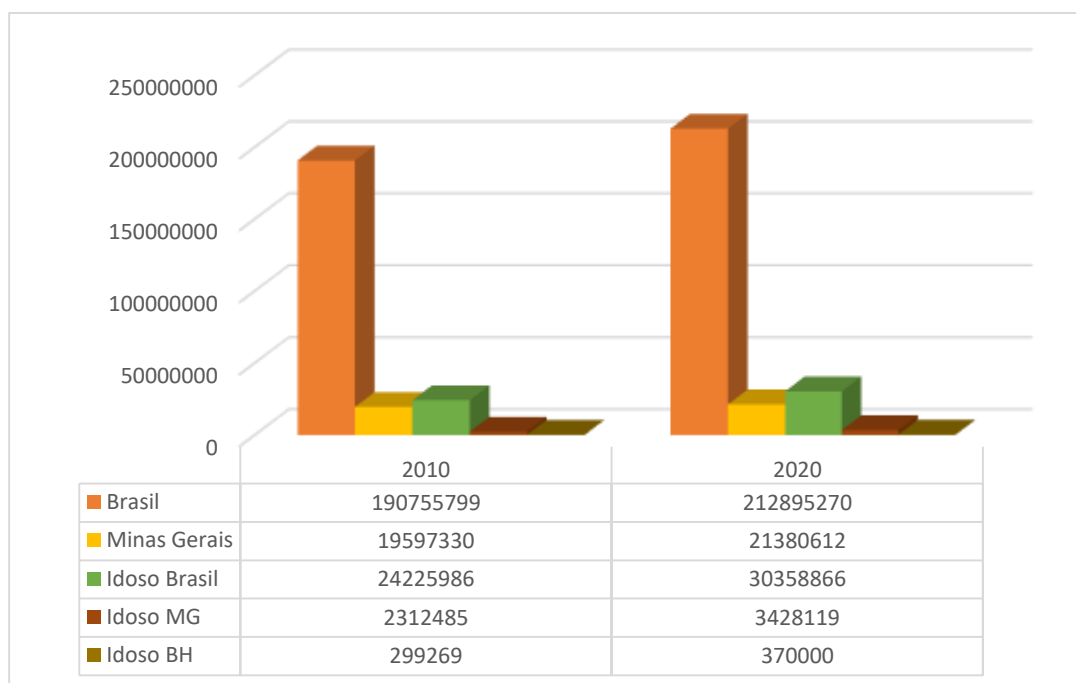
Estimativa População Idosa em 2025					
Países com maior proporção de pessoas acima de 60 anos (em percentual)			Países com maior número absoluto de pessoas acima de 60 anos (em milhões)		
1º	Japão	35,1%	1º	China	247,5
2º	Itália	34,0%	2º	Índia	168,5
3º	Alemanha	33,2%	3º	Estados Unidos América	86,1
4º	Grécia	23,9%	4º	Indonésia	35,0
5º	Bélgica	22,3%	5º	Brasil	33,4
6º	Espanha	22,1%	6º	Federação Russa	32,7
7º	Portugal	21,1%	7º	Paquistão	18,3
8º	Reino Unido	20,8%	8º	Bangladesh	17,7
9º	Ucrânia	20,7%	9º	México	17,6
10º	França	20,5%	10º	Nigéria	11,4

Fonte: Elaboração Própria. Dados Envelhecimento Ativo, OMS, 2005.

No Censo 2010 (IBGE, 2010), o *ranking*⁵ de Estados da Federação com relação à proporção da população idosa era: 1º lugar Rio Grande do Sul com 13,7%; 2º lugar Rio de Janeiro com 13,0%; 3º lugar Paraíba com 12,0%; 4º lugar Minas Gerais com 11,8%; e, em 5º lugar, São Paulo, com 11,6%. Essa classificação mudou bastante em relação ao ano de 2020, uma década depois, com o Estado de São Paulo, ocupando a primeira colocação e, com Minas Gerais, na segunda posição, com relação ao número de pessoas idosas proporcionais à população do Estado. Vale lembrar que os dados de 2020 são uma estimativa de população do IBGE, podendo mudar no futuro.

A projeção demográfica do ano de 2020, segundo o IBGE, evidenciou um acréscimo na população brasileira de 20.999.893 habitantes em relação ao censo de 2010, que era de 190.755.799, como demonstrado no Gráfico 2, a seguir. Já a população idosa, nesse mesmo período, teve acréscimo de 5.970.376, em percentagem, 12,7% em 2010, para 14,3% em 2020. Esse demonstrativo corrobora a projeção apresentada no Gráfico 1 em relação à população idosa de 2020. De acordo com o Quadro 01, com relação ao *ranking* onde o Brasil ocupa a quinta posição, evidencia-se o processo de envelhecimento acelerado do país.

Gráfico 2: População brasileira total e idosa (2010 e 2020)



Fonte: Elaboração própria, baseada em IBGE (2021).

⁵ Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/pesquisa/23/25207?tipo=ranking&indicador=25186>>

O Estado de Minas Gerais acompanhou a tendência de aumento da população brasileira, com acréscimo de 1.783.282 habitantes, em uma década (2010 a 2020). O percentual de aumento da população idosa, no Estado, cresceu consideravelmente, de 11,8%, em 2010, para 16,10%, em 2020, perfazendo um número de 1.115.634 pessoas idosas⁶. Do mesmo modo, a capital do estado acompanhou a tendência de aumento populacional. Belo Horizonte, em 2010, apresentava 299.269 pessoas idosas, perfazendo 12,6% da população total. Na projeção de 2020, esse percentual passou para 14,67%, sendo a quantidade de pessoas idosas aproximadamente de 370.000.

Nessa perspectiva, as legislações que buscam institucionalizar o envelhecimento em sociedade começam a ser desenhadas no Brasil, como as descritas a seguir e ao longo do texto.

No ano de 2002, o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso foi criado no Brasil. Com atribuição de supervisionar e avaliar a PNI – Política Nacional do Idoso, que trata dos direitos e da participação da pessoa idosa na sociedade brasileira, a PNI é datada de 4 de janeiro de 1994. Em 2003, foi criado o Estatuto do Idoso, que buscou abranger a PNI e, assim, expandir suas diretrizes (MIGUEL *et al.*, 2016).

O Estatuto do Idoso é um documento mais completo e atende a todas as áreas que dizem respeito ao envelhecimento, como saúde, lazer e habitação, entre outras. Traz diretrizes sobre a moradia digna e as demais formas de morar: “o idoso tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada” (CARVALHO *et al.*, 2012, p. 11).

Essas disposições são bases para a formulação de indicadores que possam agregar valor às futuras políticas ou mesmo implementar outras já existentes. Esses indicadores são norteados por pesquisas demográficas da população brasileira, como o censo demográfico, como exemplificam Carvalho *et al.*:

Indicadores para o monitoramento e implantação das leis, estratégias e metas nacionais e internacionais. TEMA: direito à moradia digna. INDICADORES: Proporção de idosos que vivem em domicílios com serviço de coleta de lixo, Proporção de pessoas que vivem em domicílios com água encanada, em domicílios com rede de esgoto, Proporção de idosos que vivem em domicílios adequados (CARVALHO *et al.*, 2012, p. 12-13).

Ao vivenciar o envelhecimento, é importante que o indivíduo tenha o entendimento de que, além de se tornar uma pessoa idosa, é também um sujeito social ativo e com projeto de

⁶ Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>

vida, e que deve experimentar a qualidade de vida no processo de envelhecimento, afinal, “envelhecer é viver a vida que continua”⁷.

2.3. Portugal

*É o tempo da travessia: e, se não ousarmos fazê-la,
teremos ficado, para sempre, à margem de nós
mesmos.*

Fernando Pessoa

Conforme dados demográficos e censitários de Portugal, há um aumento significativo no contingente de indivíduos idosos em relação aos jovens e às crianças. Nos países desenvolvidos, a pessoa é considerada idosa a partir de 65 anos de idade, segundo a OMS, diferentemente dos países em desenvolvimento, que é considerada a partir dos 60 anos de idade (CAMARGOS, 2008; GONÇALVES, 2014).

O intenso crescimento do número de pessoas idosas tem levado à discussão sobre o processo de envelhecimento e sobre as condições para que este seja saudável e ativo, considerando as políticas e os programas pró-idoso. Nesse contexto, emerge o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas, ao considerar que a moradia para o cidadão é uma necessidade física e emocional, isto é, uma questão fundamental em sua vida. A habitação configura um espaço de morar, de lazer e também um local de convívio da pessoa idosa com sua família e/ou de seu cuidador; dessa maneira, a forma de morar interfere na dinâmica do cuidado. O acesso à habitação e aos serviços de infraestrutura urbana adequada promove a inclusão social e o combate à pobreza. Portanto, a moradia é considerada uma necessidade básica relevante e um direito do cidadão. Como diz Moraes (2002, p. 110): “a habitação é um bem meritório, que apresenta elevadas externalidades positivas em termos de bem-estar social”.

Em função da reduzida natalidade e do declínio da mortalidade, o aumento da população idosa cresce a cada ano, acompanhando a tendência mundial. Em uma década, observa-se o crescimento de 26% da população idosa, enquanto a população total cresceu cerca de 2%. Em 2011, cerca de 20% dos domicílios portugueses eram habitados por pessoas idosas. Entre estas, observa-se a maior quantidade de mulheres idosas (52,2%) em detrimento dos 47,8% de homens idosos, reforçando o que os estudos evidenciam sobre o maior número

⁷ Tal afirmativa é da professora e pesquisadora Simone Caldas Tavares Mafra, da Universidade Federal de Viçosa, que também coordena o Grupo de Pesquisa Risco Social e Envelhecimento.

feminino que vive a velhice, o que é uma realidade percebida em todo o mundo (CENSO, 2011).

Com essa mudança demográfica portuguesa, ações têm sido tomadas visando atender às necessidades demandadas pelas pessoas idosas. A partir da década de 1970, o Governo Português focalizou em políticas públicas específicas para essa população, consideradas como um *sistema de reforma*⁸, uma vez que o indivíduo a partir de certa idade fazia parte de um denominador comum - estar na idade da reforma⁹ (SOARES *et al.*, 2012; VELOSO; ROCHA, 2016). Antes desse sistema de generalização do processo de reforma, as famílias arcavam integralmente com seus familiares idosos, em todos os âmbitos de apoio e cuidado, e, quando não conseguiam, ou a pessoa idosa necessitada não tinha recursos financeiros para se manter, ou mesmo não possuía familiares, em decorrência da diminuição do número de familiares, a solução era a institucionalização asilar (VELOSO; ROCHA, 2016).

Essa temática começou a ser discutida no Seminário “Política para Pessoa Idosa”, no ano de 1969. Todavia, apenas em 1976, foi instituída a Constituição da República, sob o Artigo nº 72, determinando uma política para a nova gestão da velhice naquele país, com vistas a desenvolver uma política de integração das pessoas idosas na comunidade e sua permanência em seu domicílio (VELOSO; ROCHA, 2016). Possivelmente, esse foi o passo inicial para a elaboração do PCHI, décadas depois, já que o apoio ao domicílio e a transformação dos asilos em lares, entre outras diretrizes, faziam parte desse recurso social.

2.4. A Casa da Pessoa Idosa e suas Interfaces com a Qualidade de Vida

Nesta seção, abordam-se as questões relativas à casa e às suas interfaces, como qualidade de vida e aspectos da legislação que abarcam a moradia da pessoa idosa.

2.4.1. Habitação da Pessoa Idosa Brasileira

O Direito da Cidadania advém dos Direitos Individuais que se referem à vida, à liberdade, à segurança pessoal, à justiça e ao asilo; dos Direitos

⁸ *Sistema de Reforma* é o agrupamento de leis e propostas que objetivam aprimorar ou atualizar o sistema referido a idade de reforma.

⁹ *Idade da Reforma* diz respeito à idade em que a pessoa tem acesso a pensão ou aposenta.

Sociais que são o trabalho, o salário, a seguridade social, a habitação, a cultura, e o lazer.

Braga *et al.* (2008, p. 10)

A realidade brasileira relativa à questão habitacional é bastante complexa. Essa demanda interfere diretamente na vida da população que envelhece. A carência de moradias constitui um problema sofrido pelos governos federal, estadual e municipal. Na atualidade, a situação é crítica, atingindo, além das metrópoles, os centros de pequeno e de médio portes demográficos (LORENZETTI, 2001; MIGUEL *et al.*, 2016).

A habitação é mencionada como fator fundamental no envelhecimento saudável e ativo no Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, documento elaborado na Assembleia Mundial sobre a temática, em Madri, no ano de 2002. É por meio da casa adequada e de seu entorno acessível e equipado que a pessoa idosa fortalece seus laços afetivos e sociais e se mantém em segurança. Conforme salientam Pfützenreuter e Alvim:

O Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento orienta para a criação de ambiente propício e favorável para os idosos, onde a moradia e o ambiente são particularmente importantes, com ênfase na acessibilidade e na segurança, levando em conta o custo para manter o lar, conferindo-lhes a segurança emocional e psicológica. Um dos objetivos deste Plano Internacional é justamente possibilitar ao indivíduo o envelhecimento na comunidade em que viveu, levando devidamente em conta as preferências pessoais e as possibilidades, no tocante à moradia acessível aos idosos. Além de promover medidas para a melhoria do projeto ambiental e da moradia para proporcionar a independência aos idosos, considerando suas necessidades, o foco é direcionado particularmente aos que apresentam limitações físicas, disponibilizando transporte acessível e economicamente viável para os idosos (PFÜTZENREUTER; ALVIM, 2015, p. 118).

O acesso à moradia, principalmente ao se tratar da moradia digna, é um problema vivenciado pelos brasileiros no decorrer dos séculos. Essa realidade atinge todas as regiões do país e afeta diretamente a qualidade de vida das pessoas. De acordo com Almeida (2012), o estudo de qualidade de vida engloba inúmeras linhas de abordagem, contudo, o referido autor destaca que uma boa percepção de qualidade de vida vai depender das possibilidades de cada indivíduo para satisfazer adequadamente as suas necessidades essenciais. Vilarta *et al.* (2010) asseguram que a qualidade de vida pode ser compreendida pelos domínios e facetas relacionadas aos componentes físico, emocional, das relações sociais e do ambiente, como é o caso da moradia e seu entorno.

O problema da moradia vai além do deficit habitacional, tanto o quantitativo que se refere ao número de unidades habitacionais faltantes para a população, quanto o qualitativo que diz respeito às condições das moradias existentes, à qualidade física, e ao número de

peças ocupantes por cômodo. As questões de informalidade e ilegalidade na ocupação do solo afetam especialmente as camadas sociais menos favorecidas, consistindo em um problema indubitavelmente grave nas cidades brasileiras. Essa dificuldade leva à exclusão territorial e à degradação ambiental, fatores que quando associados resultam na segregação espacial, sendo esses importantes problemas socioeconômicos nas cidades, estados e país. De forma perversa, a combinação desses elementos favorece a exclusão e a desigualdade social, culminando numa situação de pobreza, vulnerabilidade e possivelmente no risco social, especialmente no que se trata do cidadão idoso (BONDUKI, 2000; HOTZ, 2008).

Para Schussel (2012), seria mais eficaz se as políticas habitacionais voltadas para a pessoa idosa fossem mais flexíveis, pois, assim, abarcaria uma escala maior de situações diversas e peculiares de cada localidade, com características socioeconômicas distintas. Com foco no poder local, as particularidades daquela determinada população poderiam ser levadas em consideração e automaticamente o resultado na promoção da política seria bem mais positivo. Nessa perspectiva, são esses fatores que pressupõem a boa solução das necessidades habitacionais das pessoas idosas, por meio da política pública.

Muitas vezes, a moradia representa a identidade da vida do sujeito social, sendo expressa pelo ícone “casa”. A resposta mais recorrente à pergunta: “onde se deseja morar?”, feita às pessoas de todas as idades, é, sem dúvida, “envelhecer no local onde se vive” (COSTA *et al.*, 2016, p. 295). Nessa perspectiva, compreender a habitação, para além das questões físicas, seria um passo à frente no entendimento da própria vivência da vetustez. É preciso visualizar a casa para além da proteção e da segurança proporcionadas pelas paredes e do telhado e entender esse lugar como um espaço de afeto e empatia no delongar da vida (MOTTA *et al.*, 2005; COSTA *et al.*, 2016).

Sendo assim, seria valoroso um olhar multidimensional para esse entendimento, bem como considerar a moradia como um ambiente que mescla espaço físico e de convivência, costumes, conjunto de sentimentos e afetos, significados e representações, dimensões essas que são desejadas à habitação. Conforme Lima (2011), há uma relação afetiva e de pertencimento da casa no curso de vida de cada pessoa, de maneira individual. Por isso, destaca-se a interface com a qualidade de vida e a importância de se estudar a moradia da pessoa idosa, a luz das políticas públicas existentes.

2.4.2. Habitação da Pessoa Idosa Portuguesa

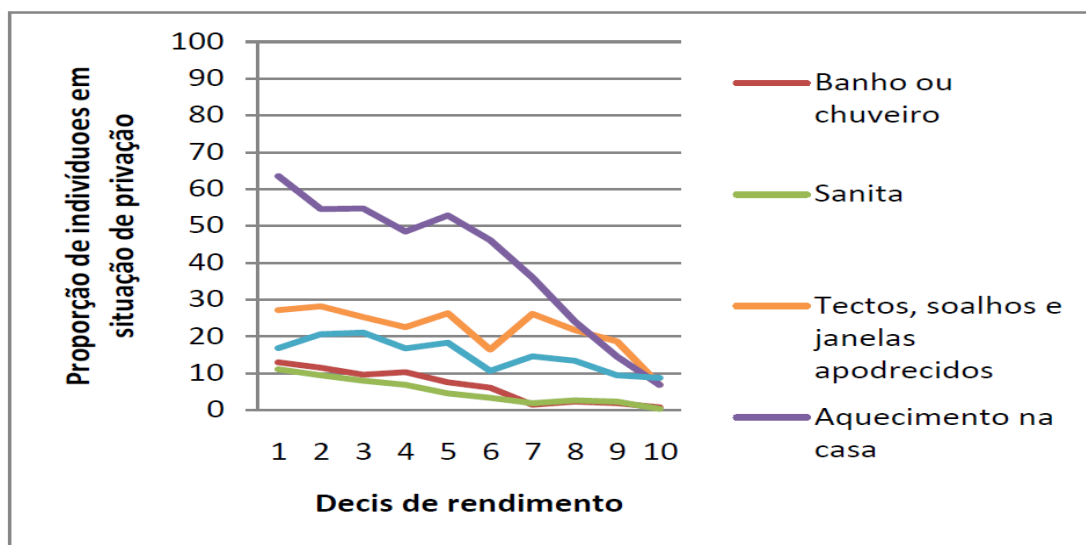
“A velhice é uma consequência da longevidade humana e o envelhecimento demográfico um fenómeno social das sociedades ocidentais contemporâneas, incluindo a europeia. Prepara-se hoje, a velhice que se quer ter amanhã”.

Governo de Portugal (2012)

A habitação é um importante componente no combate à pobreza e à exclusão social. A moradia configura a extensão do indivíduo e interfere diretamente na qualidade de vida e no bem-estar da pessoa idosa (VECCHIA *et al.*, 2005; MORAIS, 2002; SANTOS *et al.*, 2002).

Em Portugal, a habitação da pessoa idosa toma contornos próprios, em razão da avançada idade das construções, especialmente na zona urbana das grandes cidades. Edifícios degradados, de vários pavimentos desprovidos de elevadores, além de sistemas de aquecimento obsoletos e perigosos são alguns dos problemas evidenciados nessas habitações. Essas condições dificultam a vida da pessoa idosa, que se isola e perde a autoconfiança, também em função do afastamento ou da ausência dos familiares e pelo convívio social reduzido. Dessa maneira, como ressalta Martins (2015, p. 14), “o ambiente urbano exerce um impacto fundamental sobre a mobilidade, a independência e a qualidade de vida dos idosos”. Assim, no que tange o apoio formalizado pela legislação portuguesa, os apoios formais ofertados pelas instituições podem significar, muitas vezes, o único apoio e atenção à pessoa idosa urbana, sobretudo no que concerne às condições habitacionais, compondo indicativos de conforto (Gráfico 3).

Gráfico 3: Indicadores das condições habitacionais da população acima dos 65 anos, em Portugal (2008)



Fonte: Lopes (2013, p. 4).

De acordo com o Gráfico 3, observa-se que o aquecimento é um aspecto entendido como “problema” muito relevante nas casas das pessoas idosas, considerando que Portugal é um país onde os invernos costumam ser rigorosos e a ausência desse componente pode gerar graves problemas na saúde dos mesmos. Outro item que chama a atenção é o apodrecimento de portas, janelas, tetos e pisos, provavelmente em decorrência da falta de manutenção no decorrer dos anos. Já os banheiros requerem atenção, pois esse cômodo é responsável por grande parte dos acidentes com a pessoa idosa em casa. A ausência de manutenção da condição do banheiro, muitas vezes, está relacionada à renda: quanto menor o rendimento que dispõe a pessoa idosa, pior é a condição de seu banheiro.

Esse quadro pode ser agravado à medida que a pessoa idosa passa a morar só ou acompanhado por outra pessoa idosa, situação considerada uma tendência mundial. Quando este reside só ou com outra pessoa idosa, a situação da precarização da habitação se caracteriza em um alto risco de vulnerabilidade e de exclusão social (MARTINS, 2015). A título ilustrativo, na freguesia de Lisboa, várias cidades apresentam a seguinte proporção: para cada 100 domicílios de pessoas idosas, 70 domicílios são ocupados por pessoas idosas que moram sozinhas ou na companhia de outra pessoa idosa; ou seja, trata-se de um percentual elevado que deve ser levado em consideração nas políticas direcionadas para essa população, considerando sua moradia. Por isso, reforça-se a importância de políticas sociais voltadas para a variável moradia na definição da vivência do morar na velhice.

2.5. Políticas Públicas

As políticas públicas, de modo geral, foram desenvolvidas satisfatoriamente nas últimas décadas. Sua função na sociedade tem se mostrado de grande valor, tendo participação recorrente em debates democráticos e científicos dos países.

A gênese da política pública aconteceu nos Estados Unidos, a partir dos anos 1930, como área de conhecimento e disciplina acadêmica, derivada da Ciência Política. Já na Europa, essa área de conhecimento era vinculada ao papel do Estado. Pode-se considerar os precursores da Política Pública: Laswell (1936), que introduziu a expressão *policy analysis* (análise de política pública); Simon (1957), que desenvolveu o conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy maker*); Lindblom (1959), que propôs novas variáveis como as relações de poder e a integração entre as diferentes fases do processo decisório; e Easton (1965), que definiu o termo política pública como sistema (SOUZA, 2003; SECCHI, 2010).

Considerando sua gênese, a política pública pode ser entendida sob diferentes abordagens. Souza (2003) utiliza a afirmativa de diferentes aportes teóricos, como os de Mead (1995); Lynn (19980); Peters (1984); e Dye (1984):

Mead (1995) a define como um campo dentro do estudo da política que analisa o governo à luz de grandes questões públicas. Lynn (1980) a define como um conjunto específico de ações do governo que irão produzir efeitos específicos. Peters (1986) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos. Dye (1984) sintetiza a definição de política pública como “o que o governo escolhe fazer ou não fazer” (SOUZA, 2003, p. 5).

Entretanto, a definição mais conhecida e divulgada, ainda segundo Souza (2003, p. 5), é de Laswell, que diz que as “decisões e análises sobre política pública implicam em responder às seguintes questões: quem ganha o quê, por que e que diferença faz”.

Já Secchi (2010) entende a política pública como sendo:

[...] uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público. Vejamos esta definição em detalhe: uma política pública é uma orientação à atividade ou à passividade de alguém; as atividades ou passividades decorrentes dessa orientação também fazem parte da política pública; uma política pública possui dois elementos fundamentais: intencionalidade pública e resposta a um problema público; em outras palavras, a razão para o estabelecimento de uma política pública é o tratamento ou resolução de um problema entendido como coletivamente relevante (SECCHI, 2010, p. 2).

Sendo assim, não se observa um consenso entre os estudiosos da área. Contudo, convergindo às diversas definições, entende-se por política pública o campo de conhecimento que analisa o governo à luz de grandes questões públicas, com ações e avaliações dessas questões e de sua aplicabilidade. Essas ações produzem mudanças e resultados na sociedade em função da direção dada pela política (SOUZA, 2003; SECCHI, 2010).

As políticas públicas estão conectadas diretamente às condições de desenvolvimento humano, uma vez que promovem o acesso a bens importantes para a vida do cidadão, como saúde, educação, infraestrutura urbana, moradia, comunicação, entre outros. Além disso, podem prevenir problemas sociais e, em outra etapa, solucioná-los. Dessa maneira, contribuem para organização no campo governamental, impactando especialmente a população que vive em risco social e em vulnerabilidade. “As políticas públicas integram a identidade das democracias como projetos de Estado e de governos para a solução das necessidades de vítimas da exclusão social, resposta às pressões dos cidadãos organizados, entre outras razões” (KUJAWA; ZAMBAM, 2018, p. 12).

Nessa perspectiva, as políticas públicas têm como princípio a identificação de um problema e, por meio de todo um processo, a atuação dessa política junto à comunidade a qual foi direcionada, no intuito de minimizar ou extinguir seus efeitos junto à população. Para tanto, é necessário o entendimento do problema, a quem se destina essa política, quais e de onde virão os investimentos financeiros destinados a ela, e os mecanismos técnicos científicos para desenvolvê-la. Complementando esse raciocínio, Kujawa e Zambam (2018, p. 7) observam a relevância da pluralidade na formação das sociedades cujas políticas públicas são implementadas.

Para os autores, pautadas na importância da pessoa, as políticas têm o papel de satisfazer as demandas geradas pela sociedade. Dessa maneira, possuem um alcance mais amplo que apenas sanar determinado problema social, atuando também na formação do cidadão consciente, no combate às desigualdades e na busca à equidade social, visando, assim, o bem comum. Conforme observam Kujawa e Zambam,

a compreensão das capacitações envolve um conjunto de dimensões decisivas para a proposição, construção e efetivação das políticas públicas. Desde a prioridade de escolha para quem são destinados os investimentos públicos até contemplar indivíduos concretos como os residentes [...] é essencial a percepção das diversidades constitutivas da sociedade, das necessidades imediatas ou de médio prazo e as condições reais de desenvolvimento, participação e integração das pessoas (KUJAWA; ZAMBAM, 2018, p. 7).

Destarte, as políticas públicas assumem relevante papel nas sociedades contemporâneas, e é por meio dessas que os problemas são identificados e solucionados, conforme envolvimento dos atores envolvidos (governo e sociedade civil). O ciclo de política pública organiza e sistematiza o processo, mesmo este sendo dinâmico e, em algumas situações, imprevisível. Dessa maneira, infere-se que as políticas públicas comportam o parâmetro de desenvolvimento e de qualidade de vida do indivíduo, uma vez que buscam, a partir de sua execução, a equidade social e o bem comum da população.

3. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA-CONCEITUAL DE ANÁLISE

A fundamentação teórica-conceitual foi baseada nas categorias de análise elencadas para o estudo, alinhadas ao bem-estar físico e emocional da pessoa idosa. Tais categorias desempenham na habitação fatores inerentes à qualidade de vida e à ambiência do espaço de morar. Além disso, foram norteadas pela Teoria da Subjetividade, para a apreensão do entendimento da qualidade de vida na habitação da pessoa idosa.

3.1. Teoria da Subjetividade

A Teoria da Subjetividade é destinada, prioritariamente, ao entendimento dos complexos processos da subjetividade humana. Ao desenvolver essa teoria, considera-se que “a base teórica da pesquisa pode ser, em essência, uma teoria que busca compreender a subjetividade reconhecendo o valor da história e da cultura” (ROSSATO; MARTÍNEZ, 2013, p. 290). De igual modo, De Souza e Torres (2019) ressaltam que há uma importante relação entre o social e o individual, evidenciando aspectos subjetivos das experiências humanas nos diversos espaços sociais. A subjetividade em si dá aporte à teoria no que se refere à relação entre o indivíduo e a sociedade:

A concepção de subjetividade enquanto sistema em constante desenvolvimento, articulado com as condições de sua produção, nos permite pensar que a pessoa não se constitui apenas enquanto respostas às questões de ordem fisiológica, psicológica, laboral, afetiva, familiar, social em uma relação direta. Essa forma de pensar a subjetividade como sistema rompe os determinismos socioculturais e biológicos que têm caracterizado a história do pensamento psicológico (DE SOUZA; TORRES, 2019, p. 37).

Para Tavares e Albertini (2005), a subjetividade está intrinsecamente relacionada à noção de corporeidade, esta que inclui ao corpo a mediação espaço-temporal entrelaçada à constituição e expressão da subjetividade. Dessa forma, “a corporeidade deve ser entendida como forma de mediação entre dois mundos: subjetivo-objetivo, eu-outro, indivíduo-sociedade” (TAVARES; ALBERTINI, 2005, p. 300). No intuito de propor estratégias de intervenção para o desenvolvimento e a melhoria da qualidade de vida dos moradores de favela, os autores questionam, inicialmente, quem são os sujeitos que vivem nesse ambiente, sendo importante, para tanto, registrar a noção de subjetividade. No referido estudo, os autores pretendem contribuir para o conhecimento do processo de construção e revelação de formas transitórias de subjetividades (individuais e coletivas) realizadas em locais de moradia privados e públicos.

Por sua vez, Oliveira (2013, p. 82) conceitua a subjetividade como um “sistema complexo produzido de forma simultânea no nível social e individual”, estando, portanto, no centro da relação indivíduo e ambiente, na intersecção de suas configurações e de seus aspectos cognitivos. Dessa forma, um sistema subjetivo não permite compreender um pensamento definitivo, embora facilite a identificação de elementos norteadores de uma ocasião específica da história do indivíduo e da sociedade.

Já Borges (2013, p. 28) define subjetividade como a noção ontológica de “uma representação histórico-cultural da psique, por meio da qual são superadas as dicotomias e fragmentações que, de forma histórica, têm orientado o tratamento dos aspectos psíquicos do cidadão inserido no meio urbano”. Vale ressaltar que “o subjetivo não é o contrário do objetivo, é uma forma de objetividade, aquela que caracteriza a especificidade qualitativa dos diferentes processos humanos” (BORGES, 2013, p. 41).

Sob esse viés, percebe-se que o estudo da subjetividade pode gerar contribuições significativas na implementação de políticas públicas para grupos sociais específicos, pois o poder público deve englobar as realidades específicas/necessidades individuais de cada cidadão (OLIVEIRA, 2013).

Nesse contexto, o espaço urbano deve ser contemplado com um olhar cuidadoso, atento às suas realidades e especificidades. Demandam-se intervenções por parte do poder público que foquem em abastecimento de água, coleta e tratamento de esgoto, drenagem, pavimentação de vias, criação de áreas de lazer, etc. Em outras palavras, atesta-se que, a partir do enfoque da subjetividade, a construção de moradias deve considerar as reais necessidades e os anseios da população. Oliveira (2013) acredita que essa seja a solução para programas de

urbanização e habitação mais eficazes, atendendo aos setores populares e, concomitantemente, ao poder público.

Salienta-se que “a subjetividade social aliada às condições de habitabilidade adequadas seja condicionante para alcançar níveis desejáveis de qualidade de vida em assentamentos urbanos irregulares” (OLIVEIRA, 2013, p. 96).

Outros autores associam a qualidade de vida às condições de moradia do indivíduo, a depender da satisfação das necessidades humanas. Franco e Stralen (2012) postulam que o espaço de habitação possui sentido de referência e proteção, possibilitando ao sujeito a oportunidade de cuidar de si, pois a moradia constitui um referencial de mundo, um lugar que será a base da exploração de outros lugares, em busca da sobrevivência e da autocompreensão. “Isso vai depender das políticas urbanas e sociais, das formas de segregação que nesse espaço se instalam, da cultura, da saúde, do comércio, do emprego e do dinheiro que ali possa ser gerado” (FRANCO; STRALEN, 2012, p. 408).

Sob a dimensão subjetiva, para melhorar a qualidade de vida dos moradores, é necessário intervir nas condições de habitabilidade, por meio do conhecimento da subjetividade social existente no local. Franco e Stralen (2012) acreditam que o espaço seja dotado de significações específicas para cada indivíduo, onde o ser se aloja e vive suas relações com o outro, identificando simbolismo e afeto como componentes fundamentais para a subjetividade. “A casa seria o espaço de separação, de recolhimento, de proteção, que não encerra o sujeito numa clausura existencial (...) é um instrumento ou coisa feito para se morar, para se abrigar” (FRANCO; STRALEN, 2012, p. 417).

Por sua vez, Borges (2013) considera os aspectos socioeconômicos, as dinâmicas da urbanização e o modo como interferem nas condições de moradia. A autora comenta que as políticas públicas costumam privilegiar a dimensão econômica, mas a moradia desempenha um papel relevante na subjetividade e na identidade dos moradores.

A mesma autora ainda cita a Política Nacional de Habitação como fruto de um processo participativo (que conta com o auxílio de atores sociais), que fornece dados durante a realização de seminários no Conselho das Cidades, destacando-se o protagonismo do comitê técnico de habitação. Nessa perspectiva, o processo de planejamento do setor habitacional deve ter como objetivo garantir novas condições institucionais para promover o acesso à moradia digna a todos os segmentos da população, principalmente de baixa renda.

Oliveira (2013) adverte que, atualmente, muitas propostas de governo para espaços urbanos ainda são determinadas sob uma perspectiva autoritária, na qual as intervenções são definidas pelos técnicos sem qualquer participação dos verdadeiros beneficiados.

O contexto participativo, que considere as subjetividades do indivíduo, torna-se prioridade para otimizar a qualificação habitacional, devendo ser um trabalho interdisciplinar (atuação do arquiteto, outros atores da construção e do proprietário do imóvel). A casa resultaria, desse modo, no símbolo de uma conquista social, muito mais relevante que um objeto comprado. Portanto, empregar as leis de oferta-demanda do mercado imobiliário só resultaria “em unidades repetitivas, sem qualificação habitacional nem considerações sociais ou culturais, em terrenos baratos, normalmente afastados e desintegrados (...) situação que resulta no aprofundamento da segregação e exclusão social” (BORGES, 2013, p. 112).

A promoção de discussões e de análises sobre habitabilidade urbana, considerando-se a subjetividade, entre a comunidade científica, o terceiro setor e os órgãos governamentais, pode dar suporte para a construção de novas políticas públicas, sob a perspectiva da promoção da sustentabilidade das cidades, aliando questões que propiciem a salubridade ambiental urbana, o desenvolvimento sustentável e o monitoramento de todas as fases da construção.

O sujeito sendo o próprio edificador de sua moradia, mesmo que esta seja padronizada, possibilita a apropriação da potencialidade dos territórios, configurando um produto coletivo em constante transformação, no qual se desenrolam relações de poderes, afetivas e interpessoais. Nesse sentido, a resolução ética seria aplicada da seguinte forma: “não é impor um estilo de morar, mas morar conforme seu estilo” (FRANCO; STRALEN, 2012, p. 418).

Cabe lembrar que a moradia não se reduz à unidade habitacional, mas abrange o espaço urbano em que se insere com o acesso universal e integral aos serviços públicos de saneamento básico. Sob essa premissa, a subjetividade social poderia se tornar um instrumento na implementação de ações do poder público. Oliveira (2013) analisa dois casos de urbanização em assentamentos urbanos irregulares, constatando que essa é uma alternativa viável no aprimoramento de programas de intervenção.

3.1.1. Categorias de Análise: Habitabilidade e Adequação

A questão de moradia é muito mais ampla que simplesmente a terra ou a casa. A habitação precisa ser servida em terra urbanizada, ou seja, dotada de infraestrutura e de equipamentos urbanos. Essa terra urbanizada é fator-chave na inclusão e na exclusão espacial, haja vista as favelas e os loteamentos ilegais. Para uma moradia ser considerada adequada, é fundamental que atenda a quesitos como: segurança jurídica da posse; disponibilidade de serviços e infraestrutura; habitabilidade; condições físicas e de salubridade adequadas;

acessibilidade e localização, com acesso adequado às opções de emprego, transporte público eficiente, serviços de saúde, escolas, cultura e lazer (SAULE JUNIOR; ROLNIK, 2002; MIGUEL *et al.*, 2016).

A adequação na moradia perpassa o conceito mais amplo de habitação. A Agenda Habitat (1996) estabelece critérios para o entendimento dessa adequação, como o número de moradores, suas idades e gênero; condições de salubridade dentro e no entorno da casa; acesso à infraestrutura básica urbana (abastecimento de água potável, rede de energia elétrica e iluminação urbana, esgotamento sanitário e recolhimento de lixo); acesso aos equipamentos e serviços urbanos (transporte público, posto de saúde de atenção básica, escola, etc.) e acesso à segurança e acessibilidade urbana (COSTA *et al.*, 2016; MIGUEL *et al.*, 2016).

As condições de habitabilidade são fundamentais para que a pessoa idosa tenha conforto e segurança e mobilidade dentro da habitação. São elementos que caminham juntos, a adequação e a habitabilidade, cada um com suas nuances. Ao se avaliar as condições de habitabilidade de uma moradia, as barreiras arquitetônicas configuram o ponto inicial do estudo. Todo elemento que dificulte ou impeça a circulação no espaço arquitetônico da unidade domiciliar, do mobiliário ou do equipamento urbano, é considerado como barreira arquitetônica, que restringindo o ir e vir das pessoas no ambiente. Dessa maneira, ao eliminar tal entrave, diminuem-se os riscos de quedas e as dificuldades de mobilidade, conferindo, então, ao local, habitabilidade e adequação.

Outro fator importante no que tange à habitabilidade é o conforto luminoso, térmico e acústico. O conforto ambiental supracitado está diretamente associado às questões de habitualidade dos ambientes, seu uso, da permanência do indivíduo e de sua satisfação relativa naquele espaço.

Segundo Arendt (2015), a Norma Brasileira NBR 15575 - Edificações Habitacionais - Desempenho, da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT), que passou a vigorar em julho de 2013, estabelece exigências que normatizam a segurança, a habitabilidade, a sustentabilidade e o desempenho de habitações residenciais, com a finalidade de traçar responsabilidades entre fabricantes, projetistas, construtores e usuários, no que tange os componentes de um imóvel (instalações, estrutura, pisos, coberturas e vedações).

A NBR 15575/2013 representa o consenso entre a construção civil e outros agentes envolvidos no processo de produção. O atendimento desses atributos necessários de habitabilidade propicia condições e promoção da qualidade de vida para os usuários da habitação.

Adicionalmente, Arendt (2015) explica que a habitabilidade é um assunto recente, assim como sua norma, sendo um tema bastante desconhecido por muitos profissionais da arquitetura e engenharia civil. Sob esse viés, a autora destaca a importância de seu estudo, este que demonstra o que vem sendo aplicado nos projetos de programas sociais e de empresas privadas, averiguando se as exigências da NBR 15575 são, de fato, cumpridas, bem como quais condições da habitabilidade estão sendo aplicadas.

Com relação às exigências de habitabilidade, citam-se a estanqueidade; o desempenho térmico; o desempenho acústico; o desempenho lumínico; a saúde, higiene e qualidade do ar; a funcionalidade e acessibilidade; o conforto tátil e antropodinâmico, todos esses considerados requisitos básicos para a construção de edificações habitacionais.

No trabalho de Oliveira (2013), também é destacada a importância das condições de habitabilidade das moradias, agregando dimensões valorativas da qualidade de uma obra em termos arquitetônico-urbanísticos, na qual se deve avaliar as condições de conforto, a questão da sustentabilidade presente em soluções técnicas e a racionalidade construtiva empregada no projeto. Além disso, são analisadas as questões construtivas, tais como segurança e manutenção da moradia. Para a autora, esses requisitos constituem uma concepção ampla do termo habitabilidade.

Em relação ao conceito de habitabilidade, Oliveira (2013) apresenta uma proposta que diferencia a habitabilidade urbana da habitabilidade da unidade habitacional:

O indicador referente à habitabilidade da unidade habitacional diz respeito ao conjunto de aspectos que interferem na qualidade de vida e comodidade dos moradores, bem como na satisfação de suas necessidades físicas, psicológicas e sociais [...]. O indicador habitabilidade urbana parte do pressuposto de que a moradia é entendida em seu sentido amplo, conjugando-se ao direito à cidade. Essa avaliação deve verificar em que medida a habitação responde a uma preocupação dessa ordem, de estar inserida na malha urbana, baseada em sua relação com a rede de infraestrutura e a possibilidade de acesso a equipamentos públicos (OLIVEIRA, 2013, p. 78).

Desse modo, é possível observar que ambas associam as características arquitetônicas e urbanísticas àquelas de cunho psicológico e social; ou seja, incluem as percepções dos moradores e suas aspirações mais subjetivas, além das propriedades físicas, seja da habitação ou no meio urbano em que se insere.

De acordo com Oliveira (2013), as condições mínimas de habitabilidade para que uma habitação seja considerada adequada são: Conforto ambiental (luminoso, térmico e acústico); Segurança do usuário (estrutural e relativa a incêndios, acidentes atmosféricos e utilização); Salubridade (estanqueidade, higiene e condições atmosféricas); Rede de infraestrutura;

Acesso aos equipamentos públicos; Estudo de implantação urbana (incluindo acessibilidade física, barreiras arquitetônicas e patologias/problemas construtivos).

Do mesmo modo, Santos e Freire (2019) ressaltam que as condições de habitabilidade apresentam diferentes níveis. No nível social, sabe-se que a habitação mal projetada, sem conforto e privacidade, pode desencadear problemas psicológicos; já uma construção com funcionalidade deficiente pode contribuir para a ocorrência de acidentes, quedas, afogamento ou incêndios. No nível físico, novamente é citada a questão de conforto, havendo diversos componentes, como o conforto visual (luz natural, necessária para a saúde do ser humano), o térmico (a nível interno, importa ter em consideração o metabolismo, a temperatura da pele, a idade, o sexo do indivíduo assim como o tipo de vestuário e, ao nível externo, refere-se às características arquitetônicas, a temperatura, a umidade e a velocidade do ar) e o acústico (de origem externa, resultante da circulação rodoviária e de pessoas e/ou de fonte interna, relacionada a barulhos produzidos no interior do edifício – ambas as fontes podem gerar problemas como o aumento do nível de estresse ou perda de audição, entre outros).

Diante do exposto, os autores supracitados concluem que “passamos cerca de 80-90% das nossas vidas dentro de construções e tendo em conta que é na habitação que se passa mais horas ao longo da vida, deve-se pensar em espaços saudáveis, de modo a não prejudicar a saúde de quem os utiliza” (SANTOS; FREIRE, 2019, p. 3). Portanto, depreende-se que as condições de habitabilidade podem condicionar a saúde humana, sendo forçosa uma conscientização para a importância desta problemática para a melhoria da qualidade de vida.

Vale pontuar que muitos outros aspectos são importantes em uma avaliação de condições de habitabilidade, abrangendo elementos que extrapolam os limites do entorno imediato ou do bairro, pois é impossível dissociar a habitabilidade de seu contexto urbano mais amplo.

Oliveira (2013) esclarece que, desde o advento da Constituição Federal, a moradia constitui um direito social, sendo considerada “como direito e vetor de inclusão social” (BRASIL, 2005). Nessa perspectiva, é preciso considerar as características mínimas que tornam uma moradia habitável, sobrepesando-se a importância da habitação e sua relação com as necessidades humanas, e, portanto, com a qualidade de vida.

Sabe-se que a habitação abrange funções complexas, a fim de atender às necessidades sociais, econômicas e ambientais, além de suprir os anseios daqueles que a habitam. Conforme Oliveira (2013), a habitação deve ser compreendida em um sentido amplo, caracterizando-a com as condições necessárias para a realização de atividades básicas de seus habitantes.

Com relação aos conceitos qualificadores da habitação, Mendonça (2015) cita: uso, flexibilidade, adequação, ergonomia, privacidade e apropriação, todos estes de suma acuidade no desenvolvimento de projetos de arquitetura e *design*, voltados ao contexto doméstico. Oliveira corrobora que:

Para que a habitação cumpra as suas funções, é necessário que, além de conter um espaço confortável, seguro e salubre, esteja integrado de forma adequada ao entorno, ao ambiente que a cerca. Isto significa que o conceito de habitação não se restringe apenas à unidade habitacional, mas necessariamente deve ser considerado de forma mais abrangente envolvendo também o seu entorno (serviços e redes de infraestrutura urbana, e aos equipamentos sociais) (OLIVEIRA, 2013, p. 69).

Considerando a habitação como elemento físico, existem algumas condições de moradia que a tornam adequada, a saber: redes de abastecimento de água e de coleta de esgoto; redes de drenagem, coleta de resíduos sólidos e iluminação pública; localização da habitação, o que interfere diretamente nos serviços oferecidos pelo poder público (tais como transporte e acesso a áreas de lazer). Rosembach *et al.* (2014) explicam que a localização e o acesso das moradias é um tema ainda pouco discutido, embora seja fundamental no que diz respeito à integração do cidadão à cidade, ao seu acesso às opções de emprego, transporte público eficiente, serviços de saúde, escola, cultura e lazer.

Para Mendonça (2015), o entendimento de tais conceitos de uso, flexibilidade, apropriação, adequação, privacidade e ergonomia contribui para a compreensão dos modos de construção e de moradia, incluindo suas exigências.

Certas áreas são menos dotadas de infraestrutura e, ou, mais insalubres. Por essa razão, Oliveira (2013) presume que as melhores habitações estão localizadas nas grandes cidades em relação às habitações situadas em zonas rurais.

A denominação “domicílios inadequados” diz respeito àqueles que apresentam: adensamento excessivo de moradores em domicílios próprios; inadequação fundiária urbana; carência de serviços de infraestrutura; cobertura inadequada; e inexistência de unidade sanitária domiciliar exclusiva. Nesse sentido, não basta garantir o direito à moradia, mas instituir condições mínimas para que uma habitação seja adequada ao uso residencial.

De acordo com Rosembach *et al.* (2014), o IBGE, através de informações sobre o entorno dos domicílios, avalia, em escala municipal, a adequação dos domicílios urbanos segundo sua condição, que pode ser classificada em adequada, semiadequada ou inadequada. Mesmo sob a escala municipal, as variáveis coletadas podem ajudar a diagnosticar a situação habitacional da população.

A moradia adequada corresponde ao direito de viver com segurança, paz e dignidade:

Segundo o Relatório da Missão Conjunta da Relatoria Nacional e da ONU (2005) são essenciais: a segurança jurídica da posse para evitar deslocamentos forçados; a disponibilidade de infraestrutura (água potável, energia, saneamento básico e tratamento de resíduos, transporte e iluminação públicos); custo acessível da moradia; condições físicas e de salubridade apropriadas; a inserção na cidade, com acesso às opções de emprego, transporte público, serviços de saúde, escolas, cultura e lazer; e a adequação aos padrões culturais de habitação das comunidades e grupos sociais (ROSEMBACK *et al.*, 2014, s. p.).

A partir desses princípios, propõem-se dimensões para a avaliação da situação habitacional: adequação física da edificação; adequação da edificação à família; segurança jurídica; segurança ambiental; infraestrutura e serviços públicos; localização e acessibilidade; além do custo de moradia. Vale lembrar que a adequação física está relacionada ao uso de materiais que asseguram permanentemente a proteção contra intempéries, a salubridade, a privacidade, e a segurança de seus moradores.

Outra dimensão de extrema relevância é segurança jurídica, de regularidade e posse da terra, sobretudo para evitar situações de despejos e remoções, que geralmente são ações muito traumáticas. Do mesmo modo, considera-se que a infraestrutura e o oferecimento de serviços públicos sejam quesitos imprescindíveis à moradia adequada, no intuito de garantir a salubridade para os moradores.

Adicionalmente, Rosembach *et al.* (2014) descrevem o custo da moradia, que abrange aluguéis abusivos ou incompatíveis com a renda, o preço dos imóveis e o acesso a financiamentos e a programas habitacionais. Os autores definem as dimensões da questão habitacional imprescindíveis para apreender a situação dos municípios.

Atesta-se que as condições da moradia constituem uma das principais questões a serem tratadas, considerando-se uma habitação adequada aquela que oferece privacidade e espaço adequados, acessibilidade física, estabilidade estrutural e durabilidade, garantia de posse, infraestrutura básica adequada (iluminação adequada, aquecimento e ventilação, além do fornecimento de água, esgoto e coleta de lixo), qualidade ambiental adequada e fatores relacionados à saúde, localização adequada e acessibilidade, sendo que todos esses requisitos devem estar disponíveis a um custo acessível (OLIVEIRA, 2013).

Existem diretrizes para políticas públicas que podem propiciar avanços nas condições de habitação, havendo investimento em programas de melhorias habitacionais para atender à demanda de assentamentos, por exemplo, sendo estabelecidos critérios mínimos para que uma moradia seja considerada adequada.

A legislação vigente¹⁰ estabelece critérios para a concessão de “Habite-se”, determinando medidas para vãos de ventilação e de iluminação, estrutura sólida; parâmetros mínimos para construção de área livre, afastamentos frontal, lateral ou de fundos, prismas e vagas de estacionamento; regularização no número de pavimentos; exigência de informação gráfica da planta, além de outras documentações necessárias. A partir das informações acima, ao menos teoricamente, nota-se que o poder público incentiva a construção de habitações condizentes com o que se deve considerar adequado.

Em suma, conclui-se que a noção de habitabilidade é ampla, ao serem considerados os inúmeros critérios destinados à sua caracterização. Nesse sentido, deve-se abarcar faces coletivas e privadas, físicas, psicológicas, sociais e culturais, inclusive os aspectos subjetivos intrínsecos ao lugar e às pessoas que nele residem. Como destaca Bergan (2005), citado por Oliveira (2013, p. 68), “a moradia movimenta valores, necessidades e preferências, conduzindo o estado de satisfação do indivíduo”.

Vale lembrar que o conforto está sempre atrelado ao conceito de qualificar um ambiente, aliado à adequação e juntos agregam condições favoráveis para a habitabilidade, resultando na satisfação plena do usuário daquele espaço (SILVA; SANTOS, 2012).

Como abordagem mais abstrata, nota-se, também, a habitabilidade de uma casa com relação ao espaço de afetividade, principalmente na casa da pessoa idosa. Portanto, preservar o ambiente com seus elementos afetivos remonta à trajetória de vida, trazendo conforto emocional e a tão importante ideia de pertencimento, essencial para promover o bem-estar físico, emocional e mental da pessoa idosa, enfim, sua qualidade de vida.

3.1.2. Qualidade de Vida

No processo de envelhecimento, é preciso assegurar ao indivíduo a abrangência do sujeito de direitos, assim como do sujeito social ativo que deve constituir toda pessoa idosa. A velhice não deve, tampouco pode, expropriar essas características inerentes de qualquer cidadão, independentemente de sua idade ou condição social. Nessa perspectiva, cabe às pessoas próximas à pessoa idosa, familiares ou rede de apoio, e ao poder público, elaborar ações que repercutem positivamente na vida da pessoa idosa, favorecendo, assim, sua qualidade de vida.

¹⁰ Decreto nº 25.748, de 9 de setembro de 2005. Diário Oficial do Município do Rio de Janeiro, Ano XIX, nº 123, p. 4, de 12/9/2005. Rio de Janeiro: PCRJ, 2005.

Brito *et al.* (2017) confirmam que, para uma velhice exitosa, é preciso que sua representação social abarque as categorias: econômica, comportamental e familiar, que estão diretamente associadas às condições financeiras, que favoreçam o envelhecimento com qualidade e, conseqüentemente, com prazer.

As condições de moradia e de saneamento básico são relacionadas à qualidade de vida, tornando-se importante a avaliação desses requisitos em uma população. Almeida (2012) esclarece que a qualidade de vida abrange parâmetros de diversas áreas, tais como arquitetura, urbanismo, saúde, lazer, educação, meio ambiente, segurança pública e privada, entretenimento, tecnologia, entre outros campos relacionados ao bem-estar do ser humano, sua cultura e seu meio. Assim, ao abordar a qualidade de vida, deve-se atentar a uma multiplicidade de questões envolvidas, que vão desde parâmetros sociais até de saúde ou econômicos.

Figueiredo Filho *et al.* (2015) sobrepesaram a relação entre a qualidade habitacional e o desenvolvimento humano, estimando o Índice de Qualidade de Moradia (IQM) para auxiliar na elaboração de políticas públicas habitacionais no Brasil. Conforme os autores, ao se analisar a qualidade das condições habitacionais das famílias brasileiras, observa-se que o IQM está positivamente correlacionado ao Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM), ou seja: quanto maior o desenvolvimento humano de uma cidade, melhor será sua qualidade de moradia, o que também afeta diretamente a qualidade de vida de seus moradores.

Aranha *et al.* (2006) analisaram esses aspectos em uma comunidade carente de São Paulo (SP), podendo constatar que as condições ambientais constituem, inclusive, fator de risco para doenças. Segundo os autores, existem deficits no abastecimento de água, luz elétrica, rede de esgoto, número de janelas por cômodo e ambiente domiciliar, entre outros fatores relacionados à saúde e à qualidade de vida humana. Nesse sentido, considera-se fundamental a otimização das condições de moradia das famílias, no intuito de melhorar o padrão de vida da população e combater graves problemas de saúde pública.

Em outro estudo sobre qualidade de vida, Vitte (2009) verificou as necessidades humanas sob as dimensões objetiva (saúde, alimentação, moradia, etc) e subjetiva (vínculos familiares, rede de amigos, participação política e social, relação com o espaço vivido, etc)¹¹. Da mesma forma, Oliveira (2013) evidencia o exame das condições necessárias à melhoria da

¹¹ Segundo Vilarta *et al.* (2010), essas esferas se caracterizam como: Objetividade das condições materiais: interessa a posição do indivíduo na vida e as relações estabelecidas nessa sociedade; Subjetividade: interessa o conhecimento sobre as condições físicas, emocionais e sociais relacionadas aos aspectos temporais, culturais e sociais, como são percebidas pelo indivíduo.

qualidade de vida, avaliando noções de habitabilidade e de subjetividade social. Assim, é importante “atuar no ambiente físico e nas suas condições de habitabilidade, sem deixar de considerar os aspectos subjetivos, com o intuito de melhorar a qualidade de vida da população local” (OLIVEIRA, 2013, p. 21).

Alguns aspectos que interferem na qualidade de vida seriam de responsabilidade do poder público, havendo uma demanda urgente, sobretudo nas esferas mais vulneráveis da sociedade: “o transporte, os equipamentos de saúde e educação, o acesso a áreas de lazer, são exemplos de serviços públicos que influenciam na qualidade da habitação” (OLIVEIRA, 2013, p. 70).

De acordo com Carvalho (2008, p. 21), a moradia urbana deveria oferecer “proteção, conforto, saúde, privacidade, domesticidade, segurança, economia entre outros”. Contudo, observa-se que às classes menos favorecidas é oferecido somente o direito à moradia, desconsiderando-se a qualidade da mesma. O referido autor sugere novas formas de lidar com o problema habitacional no Brasil, a fim de garantir o direito à moradia e a melhor qualidade de vida aos indivíduos menos favorecidos. Sob esse viés, recomenda-se a avaliação de programas habitacionais financiados com recursos do Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), avaliando as dimensões valorativas do projeto/obra em termos arquitetônico-urbanísticos, com análise “do conforto da moradia, da sustentabilidade das soluções técnicas, da racionalidade construtiva que o produto manifesta, além de sua inserção urbana e ambiental” (OLIVEIRA, 2013, p. 76).

Uma moradia é considerada adequada quando necessariamente está associada a um local que apresente possibilidades reais de acesso aos recursos públicos e as vantagens oferecidas pela cidade. Conforme o Artigo 6º da Constituição Federal Brasileira de 1988, a moradia é “reconhecida como direito social, apesar de constantemente ser encarada como um produto, um bem de consumo, ou um investimento financeiro” (CARDOSO; JAENISCH, 2014, p. 7).

Mastrodi e Zaccara (2019) corroboram que a função social da propriedade costuma ser compreendida em consonância aos interesses do mercado, afastando o caráter social e atribuindo uma função econômica. Nesse sentido, as moradias passam a ser construídas conforme a lógica de mercado, muitas vezes em locais onde o mercado ainda não alcança ou são formadas de modo precário e informal, com restrições ambientais, e, ou, despidas de quaisquer equipamentos ou serviços públicos. Os autores supracitados alertam que, no Brasil, há um déficit habitacional que envolve questões ligadas à qualidade, pois a moradia representa um pretexto para o mercado funcionar e gerar lucro para seus agentes,

especialmente as incorporadoras, as construtoras e os bancos (MASTRODI; ZACCARA, 2019).

Diante do contexto de precariedade, é preciso considerar algumas condições necessárias para se morar com qualidade, com o objetivo de garantir uma cidade mais igualitária e sustentável. Olvidando-se da lógica do mercado, que é movimentada pelo lucro, a construção da moradia deve ser viabilizada com projetos de melhor qualidade e mais adequados às famílias moradoras. O governo deve, portanto, subsidiar programas habitacionais que favoreçam o desenvolvimento social e econômico das famílias, melhorando a qualidade de vida através do auxílio para conquista de uma moradia adequada (MORADIA É CENTRAL, 2012).

Conclui-se que as condições de habitabilidade adequadas constituem fator condicionante para atingir níveis satisfatórios/positivos de qualidade de vida humana. A qualidade de vida está atrelada ao bem-estar individual ou coletivo, oriunda do atendimento das necessidades humanas concretas (comida, moradia) e abstratas (autoestima). A maioria dos instrumentos que podem mensurar o nível de qualidade de vida se baseiam em dados quantitativos (saúde, acesso à habitação, escolaridade e trabalho), mas também é possível identificar os aspectos subjetivos, com o auxílio do aparelho WHOQOL-100, por exemplo, que avalia subjetividade, multidimensionalidade, e presença de dimensões positivas (ex. mobilidade) e negativas (ex. dor)¹², como exposto por Oliveira (2013).

Vitte (2009, p. 98) destaca que “sem um mínimo de bem-estar material e de conforto urbano não é possível avançar no debate da qualidade de vida: efetivamente não faz sentido discutir a incorporação de necessidades mais complexas quando as necessidades básicas não estão sendo assistidas”. Portanto, os aspectos objetivos são fundamentais, já que se relacionam diretamente às condições básicas de vida.

4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

O percurso metodológico da pesquisa foi organizado considerando o tipo de abordagem estabelecida, os métodos de coleta, o tratamento de dados e os procedimentos para análise dessas informações.

¹² Quanto aos aspectos subjetivos, é preciso uma caracterização prévia do ambiente histórico-social em que vive o grupo ou sujeito, para uma análise sobre seus níveis de qualidade de vida. Lembrando que o estabelecimento desses níveis decorre de forma relativa às necessidades, expectativas e percepções individuais (ALMEIDA, 2012, p. 21).

4.1. Tipo de Pesquisa

Para cumprir os objetivos propostos, emprega-se a pesquisa de natureza quanti-qualitativa. Segundo Minayo (2012), não se deve entender a relação entre as pesquisas qualitativa e quantitativa como produto de algum tipo de rivalidade ou oposição. O estudo quantitativo pode suscitar questionamentos a serem aprofundados qualitativamente, e o inverso é verdadeiro. Nas relações sociais, o esperado é que os aspectos mais concretos sejam analisados, assim como seus significados mais essenciais sejam mais aprofundados, o que a pesquisa quanti-qualitativa abarca. Na pesquisa de natureza qualitativa, é possível aprofundar os conhecimentos adquiridos no âmbito da gerontologia, como ressalta Martinez (2002). Ademais, é no qualitativo que se detalham os fenômenos inerentes ao objeto de estudo, cuja demografia pode ter maior alcance na elaboração dos resultados (SIMÃO, 2006), o que confirma a proposição de estudo desta pesquisa, tanto no sentido da demografia como no que se refere à pessoa idosa e suas especificidades. Dessa maneira, a escolha da natureza da pesquisa está alinhada à temática em questão.

Além disso, o estudo possui abordagem descritiva-exploratória, por objetivar descrever a situação de moradia da população idosa do Brasil e Portugal, a partir da análise das políticas públicas desses países. Segundo Gil (2010), a pesquisa descritiva é construída na descrição das características do objeto, o que vai ao encontro de parte da proposta desta pesquisa. Para atender à abordagem descritiva, utilizam-se métodos quantitativos para a compreensão dos resultados, a fim de entender a relação da pessoa idosa e a moradia no âmbito físico e social, considerando sua interação com o ambiente no qual reside e ainda as políticas públicas relacionadas à efetivação dessa moradia.

4.2. Local de Estudo

No presente estudo, retratam-se as experiências de políticas públicas habitacionais de dois países: Brasil e Portugal.

4.2.1. Brasil

No Brasil, foi elencada como local do estudo a cidade de Belo Horizonte, por se tratar da capital do Estado de Minas Gerais e por ter uma significativa população idosa (12,7% do total), enquanto o Estado apresenta a média de 11,8% (IBGE, 2010). Já no ano de 2020, a

estimativa da população idosa no Estado é de 16,10%, e na capital 14,67%. Nessa cidade, foi desenvolvido o programa “Kit Banheiro Seguro”, o qual configura objeto de estudo deste trabalho.

Belo Horizonte está localizada na região central do Estado de Minas Gerais, junto à Serra do Curral, sendo a primeira cidade moderna planejada do Brasil¹³. Inaugurada em 12 de dezembro de 1897, foi projetada pelo engenheiro Aarão Reis. Vale ressaltar que “o termo moderno significaria um ideal de mudança, de transformação: a busca incessante de um novo tempo” (ARRUDA citado por PASSOS, 2016, p. 337).

Vale ressaltar que

as novas ideias, surgidas com o advento da República, vieram afetar diretamente a vida política do país, já que poderiam significar o rompimento com o sistema político centralizador exercido pelo governo imperial. [...] O ideal de modernização foi de fundamental importância para se pensar uma nova cidade capital, uma nova territorialidade para sede do governo do Estado de Minas Gerais. A modernização, atingido as áreas econômicas, políticas e sociais e o modernismo englobando a arte, a cultura e a sensibilidade foram fatores chaves para se pensar um novo espaço para a capital mineira, agregando, assim, todo o simbolismo de uma época (fins do século XIX e início do século XX) (PASSOS, 2016, p. 337).

A capital foi idealizada para expansão urbana no interior da avenida que circunda a área urbana, a Avenida do Contorno; porém, essa expectativa não se concretizou, ocorrendo um grande processo de expansão. Dessa maneira, “apesar de ser uma cidade ainda muito nova, BH tem cerca de 9 regiões, além do projeto original. São elas: Barreiro, Nordeste, Oeste, Pampulha Noroeste, Norte, Centro-Sul, Leste e Venda Nova. Cada uma delas com suas especificidades, tamanhos e diversidades culturais” (CAU, 2019, s. p.).

Sua população era de 2.375.151 pessoas, no ano de 2010 (CENSO, 2010), em 2020, a estimativa do IBGE eleva esta população para 2.521.564 pessoas (IBGE, 2020). Apresenta 96,2% de domicílios com esgotamento sanitário adequado, 82,7% de domicílios urbanos em vias públicas com arborização e 44,2% de domicílios urbanos em vias públicas, com urbanização adequada (presença de bueiro, calçada, pavimentação e meio-fio)¹⁴.

A população idosa residente na cidade consistia em 9,1% da população total, no ano de 2000, sendo que, desse percentual, 39,5% se referiam à pessoa idosa do sexo masculino e 60,5% do sexo feminino (IBGE, 2010). No censo de 2010, há um considerável aumento desse

¹³ Informações disponíveis no website: <<http://44arquitetura.com.br/2017/08/cidades-planejadas-brasil-conheca/>>

¹⁴ Informações disponíveis no website do IBGE: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/mg/belo-horizonte/panorama>>.

segmento populacional, acompanhando as estatísticas do país. No mesmo ano, a população idosa passou de 9,1% (2000) para 12,7% (2010), sendo 40,16% de homens e 59,84% de mulheres. Embora o percentual menor (1,76%) de mulheres idosas em 2010 em relação a 2000, a quantidade de idosas comparada à de idosos continua superior, demonstrando, assim, o maior contingente de mulheres idosas vivendo a velhice. Ademais, segundo IBGE (2020), essas idosas residem predominantemente na área urbana. Outro fator importante desse perfil de pessoa idosa é a crescente opção de moradia unipessoal ou apenas com o cônjuge, que também é um fenômeno observado em todo mundo (IBGE, 2010; TANNURE *et al.*, 2010; MIGUEL *et al.*, 2016).

4.2.2. Portugal

A escolha de Portugal como local de estudo se justifica pelo fato de ter sido desenvolvido e implementado o PCHI nesse território. Além disso, esse país foi considerado um dos mais antigos da Europa, evidenciando as diferenças na forma de envelhecer entre Brasil e Portugal, o que, por sua vez, enriquece a discussão.

Portugal está localizado no sudoeste da Europa e compõe a zona ocidental da Península Ibérica. O território português é delimitado a Norte e a Leste pela Espanha e ao Sul e ao Oeste pelo Oceano Atlântico. Compreende a parte continental e as regiões autônomas: os arquipélagos dos Açores e da Madeira. Sua população, em 2019, era de 10.295.909 milhões de habitantes. Possui um aumento significativo de pessoas idosas mais longevas, “em 1950, cerca de 7% da população tinha mais de 65 anos; em 1990, a percentagem era de quase 14% e, em 2020, é de 22,8%. Já a população com mais de 85 anos passou de 1% em 1990 para 3,2% em 2020” (INE, 2020)¹⁵.

O PCHI foi executado em 13 (treze) dos 18 (dezoitos) distritos do país, atendendo, assim, a maioria das cidades. As 1.354 (um mil, trezentos e cinquenta e quatro) intervenções realizadas, em prol das melhorias nas habitações das pessoas idosas selecionadas pelo programa, ocorreram nos municípios dos Estados de Bragança, Beja, Guarda, Portalegre, Vila Real, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Santarém, Viana do castelo e Viseu, entre 2007 e 2013. O total é de 136 (cento e trinta e seis) cidades (concelhos), distribuídas nos 13 (treze) estados (distritos).

¹⁵ Disponível em: <<https://www.publico.pt/2020/06/15/sociedade/noticia/portugal-populacao-primeira-dez-anos-1920589>>

4.3. População e Amostra da Pesquisa

No Brasil, a população escolhida para este estudo abrange as pessoas idosas atendidas pela política pública elencada no estudo: o “Kit Banheiro Seguro”, implementado na cidade de Belo Horizonte (MG), durante a vigência do programa.

A amostra selecionada para a pesquisa foi definida atendendo ao critério fundamental de disponibilidade de material documental disponível para análise.

O segundo ano de atividade do programa (2014) foi o que se mostrou mais consistente em relação ao número de kits implantados e à documentação encontrada e acessível. Dos 173 (cento e setenta e três) idosos beneficiados pela instalação do “Kit Banheiro Seguro” em seus lares naquele ano, foram localizados 113 (cento e treze) fichas documentais de todos os dados das pessoas idosas e suas respectivas casas. Assim, qualifica-se o ano de 2014 com a maior incidência de dados assertivos e disponível, justificando a data escolhida.

Por sua vez, em Portugal, a população selecionada foi o contingente de pessoas idosas daquele país. A amostra foi definida a partir dos locais onde o PCHI foi executado, ou seja, nas 136 cidades concernentes dos 13 estados: Bragança, Beja, Guarda, Portalegre, Vila Real, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Santarém, Viana do castelo e Viseu, no período de 2007 e 2013.

4.4. Procedimentos de Coleta de Dados e Variáveis

O estudo foi desenvolvido a partir da pesquisa bibliográfica e documental, visando apresentar o conhecimento já construído sobre envelhecimento, qualificação da habitação e políticas públicas de habitação. Como salienta Gil (2010), a pesquisa bibliográfica é fruto da compilação de diversos trabalhos, em especial de artigos científicos e livros. Para tanto, foram utilizados os materiais dos bancos de dados da SciELO (*Scientific Eletronic Library OnLine*), periódicos e banco de teses e dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior) e livros. No desenvolvimento da pesquisa, também foram utilizados estudos baseados em fontes primárias, tais como documentos, leis e dados bibliográficos advindos de revisão sistemática.

Para estudos que buscam o caráter exploratório, os pressupostos do método qualitativo de investigação com trabalho de campo são imprescindíveis, por exemplo: estudo de caso e entrevista semiestruturada. Para Minayo (2012), esse tipo de pesquisa propicia trabalhar com valores, hábitos, representações, estruturas sociais, favorecendo, então, a adequação e o

aprofundamento sobre a complexidade dos fatos e dos processos particulares de indivíduos e grupos e da realidade vivenciada pelos mesmos. Por isso, adequados ao objeto deste estudo.

Com o intuito de aprofundar a discussão sobre essa realidade, realizou-se uma entrevista com uma das idealizadoras do Programa “Kit Banheiro Seguro”, na cidade de Belo Horizonte (MG). Para tanto, foi elaborado um roteiro com o propósito de orientar a coleta dos dados relativos às informações relevantes ao programa e suas particularidades, cujo roteiro pode ser visualizado no Apêndice A.

Outro instrumento relevante para a pesquisa qualitativa foi o estudo de caso do PCHI português. Por meio de dados secundários, buscou-se compreender o programa e a repercussão nas cidades atendidas pela política do PCHI.

Por fim, para entender a qualidade de vida, balizada nos princípios da Teoria das Necessidade Humanas (VITTE, 2009), buscou-se interrelacionar os fundamentos da teoria aos achados dos registros de saúde, socioeconômicos e da moradia, das pessoas idosas beneficiárias do Programa “Kit Banheiro Seguro”. Para tanto, foram analisados os dados referentes ao perfil socioeconômico e ao perfil da moradia, detalhados nas variáveis; do mesmo modo, averiguaram-se os atributos de habitabilidade e de adequação que estavam presentes na residência. O referencial teórico sobre a qualidade de vida, pautado na Teoria da Subjetividade interligada a qualidade de vida, alinha as condições de adequação e de habitabilidade como dois dos seus componentes, no sentido de analisar o nível de qualidade de vida, tanto objetivo como subjetivo, atrelado ao atendimento das necessidades humanas e concretas de moradia e de sua satisfação, pelo acesso e também pelo conforto.

As variáveis empregadas fazem parte do material disponibilizado no banco de dados do “Kit Banheiro Seguro”, no caso do estudo no Brasil, e do banco de dados do governo português, na pesquisa referente àquele país.

No Brasil, foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Para a classificação, os domicílios foram categorizados da seguinte forma:

Composição familiar: Unipessoal: refere-se ao indivíduo que mora sozinho; Casal sem filhos: refere-se ao casal com laços conjugais que não possuem filhos; Casal com filhos: refere-se ao casal com laços conjugais que possuem um ou mais filhos; Monoparental: refere-se à mãe ou ao pai que reside com um ou mais filhos; Família estendida: refere-se às pessoas com *laços de sangue* que moram na mesma residência. Exemplos: família composta por mãe, pai e cunhada; por tia e sobrinho; por mãe, pai e avô; por avó e neta; Família complexa ou Domicílio Composto: família que reside com pessoas sem *laços de sangue*. Exemplo: cuidadores, empregados domésticos, filhos de amigos, etc.

- Variáveis socioeconômicas: idade, sexo, estado civil, profissão, composição familiar, acesso e tipo de benefício do governo e renda.
- Variáveis relativas à família da pessoa idosa: total de moradores no domicílio, composição familiar, problemas vivenciados pela família, profissão do responsável.
- Variáveis relativas à moradia: tipo de moradia (próprio, aluguel, outro), infraestrutura (água, luz, recolhimento de lixo), quantidade de cômodos, presença de banheiro, tempo de permanência no imóvel.

Em Portugal, foram utilizadas as seguintes variáveis:

- Total de pessoas idosas atendidas, separadas por sexo (feminino e masculino).
- Estados da federação atendidos.
- Cidades dos Estados atendidos.
- Melhoria na edificação, melhoria em equipamento (s) da moradia.

4.5. Procedimentos para Análise dos Dados

Para os dados advindos da pesquisa bibliográfica e documental, utilizou-se a análise de conteúdo, com auxílio da estatística descritiva e do *software* Iramuteq.

O Iramuteq é um *software* gratuito, que viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde aquelas bem simples, como a lexicografia básica (cálculo de frequência de palavras), até análises multivariadas (classificação hierárquica descendente, análises de similitude). A ferramenta organiza a distribuição do vocabulário de forma facilmente compreensível e visualmente clara (análise de similitude e nuvem de palavras), como expostos por Camargo e Justo (2013).

Os dados do perfil pessoal da pessoa idosa e de sua moradia foram analisados pela estatística descritiva e apresentados em forma de gráficos e tabelas, seguidos pela revisão de literatura.

A análise da entrevista foi baseada na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1994, p. 42), que diz respeito ao “conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores [...] que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção [...] destas mensagens”.

A utilização da análise de conteúdo é fundamental para o diálogo com a pesquisa bibliográfica realizada. Dessa maneira, pretendeu-se analisar e discutir os resultados, pautando-se na literatura, com aporte do referido método que contribui para responder aos questionamentos e aos objetivos da pesquisa.

Por fim, à luz das teorias elencadas para a presente pesquisa, procurou-se compreender, na análise e na discussão dos dados qualitativos e quantitativos, a conformação da população idosa brasileira e sua forma de morar, além de avaliar o uso do “Kit Banheiro Seguro” brasileiro e suas interferências na habitação, ou seja, na casa da pessoa idosa. Pretendeu-se desenvolver um paralelo entre a qualidade de vida e os dados alcançados na pesquisa sobre o perfil da casa e da pessoa idosa, buscando aspectos que qualificam o espaço da moradia para a pessoa idosa, nas categorias adequação e habitabilidade, e qualidade de vida da pessoa idosa. Além disso, para ampliar o conhecimento sobre políticas habitacionais, analisaram-se as experiências do PCHI, para verificar sua adequação e qualidade de vida da pessoa idosa portuguesa.

4.6. Aspectos Éticos da Pesquisa

O referido estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa (UFV), conforme definido na Resolução CNS 466/2012, sendo aprovado para a realização da pesquisa, conforme parecer registro CAAE 21688718.8.0000.5153. A respondente assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), apresentado no Apêndice B.

Envelhecer ainda é a única maneira que se descobriu de viver muito tempo.

Charles Saint-Beuve

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, M. A. B. de. **Qualidade de vida**: definição, conceitos e interfaces com outras áreas, de pesquisa / Marcos Antonio Bettine de Almeida, Gustavo Luis Gutierrez, Renato Marques: prefácio do professor Luiz Gonzaga Godoi Trigo. São Paulo: Escola de Artes, Ciências e Humanidades – EACH/USP, 2012. 142 p.

ARANHA, S. C.; ZOLLNER, A. C. R.; CURY, M. C. F. S.; COMPRI, P. C. Condições ambientais como fator de risco para doenças em comunidade carente na Zona Sul de São Paulo. **Revista APS**, v. 9, n. 1, p. 20-28, jan./jun. 2006.

ARENDR, A. P. P. **Exigências de habitabilidade da ABNT NBR 15575**: Uma análise comparativa em projetos arquitetônicos. 2015. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Engenharia Civil) – Universidade Tecnológica Federal do Paraná. Pato Branco, 2015. 91 f.

BARDIN, I. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições Setenta, 1994. 226 p.

BEAUVOIR, S. **A velhice**: a realidade incômoda. São Paulo: Difusora Europeia do Livro, 1970.

BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (org). **Políticas Públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

BIASUS, F. Reflexões sobre o envelhecimento humano: aspectos psicológicos e relacionamento familiar. **Revista Perspectiva. Erechim**, n. 40, 2016.

BONDUKI, N. **Política habitacional e inclusão social no Brasil**: revisão histórica e novas perspectivas no governo Lula. 2000. Disponível em: <http://www.usjt.br/arq.urb/numero_01/artigo_05_180908.pdf>. Acesso em: 05 Jun. 2014.

BORGES, J. M. **Políticas habitacionais, condições de moradia, identidade e subjetividade no Programa Minha Casa, Minha Vida em Águas Lindas de Goiás**. Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Geografia, Programa de Pós-Graduação em Geografia, 2013. 133 f.

BRAGA, P. M. V. **Envelhecimento, Ética e Cidadania**, 2001. Disponível em: <<http://direitodoidoso.braslink.com/pdf/Envelhecimento.pdf>>. Acesso em: 21 Mai 2014.

BRAGA, S. F. M.; MAESTRO FILHO, A.; SILVEIRA, R. B.; GUIMARÃES, L. V. M. As políticas públicas para os idosos no Brasil: A cidadania no envelhecimento. **Anais...** Encontro de Administração Pública e Governança da ANPAD, Salvador, BA, Brasil, 2, 2008.

BRASIL. **Lei nº 11.124 de 16 de junho de 2005**. Dispõe sobre o Sistema Nacional de Habitação de Interesse Social – SNHIS, cria o Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social – FNHIS e institui o Conselho Gestor do FNHIS.

BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003. Brasília, DF: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2004.

BRITO, A. M. M.; CAMARGO, B. V.; CASTRO, A. Representações Sociais de Velhice e Boa Velhice entre Idosos e Sua Rede Social. **Rev. Psicol. IMED**. v. 9, n. 1 Passo Fundo jan./jun. 2017.

CALAZANS, F.; DE FREITAS, V. S. Corpo, velhice e performance na série “Grace and Frankie” da Netflix. **Revista Latinoamericana de Ciencias de la Comunicación**, v. 16, n. 30, 2019.

CAMARANO, A. A. Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2002 (Texto para Discussão, 858).

CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; FERNANDES, D. Envelhecimento populacional, perda da capacidade laborativa e políticas públicas brasileiras entre 1992 e 2011. Rio de Janeiro: **IPEA**, 2013 (Texto para Discussão, 1890).

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. Iramuteq: um *software* gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.** [online]. v. 21, n. 2, 2013. p. 513-518.

CAMARGOS, M. C. S. **Enfim sós**: um olhar sobre o universo de pessoas idosas que moram sozinhas no município de Belo Horizonte (MG). Tese (Doutorado em Demografia) – Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional. Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

CAMARGOS, M. C. S.; RODRIGUES, R. N.; MACHADO, C. J. Idoso, família e domicílio: uma revisão narrativa sobre a decisão de morar sozinho. **Rev. Bras. Est. Pop.**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, p. 217-230, jan. /Jun., 2011.

CAMBIAGHI, S. **Desenho Universal**: métodos e técnicas para arquitetos e urbanistas. Senac, 2007.

CARDOSO, A. L.; JAENISCH, S. T. Nova política, velhos desafios: problematizações sobre a implementação do programa Minha Casa Minha Vida na região metropolitana do Rio de Janeiro. **Revista eletrônica de Estudos Urbanos e Regionais**, v. 5, p. 6-19, 2014.

CARVALHO, C. C.; ROMERO, D.; MARQUES, A. P. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e políticas nacionais de saúde do idoso: aproximações e propostas. XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, realizado em Águas de Lindóia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.

CARVALHO, S. A. de. **Avaliação da aplicabilidade do conceito de habitabilidade nas moradias das favelas cariocas** – o caso de Vila Canoas. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: Programa de Pós-graduação em Arquitetura – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2008.

CAU. Conselho de Arquitetura e Urbanismo. **BH**: 122 anos da primeira cidade moderna planejada do Brasil. Disponível em: <https://www.caumg.gov.br/122-anos-da-primeira-cidade-planejada-do-brasil/>. Acesso em abril de 2021.

CENSO, Resultados Definitivos. **INE – Instituto Nacional de Estatística, StatisticPortugal**. 2011. Disponível em: http://www.inr.pt/uploads/docs/recursos/2013/20Censos2011_res_definitivos.pdf. Acesso em 05 de agosto de 2016.

COSTA, S.; PLOUFFE, L.; VOELCKER; KALACHE, A. **Habitação e Urbanismo**. ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política nacional do idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-velhas-e-novas-quest%C3%B5es-IPEA.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2017.

DE SOUZA, E. C.; TORRES, J. F. P. A teoria da subjetividade e seus conceitos centrais. **Obutchénie: Revista de Didática e Psicologia Pedagógica**, 2019, p. 34-57.

FERRETTI, F.; SOCOOL, B. F.; ALBRECHT, D. C.; FERAAZ, L. Viver a velhice em ambiente institucionalizado. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 423-437, 2014.

FIGUEIREDO FILHO, D. B.; BEZERRA, R. M.; SILVA, L. E. de O. Desigualdade, Qualidade de Moradia e Desenvolvimento Humano nos Municípios Brasileiros. **I Seminário Internacional de Ciência e Política**. Porto Alegre, 2015.

FONTES, M. B.; WAJNMAN, S. A previdência social no contexto das modificações no ciclo de vida e na estrutura etária da população brasileira. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 22, n. 2, p. 258-267, 2011.

FRANCO, R. F.; STRALEN, C. J. V. O espaço de habitação e sua importância para a produção de subjetividade. **Psicologia em Revista**, Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 402-419, dez. 2012.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas: São Paulo, 2010.

GOMES, A. I. R. **Avaliar a Eficácia de Programas Municipais de Ação Social**: o caso de Castelo de Paiva. Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Economia Social. Universidade Católica Portuguesa/ Porto. Faculdade de Economia e Gestão. Porto, Set. 2013.

GONÇALVES, C. A. **Idosos inseridos no mercado de trabalho**: uma análise comparativa com dados da PNAD 2002 e 2012. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG), 2014.

HABITAT BRASIL. **O que é habitabilidade?** Disponível em: <https://habitatbrasil.org.br/tag/habitacao/>. Acesso em: 23 out. 2019.

HOTZ, Celso. Políticas sociais e suas raízes no modo de produção capitalista: uma leitura nas categorias do materialismo histórico-dialético. In: BATISTA, Roberto Leme (Org.). **VI Seminário do trabalho**: trabalho, economia e educação. Marília: UNESP, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estados@. **Minas Gerais**. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temasphp?sigla=mg&tema=sinopse_censodemog2010>. Acesso em 05 de maio de 2020.

KUJAWA, H. A.; ZAMBAM, N. J. Conquista da moradia no loteamento Canaã em Passo Fundo, Brasil. **Mercator (Fortaleza)**, Fortaleza, v. 17, e17031, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984. Acesso em abril de 2021.

LIMA, A. B. R. **Ambiente residencial e envelhecimento ativo**: estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade. Brasília: UnB, 2011.

LOPES, A. Idosos e riscos de exclusão social: a dimensão monetária e não monetária. Comunicação apresentada no **Colóquio Dinâmicas atuais da pobreza e da exclusão social: conceptualizações, políticas e intervenções**. Fundação Calouste Gulbenkian. Lisboa, Nov. 2010.

LORENZETTI, M. S. B. A questão habitacional no Brasil. **Revista da ASLEGIS**. SP, 2001.

MARINHO, A; CARDOSO, S. S; ALMEIDA, V. V. **Envelhecimento populacional e Gastos com saúde no Brasil**. Capítulo 17. Novo regime demográfico: uma nova relação entre população e desenvolvimento? Ana A Camarano organizadora – IPEA, 2012.

MARTINEZ, I. Recomendaciones sobre instrumentos para estudios sobre redes de apoyo y calidad de vida. In: Reunion de Expertos ver Redes de Apoyo Social a Personas Adultas Mayores: El Rol del Estado, la Familia y la Comunidad, 2002, Santiago de Chile. **Anais...** Santiago de Chile: CEPAL, 2002. 16p.

MARTINS, F. A. L. **Necessidades e Expectativas da população idosa residente na freguesia de Penha de França, Concelho de Lisboa**. Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico de Castelo Branco. Mestre em Gerontologia Social. Set. de 2015.

MASTRODI, J.; ZACCARA, S. M. L. S. O que é o objeto “moradia” do programa Minha Casa Minha Vida? **Revista de Direito da Cidade**, v. 08, n. 3, 2019.

MENDONÇA, R. N. **Apartamentos mínimos contemporâneos: análises e reflexões para obtenção de sua qualidade** / Rafaela Nunes Mendonça, 2015. 304 f.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; FONTES, M. B. **O morar contemporâneo do idoso: onde e como reside no estado de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG). 2016.

MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 31 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

MINISTÉRIO DAS CIDADES. **Política Nacional de Habitação**. Cadernos Cidades Habitação 4. Brasília, 2004.

MONTEIRO, L. C. A. **Políticas públicas habitacionais para idosos: um estudo sobre condomínios exclusivos**. Tese (Doutorado em Engenharia Urbana) - Centro de Ciências Exatas e de tecnologia. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos (SP), 2012. 145 f.

MORADIA É CENTRAL. **Lutas, desafios e estratégias**. Curitiba Fortaleza Porto Alegre Recife Rio de Janeiro Salvador Santos São Paulo, 2012.

MORAIS, M da P. **Breve diagnóstico sobre o quadro atual da habitação no Brasil**. Políticas Sociais: acompanhamento e análise, 2002.

MOTTA, A. B.; AZEVEDO, E. L.; GOMES, M. (Organizadoras). **Reparando a falta: dinâmica de gênero em perspectiva geracional**. Salvador (BA): UFBA. Núcleo de Estudos Interdisciplinares sobre a mulher, 2005. 216 p. (Coleção Bahianas; 10)

NOGUEIRA, J. S. **Políticas públicas de habitação no Brasil: Uma análise do Programa de Urbanização e Regularização de Assentamentos Precários no Município de Santo Antônio de Jesus/BA**. Especialização. (Especialização em Desenvolvimento Regional da Faculdade Adventista da Bahia). Cachoeira - BA, 2010.

OLIVEIRA, A. B. M. da S. de. **Habitabilidade e subjetividade: uma perspectiva de intervenção em assentamentos urbanos irregulares no Rio de Janeiro**, 2013. 227 f.: il.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005.

PASSOS, D. A formação do espaço urbano da cidade de Belo Horizonte: um estudo de caso à luz de comparações com as cidades de São Paulo e Rio de Janeiro. **Mediações**, Londrina, v. 21, n. 2, 2016. p. 332-358.

PINHEIRA, V.; MOREIRA, M. J. G.; RODRIGUES, A.; BATISTA, D.; ALVES, J.; PATRÍCIO, R.; PISSARRA, P. Quero viver na minha casa: um desafio para as comunidades do interior no contexto do ageing in place. **Revista Egítania Scientia**, 2020. p. 43-52.

PFÜTZENREUTER, A. H.; ALVIM, A. T. B. O direito à cidade: As diretrizes políticas mundiais para o envelhecimento. **Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades**, v. 03, n. 14, 2015, pp. 112-127.

RELATÓRIO MUNDIAL DE ENVELHECIMENTO E SAÚDE. Organização Mundial da Saúde: Genebra, 2015. Disponível em: Acesso em: 09/05/2016.

ROSEMBACK, R. G.; RIGOTTI, J. I. R.; FEITOSA, F. F.; MONTEIRO, A. M. V. As dimensões da questão habitacional e o papel dos dados censitários nos diagnósticos municipais: uma sugestão de análise frente às novas exigências da Política Nacional de Habitação. **XIX Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**, realizado em São Pedro/SP – Brasil, de 24 a 28 de novembro de 2014.

ROSSATO, M.; MARTÍNEZ, A. M. Desenvolvimento da subjetividade: análise de histórias de superação das dificuldades de aprendizagem. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional**, v. 17, n. 2, Julho/Dezembro de 2013, p. 289-298.

SANTOS, S. R. dos; SANTOS, I. B. da C.; FERNANDES, M. das G. M. Qualidade de vida do idoso na comunidade: aplicação da Escala de Flanagan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 10, n. 6, p. 757-764, Dec. 2002. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692002000600002&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 2 Set. 2015.

SANTOS, T. P. R. dos; FREIRE, M. E. F. **Qualificação das condições de habitabilidade e do espaço público**: condicionantes na qualidade de vida da população. Disponível em: <http://pluris2010.civil.uminho.pt/Actas/PDF/Paper522.pdf>. Acesso em 23 de out. 2019.

SAULE JÚNIOR, N.; ROLNIK, R. **Estatuto da Cidade**: novos horizontes para a reforma urbana. São Paulo, Pólis, 2002. (Cadernos Pólis, 4).

SCHUSSEL, Z. G. L. Os idosos e a habitação. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 8, p. 53-66. São Paulo (SP), 2012.

SECCHI, L. **Políticas Públicas**: conceitos, esquemas de análise, casos práticos. São Paulo - SP, Cengage Learning, Capítulo 3, p. 33-60, 2010.

SILVA, H. S.; SANTOS, M. C. O. O significado do conforto no ambiente residencial. **Cadernos do PROARQ**. Rio de Janeiro Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de arquitetura e Urbanismo, Programa de Pós-graduação em Arquitetura – Ano 1 (1997) n. 18, jul 2012.

SILVA, L. R. F. Da velhice à terceira idade: o percurso histórico das identidades atreladas ao processo de envelhecimento. **Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 155-168, Mar. 2008. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010459702008000100009&lng=en&nrm=iso. Acesso em 15 de dezembro 2020.

SIMÃO, A. B. O uso de grupos focais em uma pesquisa sobre os comportamentos sexual, nupcial e reprodutivo: reflexões a partir de uma experiência prática. In: Encontro Nacional de Estudos Populacionais, 15, 2006, Caxambu. **Anais...** Campinas: ABEP, 2006. 12p.

SOARES, C.; FIALHO, J. A. S.; SACADURA, M. J.; CHAU, F. Coordenação de: CARNEIRO, R. **O Envelhecimento da População: Dependência, Ativação e Qualidade**. Relatório Final. Centro de Estudos dos Povos e Culturas de Expressão Portuguesa Faculdade de Ciências Humanas Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, 2012.

SOUZA, C. “Estado da arte” da área de políticas públicas: Conceitos e principais tipologias. In: **XXVII Encontro Anual da Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Ciências Sociais (ANPOCS)**. Caxambu, MG, 21-25 de outubro de 2003.

TANNURE, M. C.; ALVES, M.; SENA, R. R. de; CHIANCA, T. C. M. **Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG**, Brasil. Bras Enferm, Brasília Bras Enferm, Brasília 2010 set-out; 63(5). p. 817-22.

TAVARES, S. M. G.; ALBERTINI, P. Moradia e corporeidade em espaços liminares: um estudo sobre formas de subjetividade na favela. **Paidéia**, 2005, 15(31), 299-308.

UJIKAWA, C M. **Vila de Anciãos: Intervenção urbana em Áreas Degradada Destinada à Habitação e Convívio de Idosos**. Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo) – FAUUSP, São Paulo, 2010.

VECCHIA, R. D.; RUIZ, T.; BOCCHI, S. C. M.; CORRENTE, J. E. Qualidade de vida na terceira idade: um conceito subjetivo. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v. 8, n. 3, São Paulo, 2005.

VELOSO, E. M. C.; ROCHA, M. C. J. Políticas Públicas, Pessoas Idosas, Educação e Envelhecimento: O Caso de Portugal num Contexto Global. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, Marília, v. 2, n. 1, p. 3-37, jan./jun. 2016.

VICENTE, F. R.; SANTOS, S. M. A. dos. Avaliação multidimensional dos determinantes do envelhecimento ativo em idosos de um município de Santa Catarina. **Texto Contexto - Enferm**. Florianópolis, v. 22, n. 2, p. 370-378, Jun. 2013.

VILARTA, R. *et al.* **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Roberto Vilarta, Gustavo Luis Gutierrez, Maria Inês Monteiro (organizadores). Campinas: Ipes, 2010.

VITTE, C. de C. S. A Qualidade de Vida Urbana e sua Dimensão Subjetiva: Uma Contribuição ao Debate sobre Políticas Públicas e sobre a Cidade in: VITTE, C. de C. S. e KEINERT, T. M. M. (Orgs.). **Qualidade de Vida, Planejamento e Gestão Urbana**. Discussões Teórico- Metodológicas. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2009.

CAPÍTULO II - BREVE PANORAMA DA POLÍTICA PÚBLICA DE HABITAÇÃO BRASILEIRA E A POPULAÇÃO IDOSA

BRIEF OVERVIEW OF PUBLIC HOUSING POLICY IN BRAZIL AND THE ELDERLY POPULATION

RESUMO

As políticas públicas são diretrizes basilares para todas as demandas da sociedade. Para a pessoa idosa, tais pleitos tomam contornos próprios, em virtude das especificidades do processo de envelhecimento. O Brasil se encontra no cenário do envelhecimento mundial, e a habitação é um fator importante no bem-estar do indivíduo, devendo estar presente nos programas/políticas públicas que desejam abarcar as questões relativas a pessoa idosa. Neste artigo, como principal objetivo, apresentou-se um panorama das políticas públicas habitacionais brasileiras e as direcionadas as pessoas idosas. Para tanto, a metodologia utilizada foi a pesquisa bibliográfica e documental. Assim, concluiu-se que as políticas públicas habitacionais devem alcançar a população idosa de forma mais simplificada e mais acessível. As políticas devem, também, manter uma continuidade, serem amplas e garantidas pelo Estado. A questão habitacional no Brasil é um grande desafio para o poder público e para a sociedade como um todo, sendo este fato histórico, desde o Brasil Colônia.

Palavras-chave: Políticas Públicas Habitacionais, Envelhecimento, Habitação para Idoso.

ABSTRACT

Public policies are basic guidelines for all of society's demands. For the elderly, such claims take on their own contours, due to the specificities of the aging process. Brazil is in the world aging scenario, and housing is an important factor in the individual's well-being, and it should be present in public programs/policies that wish to cover issues related to the elderly. In this article, as the main objective, an overview of Brazilian public housing policies aimed at the elderly is presented. For that, the methodology used was the bibliographical and documental research. Thus, it was concluded that public housing policies should reach the elderly population in a simpler and more accessible way. Policies must also maintain continuity, be comprehensive and guaranteed by the State. The housing issue in Brazil is a major challenge for the government and for society as a whole, and this fact has been historical since Brazil Colony.

Keywords: Public Housing Policies, Aging, Housing for the Elderly.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

As diferentes sociedades produzem necessidades diversas ao longo da vida, e algumas são satisfeitas e outras não, como saúde, educação, habitação. Essas demandas da sociedade devem possuir diretrizes basilares para as políticas públicas direcionadas para toda população. Para a pessoa idosa, essas ações tomam contornos próprios, em virtude das especificidades do processo de envelhecimento.

Estima-se que, até 2060, um em cada três brasileiros terá ao menos 60 anos de idade (IBGE, 2015), mesmo assim, essa população não tem voz ativa na maioria de suas demandas, sobretudo a pessoa idosa em situação de vulnerabilidade social. A filósofa existencialista francesa, Simone de Beauvoir, denunciou o descaso com que era tratada a velhice nos anos 70. Segundo Beauvoir (1976), a velhice constitui um fenômeno natural e social, que pode causar problemas e limitações de ordem biológica, econômica e sociocultural. Nesse sentido, a velhice abrange uma pluralidade de experiências individuais, sendo interessante confrontar as diferentes experiências de envelhecimento umas com as outras.

Nessa perspectiva, pode-se afirmar que o Brasil ocupa uma importante posição no cenário do envelhecimento mundial, e a habitação é um fator importante no bem-estar do indivíduo, devendo estar presente nos programas/políticas públicas que desejam abarcar as questões relacionadas à qualidade de vida da pessoa idosa.

As trajetórias das desigualdades sociais de um país podem sofrer, de forma positiva ou negativa, interferência das políticas públicas, como é possível observar com o Bolsa Família, que é um programa de transferência de renda, e o Minha Casa Minha Vida – MCMV, programa relacionado à provisão de habitação social, que foi sucedido pelo Programa Casa Verde Amarela, em 2021. Conforme afirma Arretche (2015), na década de 2000, com o Plano Real, houve uma redução da desigualdade social, em razão da implementação dos programas supracitados. Há um entendimento entre os estudiosos da área social sobre as políticas que exercem um papel preponderante no enfrentamento da desigualdade e sua repercussão na vida do indivíduo. É importante considerar que, além de políticas sociais e econômicas, a participação social favorece a efetivação das políticas e, conseqüentemente, a redução da desigualdade (ARRETCHE, 2015; KOPPER, 2019).

As políticas públicas, sobretudo as de infraestrutura, voltadas para a moradia digna, saneamento básico, mobilidade urbana e trânsito, podem ser consideradas “vedetes” dos

políticos brasileiros em razão de sua grande visibilidade política, e também por carregarem um relevante componente simbólico para a imagem positiva dos governantes. Como ressaltam Abreu e Camara (2015, p. 75), “as políticas públicas de infraestrutura são grandes vetores de alianças políticas com os segmentos da sociedade e as lideranças políticas”. Kujawa e Zambam também destacam que

as políticas públicas que visam à superação dos graves indicadores de desigualdade social são de responsabilidade do Estado e instrumento fundamental para o desenvolvimento humano, o equilíbrio social, a integração dos cidadãos na vida social e a educação para a democracia (KUJAWA; ZAMBAM, 2018, p. 14).

Partindo da premissa de que a habitação é um fator relevante na vida da pessoa idosa, neste artigo, traça-se um panorama das políticas públicas habitacionais brasileiras e as direcionadas as pessoas idosas. Para tanto, utiliza-se, como metodologia, a pesquisa bibliográfica e documental, relacionada à política pública habitacional brasileira, desde o período colonial até os dias atuais. Como se trata de um período muito longo para estudo, é elaborado um panorama geral das principais políticas supracitadas, sem discuti-las em profundidade.

2. AS POLÍTICAS PÚBLICAS HABITACIONAIS E A PESSOA IDOSA

No Brasil, o direito à habitação passou a constar mais efetivamente como direito constitucional a partir da Emenda Constitucional nº 26, de 2000, que versa sobre o 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 a infância, a assistência aos desamparados, na forma desta constituição” (BRASIL, 2018, s. p.).

As conformações urbanas conjugadas às condições habitacionais descortinam um caminho problemático e complexo da política habitacional brasileira, especialmente quando se observa a população desfavorecida, uma vez que “a trajetória da política habitacional brasileira é marcada por décadas de acúmulo de um passivo na provisão de moradia para a população de baixa renda (COSTA *et al.*, 2018, p. 119).

As políticas públicas direcionadas à população idosa têm o intuito de assegurar a integridade e a dignidade dessa população, e as políticas de habitação não fogem desse foco. Entretanto, há baixa cobertura para esse segmento populacional, sobretudo em se tratando da pessoa idosa carente. De fato, é garantida uma reserva de 3% do total das unidades

habitacionais dos programas; entretanto, é muito comum ocorrer entraves para conseguir essa provisão, em razão da burocracia, do baixo poder aquisitivo e da baixa escolaridade, entre outros fatores que dificultam tal acesso (SCHUSSEL, 2012; FREIRE; CARNEIRO JUNIOR, 2017). Além disso, há escassez na oferta de programas/políticas públicas de habitação para a pessoa idosa, como ressalta Zulma Schussel:

O programa “Melhores Práticas” da Caixa divulga projetos-referência com iniciativas voltadas à promoção do desenvolvimento local a partir da inclusão social, habitação, gestão municipal, ambiental e saneamento. No período 2011-2012 foram selecionadas as 20 melhores práticas que foram vencedoras do VII Prêmio CAIXA Melhores Práticas em Gestão Local, e nenhum dos selecionados tratava da problemática dos idosos (CAIXA, 2013), demonstrando o vazio que ainda existe em relação ao tema. No acervo acumulado das melhores práticas vencedoras, foi encontrado um único programa voltado para a população com mais de 60 anos. Trata-se do projeto Vila do Idoso desenvolvido pela COHABSP e Secretaria de Habitação – SEHAB/HABI da Prefeitura Municipal de São Paulo, que abriga 142 pessoas com mais de 65 anos, num programa de aluguel social implementado a partir de 2007 (SCHUSSEL, 2012, p. 62).

Há de fato uma lacuna no tocante às políticas habitacionais. Uma gama expressiva de municípios brasileiros possui algum programa/política voltada para as pessoas idosas, em geral na área de saúde, no combate à violência, no lazer, dentre outros, com exceção das relacionadas à habitação (IBGE, 2011). Além disso, há pouca produção científica, sendo escassos os trabalhos e estudos sobre o tema, apesar de o assunto ser relevante (COSTA *et al.*, 2016).

Outro programa tutelado pela OMS, datado de 2002, é o “Cidade Amiga do Idoso”, que traz diretrizes de análise da cidade mediante as necessidades dos idosos, estabelecendo se a cidade é ou não acessível, a fim de favorecer a sua inclusão. Em 2006, a OMS desenvolveu o Guia Global da Cidade Amiga do Idoso, documento ampliado com base no programa de 2002. As cidades que aderirem ao programa têm, no primeiro momento, um protocolo de avaliação e, posteriormente, ações relativas à acessibilidade e à inclusão da pessoa idosa na cidade e na sociedade. Como ressaltam Pfützenreuter e Alvim:

As políticas públicas pensadas em entender e atender o envelhecimento populacional depende das bases legais e justificativas para seu estabelecimento e para ações que sejam pensadas para abranger problemas futuros e não somente os imediatos e remediadores de intenções (PFÜTZENREUTER; ALVIM 2015, p. 126).

Para facilitar a visualização dos programas/políticas públicas de habitação brasileiras, elabora-se o Quadro 1 – Políticas Públicas de Habitação no Brasil, no período de 1534 a 2021. Contudo, o quadro não se restringe apenas às políticas e sim aos acontecimentos que, de

alguma maneira, influenciaram na promoção e na execução desses programas/políticas. Os textos utilizados como base de dados são: Bonates (2008), Bonduki (2000), Brasil (2004), Costa *et al.* (2016), Freire e Carneiro Junior (2017), Hotz (2008), Maricato (2000), Miguel *et al.* (2016), Pfützenreuter e Alvim (2015), Saule Junior e Rolnik (2002), Schussel (2012) e Vilaça (1986).

Quadro 1: Políticas públicas de habitação no Brasil, no período de 1534 a 2021

Data Período	Fato/Lei/Política	Diretrizes/ Desdobramentos
1534 a 1536	Sistema de Capitânicas Hereditárias	Distribuição de Terras de maneira injusta e concentrada para poucas pessoas
1850	Lei 601/1850 Lei das Terras	Regulamento de terras devolutas e aquisição das terras por meio de compra
1ª metade Séc. XIX	Cortiços Precariedade nas habitações	Moradia da população carente e escravos alforriados. Forma irregular de ocupação, Corresidência e Insalubridade
1856	Influência do Movimento Higienista da Europa no Brasil	Dificuldade na construção de novas moradias populares no centro da cidade, expulsão dos moradores de alguns cortiços e sua demolição
1888	Abolição da Escravatura	Falta de moradias e emprego para a população de escravos libertos Cidades desordenadas e ilegais, início da ocupação dos morros e periferias das cidades
Segunda metade Séc. XIX	Falta de produção de moradia para classe trabalhadora e negros libertos que residiam nos cortiços.	Forma ilegal e precária de moradia Periferização e favelização das cidades Ilegalidade, ocupação de morros e encostas
Segunda metade Séc. XIX	- Processo de urbanização (início) - Desenvolvimento industrial - Êxodo rural - Aumento expressivo da população urbana, agravamento da questão de moradias.	Aumento considerável dos assentamentos irregulares e ilegais Agravamento da periferização e favelização Condições precárias de moradia
1948	Declaração Universal Direitos Humanos	Proclamação pela Assembleia Geral das Nações Unidas em 10 de dezembro 1948. Contempla primordialmente os três direitos básicos: liberdade, igualdade e fraternidade
1946 a 1964	FCP – Fundação da Casa Popular	Financiamento da construção de moradia e do saneamento básico
1964	SFH – Sistema Financeiro de Habitação Lei 4.380/64	Captação de recursos para a produção de habitação, por meio de caderneta de poupança e recursos do FGTS (Fundo de Garantia por Tempo de Serviço) Marco de intervenção do governo no setor da habitação
1964 a 1986	BNH – Banco Nacional de Habitação	Gerenciamento do FGTS e definição das condições de financiamento das moradias
Dec. 1960-70	PROFILURB PRO-MORAR João de Barro	Auxílio à autoconstrução

1970 e 1980	Expansão acelerada das áreas ilegais. Explosão das moradias subnormais ¹⁶ (IBGE)	Colapso do sistema de crédito habitacional brasileiro
1986	Extinção do BNH passando a gestão do SFH para a CEF- Caixa Econômica Federal. Agravamento da crise econômica no Brasil.	Gerenciamento da questão de moradia no país, sob administração da CEF Agravamento da situação da população carente que busca áreas ilegais e ocupação irregular, condições de submoradia ¹⁷ (IBGE), como única forma de morar
1980 e 1990	Crescimento considerável do espaço urbano ilegal e irregular.	Exclusão social Descaso do poder público com a habitação
1988	Constituição Federal do Brasil	Referência normativa sobre os direitos de todo cidadão e da regularização fundiária
1995	Sepurb – Secretaria de Política Urbana	Vinculação ao Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão, que deu origem a futura Política Nacional de Habitação
1993 e 1998	Pró-Moradia Habitat-Brasil Morar Município	Programas voltados para a concessão de crédito direto aos cidadãos e à melhoria das condições de habitabilidade Recursos oriundos do Orçamento Geral da União e do Imposto Provisório sobre Movimentações Financeiras (IPMF)
1994	PNI – Política Nacional do Idoso	Marco na Política Pública dos direitos das pessoas idosas
1996	PNH - Política Nacional Habitação	Política voltada para população carente
1999	Criação do PAR – Programa de Arrendamento Residencial	Produção de conjuntos habitacionais para a população com renda de até seis salários mínimos. A forma de operação financeira por meio do Arrendamento mercantil ou <i>leasing</i>
2001	Estatuto da Cidade	Aumento da teoria legislativa e pouca efetivação das normativas sobre habitação e cidade
2003	Estatuto do Idoso	Avanço na questão de normatização dos direitos da pessoa idosa no Brasil
2005	SNHIS- Sistema Nacional Habitação de Interesse Social - Lei 11.124	Implementação de políticas e de programas para o acesso a moradia

¹⁶ **Aglomerado Subnormal** é uma forma de ocupação irregular de terrenos de propriedade alheia – públicos ou privados – para fins de habitação em áreas urbanas e, em geral, caracterizados por um padrão urbanístico irregular, carência de serviços públicos essenciais e localização em áreas restritas à ocupação. No Brasil, esses assentamentos irregulares são conhecidos por diversos nomes como favelas, invasões, grotas, baixadas, comunidades, vilas, ressacas, loteamentos irregulares, mocambos e palafitas, entre outros. Enquanto referência básica para o conhecimento da condição de vida da população brasileira em todos os municípios e nos recortes territoriais intramunicipais – distritos, subdistritos, bairros e localidades –, o Censo Demográfico aprimora a identificação dos aglomerados subnormais.

IBGE: Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/geociencias/organizacao-do-territorio/tipologias-do-territorio/15788-aglomerados-subnormais.html?=&t=o-que-e>

¹⁷ “**Submoradia** pode ser entendida como uma moradia abaixo das condições da qualidade de usufruto, tanto se comparadas à outra moradia, ou comparando-a com um padrão básico de habitação. Segundo a teoria das necessidades humanas de Doyal e Gough (1991), a habitação adequada é uma necessidade humana de caráter básico e que devem possuir algumas características fundamentais a fim de auxiliar a promover o bem-estar do indivíduo, a saber: garantia de abrigo suficiente em climas adversos, existência de saneamento e ausência de superlotação residencial. Todos esses itens são imprescindíveis para a manutenção não somente da saúde física, mas também da saúde mental do indivíduo. Assim, as habitações que não oferecem as possibilidades de atender a esses requisitos mínimos entram no conceito de submoradia” (LIMA, 2011, p. 7-8).

		popular de baixa renda
2005	FNHIS – Fundo Nacional de Habitação de Interesse Social.	Centralização de recursos orçamentários Programas de urbanização e de assentamento subnormais (IBGE)
2007	PAC – Programa de Aceleração do crescimento	Investimento em várias áreas, inclusive na habitação e saneamento, assim como infraestrutura urbana
2009	MCMV – Programa Minha Casa Minha Vida.	Financiamento de moradias nas áreas urbanas para famílias de baixa renda
2021	Programa Casa Verde e Amarela	Facilidade de acesso à moradia para a população de baixa renda, e melhoria das adequações habitacionais

Fonte: Elaboração própria (2021).

Conforme apresentado no Quadro 1, a princípio, no período da monarquia, Portugal desejava ocupar e controlar todo o território brasileiro, estabelecendo o Sistema de Capitânicas Hereditárias, no qual entregava aos portugueses grandes porções do território nacional. Essa ação portuguesa refletiu no futuro, fazendo com que as terras ficassem no poder de poucas pessoas e, conseqüentemente, resultou em grandes latifúndios. Dessa maneira, o difícil acesso à terra e ao solo para a moradia advém de tempos remotos da história. Para Hotz (2008, p. 11), “o maior desafio da política de habitação social brasileira é atuar diretamente contra a ilegalidade urbana, por meio da regularização fundiária”.

Assim, conforme dados do Quadro 1, a habitação no Brasil sempre foi um tema relegado do poder público, principalmente no que diz respeito à camada de baixa renda. Essa situação é mais evidente quando se observa o processo de abolição da escravatura, urbanização e industrialização, fatores que repercutiram diretamente na vida cotidiana na população e na sua forma de morar. Valadares e Cunha (2018) apontam que os despejos dos excluídos sociais, ocorridos nas senzalas, resultaram na primeira ocupação irregular brasileira, o Morro da Providência no Rio de Janeiro, datado na década de 1880, anterior à Proclamação da República, em 1889. Os cortiços e a ocupação irregular eram a única opção para essas famílias, uma vez que não havia meios dessa população acessar a moradia regular e não precária. O setor privado detinha a grande parte da produção da habitação, construía as habitações de forma precária para aluguel, existindo muito pouca fiscalização por parte das instituições públicas, sendo a legislação restrita no tocante à construção de moradias.

A política habitacional efetivada na década de 1946, a FCP – Fundação da Casa Popular, foi considerada a primeira política nacional de habitação do país. No decorrer de sua atuação, evidenciou-se um baixo desempenho na busca pela solução da delicada questão habitacional brasileira, maiormente em virtude de suas escolhas no tocante às regras estabelecidas para o financiamento, bem como à falta de recursos financeiros previstos,

locados em apenas alguns estados da federação. Dessa maneira, a política de âmbito nacional não alcançou suas diretrizes e muito menos a grande demanda por moradia, restringindo a produção de unidades habitacionais (BRASIL, 2004).

Em seu período de vigência (1964-1985), o BNH – Banco Nacional de Habitação foi responsável por grande parte da produção de unidades habitacionais no país. Contudo, Vilaça (1986, p. 29) salienta que “[...] o verdadeiro objetivo do BHN nunca foi oferecer casa própria, especialmente à população de menor renda, mas sim o de usar a casa própria (se possível até mesmo para a população de menor renda) para promover a acumulação”. Assim, por razões de sua operacionalização, mediante o SFH e o FGTS, foram financiadas mais unidades de habitação para a classe média do que para classe baixa, o que agravou a falta de moradia para essa camada da população.

De acordo com Oliveira (2014), apenas 33,5% das unidades habitacionais produzidas pelo BNH foram destinadas às pessoas de baixa renda, deixando muito a desejar no tocante quantitativo e qualitativo. Quanto à oferta de habitação no mercado popular - “[...] a opção que o BNH acabou escolhendo não foi a de atender a “faixa proletária de salário mínimo” já que o número de habitações que o SFH acabou financiando para famílias com renda inferior não só a um nem dois, mas a três salários mínimos, foi desprezível” (VILAÇA, 1986, p. 31).

Em 1996, foi realizada “A Conferência HABITAT II”, na cidade de Istambul na Turquia, que resultou no Plano de Ação Global - A Agenda Habitat – contemplando temas globais como direitos humanos, desenvolvimento social, entre outros tópicos relacionados às diretrizes para a criação de assentamentos humanos sustentáveis durante o século XXI. A Organização das Nações Unidas – ONU realizou a conferência que impactou a política de habitação no Brasil, bem como suas diretrizes que culminaram na elaboração da Política Nacional de Habitação, ainda em 1996, voltando o olhar para população menos favorecida. O deficit habitacional também foi um elemento constante nessa discussão, tanto o quantitativo como o qualitativo (BRASIL, 2004; BONATES, 2008).

A Agenda Habitat III, “A Nova Agenda Urbana”, de 2016, sediada na cidade de Quito, Equador, reforçou a importância da moradia sustentável e acessível para a população, assim como a responsabilidade dos dirigentes governamentais no encaminhamento dessas diretrizes por meio de políticas eficazes, como demonstrado no texto abaixo:

Comprometemo-nos a promover o papel da habitação economicamente acessível e sustentável e do financiamento habitacional, incluindo a construção de habitação social, no desenvolvimento econômico, e a contribuição do setor para estimular a produtividade em outros setores da economia, reconhecendo que a habitação aumenta a geração de capital, os rendimentos, a criação de emprego e os níveis de

poupança e pode contribuir para a condução de transformações económicas sustentáveis e inclusivas aos níveis nacional, subnacional e local (ONU, 2016, p. 16).

A criação do Programa de Arrendamento Residencial (PAR), em 1999, propiciou uma distinta modalidade de acesso das demais políticas de habitação. Seus recursos eram oriundos de: Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS), Fundo de Investimento Social (FINSOCIAL), Fundo de Desenvolvimento Social (FDS) e, por fim, Programa de Difusão Tecnológica para Construção de Habitação de Baixo Custo (PROTECH); instrumentalizados pelo Fundo de Arrendamento Residencial (FAR), pertencente à Caixa Econômica Federal (CEF). O acesso é em formato de arrendamento mercantil (ou *leasing*). A propriedade do imóvel pertence ao FAR até a finalização das parcelas do arrendamento, que dura cerca de quinze anos. Nesse período, o usuário poderia optar por adquirir ou não a propriedade do imóvel ao final do arrendamento. Bonates (2008) garante que o PAR tinha caráter inovador, como pode ser observado em sua fala:

No rol das políticas habitacionais brasileiras, em 1999, foi criado o PAR, um programa que se caracterizou, a princípio, pela construção de conjuntos de pequeno porte preferencialmente localizados na malha urbana, seguindo uma tendência de aproveitamento dos vazios urbanos, contrariamente à prática do BNH, marcado pelo modelo periférico de implantação. Todavia, num segundo momento, o PAR passou a implantar conjuntos fora da malha urbana, a fim de melhor se adaptar às novas condições económicas (BONATES, 2008, p. 1).

Com o decorrer dos anos, e na busca de melhoria da situação social, surgiu o PAC - Programa de Aceleração do Crescimento – que tem a habitação e o saneamento básico em suas diretrizes, com algumas iniciativas que visavam amenizar as problemáticas habitacionais. Entre essas diretrizes, está o MCMV, que protagoniza na atualidade o programa de acesso à casa própria para a população de baixa renda. A seleção dos participantes é de responsabilidade das prefeituras municipais, e a renda familiar para que a pessoa possa ser incluída no programa é de até R\$ 5.000,00 (cinco mil reais)¹⁸, conforme Brasil (2010). Para Costa *et al.* (2018), o Plano Nacional de Habitação (PlanHAB) preza pela redução do deficit:

O PlanHAB pretende ser um importante instrumento de planejamento de longo prazo do setor habitacional e tem como diretriz reduzir, no prazo de até quinze anos, o *deficit* habitacional, estimado em 7,9 milhões de domicílios no ano de 2006 (e posteriormente estimado pela Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD 2007 em 6,3 milhões) (COSTA *et al.*, 2018, p. 122).

¹⁸ O que equivale a 5,10 salários-mínimos vigentes no Brasil, em 2019.

O MCMV teve como meta o enfrentamento do déficit habitacional brasileiro, por meio da construção em grande escala de unidades habitacionais. Foram previstos, dentro do MCMV, dois subprogramas, um direcionado à área urbana e outro direcionado à área rural, em razão das distinções socioespaciais do campo e da cidade (CARVALHO; STEPHAN, 2016).

O PNHU “tem por objetivo promover a produção ou aquisição de novas unidades habitacionais ou a requalificação de imóveis urbanos” (Art. 4º, Lei n. 12.124/2011), enquanto cabe ao PNR “subsidiar a produção ou reforma de imóveis aos agricultores familiares e trabalhadores rurais (...)” (Art. 11, Lei n. 12.124/2011) (CARVALHO; STEPHAN, 2016, p. 286).

Contudo, a prática do programa demonstrou problemas expressivos com relação à segregação espacial e à baixa qualidade nas construções (KRAUSE *et al.*, 2013; ROLNIK *et al.*, 2015; COSTA *et al.*, 2018). Em virtude das falhas no processo do programa e da baixa fiscalização, nota-se que, muitas vezes, o MCMV privilegia a terra de menor valor fundiário, que está localizada em áreas periféricas da cidade, favorecendo o espraiamento urbano, como complementam Rolnik *et al.*:

Apesar dos muitos bilhões de reais em subsídios públicos, o PMCMV não impacta a segregação urbana existente, apenas a reforça, produzindo novas manchas urbanas monofuncionais ou aumentando a densidade populacional de zonas guetificadas já existentes. Assim como no caso da política habitacional chilena, cujo modelo foi usado como fonte de inspiração, a experiência do PMCMV evidencia a dificuldade de se conciliar uma política pública guiada por uma racionalidade de mercado com o desafio de produzir cidade para todos, o que não se alcança por meio de uma lógica de inclusão pelo consumo, dependendo de uma perspectiva de universalização de direitos (ROLNIK *et al.*, 2015, p. 13).

Além de não atingir condições que impactem positivamente a segregação urbana, o programa MCMV não apresenta eficácia do ponto de vista social, conforme concluem Carvalho e Stephan (2016). Em seu estudo, avaliam-se dois empreendimentos de conjunto habitacional do programa MCMV, atestando importante limitação urbanística e arquitetônica (CARVALHO; STEPHAN, 2016). Araújo *et al.* (2020) confirmam que o MCMV é alvo de muitas pesquisas, pois o programa demonstra uma baixa noção de bem-estar, além de oferecer pouca qualidade da obra.

Praticamente todas as condições foram consideradas piores do que aquelas vivenciadas pelos entrevistados nos seus bairros de moradia anterior. A situação é mais grave no caso da infraestrutura urbana e das condições de acesso aos próprios empreendimentos, aos locais de trabalho e aos equipamentos urbanos de saúde, educação (escolas e creches) e lazer. A precariedade dos acessos aos conjuntos

(condições das vias principais de acesso, dificuldade de acesso ao transporte coletivo, aos locais de trabalho e aos equipamentos de educação, saúde e lazer) constituem fatores que segregam espacialmente a população moradora nos conjuntos habitacionais e, portanto, também são indicativos de falta de eficácia social. [...] Por sua vez, as más condições dos serviços urbanos no interior dos conjuntos (drenagem pluvial, falta de sinal de celular, falta de telefonia fixa, calçamento, etc.) denotam um desrespeito do poder público pelos moradores, que são tratados como cidadãos de “segunda categoria” (CARVALHO; STEPHAN, 2016, p. 303).

As condições precárias de infraestrutura urbana aos acessos dos conjuntos, assim como a precariedade do interior das habitações, situação lamentavelmente comum aos empreendimentos MCMV pelo Brasil afora, demonstram uma falha relevante da política, em algum momento de seu planejamento ou de sua efetivação, que repercute diretamente na população atendida, reforçando as segregações social e espacial (ROLNIK, 2015; CARVALHO; STEPHAN, 2016). Essa conjuntura na vida da pessoa idosa contribui para a vulnerabilidade social, além das citadas segregações social e espacial.

No período que compreende o intervalo entre os programas habitacionais federais, MCMV e Casa Verde Amarela, notou-se o desenvolvimento do programa MCMV em todo território brasileiro. Vale ressaltar que, segundo Valadares e Cunha (2018), a segregação social é um dos frutos da desigualdade de acesso à moradia no país, fato diretamente associado à economia excludente e ao cunho comercial da habitação, como exposto na citação a seguir:

O consumo da habitação é um aspecto da questão social mais ampla, do quadro de distribuição de renda e dos significados e valores associados a ela. É um bem com valor de uso: para dar abrigo, fixação, atender a necessidade de subsistência e valor de troca: é uma mercadoria, tem um preço. [...] Porém, ela não é uma mercadoria como outra qualquer, ela é um bem caro e sua comercialização depende, muitas vezes, de financiamentos a longos prazos. Morar em algum lugar é uma necessidade básica das pessoas e ainda, esse bem representa parcela significativa do setor de construção civil (OLIVEIRA, 2014, p. 37).

Dessa maneira, o valor fundiário, a implantação em terra não urbanizada e distante dos centros urbanos, os entraves mediante aos interesses e as vontades políticas, assim como a gestão e a fiscalização do programa, levaram a resultados pouco satisfatórios, tanto na provisão de moradia, como na qualidade de muitas habitações construídas durante a vigência do programa. O acesso à moradia digna é um relevante problema urbano, e o MCMV, infelizmente, não conseguiu mitigar essa problemática brasileira, apesar das expectativas geradas em seu lançamento e vigência.

O Minha Casa Minha Vida é apontado como extremamente positivo do ponto de vista de ser um programa que visa reduzir o déficit habitacional, visto que mesmo

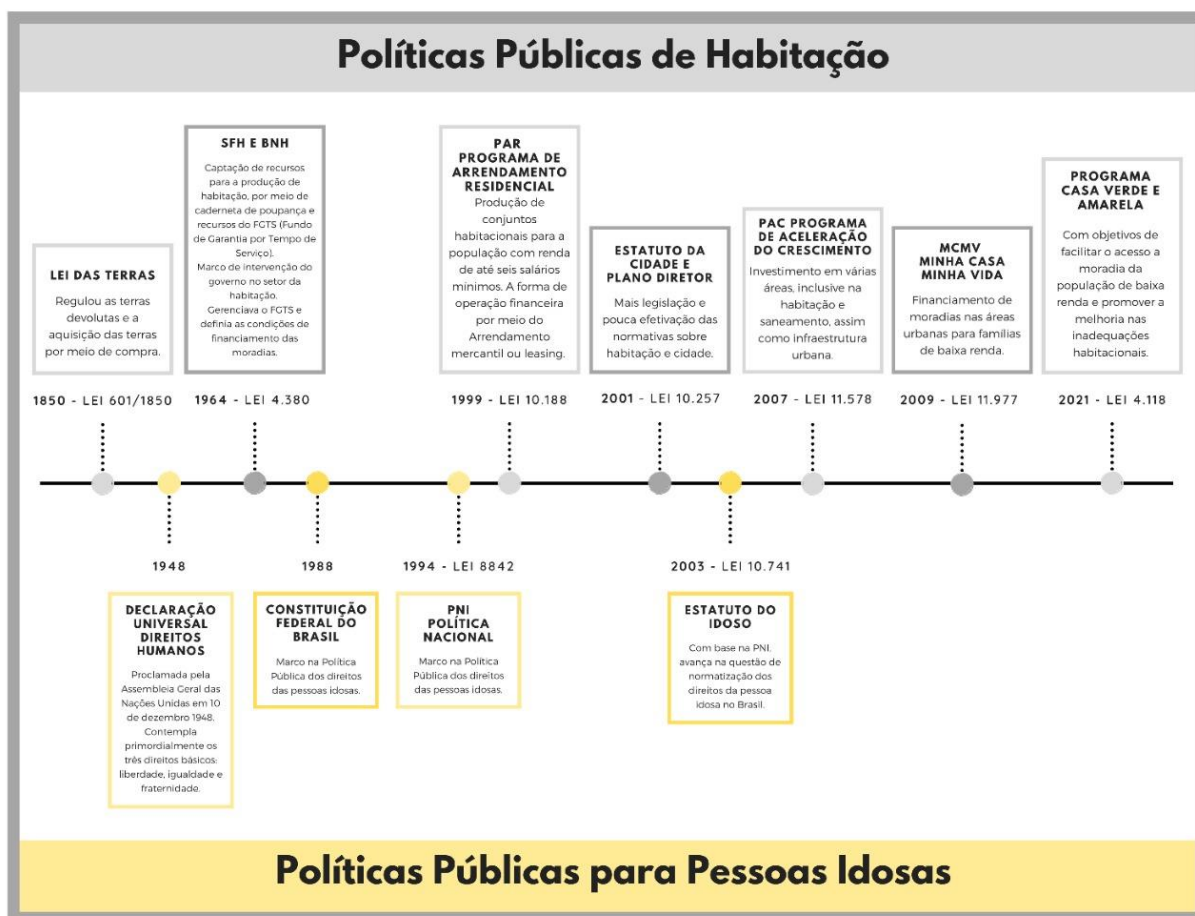
após décadas do fim do BNH nenhuma outra política exclusiva à construção de novas habitações foi implantada. Porém, algumas falhas, assim como no passado, continuam a se repetir, que é o fato do problema habitacional ser tratado resumidamente como casas a serem construídas, não levando em consideração outros fatores como a proximidade da malha urbana, acessibilidade, qualidade, infraestrutura, entre outros recursos que reconheçam o direito à cidade (OLIVEIRA, 2014, p. 42).

Cabe lembrar que a provisão da moradia popular é afetada sobremaneira pela descontinuidade das políticas habitacionais. Assim, considera-se que a mudança do Programa MCMV para o Casa Verde e Amarela, com caráter tão semelhante em seus fundamentos, demonstra essa fragilidade e, também, pouca aprendizagem com as falhas do antigo. O Programa Casa Verde e Amarela acabou de ser lançado, mas aparentemente deverá permanecer sob as mesmas premissas do MCMV. Valadares e Cunha (2018, p. 670) finalizam que “a provisão habitacional é, incontestavelmente, direito social que necessita de acuidade no tratamento. Não há acessibilidade de direitos enquanto forem tratados como mercadoria”.

Entre as Políticas Públicas Habitacionais já mencionadas, algumas possuem repercussão mais efetiva na vida da pessoa idosa no Brasil. Na Figura 1, a seguir, apresenta-se o percurso das Políticas Habitacionais e das Políticas para Pessoas Idosas, especificamente por meio de uma linha do tempo. Nota-se uma ausência de menção a esse segmento da população no desenho da Política Habitacional até o Programa MCM. Como já mencionado, o Programa Casa Verde Amarela (2021) replica as condições encontradas no MCMV, e no desenho da política do programa atual, não se observa nenhum avanço relativo às dificuldades já observadas quanto ao acesso da pessoa idosa ao programa. A pessoa idosa seria contemplada, conforme políticas anteriores, de forma genérica, como todo cidadão.

De acordo com a linha do tempo, em termos das políticas públicas habitacionais, em 18 de setembro de 1850, o imperador Dom Pedro II aprovou a conhecida “Lei de Terras”, que impactou sobremaneira o uso, o direito e o acesso ao solo brasileiro até a contemporaneidade, sobretudo no tocante a concentração fundiária (Figura 1).

Figura 1 – Linha do tempo das políticas públicas de habitação e políticas públicas para pessoa idosa no Brasil



Fonte: Elaboração própria (2020).

Após a extinção do Sistema de Sesmarias¹⁹, no período da Independência do Brasil (1822), a ocupação de terras já se encontrava em situação delicada e complexa. Então, a “Lei de Terras” consiste em uma iniciativa de organizar e recuperar terras doadas no processo de colonização, além de incentivar a vinda de imigrantes para o país, conforme texto da Lei 601:

D. Pedro II, por Graça de Deus e Unanime Acclamação dos Povos, Imperador Constitucional e Defensor Perpetuo do Brasil: Fazemos saber a todos os Nossos Subditos, que a Assembleia Geral Decretou, e Nós queremos a Lei seguinte: Dispõe sobre as terras devolutas no Império, e acerca das que são possuídas por título de sesmaria sem preenchimento das condições legais. bem como por simples título de posse mansa e pacífica; e determina que, medidas e demarcadas as primeiras, sejam elas cedidas a título oneroso, assim para empresas particulares, como para o

¹⁹ O sistema de Sesmarias foi uma herança portuguesa muito praticada na Idade Média Baixa em Portugal. No Brasil, consistia em fracionar as Capitânicas Hereditárias (1534) em partes menores para cultivo e povoação de terras virgens. Doadas pelo rei Dom João III, não era assegurado a propriedade da terra, e sim, apenas o seu uso (HORNBERG; PHILIPS, 2016; ROCHA; CELESTINO, 2010).

estabelecimento de colonias de nacionaes e de estrangeiros, autorizado o Governo a promover a colonisação estrangeira na forma que se declara (BRASIL, 1850, s. p.).

Contudo, a prática da lei produziu efeito perverso para a maioria dos lavradores, que não conseguiam acessar às propriedades/terras. Os imigrantes, que em sua maioria chegava sem recursos financeiros, trocavam a força de trabalho para as grandes propriedades rurais, até conseguirem adquirir pequenos terrenos. Dessa maneira, ficou consolidado o destino das terras devolutas incorporadas ao domínio particular, favorecendo a formação de grandes latifúndios e, em decorrência disso, a dificuldade da pequena propriedade e da democratização solo brasileiro (BRASIL, 1850; ROCHA; MENDES, 2009; CELESTINO, 2010; HORNBURG; PHILIPS, 2016).

Sendo assim, a dificuldade de acesso à terra, desde os primórdios de nosso país, é o fio condutor que guia as complexidades habitacionais atuais, tanto no que tange à provisão como na qualidade da moradia. Essa problemática atinge a população em geral, entretanto, para a pessoa idosa, essa dificuldade se agrava quando acrescidos a baixa escolaridade e, conseqüentemente, o baixo poder aquisitivo.

O direito à moradia digna é contemplado pelas normativas que compõem a Declaração Universal dos Direitos Humanos, criada, em 1948, pela Assembleia Geral da ONU. De maneira generalista, acolhe todo cidadão, como detentor de direitos que fazem parte da dignidade humana. Sendo assim, fica implícito que todo indivíduo está inserido no documento, da infância à velhice. Desse modo, remonta a primeira normativa na qual a pessoa idosa é contemplada, mesmo que seja necessário interpretar de forma implícita e global. Apesar de ser uma tratativa internacional, a Declaração Universal dos Direitos Humanos repercute na legislação brasileira, já que o país é parte integrante das Nações Unidas. No Art. 25 da Declaração, fica clara a relevância desses direitos fundamentais, os quais habilitam a pessoa a desenvolver suas potencialidades e a viver dignamente nos âmbitos físico, mental e emocional:

Artigo 25 - 1. Todo ser humano tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e à sua família saúde, bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis e direito à segurança em caso de desemprego, doença invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência em circunstâncias fora de seu controle (ONU, 1948, s. p.).

A habitação não deve ser restrita apenas a um abrigo. Para ser adequada e digna, é preciso ter infraestrutura básica no seu interior e entorno, estar fixada em solo urbanizado,

legalizado, conectado à cidade, além de oferecer conforto ambiental aos moradores. O acesso à habitação promove a dignidade prevista no artigo supracitado, conferindo saúde e bem-estar a todo cidadão, especialmente à pessoa idosa. A partir da Declaração de Direitos Humanos, a habitação ganhou *status* de direito fundamental, configurando um direito universal.

Ao considerar a dignidade da pessoa humana em uma sociedade justa e solidária, a Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, atribui à habitação um fator relevante ao bem-estar do indivíduo, já que uma moradia adequada promove dignidade, segurança e saúde, itens fundamentais para vida em sociedade. Ademais, o documento abarca o “paradigma dos direitos para pessoa idosa assim como o paradigma da proteção integral para crianças e adolescentes” (FALEIROS, 2008, p. 37); nesse sentido, contribui sobremaneira no debate acerca do bem-estar da pessoa idosa e sua moradia.

No documento, menciona-se o dever das esferas do Poder Público Federal, Estadual e Municipal, para organizar programas que ofereçam a promoção da construção de moradias novas e também da qualificação de residências com inadequações, além da promoção de saneamento básico e infraestrutura urbana. O texto da Carta Magna evoluiu no decorrer do tempo, conforme as novas demandas da sociedade se apresentavam. A habitação ganhou incrementos desde sua publicação original (1988), como se nota nos parágrafos do documento publicado em 2019:

Art. 21. Compete à União:

XX - Instituir diretrizes para o desenvolvimento urbano, inclusive habitação, saneamento básico e transportes urbanos;

Art. 79. É instituído, para vigorar até o ano de 2010, no âmbito do Poder Executivo Federal, o Fundo de Combate e Erradicação da Pobreza, a ser regulado por lei complementar com o objetivo de viabilizar a todos os brasileiros acesso a níveis dignos de subsistência, cujos recursos serão aplicados em ações suplementares de nutrição, habitação, educação, saúde, reforço de renda familiar e outros programas de relevante interesse social voltados para melhoria da qualidade de vida.

Art. 103.

Parágrafo único. Na vigência do regime especial previsto no art. 101 deste Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, ficam vedadas desapropriações pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, cujos estoques de precatórios ainda pendentes de pagamento, incluídos os precatórios a pagar de suas entidades da administração indireta, sejam superiores a 70% (setenta por cento) das respectivas receitas correntes líquidas, excetuadas as desapropriações para fins de necessidade pública nas áreas de saúde, educação, segurança pública, transporte público, saneamento básico e habitação de interesse social.

Art. 187. A política agrícola será planejada e executada (...)

VIII - a habitação para o trabalhador rural

Art. 243. As propriedades rurais e urbanas de qualquer região do País onde forem localizadas culturas ilegais de plantas psicotrópicas ou a exploração de trabalho escravo na forma da lei serão expropriadas e destinadas à reforma agrária e a programas de habitação popular, sem qualquer indenização ao proprietário e sem prejuízo de outras sanções previstas em lei, observado, no que couber, o disposto no art. 5º (BRASIL, 2019, s. p.).

Como já mencionado, a legislação brasileira assenta a questão da habitação como direito fundamental do cidadão por meio da Constituição de 1988. Busca-se, então, “assegurar o exercício dos direitos sociais e individuais, a liberdade, a segurança, o bem-estar, o desenvolvimento, a igualdade e a justiça como valores supremos de uma sociedade fraterna, pluralista e sem preconceitos” (BRASIL, 2019, p. 11).

Assim como a habitação, os direitos da pessoa idosa estão presentes na Constituição de 1988; entretanto, ao se tratar das pessoas idosas, essa é a primeira menção mais efetiva na legislação. Na constituição de 1934, por exemplo, a velhice é associada à improdutividade e à carência de filantropia. Assim, a menos que a pessoa idosa estivesse inserido no mercado de trabalho, ele não teria algum direito específico.

Segundo Faleiros (2008), os direitos das pessoas idosas têm seu marco na transição democrática brasileira. Os marcos constitucionais e legais, especialmente na esfera federal, foram assegurados pós-ditadura: Constituição de 1988, Política Nacional do Idoso - PNI de 1994 e Estatuto do Idoso em 2003. “Culturalmente, a velhice pode ser silenciada pela discriminação e pelas violências. Assim, a democratização abre caminhos para manifestações de pessoas idosas [...] e para a organização de idosos que passaram a implementar fóruns, conselhos, centros (FALEIROS, 2008, p. 36).

Vale ressaltar que atos violentos na sociedade e em grupos sociais têm se tornado cada vez mais frequentes, especialmente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. A “socialização violenta” tem sido uma constante, caracterizada principalmente por práticas sociais agressivas, relações de poder assimétricas e autoritárias (MIRANDA *et al.*, 2020). Essa violência repercute de forma significativa na vida da pessoa idosa, sobretudo o de renda menor. A violência também incide na mulher idosa, que por condições culturais, educacionais e econômicas, vive mais a vulnerabilidade social ao se comparar com o homem idoso. Entretanto, mesmo em diferentes intensidades, ambos são atingidos.

De acordo com a PNI (1994), a moradia, assim como outros direitos, como saúde e assistência, é tratada de maneira mais efetiva, como expressado no Art. 10 do Cap. IV da referida lei:

CAPÍTULO IV Das Ações Governamentais

Artigo 10 - Na implementação da política nacional do idoso, são competências dos órgãos e entidades públicos:

V - na área de habitação e urbanismo: a) destinar, nos programas habitacionais, unidades em regime de comodato ao idoso, na modalidade de casas-lares; b) incluir nos programas de assistência ao idoso formas de melhoria de condições de

- habitabilidade e adaptação de moradia, considerando seu estado físico e sua independência de locomoção;
- c) elaborar critérios que garantam o acesso da pessoa idosa à habitação popular;
- d) diminuir barreiras arquitetônicas e urbanas (BRASIL, 1994, s. p.).

A PNI apresenta importante avanço no que concerne leis ordinárias de proteção à pessoa idosa. O documento baliza diretrizes das esferas do Poder Federal, Estadual e Municipal, assim como os setores responsáveis por sua promoção (BRASIL, 1994; ALCÂNTARA, 2016). Entretanto, não foi suficiente para garantir esses direitos, e a moradia está entre essas insuficiências, mesmo sob a ciência de que a implementação das políticas públicas caracteriza um processo gradativo.

O adjetivo “digna” que acompanha a moradia, segundo expressado no Art. 37 do Estatuto do Idoso, não aparece de forma inadvertida, ao contrário, está alinhado ao reconhecimento “dos direitos da pessoa idosa enquanto sujeito de direitos à cobertura das necessidades, à dignidade, à velhice, à proteção e ao protagonismo” (FALEIROS, 2016, p. 22). O estatuto inova ao sugerir a descentralização das políticas para o envelhecimento, dando lugar de destaque às localidades e às municipalidades, sugerindo a formação de conselhos que incentivem a participação da pessoa idosa no desenho das políticas para ele próprio. No Capítulo IX, nos artigos 37 e 38 do Estatuto, nota-se a importância da moradia à escolha da pessoa idosa:

CAPÍTULO IX – Da Habitação.

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

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

§ 2º Toda instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

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

- I – reserva de pelo menos 3% (três por cento) das unidades habitacionais residenciais para atendimento aos idosos;
- II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;
- III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;
- IV – critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão.

Parágrafo único. As unidades residenciais reservadas para atendimento a idosos devem situar-se, preferencialmente, no pavimento térreo (BRASIL, 2004, p. 17).

À pessoa idosa autônoma e independente cabe a escolha que mais adequa aos seus anseios e condições, possibilitando a opção de morar sozinho, com a família ou ILPI pública, filantrópica ou privada. O Estatuto prevê a reserva de 3% das unidades habitacionais dentro dos programas habitacionais governamentais, no intuito de favorecer a propriedade da moradia a pessoa idosa. Cumpre lembrar que a política de assistência social resguarda a moradia para o segmento populacional idoso em situação de vulnerabilidade, por meio de serviços socioassistenciais, serviços de acolhimento temporário e também de longa permanência (BRASIL, 2004; CARVALHO *et al.*, 2012; FALEIROS, 2016).

No final do século XX e na primeira década do século XXI, dois programas com vistas à melhoria de vida do cidadão foram implantados no país - o PAR (1999) e o PAC (2007). Ambos não mencionam especificamente a questão de moradia da pessoa idosa, entretanto, em suas diretrizes e normativas, há a intenção de propiciar bem-estar ao indivíduo, com envergadura para o avanço da cidadania.

O PAR foi um programa de caráter inovador nas políticas habitacionais do país. Promovido pelo Ministério das Cidades, tem a Caixa Econômica Federal como agente executor e detentor da concessão das verbas para a construção e “apoio financeiro para as operações de arrendamento e manutenção dos empreendimentos” (CIDADE DE SÃO PAULO, 2009, s. p.), e o Fundo de Arrendamento Residencial – FAR, como agente financiador.

O PAR é promovido pelo Ministério das Cidades

As famílias interessadas procuram a Secretaria de Habitação Municipal para se candidatar. A secretaria faz uma pré-seleção e indica as famílias à CAIXA. Aquelas que forem selecionadas definitivamente começam a morar nas unidades habitacionais pagando uma taxa mensal inferior ao aluguel cobrado na região. Ao final de 15 anos, elas têm a opção de comprar os imóveis (CEF, 2019, s. p.).

O PAC foi composto por cinco eixos fundamentais: medidas de infraestrutura; medidas para estimular crédito e financiamento; melhoria do marco regulatório na área ambiental; desoneração tributária; e, por fim, medidas fiscais a longo prazo. Dessa maneira, a habitação foi vinculada ao bloco principal do programa, o da infraestrutura, que contemplava também a base social: habitação, saneamento e transporte. Segundo Bonduki (2009), o PAC previa investimento robusto na infraestrutura, com atenção especial à habitação de cunho social, com a finalidade de implantar grandes obras de infraestrutura. Entre seus componentes,

o programa assume o caráter social, prevendo-se, para tanto, recursos extraordinários para o setor da habitação.

Os dois programas contribuem para a produção e o acesso à habitação das famílias beneficiadas, especialmente as de menor renda, e de maneira indireta a pessoa idosa, por meio de si própria ou de familiares.

O Estatuto da Cidade foi implementado como alternativa para a Política Urbana, em um país com histórico de arquétipo injusto e insustentável de ocupação de terra urbana. Em suas diretrizes e normas, busca-se atender aos princípios de ordem pública e interesse social, com vistas ao uso racional e justo do solo urbano. Basicamente, versa sobre esse uso com fins de promover o bem coletivo, da segurança e do equilíbrio ambiental. Carvalho e Rossbach (2010, p. 3) salientam que o Estatuto traz “[...] conceitos que orientam o esforço brasileiro para superação da desigualdade urbana. A peça central desses esforços é o Estatuto da Cidade, um instrumento jurídico único e inovador, concebido pelo amplo movimento de reforma urbana no país”. Dessa maneira, alicerça-se na questão fundiária brasileira, que favorece sobremaneira a segregação socioespacial. Apesar de não citar a pessoa idosa diretamente, possui diretrizes robustas acerca da infraestrutura urbana e normatização do déficit habitacional, assim como da inadequação da moradia (ROLNIK; SALES JUNIOR, 2002).

Em seu segundo artigo,

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 infraestrutura 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; III – cooperação entre os governos, a iniciativa privada e os demais setores da sociedade no processo de urbanização, em atendimento ao interesse social; IV – planejamento do desenvolvimento das cidades, da distribuição espacial da população e das atividades econômicas do Município e do território sob sua área de influência, de modo a evitar e corrigir as distorções do crescimento urbano e seus efeitos negativos sobre o meio ambiente; V – oferta de equipamentos urbanos e comunitários, transporte e serviços públicos adequados aos interesses e necessidades da população e às características locais (BRASIL, 2008, p. 15).

Um instrumento relevante para o desenvolvimento das cidades, e com proeminente potencial de acolher demandas específicas de cada localidade, é o Plano Diretor, que está inserido na Política Urbana do Estatuto da Cidade. Mesmo não tendo nenhuma menção explícita ao cidadão idoso, a legislação prevê a participação popular, assim como o estudo das especificidades de cada cidade onde há a implementação do Plano Diretor, favorecendo,

assim, a inclusão de fornecimento e a qualificação de habitação para diversos segmentos populacionais, como mostrado no Art. 5º do Estatuto:

Art. 5º - Lei municipal específica para área incluída no plano diretor poderá determinar o parcelamento, a edificação ou a utilização compulsórios do solo urbano não edificado, subutilizado ou não utilizado, devendo fixar as condições e os prazos para implementação da referida obrigação (BRASIL, 2008, p. 15).

Apesar de o Estatuto da Cidade ter introduzido uma legislação ampla, e ao mesmo tempo cuidadosa, para uma prática bem-feita acerca do direito à cidade e à moradia digna, o texto legal não conseguiu abarcar as soluções necessárias, tampouco resolver os problemas estruturais da questão habitacional brasileira.

Em 2009, o MCMV foi implementado como uma política que buscava garantir o direito à habitação. Especificamente para a população idosa, o referido programa reservava 3% (três por cento) das unidades habitacionais ofertadas. “Para atendimento à demanda de cotas devem ser adequadas, no mínimo 3% das UHs do empreendimento, direcionadas ao atendimento de cada um dos seguintes seguimentos: • pessoas idosas, com idade igual ou superior a 60 anos” (BRASIL, 2009, p. 9). O programa também estabelecia que essa provisão poderia ser expandida em razão das especificidades do local do empreendimento, conforme a necessidade de unidades em proporção a população idosa, ficando a cargo de normas estaduais ou municipais, de acordo com as legislações concernentes. Em 2021, o MCMV deu lugar ao “Programa Habitacional Casa Verde Amarela”, que tem diretrizes muito semelhantes em comparação ao programa anterior. Foi criado como uma iniciativa para facilitar o acesso da população de baixa renda à moradia digna, conforme o seguinte texto da lei:

Art. 3º - São objetivos do Programa Casa Verde e Amarela:

I - ampliar o estoque de moradias para atender às necessidades habitacionais, sobretudo da população de baixa renda;

II - promover a melhoria do estoque existente de moradias para reparar as inadequações habitacionais, incluídas aquelas de caráter fundiário, edifício, de saneamento, de infraestrutura e de equipamentos públicos;

III - estimular a modernização do setor da construção e a inovação tecnológica com vistas à redução dos custos, à sustentabilidade ambiental e à melhoria da qualidade da produção habitacional, com a finalidade de ampliar o atendimento pelo Programa Casa Verde e Amarela;

IV - promover o desenvolvimento institucional e a capacitação dos agentes públicos e privados responsáveis pela promoção do Programa Casa Verde e Amarela, com o objetivo de fortalecer a sua ação no cumprimento de suas atribuições; e

V - estimular a inserção de microempresas, de pequenas empresas e de microempreendedores individuais do setor da construção civil e de entidades privadas sem fins lucrativos nas ações do Programa Casa Verde e Amarela.

Art. 4º - O Poder Executivo federal definirá:

III - os critérios de seleção e de hierarquização dos beneficiários, bem como as regras de preferência aplicáveis a famílias em situação de risco ou vulnerabilidade, que tenham a mulher como responsável pela unidade familiar ou de que façam parte pessoas com deficiência ou idosos, entre outras prioridades definidas em leis específicas ou compatíveis com a linha de atendimento do Programa;

Art. 8º - Respeitados os regulamentos específicos de cada uma das fontes de recursos e a necessária vinculação ao Programa Casa Verde e Amarela, são passíveis de compor o valor de investimento da operação:

§ 1 - Os projetos, as obras e os serviços contratados observarão:

I - condições de acessibilidade e de disponibilidade de unidades adaptáveis e acessíveis ao uso por pessoas com deficiência, com a mobilidade reduzida ou idosos, nos termos da Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015 (Estatuto da Pessoa com Deficiência), e da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto do Idoso), respectivamente (BRASIL, 2021, s. p.).

O programa pretende, além de facilitar o acesso à moradia, promover melhorias no estoque existente de habitações, reparando inadequações habitacionais, incluídas aquelas de caráter fundiário, de saneamento, de infraestrutura e de equipamentos públicos. No tocante à habitação direcionada à pessoa idosa, conserva o percentual apresentado no Estatuto do Idoso, ou seja, oferece a provisão de 3% (três por cento) das unidades.

Em geral, as iniciativas de programas de habitação para a população idosa de baixa renda têm se apresentado pelos Poderes Estadual e Municipal. Vale ressaltar que esses projetos e programas habitacionais não conseguem abarcar o problema relativo à demanda da moradia, ou de moradia adequada e digna para essa faixa etária, acabando tendo efeito paliativo. Entretanto, não se deve perder de vista seu valor, uma vez que colocam luz no delicado problema da habitação da pessoa idosa no país.

Alguns programas dessa natureza são listados para ilustrar a diversidade e a falta de certo “padrão” no tocante à política pública habitacional para pessoa idosa, mesmo diante do poder público regional e, ou, local (CEHPA, 2014; COSTA *et al.*, 2016, KUNTS, 2016):

- Em 1999, a Sociedade Brasileira de Ortopedia e Traumatologia (SBOT) lançou um concurso para eleger o melhor projeto que propusesse caminhos para soluções e melhorias físicas na habitação das pessoas idosas, “objetivando medidas simples e de baixo custo que aprimorassem o ambiente no qual o idoso vive” (COSTA *et al.*, 2016, p. 304). O projeto ganhador foi o *Casa Segura*, que serviu de inspiração para outros projetos, como o “Kit Banheiro Seguro”, da cidade de Belo Horizonte.
- O condomínio *Cidade Madura*, no estado da Paraíba, foi inaugurado pelo governo do Estado em 2014, por meio da Companhia Estadual de Habitação Popular da Paraíba (CEHPA), com o objetivo de abrigar pessoas idosas que não tinham como comprar suas próprias casas e que conseguiam viver sozinhos, tendo independência e autonomia. São 40 (quarenta) unidades habitacionais em um espaço servido de praça, horta comunitária, salão

para atividades físicas e sociais, além de consultório médico. Contam com um porteiro 24 h na entrada do condomínio, aula de Educação Física uma vez por semana, uma técnica de enfermagem durante o dia e consultas médicas uma vez por mês.

- O Programa “Kit Banheiro Seguro” é da Secretaria de Assistência Social Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Com vistas à acessibilidade e à segurança da pessoa idosa, dentro de sua própria residência, o programa foi implantado em 2010 e finalizado em 2016, contemplando 750 idosos de baixa renda, distribuídos nas nove regionais do município. O órgão responsável pelos cadastros é a Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa (CDPI), dos Centros de Saúde e Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Todo processo foi acompanhado pela CDPI, desde o cadastro até a instalação do kit. A princípio, há avaliações socioeconômicas dos indicadores da saúde e da autonomia da pessoa idosa. A etapa seguinte é a vistoria na moradia feita pela Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte (URBEL), com intuito de identificar as necessidades de intervenção.

- As modalidades para incentivar a pessoa idosa a permanecer em sua moradia foram iniciativas observadas pelas prefeituras de São José dos Campos (SP) e do Rio de Janeiro (RJ): Programa de Atenção Domiciliar ao *Idoso* e São Paulo (SP): Programa de Acompanhamento de Idosos. Tratam-se de projetos de assistência na residência, vinculados à área de saúde e de assistência social desses municípios. Seu objetivo principal é tornar a casa mais segura, evitando acidentes e otimizando as condições de habitabilidade.

Mesmo com o exemplo de alguns projetos vinculados à moradia da pessoa idosa, há uma grande demanda reprimida que abarca a população idosa. Em nível federal, ainda não há uma política pública para adequação da moradia, com incentivo à permanência da pessoa idosa em sua própria casa. Vale ressaltar que há uma tendência mundial da pessoa idosa em morar sozinho ou apenas com o cônjuge idoso, dessa maneira, seriam imprescindíveis tais políticas públicas.

Com efeito, cumpre destacar os dizeres de Faleiros (2018, p. 47): a legislação traduz “tanto a necessidade de proteção como o incentivo ao protagonismo, à participação e a qualidade de vida, dimensões que, de fato, devem ser articuladas na implementação das políticas sociais formalmente assinaladas na Constituição”. Nessa perspectiva, leis por si só não abarcam o desenvolvimento dos indivíduos e das instituições, tampouco conferem cidadania. Portanto, é necessário um conjunto de iniciativas por parte do Estado, da

sociedade, da família e do próprio indivíduo, no tocante à participação, saúde e educação, para que o envelhecimento e as demandas inerentes a ele sejam transformados em vida exitosa. Nesse sentido, a moradia possui grande destaque.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da segunda metade do século XX, muitos brasileiros passaram a morar nas áreas urbanas em detrimento à zona rural, impactando significativamente as demandas da população por serviços e direitos (a habitação é uma dessas demandas).

Para atender à população em geral, é preciso o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas, bem planejadas, executadas e fiscalizadas. Quando se trata da população idosa, tais necessidades se tornam mais particulares e devem atender às especificidades inerentes ao envelhecimento humano, sobretudo quando se trata da residência.

O fenômeno do envelhecimento é marcante no final do Séc. XX e início do Séc. XXI no Brasil. A ONU elencou o intervalo entre os anos de 1975 a 2025 como a “Era do Envelhecimento”, quão relevante é a temática em nível mundial. Com esse acréscimo populacional de pessoas idosas na sociedade, as demandas por atendimento de suas necessidades específicas aumentam na mesma proporção. As Políticas Sociais cumprem a função de proteção desse segmento populacional diante do grande desafio imposto, e o acesso à moradia digna e adequada é só mais um componente desse complexo perfil do envelhecimento populacional.

A dificuldade de acesso à terra remonta ao período colonial, em termos históricos. Essa herança da cultura portuguesa repercutiu na forma de lidar com a legislação da terra, principalmente a urbanizada. Ao considerar os dispositivos das leis federais para a política habitacional, nota-se uma complexidade que se coloca, além da ausência de política; o que se observa é a política voltada aos interesses individuais ou de grupos econômicos restritos, com margem à mudança de sua essência.

O direito à moradia alcançado na Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) se apresenta designado pelo pressuposto da dignidade humana, o qual repercutiu no texto da Constituição Cidadã (1988), assim como a abrangência para todo cidadão brasileiro, independentemente de sua faixa etária, aplicado, então, à pessoa idosa. Antes da promulgação da Constituição Federal, políticas como o SFH, a FCP e o BNH, de 1964 a 1986, já sinalizavam as famílias que possuíam pessoas idosas como público-alvo para a política, mesmo que de forma tímida, já que especificamente não possuía nenhuma provisão para o

segmento idoso. Os programas PAR (1999) e PAC (2007) também possuíam o mesmo viés das políticas anteriores, já que buscavam facilitar o acesso à moradia para todos os cidadãos, o que, em alguma medida, repercutia na vida da pessoa idosa, pois sua família integrante acessava esses programas. Todavia, somente em 2009, no MCMV, ficou expresso no texto a prevalência de 3% da provisão de moradias para o cidadão idoso, seguido pelo Programa Casa Verde e Amarela, de janeiro de 2021, reservando a mesma porcentagem à pessoa idosa, com moldes bem similares ao pioneiro.

Como políticas voltadas especificamente à pessoa idosa, citam-se a PNI (1994) e o Estatuto do Idoso (2003), que trilharam o caminho para a provisão de habitação nas políticas supracitadas. Nesses dois documentos, a moradia representa uma extensão da qualidade e dignidade da vida do sujeito, contribuindo sobremaneira para a discussão de sua relevância na política social do país.

Fica evidente que a questão habitacional não é uma demanda exclusiva da população idosa, e sim de toda população brasileira. A casa servida de terra urbanizada, próxima a equipamentos urbanos que favoreçam a vida digna, cada vez se torna mais distante da população menos favorecida, sendo um assentimento dos autores aqui estudados. Contudo, na velhice, essa casa de morar precisa atender a mais requisitos em termos de conforto e de segurança, sendo adequados ao curso da vida que aquele indivíduo se encontra. Dessa maneira, políticas voltadas às especificidades do envelhecimento humano atribuídas à moradia, com o acesso simplificado e abrangente, nas quais o Estado atue de forma positiva para concretização desse direito social, sem dúvida, promovem a inclusão social, o bem-estar e a qualidade de vida à pessoa idosa.

É preciso reforçar que a moradia é quesito importante no bem-estar e na qualidade de vida da pessoa idosa, assim como na sua proteção e segurança. Sendo assim, torna-se basilar que as políticas públicas habitacionais contemplem a população idosa, sendo mais flexíveis e adequadas à acessibilidade, à habitabilidade, ao conforto e à adequação.

Por fim, infere-se que as políticas públicas habitacionais devem alcançar a população idosa de forma mais simplificada e mais acessível. Nota-se que os programas/políticas locais, mesmo que os existentes sejam em número reduzido, favorecem o atendimento das especificidades da região onde estão inseridas, tornando-se mais eficazes. Contudo, não há dúvida que a questão habitacional no Brasil ainda é um grande desafio para o poder público, por consistir em um fato histórico, problematizado desde o Brasil Colônia.

REFERÊNCIAS

- ABREU, C. R. de; CAMARA, L. M. O orçamento público como instrumento de ação governamental: uma análise de suas redefinições no contexto da formulação de políticas públicas de infraestrutura. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 49, n. 1, p. 73-90, fev. 2015.
- ALCÂNTARA, A. de O. **Da Política Nacional do Idoso ao Estatuto do Idoso: A Dificil Construção de um Sistema de Garantias de Direitos da Pessoa Idosa**. ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: Ipea, 2016.
- ARAUJO, G. M.; VILLA, S. B. A relação entre bem-estar e resiliência na habitação social: um estudo sobre os impactos existentes. **Ambiente Construído**. Porto Alegre, v. 20, n. 3, p. 141-163, 2020.
- ARRETCHE, M. (org.). **Trajetórias das desigualdades: como o Brasil mudou nos últimos cinquenta anos**. São Paulo, Editora Unesp/ CEM, 2015.
- BEAUVOIR, S. **A velhice: realidade incômoda**. 2 ed. DIFEL, São Paulo, 1976. 339 p.
- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014. p. 601-610.
- BONATES, M. O Programa de Arrendamento Residencial - PAR: acesso diferenciado à moradia e à cidade. **Risco Revista de Pesquisa em Arquitetura e Urbanismo (Online)**, n. 7, p. 147-164, 1 jan. 2008.
- BONDUKI, N. G. Do Projeto Moradia ao programa Minha Casa, Minha Vida. **Teoria e Debate**, São Paulo, v. 22, n. 9, p. 8-14, 2009.
- BONDUKI, N. G. **Política habitacional e inclusão social no Brasil: revisão histórica e novas perspectivas no governo Lula**. 2000. Disponível em: <http://www.usjt.br/arq.urb/numero_01/artigo_05_180908.pdf>. Acesso em: 05 Jun. 2014.
- BRASIL. CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (2009). **Cartilha Minha Casa Minha Vida**. Governo Federal, 2009.
- BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil. **Secretaria de Documentação de 2019**. Brasília: Supremo Tribunal Federal, Disponível em <https://www.stf.jus.br/arquivo/cms/legislacaoConstituicao/anexo/CF.pdf>. Acesso em: 25 jan 2021.
- BRASIL. **Estatuto da Cidade**. 3 ed. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 102 p.
- BRASIL. **Lei 14.118, de 12 de janeiro de 2021**. Dispõe sobre Programa Casa Verde e Amarela. Brasília: Diário Oficial da União, 2021 <Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.118-de-12-de-janeiro-de-2021298832993>> Acesso em: 25 de janeiro de 2021.

BRASIL. **Lei 601, de 18 de setembro de 1850**. Dispõe sobre as terras devolutas do Império. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/10601-1850> Acesso em: 25 jan 2021.

BRASIL. **Lei 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: MPAS, 1994.

BRASIL. Ministério das Cidades. **Política Nacional de Habitação**. Brasília: Ministério das Cidades, 2004.

BRASIL. Ministério das Cidades. Secretaria Nacional de Habitação. **Versão para Debates - Plano Nacional de Habitação (PlanHab)**. Maio de 2010. Brasília. 212p. ISBN: 978-85-7958-002-4.

CAIXA ECONÔMICA FEDERAL. **PAR** – Programa de Arrendamento Residencial. Disponível em: http://www1.caixa.gov.br/gov/gov_social/municipal/programa_des_urbano/programas_habitacao/par/index.asp. Acesso em março de 2019.

CARVALHO, A. W. B.; STEPHAN, I. I. C. Eficácia social do Programa Minha Casa Minha Vida: discussão conceitual e reflexões a partir de um caso empírico. **Cadernos Metrôpole**, 2016, p. 283-307.

CARVALHO, C. S.; ROSSBACH, A. C. (Coord). **O Estatuto da Cidade**: comentado. São Paulo: Ministério das Cidades: Aliança das Cidades, 2010. 120 p.

CEHAP – Companhia Estadual de Habitação Popular da Paraíba. **Programa: Cidade Madura**. João Pessoa: Cehap, 2014. Disponível em: <http://www.cehap.pb.gov.br/site/cidade-madura.html>. Acesso em: 20/09/2017.

CIDADE DE SÃO PAULO. **PAR** – Como funciona o programa e como se inscrever. Transparência São Paulo. 2007. Disponível em <https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/habitacao/noticias/?p=3970>. Acesso em abril de 2019.

COSTA, M. A.; THADEU, M.; FAVARÃO, C. B. (Orgs.) A Nova agenda urbana e o Brasil: insumos para sua construção e desafios a sua implementação. Brasília: IPEA, 2018.. In: MARGUTI, B. O. **Política de Habitação**. Brasília: Ipea, 2018.

COSTA, S.; PLOUFFE, L.; VOELCKER; KALACHE, A. **Habitação e Urbanismo**. ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

OLIVEIRA, V. F. de. Do BNH ao Minha Casa Minha Vida: mudanças e permanências na política habitacional. **Caminhos de Geografia**, Uberlândia, v. 15, n. 50, jun., 2014. p. 36-53.

FALEIROS, V. P. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **Ser Social (UnB)**, v. 20, p. 35-61, 2008

FALEIROS, V. P. A Política Nacional do Idoso em Questão: Passos e Impasses na Efetivação da Cidadania. ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política Nacional do Idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

FREIRE, R. de M. H.; CARNEIRO JUNIOR, N. Produção científica sobre habitação para idosos autônomos: revisão integrativa da literatura **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, 2017. p. 717-726.

HORNBURG, P. S. P.; PHILIPS, J. W. Acesso à terra no Brasil e a figura do juiz comissário. **Anais do COBRAC 2016** – UFSC. Florianópolis – SC, 2016.

HOTZ, Celso. Políticas sociais e suas raízes no modo de produção capitalista: uma leitura nas categorias do materialismo histórico-dialético. In: BATISTA, Roberto Leme (Org.). **VI Seminário do trabalho: trabalho, economia e educação**. Marília: UNESP, 2008.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Dados sobre População do Brasil, PNAD (Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios)**. 2015. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temasphp?sigla=mg&tema=sinopse_censodemog2015. Acesso em: 5 maio 2019.

KOPPER, M. Políticas Públicas e suas Pós-Vidas. Merecimento e cidadania habitacional no Brasil da mobilidade social. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**. V. 33, n. 99, 2019.

KUJAWA, H. A.; ZAMBAM, N. J. Conquista da moradia no loteamento Canaã em Passo Fundo, Brasil. **Mercator (Fortaleza)**, Fortaleza, v. 17, 2018. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198422012018000100231&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 13 novembro 2019.

KUNST, M. H. **Avaliação da acessibilidade do idoso em conjuntos habitacionais: O caso do Cidade Madura**. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano). Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE). 2016.

LIMA, L. de S. O crescimento urbano e as condições de submoradia. Estudo da efetividade do Programa de Cortiços da cidade de São Paulo. **Anais do I Circuito de Debates Acadêmicos, CODE 2011**. IPEA 47. II Conferência do Desenvolvimento Ipea Code 2011.

MARICATO, E. Urbanismo na periferia do Mundo globalizado: Metrópoles Brasileiras. **São Paulo Perspectiva**, São Paulo, v. 14, n. 4, outubro de 2000.

MENDES, J. S. R. Desígnios da Lei de Terras: imigração, escravismo e propriedade fundiária no Brasil Império. **Cad. CRH**, Salvador, v. 22, n. 55, 2009. p. 173-184.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; FONTES, M. B. **O morar contemporâneo do idoso: onde e como reside no estado de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG). 2016.

MIRANDA, E. L.; DE LORETO, M. D. S.; DO CARMO, N. C. O Programa Mulheres Mil no controle da violência contra a mulher: uma visão de seus executores. **Latitude**, v. 14, n. 1, 2020, p. 120-135.

ONU. ORGANIZAÇÃO NACÕES UNIDAS. HABITAT III. **Conferência das Nações Unidas sobre Habitação e Desenvolvimento Urbano Sustentável**. Quito: ONU, 2016. Disponível em: < file:///C:/Users/Usuario/Desktop/Agenda%20Habitat%20III.pdf >. Acesso em maio de 2021.

ONU. ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**, 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>. Acesso em: 25 jan. 2021.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global: cidade amiga do idoso**. Genebra: OMS, 2008

PFÜTZENREUTER, A. H.; ALVIM, A. T. B. O direito à cidade: as diretrizes políticas mundiais para o envelhecimento. **Revista Nacional de Gerenciamento de Cidades**, v. 3, n. 14, 2015, p. 112-127.

ROCHA, R. S. R.; CELESTINO, V. S. História Da Ocupação Territorial Do Brasil. III Simpósio Brasileiro de Ciências Geodésicas e Tecnologias da Geoinformação. Recife - PE, 2010.

ROLNIK, R., PEREIRA, A. L. dos S., MOREIRA, F. A., IACOVINI, R. F. G., NISIDA, V. C.. O Programa Minha Casa Minha Vida nas regiões metropolitanas de São Paulo e Campinas: aspectos socioespaciais e segregação. **Cad. Metrop.**, São Paulo, v. 17, n. 33, 2015. p. 127-154.

SAULE JÚNIOR, N.; ROLNIK, R. (Coord). **Estatuto da Cidade: guia para implementação pelos municípios e cidadãos: Lei nº 10.257, de 10 de julho de 2001 que estabelece diretrizes gerais da política urbana**. 2 ed. Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação de Publicações, 2002, p.73-74.

SCHUSSEL, Z. G. L. Os idosos e a habitação. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 15, n. 8, São Paulo (SP), 2012. p. 53-66.

VALADARES, R. G.; CUNHA, T. A. da. A participação de cooperativas nas políticas públicas habitacionais no Brasil e no Uruguai. **Cad. EBAPE.BR**, v. 16, n. 4, Rio de Janeiro, Out./Dez. 2018. p. 667-678.

VILLAÇA, F. **O que todo cidadão precisa saber sobre habitação**. São Paulo: Global, 1986.

CAPÍTULO III - O CONDOMÍNIO CIDADE MADURA: UM ESTUDO DE CASO DE UMA NOVA MANEIRA DE MORAR DA PESSOA IDOSA BRASILEIRA*

THE CIDADE MADURA CONDOMINIUM: A CASE STUDY OF A NEW WAY OF LIVING FOR ELDERLY BRAZILIAN PEOPLE

RESUMO

O envelhecimento populacional é um fenômeno vivenciado em todo o mundo. No Brasil, esse processo é relativamente recente, embora esteja ocorrendo de maneira acelerada. Em relação aos fatores determinantes do envelhecimento, destacam-se os tipos de moradia, que podem influenciar diretamente na longevidade do indivíduo. Diante do breve exposto, objetivou-se evidenciar as condições de habitação como fator influente na vida dos idosos residentes no Condomínio Cidade Madura, implantado em João Pessoa, capital do estado da Paraíba. Para tanto, empregaram-se como metodologia a observação direta, o estudo de caso e o registro fotográfico. Notou-se que a iniciativa é um avanço na área de habitação para a pessoa idosa, especialmente para os de baixa renda. Concluiu-se, portanto, que o condomínio atende razoavelmente às questões físicas da moradia.

Palavras-chave: Pessoa Idosa; Habitação da Pessoa Idosa; Envelhecimento no Brasil.

ABSTRACT

Population aging is a phenomenon experienced all over the world. In Brazil, this process is relatively recent, although it is taking place at an accelerated pace. Regarding the determinants of aging, the types of housing stand out, which can directly influence the individual's longevity. Given the brief exposed, the objective was to highlight housing conditions as an influential factor in the lives of elderly residents in the Cidade Madura Condominium, implemented in João Pessoa, capital of the state of Paraíba. For this purpose, direct observation, case study and photographic record were employed. It was noted that the initiative is an advance in the area of housing for the elderly, especially for those with low income. It was concluded, therefore, that the condominium reasonably meets the physical issues of housing.

Keywords: Elderly Person; Housing for the Elderly; Aging in Brazil.

*MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T. O Condomínio Cidade Madura: um estudo de caso de uma nova maneira de morar da pessoa idosa brasileira. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 22, n. 3, 2019. p. 131-144. ISSNprint 1516-2567. ISSN 2176-901X. São Paulo (SP), Brasil: FACHS/NEPE/PEPGG/PUC-S. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/47294>.

1. O ENVELHECIMENTO E A HABITAÇÃO

O envelhecimento populacional é um fenômeno evidenciado em todo o mundo. No Brasil, esse processo tem se estabelecido de maneira acelerada e plural, em razão das especificidades de um país com dimensão continental, como é o território brasileiro.

Essa mudança demográfica, em que se nota um aumento significativo na população idosa em comparação à infantil, decorre, principalmente, da diminuição das taxas de mortalidade associada à queda de fecundidade, além da evolução da medicina, tanto no âmbito preventivo como no curativo. Trata-se de um fenômeno conhecido como “transição demográfica” (CAMARANO; KANSO; MELLO, 2004; MIGUEL; MAFRA; FONTES, 2016).

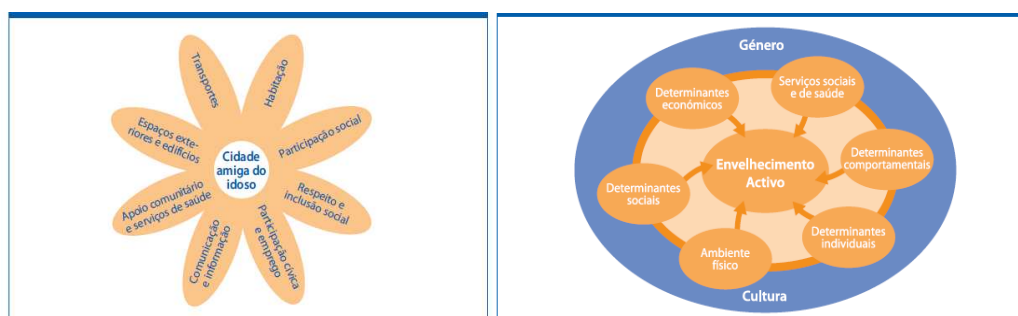
A modificação populacional confere ao país urgência no atendimento à pessoa idosa, o que acarreta profundas mudanças em termos de demandas por saúde, habitação, educação, previdência, cultura, lazer, entre outras. Estes são requisitos fundamentais para o favorecimento do envelhecimento ativo e saudável (FONSECA, 2016).

A partir de perspectiva, a habitação possui papel relevante, ao oferecer proteção física ao indivíduo. Perracini (2006) explica que a moradia propicia o desenvolvimento de um vínculo com o seu morador, e essa relação afetiva pode ser positiva ou negativa, em razão das características dessa moradia. O mesmo autor completa que o ambiente habitacional possui componentes intrínsecos que podem determinar atributos que favoreçam ou não a qualidade de vida e o bem-estar do indivíduo que ali habita, sob os aspectos físicos, afetivos, sensoriais e funcionais.

Dessa forma, a moradia constitui um fator importante no processo de envelhecimento no curso de vida. Para a pessoa idosa, a habitação repercute em seu cotidiano, em suas atividades diárias e também em sua saúde, pois esse ambiente, quando adequado, favorece a execução de atividades com segurança e conforto (BRAGA; BESTETTI; FRANCO, 2016).

De acordo com o Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2008), a moradia é preponderante nas questões relacionadas ao bem-estar e à segurança de qualquer segmento populacional. Em outros termos, postula-se que o ambiente físico faz parte dos determinantes essenciais elencados para um envelhecimento ativo e saudável. Nas Figuras 1 e 2, são revelados os condicionantes para cidades apropriadas e os condicionantes para um envelhecimento ativo, que se articulam entre si com o intuito de dar mais condição à pessoa idosa para vivenciar o envelhecimento de forma positiva e saudável.

Figuras 1 e 2: Extensões a serem consideradas para uma Cidade Amiga do Idoso; e Determinantes para um Envelhecimento Ativo (respectivamente)



Fonte: Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas (OMS, 2008).

Os dois fatores globais que vêm moldando o século XXI são o envelhecimento populacional e a urbanização, sendo justificável e conveniente pensar em cidades que atendam as pessoas idosas em suas estruturas e serviços, assim como na conscientização da comunidade em que a pessoa idosa está inserida sobre a importância que esses indivíduos têm na construção social de toda a sociedade. Assim, a casa de morar representa um salto na qualidade de vida, por atribuir com valor físico e emocional, e por fazer parte dos determinantes, conforme explicitado pela OMS:

A habitação adequada e o acesso aos serviços comunitários e sociais estão interligados, exercendo influência sobre a independência e a qualidade de vida dos idosos. É evidente que a habitação e os serviços de apoio que permitem aos idosos um envelhecimento confortável e em segurança na comunidade a que pertencem são aspectos universalmente valorizados (OMS, 2008, p. 34).

O acesso à habitação digna no Brasil é um fator limitante para a população em geral, em especial quando se trata da população de baixa renda. Para a população idosa carente, então, este fato se torna ainda mais dramático (BONDUKI, 2008; GANDINI; BARIONE; SOUZA, 2012; COSTA *et al.*, 2016).

A partir desse entendimento, o Estado da Paraíba lançou uma iniciativa pioneira, por meio da Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP) e da Secretaria de Estado de Desenvolvimento (SEDH), ao idealizar e desenvolver o projeto intitulado Cidade Madura, implantado na capital do estado, João Pessoa. O projeto é destinado à população idosa que recebe até cinco salários, que seja independente, more só ou com cônjuge/companheiro também idoso (CEHAP, 2014; BRASIL, 2014a). O condomínio Cidade Madura constitui o objeto de estudo deste artigo caracterizado como estudo de caso.

É sempre válido lembrar o marco na discussão acerca do envelhecimento no Brasil e seus contornos. O Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) prevê, em seu artigo 37, a oferta de moradia digna e adequada à população idosa, assim como a escolha pelo idoso da forma mais afeita a ele de morar:

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

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

§ 2º Toda a instituição dedicada ao atendimento ao idoso fica obrigada a manter identificação externa visível, sob pena de interdição, além de atender toda a legislação pertinente.

§ 3º As instituições que abrigarem idosos são obrigadas a manter padrões de habitação compatíveis com as necessidades deles, bem como provê-los com alimentação regular e higiene indispensáveis às normas sanitárias e com estas condizentes, sob as penas da lei.

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

I - reserva de pelo menos 3% (três por cento) das unidades habitacionais residenciais para atendimento aos idosos;

II – implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso;

III – eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso;

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

Parágrafo único. As unidades residenciais reservadas para atendimento a idosos devem situar-se, preferencialmente, no pavimento térreo (BRASIL, 2003, s. p.).

Diante do exposto, o principal objetivo deste trabalho foi identificar os aspectos da moradia para a pessoa idosa, a fim de compreender a repercussão de tais elementos na vida desses indivíduos. Tendo em vista que a habitação é fator crucial na qualidade de vida da pessoa idosa, pressupõe-se a relevância deste estudo para o entendimento da relação casa e indivíduo e suas repercussões.

2. PERCURSO METODOLÓGICO

Caracteriza-se a metodologia adotada como descritiva, de caráter qualitativo, pois foi desenvolvida uma pesquisa bibliográfica/documental para embasar o estudo de caso, constituído por registro fotográfico e observação direta. Dessa forma, buscou-se analisar a estrutura física do condomínio, assim como a percepção de alguns idosos moradores do local, por meio de conversa despretensiosa.

Depois de contato telefônico com a CEHAP, foi autorizada a visita ao Condomínio Cidade Madura, sendo agendados a data e o horário (dia 01/05/2017, no período da tarde). A visita teve duração de todo o turno da tarde, com acompanhamento de uma funcionária da CEHAP. A pesquisadora pôde conversar com os moradores, andar pelo condomínio em todos os ambientes, fotografar e filmar o local.

Vale pontuar que este estudo de caso é parte integrante da pesquisa de campo componente da futura tese de doutorado na área de envelhecimento e arquitetura, pela Universidade Federal de Viçosa (MG).

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A escolha específica pelo Condomínio Cidade Madura foi em razão de sua iniciativa pioneira. Sua implementação advém de uma política pública na esfera estadual que é atrelada aos direitos da pessoa idosa. O condomínio foi inaugurado pelo governo do Estado da Paraíba, por meio da CEHAP, integrando um programa de habitação criado pelo Decreto nº 35.072 (BRASIL, 2014a). Sua construção foi iniciada em 2011, sendo concluído e entregue em junho de 2014.

Com o objetivo de abrigar idosos que não têm como adquirir suas casas próprias, mas que conseguem viver sozinhos, o Condomínio Cidade Madura foi implantado em diferentes cidades (João Pessoa, Campina Grande, Cajazeiras, Guarabira, tendo previsão para o município de Pato, ainda no ano de 2019). Assegurar os direitos sociais e fortalecer vínculos comunitários, além de favorecer a dignidade e a autonomia desses sujeitos, são determinantes implementados no projeto do condomínio e na política pública estadual.

Em seu cerne, o projeto tem por princípio a acessibilidade e a exclusividade da população idosa de baixa renda, de ambos os sexos, e residente na cidade de João Pessoa há pelo menos dois anos (CEHAP, 2014; BRASIL, 2014b).

Conforme proposta esquematizada na Figura 3, a Cidade Madura é uma copropriedade fechada horizontal, com vocação residencial e comercial, estando localizada no bairro Mangabeiras. Trata-se de um bairro periférico, considerado o mais populoso da cidade de João Pessoa, e que é abastecido com equipamentos urbanos, transporte, hospital próximo e comércio (CEHAP, 2014).

Figura 3: Implantação e descrição dos espaços disponíveis



Fonte: CEHAP (2014).

Conforme ilustrado na figura anterior, o condomínio é dotado de 40 (quarenta) unidades habitacionais, praça, academia ao ar livre, horta comunitária, salão para atividades físicas e sociais, pista de caminhada, além de um núcleo de saúde com consultório médico e de fisioterapia.

Figura 4: Visão externa do Centro de Vivência e Núcleo de Saúde



Fonte: Arquivo próprio (2017).

Como atividade desenvolvida regularmente, tem-se a aula de educação física, uma vez por semana, realizada no Centro de Vivência ou ao ar livre. Outras atividades como dança, apresentação, palestras, reuniões, festas temáticas e aulas específicas podem ser agendadas ao longo do ano. Essas atividades estimulam a saúde física e psicológica da pessoa idosa, assim como sua interação e participação social.

Outro fator importante a salientar é a quebra do ciclo vicioso que o ócio promove a uma gama considerável de pessoas idosas (LIMA, 2011). Sabe-se que a falta de ocupação do tempo, muitas vezes, adoce a pessoa que vivencia a velhice.

Figuras 5, 6 e 7: Repartições internas do Núcleo de Saúde



Fonte: Arquivo próprio (2017).

Entre os servidores disponibilizados no condomínio, destacam-se: uma técnica de enfermagem, que permanece durante o dia para efetuar o atendimento básico de saúde (aferição de pressão, e auxílio com a medicação) e um médico, que atende os moradores em consultas mensais. O consultório médico e fisioterápico, assim como a recepção, são ambientes confortáveis para a realização de consultas, como pode ser visto nas Figuras 5, 6 e 7.

Em conversa informal com a técnica de enfermagem que trabalha no condomínio, e que tem experiência com o Programa de Saúde da Família, ela afirmou que esse modelo de assistência é mais efetivo por se tratar de idosos que convivem com outros idosos diariamente, locados bem próximos ao núcleo de saúde (situado dentro do condomínio). Além de se identificarem entre si com relação à idade, não havendo assim nenhuma forma de Idadismo²⁰, essa interação social favorece a saúde física e emocional. Interação social se dá por meio das atividades comunitárias, caminhadas, exercícios ao ar livre, conversas nos bancos da praça, reuniões e encontros oferecidos no salão multiuso, e manutenção da horta comunitária são exemplos de interação social praticada pelo grupo de moradores do condomínio (Figuras 8, 9, 10, e 11).

²⁰ Idadismo ou Ageísmo é o conceito que designa uma modalidade de preconceito social – o etário - que, muitas vezes, sem que as pessoas se deem conta de sua afetação por este, pode se manifestar e trazer efeitos prejudiciais a um idoso, marcando-o especialmente em termos subjetivo-sociais (SOUSA *et al.*, 2014).

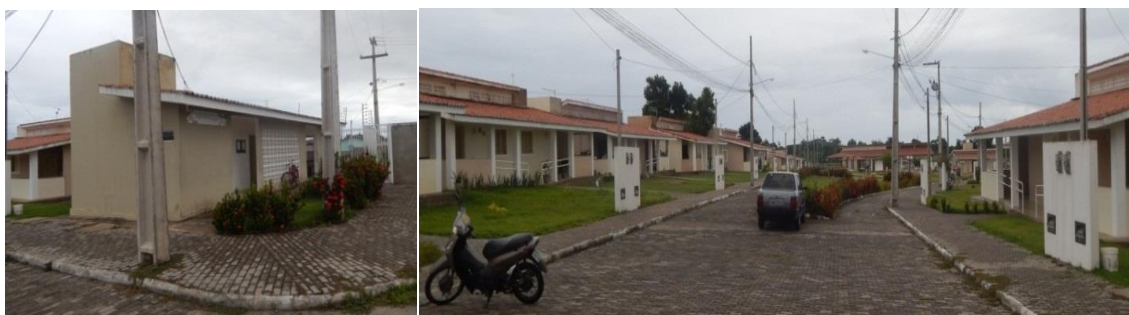
Figuras 8, 9, 10 e 11: Área para lazer, academia ao ar livre, praça e horta



Fonte: Arquivo próprio (2017).

Vale ressaltar a importância da adequação da casa para as pessoas idosas, assim como o ajustamento das vias e ambientes comunitários utilizados por eles, tais como espaços de fluxos, espaços públicos e equipamentos urbanos (KUNST, 2016). Nesse sentido, o condomínio procurou atender ao requisito de acessibilidade dentro das residências e também nas áreas externas de uso comunitário, como ilustrado nas figuras anteriores e a seguir.

Figuras 12 e 13: Guarita e entrada do condomínio



Fonte: Arquivo próprio (2017).

O condomínio possui uma guarita com porteiro 24 h em sua entrada, conferindo segurança e apoio caso aconteça algum imprevisto com os moradores. A parte administrativa também é localizada na entrada do condomínio, na mesma edificação da guarita (Figura 12).

Como pode ser observado na Figura 13, as vias são pavimentadas e possuem baixa inclinação. A manutenção de toda área comum (ruas, praça e jardinagem) é de responsabilidade do governo do Estado, assim como os demais custos do condomínio.

Adicionalmente, os moradores contribuem com uma taxa de condomínio mensal, sendo responsáveis também por suas despesas domiciliares.

As casas são geminadas de duas em duas, tendo, em cada unidade habitacional, 54 m² distribuídos em varanda, sala, cozinha, quarto e banheiro adaptado acessível. A definição de apenas um quarto por moradia é em razão da vocação do projeto, destinado a pessoas idosas que moram sozinhas ou com os cônjuges. A ideia é dar protagonismo ao idoso e evitar a acomodação de parentes, fato este recorrente em muitas famílias.

Há apenas uma concessão de uso, sendo o imóvel pertencente ao Estado da Paraíba. No caso de falecimento ou de perda de independência e/ou autonomia do idoso residente, este é encaminhado à família ou a alguma ILP (Instituição de Longa Permanência). Assim, outro idoso, que já faz parte da fila de espera, passa a morar na casa (CEHAP, 2014; KUNST, 2016).

Para preservar o projeto e a acessibilidade da moradia, é vetado aos usuários qualquer tipo de intervenção, além de não ser permitida a disponibilidade de alugar ou ceder o imóvel por parte do morador idoso.

Figuras 14 e 15: Planta baixa e fachada da casa (dupla geminada)



Fonte: CEHAP (2014).

Fonte: Arquivo próprio (2017).

É válido ressaltar que existe uma perda na qualidade de insolação e ventilação nas moradias. Por serem geminadas e as plantas rebatidas, ambientes como, por exemplo, o quarto, em algumas casas, tomam orientação solar a oeste, aspecto não desejável para o quarto de dormir (é desejável orientação a leste, mas nem todas usufruem dessa posição, devido à rotação da planta de implantação e ao rebate das plantas baixas).

A adequação dos banheiros vale destaque em razão de ser um dos ambientes nos quais mais ocorrem acidentes, muitas vezes graves. Como demonstrado nas Figuras 16 e 17, o banheiro possui barras de segurança, assento para o banho e sem a presença de box fixo,

elementos que favorecem a segurança e se adequam ao protocolo de acessibilidade. Entretanto, o desnível na área do banho não deveria existir, uma vez que esse ressalto pode causar tropeção e/ou queda. Além disso, o piso desse ambiente deveria ser mais antiaderente, ao nosso ver.

Figuras 16 e 17: Visão interna do banheiro de uma unidade habitacional



Fonte: Arquivo próprio (2017).

Geralmente, as quedas que acometem as pessoas idosas decorrem da eventual perda do equilíbrio postural; há, nessa fase de vida, uma dificuldade em se manter a postura corporal. A mesma falta de equilíbrio pode ser potencializada com a perda da acuidade visual e auditiva, que também integram o processo natural do envelhecimento humano. A queda pode provocar danos físicos graves na faixa etária idosa, como danos mentais, aumentando, assim, a taxa de morbidade e mortalidade.

Nesse contexto, há uma combinação dos fatores intrínsecos e extrínsecos para a queda. Os fatores intrínsecos dizem respeito às modificações fisiológicas, efeitos medicamentosos e condições inerentes a alguma patologia. Já os extrínsecos estão diretamente correlacionados às questões e condições ambientais e seus perigos (KNIJNIK *et al.*, 2019). Nesse sentido, a inadequação física da moradia, as barreiras arquitetônicas, a falta de conforto e de segurança nos ambientes colaboram para a dependência do idoso em seu espaço domiciliar (CUNHA; GUIMARÃES, 1989; GOMES *et al.*, 2014).

De Deus (2010) confirma que a adequação das condições físicas da casa faz parte do conceito de moradia digna e adequada, abrangendo: habitabilidade; oferta de serviços, infraestrutura e equipamentos públicos; localização adequada; custo acessível; e adequação de cultura. Miguel *et al.* (2016) concordam que o direito à moradia está intimamente ligado à adequação do ambiente onde se vive. Assim, “toda a pessoa tem direito a um padrão de vida

adequado para si e sua família, inclusive à moradia adequada, assim como uma melhoria contínua de suas condições de vida” (ROLNIK, 2010, p. 4).

O condomínio Cidade Madura, em João Pessoa, é uma iniciativa que coloca luz à questão delicada da moradia do idoso brasileiro de baixa renda. Pensar na casa de morar, assim como em seus ambientes acessíveis e adequados, confere dignidade e bem-estar ao indivíduo, favorecendo assim sua qualidade de vida.

4. À GUIZA DE CONCLUSÃO

Envelhecer é uma conquista da sociedade, processo almejado ao longo da história de todo indivíduo. O Condomínio Cidade Madura é um exemplo de planejamento no que diz respeito à forma de se morar e de viver, está associada às questões ligadas ao envelhecimento, com o objetivo de agregar valor em detrimento da qualidade de vida da pessoa idosa.

Apesar de haver problemas e limitações no projeto, é evidente o avanço proporcionado pelo governo do Estado, no que tange o cuidado disponibilizado ao idoso brasileiro de baixa renda.

No Brasil, existem alguns empreendimentos de condomínios exclusivos para essa faixa etária, assim como em todo mundo. No entanto, são de alto custo para a pessoa, atendendo apenas às classes econômicas mais favorecidas. Esse é o diferencial do condomínio Cidade Madura dentro da política de habitação; trata-se de um programa estadual que abarca a população menos favorecida e que atende as demandas desta população quanto à moradia e assistência.

Tal iniciativa configura, portanto, uma evolução, já que o condomínio atende razoavelmente as questões físicas de moradia e de áreas externas de uso comum, com acessibilidade e ambientes socializáveis, como o jardim e a horta comunitária.

Não se pode olvidar alguns problemas, como a sua localização, que favorece o isolamento da pessoa idosa, além de haver baixa oferta de equipamentos públicos.

A habitação da pessoa idosa é um tema de pesquisa relevante, uma vez que há urgência nesta demanda da população, havendo ainda poucas iniciativas públicas para tal. Políticas públicas que abarquem a população idosa carente, com vistas à casa dotada de acessibilidade e que imprima dignidade ao indivíduo, são, de fato, um desafio para o poder público neste século.

REFERÊNCIAS

- BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014. p. 601-610.
- BONDUKI, N. Política habitacional e inclusão social no Brasil: revisão histórica e novas perspectivas no governo Lula. São Paulo - SP. **Revista Eletrônica de Arquitetura e Urbanismo**, v. 1, São Paulo - SP, 2008. p. 70-104.
- BRASIL. **Decreto estadual nº 35.072 de 10 de junho de 2014**. Institui o Programa Habitacional Cidade Madura, e dá outras providências. Prefeitura da Paraíba. Paraíba, 2004a.
- BRASIL. **Estatuto do idoso**: Lei Federal nº 10.741, de 01 de outubro de 2003.
- BRASIL. **Governo do Estado entrega Residencial Cidade Madura na capital**. Prefeitura da Paraíba. 2014b. Disponível em: <http://www.paraiba.pb.gov.br/91022/governo-do-estadoentrega-residencial-cidade-madura-em-joao-pessoa-na-terca-feira.html>. Acesso em: 24 fev. 2018.
- CAMARANO, A. A.; KANSO, S.; MELLO, J. L. Como vive o idoso brasileiro? In: Camarano, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros muito além dos 60?**, 2004. p. 25-76. Rio de Janeiro, RJ: IPEA.
- CEHAP. Companhia Estadual de Habitação Popular da Paraíba. **Programa**: Cidade Madura. João Pessoa: CEHAP, 2014. Recuperado em 20 setembro, 2017, de: <http://www.cehap.pb.gov.br/site/cidade-madura.html>. Acesso em: 24 fev. 2018.
- COSTA, S.; PLOUFFE, L.; VOELCKER; KALACHE, A. (2018). Habitação e Urbanismo. ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). **Política nacional do idoso**: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2016/10/Pol%C3%ADtica-Nacional-do-Idoso-velhas-e-novas-quest%C3%B5es-IPEA.pdf>. Acesso em: 24 fev. 2018.
- CUNHA, U. V; GUIMARÃES, R. M. **Sinais e sintomas do aparelho locomotor**. Sinais e sintomas em geriatria. Rio de Janeiro: Revinter; 1989. p. 141-54.
- DE DEUS, S. I. A. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari-São Paulo (SP). **Kairós – Revista da Faculdade de Ciências Humanas e Saúde**, São Paulo, 2010.
- GANDINI, J. A. D.; BARIONE, S. F.; SOUZA, A. E. D. (2012). Políticas habitacionais para idosos: avanços e desafios. In: BERZINS, M. V.; BORGES, M. C. (Ed.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari. p. 181-208.
- GOMES, A. *et al.* Fatores associados ao risco de quedas em idosos institucionalizados: uma revisão integrativa. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, 2014. p. 3543-3551.
- KUNST, M. H. **Avaliação da acessibilidade do idoso em conjuntos habitacionais**: O caso do Cidade Madura. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento Urbano). Universidade Federal de Pernambuco, Recife (PE), 2016.

LIMA, A. B. R. **Ambiente residencial e envelhecimento ativo:** estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade. Tese de doutorado. Brasília: UnB, 2011.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; FONTES, M. B. **O morar contemporâneo do idoso:** onde e como reside no estado de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG), 2016.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Guia global:** cidade amiga do idoso. Genebra: OMS, 2008.

PERRACINI, M. R. Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas. In: FREITAS, E. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

ROLNIK, R. **Como atuar em projetos que envolvem despejos e remoções.** Relatoria especial da ONU para moradia adequada. São Paulo, 2010.

CAPÍTULO IV - DA GÊNESE AO EPÍLOGO DO “KIT BANHEIRO SEGURO”: UM DESENHO DA POLÍTICA E A CARACTERIZAÇÃO DA PESSOA IDOSA E DE SUA MORADIA

FROM GENESIS TO THE EPILOGUE OF THE “SAFE BATHROOM KIT”: A DESIGN OF THE POLICY AND THE CHARACTERIZATION OF THE ELDERLY AND HIS HOUSE

PRÓLOGO

Este capítulo, em princípio, seria composto por duas partes distintas. Na primeira, a pesquisa documental do Programa “Kit Banheiro Seguro”, iniciativa da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte - MG e, na segunda etapa do estudo, o desenvolvimento das entrevistas semiestruturadas com as pessoas idosas beneficiadas pelo programa. Todavia, o ano de 2020 foi atingido pela Covid-19, que fez vítimas em todo o mundo e ainda faz. A pandemia permanece vitimando, em 2021, com prognóstico muito desalentador para os próximos anos.

Diante do cenário, foi preciso um ajuste na trajetória da pesquisa, uma vez que o contato com as pessoas idosas para a realização de entrevistas semiestruturadas ficou impossível, em decorrência das limitações impostas pela própria pandemia. Com um rico banco de dados disponível acerca dos participantes do programa, não restou outra alternativa a não ser enveredar para uma análise de dados secundários das pessoas idosas selecionadas, com vistas a identificar o perfil da pessoa idosa usuária da política então estudada, além de alguns componentes de sua moradia, bem como questões de saúde. Assim, a pesquisa documental foi realizada no banco de dados da Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), por meio da Diretoria de Políticas para Pessoa Idosa (DPEI), bem como entrevista semiestruturada com a diretora Renata Martins Costa de Moura, da Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa (CDPI), da Prefeitura de Belo Horizonte.

Sendo o factível para a situação, o conteúdo do capítulo é estruturado da seguinte maneira:

- **Parte I** - Da gênese ao epílogo do “Kit Banheiro Seguro”. Um desenho da política de adequação de parte da casa da pessoa idosa belo-horizontina.

- **Parte II** - Caracterização da moradia e do beneficiário do “Kit Banheiro Seguro”:
Como a adequação do cômodo banheiro repercute na qualidade de vida da pessoa idosa?

PARTE I

O espaço não é o meio (real ou lógico) onde se dispõem as coisas, mas o meio pelo qual a posição das coisas se torna possível.

Merleau-Ponty (1994, p. 249)

DA GÊNESE AO EPÍLOGO DO “KIT BANHEIRO SEGURO” - UM DESENHO DA POLÍTICA DE ADEQUAÇÃO DE PARTE DA CASA DA PESSOA IDOSA BELO-HORIZONTINA

FROM THE GENESIS TO THE EPILOGUE OF THE “SAFE BATHROOM KIT” - A DESIGN OF THE ADEQUACY POLICY OF PART OF THE ELDERLY'S HOME BELO-HORIZONTINA

RESUMO

O envelhecimento é um processo natural do ser humano. As políticas públicas de atenção à pessoa idosa brasileira, especialmente na questão habitacional, se distinguem, na maioria das vezes, em políticas e programas de âmbito estadual e/ou municipal em detrimento a esfera federal. Considerada como direito básico do indivíduo, a habitação contribui para a qualidade de vida da pessoa idosa, tanto no âmbito do acesso à moradia, como, e especialmente, em vivenciar a moradia digna e adequada. Seguindo essa lógica, nasceu na capital mineira, Belo Horizonte, o “Projeto Casa Segura”, por iniciativa da Gestão Municipal 2009/2012, a fim de contemplar seu plano de governo. Neste artigo, objetivou-se conhecer o “Kit Banheiro Seguro”, de sua gênese ao seu epílogo. Para tanto, optou-se pela pesquisa de caráter descritiva e exploratória. Como percurso metodológico, contemplaram-se a pesquisa documental e a entrevista semiestruturada com a responsável técnica do programa. Assim, foi possível concluir que as ações voltadas para a casa da pessoa idosa, no sentido de qualificar e adequar os ambientes, promovem saúde e favorecem a habitabilidade da moradia, impactando no bem-estar da pessoa idosa e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Envelhecimento, Habitação para Pessoa Idosa, Kit Banheiro Seguro.

ABSTRACT

Aging is a natural human process. Public policies for the care of the elderly in Brazil, especially in the housing issue, are distinguished, in most cases, in policies and programs at the state and/or municipal level, to the detriment of the federal sphere. Considered as a basic right of the individual, housing contributes to the quality of life of the elderly, both in terms of access to housing and, especially, in experiencing decent and adequate housing. Following this logic, the “Projeto Casa Segura” (that means Safe House Project) was born in the capital of Minas Gerais, Belo Horizonte, on the initiative of Municipal Management 2009/2012, in order to contemplate its government plan. In this article, the objective was to know the “Kit Banheiro Seguro”, from its genesis to its epilogue. For this purpose, a descriptive and exploratory research was chosen. As a methodological approach, documental research and a semi-structured interview with the technical person in charge of the program were contemplated. Thus, it was possible to conclude that actions aimed at the elderly person's home, in order to qualify and adapt the environments, promote health and favor the habitability of the house, impacting the elderly's well-being and, consequently, their quality of life.

Keywords: Aging, Housing for the Elderly, Kit Banheiro Seguro.

1. ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

O envelhecimento é um fenômeno natural do ser humano. No Brasil, esse processo tem se estabelecido de maneira acelerada e, em consequência disso, surgem várias demandas específicas para o referido segmento populacional nas áreas da saúde, da proteção social, da habitação, da educação, do lazer, dentre outros.

Considerada como direito social básico do indivíduo, a habitação contribui para a qualidade de vida da pessoa idosa, tanto no âmbito do acesso à moradia, assim como, e especialmente, na vivência da moradia digna e adequada. Infelizmente, muitas pessoas idosas brasileiras não conseguem acessar, nem mesmo a primeira etapa desse direito, vivendo em condições inapropriadas, coabitando em casas ou mesmo cômodos com outros familiares, como apontam Kujawa e Zambam:

Considerando a ausência de moradia, notadamente dos mais pobres, pode-se afirmar que os principais entraves para a concretização desse direito fundamental, além dos recursos limitados e da opção dos governos, estão relacionados ao excesso de

burocracia, tornando trâmites e decisões demorados e prazos predeterminados difíceis de serem cumpridos. Soma-se o fato de os projetos coletivos necessitarem a opção de todos por todos, de forma cooperativa. O que exige o exercício da liderança como prestação de serviço em vista de objetivos comuns, o exercício da tolerância, o conhecimento das exigências técnicas e o reconhecimento do outro como sujeito de igual importância, de direitos e dignidade (KUJAWA; ZAMBAM, 2018, p. 14).

No âmbito das políticas públicas habitacionais brasileiras, nota-se que essas são pautadas primordialmente no déficit habitacional do país e em condições, como: inadequação da moradia, segregação espacial e outros fatores relacionados à moradia como um todo, que são subsequentes ao desafio do déficit habitacional (BRANDÃO, 2013).

Dentro do cenário de escassez de moradia, quantitativa (número de unidades habitacionais) e qualitativa (qualificação da moradia, em termos de habitabilidade, adequação e conforto), a população idosa é parte integrante desse problema social. Assim, reforça-se a urgência em ponderar todos os quesitos que influenciam a vida da pessoa idosa, o que repercute em seu bem-estar e em sua qualidade de vida, pois, com a população idosa cada vez maior, essa preocupação adquire *status* de ordem social, como afirma Debert (2012, p. 12): “[...] o envelhecimento se transforma em um problema que ganha expressão e legitimidade, no campo das preocupações sociais do momento”.

De modo geral, as políticas habitacionais não têm direcionamento característico para o segmento da população idosa. Há sim, em suas diretrizes, reserva de porcentagem para essa população, contudo, não existem programas e projetos específicos. Dessa maneira, o quadro se agrava, uma vez que a mudança demográfica demonstra o aumento significativo de pessoas idosas no país e a falta de políticas direcionadas para esse nicho da sociedade (ALVES; VIANNA, 2010; BRANDÃO, 2013), ou mesmo a reorganização das tais políticas para que elas atendam ao novo perfil populacional.

Algumas iniciativas por parte dos governos, especialmente os de caráter municipal, têm surgido no Brasil, nas últimas décadas. É o caso da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG), com o programa Casa Segura para Pessoa Idosa, que foi efetivado apenas, até 2021, por seu primeiro componente, o Kit 1 - “Kit Banheiro Seguro”. Esse programa tem como principal meta qualificar o cômodo banheiro na moradia de pessoas idosas carentes, melhorando, assim, o conforto e a segurança para os mesmos em sua casa.

O Programa “Kit Banheiro Seguro” foi elencado para fazer parte da presente pesquisa, uma vez que o maior índice de queda domiciliares das pessoas idosas se dá justamente no banheiro. Adicionalmente, a adequação e a habitabilidade são categorias de análise escolhidas para estudo, além do que o programa permite avaliar.

Diante do exposto, neste artigo, objetiva-se conhecer o programa “Kit Banheiro Seguro”, de sua gênese ao seu epílogo, por meio da realização de pesquisa de caráter descritiva e exploratória. Desse modo, como percurso metodológico, contemplam-se as pesquisas documental e bibliográfica, conjugadas à entrevista semiestruturada com a responsável técnica do programa, cujo roteiro da entrevista semiestruturada encontra-se na íntegra na seção de Apêndice A, deste trabalho.

2. A GÊNESE DO PROGRAMA

As políticas públicas de atenção à pessoa idosa brasileira, especialmente de cunho habitacional, se distinguem, na maioria das vezes, em políticas e programas de âmbito estadual e/ou municipal em detrimento a esfera federal, onde são mais restritas e com maior complexidade para serem acessadas.

Seguindo essa lógica, foi criado, pela Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, o “Projeto Casa Segura”, por iniciativa da Gestão Municipal 2009/2012, a fim de contemplar seu plano de governo. Esse projeto foi elaborado por uma equipe liderada pela engenheira responsável, quem idealizou e formulou o programa, Renata Martins Costa de Moura²¹, que atua desde 1992 como servidora do quadro de funcionários, da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Ocupou o cargo de “Gerente do Idoso”, do ano de 1997 até o ano de 2018, no qual foi designada como diretora da Diretoria de Políticas para Pessoa Idosa - DPEI, da Secretaria Adjunta de Direito de Cidadania. Nesse órgão, foi feita toda a pesquisa documental deste estudo, assim como a entrevista semiestruturada com a mesma profissional. A entrevista oportunizou o entendimento do Programa “Kit Banheiro Seguro”, detalhado a seguir.

Conforme a engenheira relatou em entrevista, no mês de outubro de 2019, o Programa Casa Segura para o Idoso foi idealizado e pautado no Programa Casa Segura, desenvolvido pela Prefeitura Municipal de São Paulo. O cerne do programa consistiu em atender todos os cômodos da casa que estivessem em descompasso aos critérios de segurança, adequação e conforto da habitação. Dessa maneira, o projeto se mostrou muito complexo e oneroso, sendo

²¹ Especialista em Segurança do Trabalho, Engenharia Sanitária e de Meio Ambiente, Administração Pública Municipal, Democracia Participativa e Movimentos Sociais, Direitos Humanos e Cidadania, Gerontologia e Ergonomia. Além do cargo público, a engenheira Renata atua diretamente em outros seguimentos de promoção da política, pois é Vice-Presidente do Conselho Municipal do Idoso de Belo Horizonte, Conselheira Municipal de Mobilidade Urbana de Belo Horizonte, além de membro titular do Observatório de Mobilidade Urbana de Belo Horizonte. Essa participação em diferentes ambientes relacionados diretamente ou indiretamente à pessoa idosa favorece a atuação do profissional junto à diretoria, sobretudo no entendimento das demandas desse público.

necessário o envolvimento de uma gama considerável de profissionais, assim como grande quantidade de mão de obra especializada e não especializada. Contudo, o obstáculo mais relevante para a não execução do Programa Casa Segura para o Idoso foi, de fato, o financeiro. A falta de recursos, principalmente destinados à área de habitação, fez com que a equipe declinasse da aspiração de contemplar a moradia em sua totalidade e investisse em um dos componentes formadores do programa, o Kit 1 – Banheiro Seguro para Idoso. “A ideia inicial seria a Casa Segura, com intervenções em toda a casa da pessoa idosa. Por restrições orçamentárias, optou-se por realizar o Projeto por etapas, sendo o “Kit Banheiro Seguro” a primeira etapa, por conta das razões já citadas” (Fala da entrevistada Renata Martins Costa de Moura, 2019).

O programa foi pautado nas normas vigentes no Brasil, como sinalizou a entrevistada: As normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas, especificamente NBR 9050 – “Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos”. RDC 283/ANVISA, Estatuto do Idoso, Política Municipal do Idoso de BH, Política Nacional do Idoso”.

As quedas mais frequentes no domicílio são no ambiente do banheiro, especialmente as que vitimam as pessoas idosas. “Dados mostram que as quedas são responsáveis por 56,6% das mortes acidentais de pessoas acima de 75 anos, segundo levantamento do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde” (BRASIL, 2019, s. p.).

O Kit 1 está alinhado ao entendimento de segurança e economia junto à União, bem como às questões relacionadas à pessoa idosa. Nos dizeres da entrevistada:

O projeto começou a ser implantado em Belo Horizonte em 2014, através da seleção de idosos que atenderam os critérios estabelecidos anteriormente de condições socioeconômicas e de moradia, sendo previsto até 2016 a instalação de 750 unidades em todas as nove regionais de BH. Foi previsto o lançamento também de uma cartilha com orientações para a população em geral de como garantir segurança e autonomia em sua residência reduzindo assim as quedas e consequentemente o número de internações.

O citado projeto teve por objetivo atender ao indicador do plano de governo da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte, Gestão 2009/2012, que buscava a redução do número de internações ocasionada por quedas com pessoas idosas. Este projeto visava oferecer aos idosos, parcela cada vez maior e mais atuante da sociedade, uma ambientação mais adequada, segura e confortável e que lhes dê mais autonomia além de uma vida com qualidade e dignidade, em sua própria residência, conseguida inicialmente através da adaptação dos banheiros, que são tidos como área de alto risco de acidentes para todas as pessoas (Fala da entrevistada Renata Martins C. de Moura, 2019).

Segundo depoimento da entrevistada, o kit era composto por “maçaneta tipo alavanca; piso antiderrapante; barras de segurança nos vasos, pia e box do chuveiro; assento para box;

luz noturna (que se refere a um ponto de iluminação acesso durante todo o período da noite); elevação do vaso sanitário e, dependendo do banheiro, outras intervenções eram feitas”. Assim, o principal objetivo do kit foi definir materiais e elementos que qualificassem o banheiro, de forma segura, e gerasse conforto durante seu uso, como pode ser evidenciado nas palavras da entrevistada:

Nos últimos anos, tem-se notado uma preocupação progressiva com as questões de acessibilidade de pessoas idosas aos espaços, sejam eles de uso privado ou público. A falta de acessibilidade física é responsável direta por quedas. O SUS (Sistema Único de Saúde) registra a cada ano mais de R\$ 51 milhões com o tratamento de fraturas decorrentes de queda. As causas da queda podem estar relacionadas ao ambiente externo ou ao próprio indivíduo idoso, que possivelmente esteja frágil em algum aspecto. Daí surgiu a ideia do projeto.

Este Projeto é resultado das discussões realizadas na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte para elaborar as diretrizes do Plano de Governo para a Pessoa Idosa no município de Belo Horizonte.

A proposta teve origem na demanda advinda dos casos de idosos em situação de risco de acidentes domésticos tendo em vista a falta de equipamentos de segurança em seus domicílios, além dos dados da saúde sobre atendimentos causados por quedas (Renata M. C. de Moura, 2019).

A queda é um acontecimento não voluntário, configurando relevante impacto na vida da pessoa idosa, pois, geralmente, dores, fraturas e escoriações repercutem por tempo razoável após a queda. Assim, pode ser considerado um grave problema de saúde pública para nós brasileiros. Estima-se que, anualmente, 30% das pessoas idosas com idade a partir de 65 anos, e que 51% das pessoas idosas com idade a partir de 85 anos, já sofreram quedas em suas residências, o que valida a importância de políticas públicas que promovam a redução dessa estatística.

A maior ocorrência de queda das pessoas idosas, cerca de 70%, se dá no interior da moradia, repercutindo diretamente em internações e em mortes decorrentes dos ferimentos resultantes desses acidentes. Conforme ressalta Renata, “segundo dados do Ministério da Saúde, 70% das quedas acontecem em casa, sendo que 30% delas causam a morte de idosos e cerca de 40% causam lesões graves, principalmente no joelho e quadril. E a melhor maneira de prevenir os acidentes é criar um ambiente seguro dentro de casa”. As evidências empíricas revelam dados alarmantes ao se tratar da pessoa idosa hospitalizada, pois tais lesões são responsáveis por até 70% das mortes acidentais em indivíduos com idade a partir de 75 anos. Ainda mais inquietante é perceber que, em consequência das quedas, as pessoas idosas sofrem dez vezes mais internações hospitalares, e oito vezes mais incidência de morte (OMS, 2000; PEREIRA *et al.*, 2001; FABRÍCIO *et al.*, 2004; FERRETTI; BRUSCHI, 2013).

A reverberação das quedas na vida da pessoa idosa descortina um panorama crítico - por vivenciar o ambiente doméstico grande parte do dia, a pessoa idosa, após passar por este evento, pode reduzir sua autoconfiança, comprometer sua mobilidade e, conseqüentemente, abalar seu emocional. Nesse sentido, essa repercussão compromete os campos físico, psicológico e emocional.

3. O FEITIO DO PROGRAMA

A engenheira Renata apontou que “o Programa foi elaborado para atender pessoas idosas (acima 60 anos) semidependentes, de acordo com conceituações utilizadas pela RDC da ANVISA²², que residissem em moradias próprias, e com renda de até dois salários”.

O programa “Kit Banheiro Seguro” foi tutelado pela Secretaria de Assistência Social Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte. Com vistas à acessibilidade e à segurança da pessoa idosa dentro de sua própria residência, o programa contempla pessoas idosas de baixa renda. Segundo Renata Martins Costa de Moura, “o projeto teve início em 2010/2011 (fases iniciais), início das instalações em 2013, e, a partir de 2016, foi paralisado”.

O órgão responsável pelos cadastros é a Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa (CDPI), dos Centros de Saúde e Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Todo processo foi acompanhado pela CDPI, desde o cadastro até a instalação do kit. Há, em princípio, avaliações socioeconômicas dos indicadores da saúde e da autonomia da pessoa idosa. A etapa seguinte abarcou a vistoria na moradia feita pela Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte (URBE), com a finalidade de identificar as necessidades de intervenção. A entrevistada lembra que o programa foi elaborado e executado por muitas

²² 3.2 - Dependência do Idoso – condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária.

3.3 - Equipamento de Autoajuda - qualquer equipamento ou adaptação, utilizado para compensar ou potencializar habilidades funcionais, tais como bengala, andador, óculos, aparelho auditivo e cadeira de rodas, entre outros com função assemelhada.

3.4 – Grau de Dependência do Idoso

a) Grau de Dependência I – idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de autoajuda;

b) Grau de Dependência II – idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada;

c) Grau de Dependência III – idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo.

3.5 – Indivíduo autônomo – é aquele que detém poder decisório e controle sobre a sua vida.

Informações disponíveis no website do Portal da Anvisa: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df>.

mãos, em diversas etapas: “participaram de outras fases técnicos de Postos de saúde, CRAS, o CREA e demais técnicos da Diretoria”.

Com a validação dos dados colhidos e corroborados pela vistoria, o “Kit Banheiro Seguro” foi instalado, sendo necessárias as etapas a saber: adesão do programa, aplicação do termo de adesão através da equipe social; levantamento inicial da obra e desenvolvimento do projeto com a melhor solução pelo profissional arquiteto; acompanhamento do empreiteiro e do engenheiro fiscal para esclarecer as intervenções previstas no projeto, bem como o andamento e a qualidade da obra; termo de entrega da obra, após concluídas as intervenções, quando o cidadão assina o termo.

Para a adequação do banheiro, o programa foi baseado em diretrizes de intervenção com vistas a qualificar o ambiente, tornando-o seguro. O mesmo é composto por vários itens: barras de segurança; piso antiderrapante; cadeira de banho; elevação de bacia sanitária; maçaneta especial; sensor de presença nas luzes; adequação dos sistemas hidráulicos e elétricos; outras intervenções necessárias à salubridade.²³ Na Figura 1, apresentam-se alguns desses elementos que compõem o kit, instalados em seus lugares determinados para conferir requalificação e segurança ao ambiente.

Figura 1: Fotografia de banheiro requalificado com adequações do “Kit Banheiro Seguro” em Belo Horizonte.



Fonte: Reportagem Rede Globo (MGTV) em 03/12/2012.
Disponível em: <https://globoplay.globo.com/v/2994696/>

²³ Dados obtidos durante a coleta de dados da pesquisa documental.

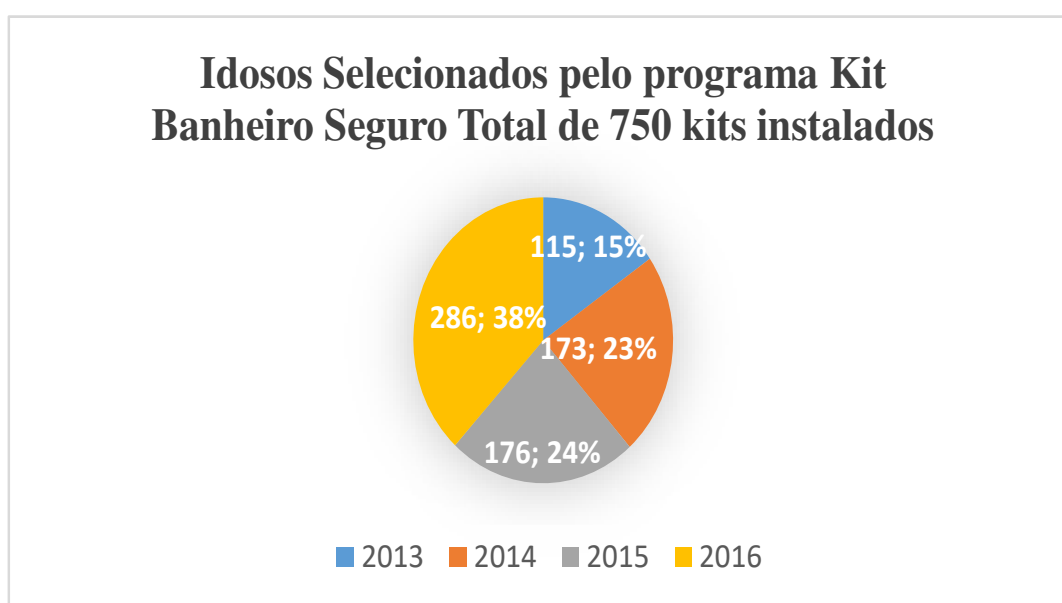
Na Figura 1, notam-se a instalação de barras e a cadeira de banho, que são itens constantes nas diretrizes do programa, pois o “Kit Banheiro Seguro” tem por principal objetivo a colocação de equipamentos de segurança em domicílios, previamente elegidos e vistoriados. Em geral, são domicílios de pessoa idosa independentes ou semidependentes e visam seu conforto e segurança. A finalidade é permitir que a pessoa idosa se movimente dentro de sua própria casa e faça uso do banheiro com segurança.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

No decorrer da pesquisa documental, observou-se uma variação do nome do Programa e do Kit 1 em diversos documentos integrantes do processo, tanto de elaboração do programa, como de efetivação, de conclusão e de avaliação: Projeto “Kit Casa Segura/Banheiro”, Programa “Casa Acessível para Idoso”, Programa “Casa Segura da Pessoa Idosa”, “Kit Idoso – Banheiro Seguro”, “Kit Idoso”, “Kit Banheiro” e “Kit Banheiro Seguro”.

Como já mencionado, o programa foi idealizado em 2010 e findou no ano de 2016. Os anos de 2010, 2011 e 2012 foram destinados ao planejamento e à elaboração do programa e suas estratégias para execução articulada com todos os órgãos envolvidos no processo. A partir de 2013, os kits começaram a ser implantados nas moradias das pessoas idosas selecionadas, encerrando a iniciativa em 2016.

Gráfico 1: Número de instalações do “Kit Banheiro Seguro” nas regionais entre 2013 e 2016



Fonte: Elaboração própria (2020), conforme dados da Pesquisa (2014).

Foi planejado para serem executados 750 (setecentos e cinquenta) kits de segurança nos banheiros, e, ao final do programa, o saldo de execução foi coincidente ao do planejamento. Ou seja, foram projetados e implantados 750 kits, distribuídos nas nove regionais do município: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste Pampulha e Venda Nova, como pode ser observado no Gráfico 1.

No ano de 2013, foram instalados 115 kits, perfazendo 15,30% do total dos kits. Esse número é o menor dos quatro anos de implantação do projeto. Infere-se que o motivo seja em razão do início do programa, bem como das dificuldades em organizar e mobilizar as regionais para os questionários de avaliação e seleção dos beneficiários.

Em 2014, houve um aumento na implantação dos kits. Nesse ano, somaram 173 (23,10%) intervenções nos banheiros dos beneficiários selecionados. Com o tempo, o programa se consolidou e sua dinâmica ficou mais desenvolvida, propiciando o maior alcance nas moradias das pessoas idosas.

Em 2015, permaneceu quase o mesmo percentual de implantação de 2014, um total de 176 kits, perfazendo 23,46%. Nesse ano, houve o maior número de seleção de beneficiários, o que impactou no ano seguinte.

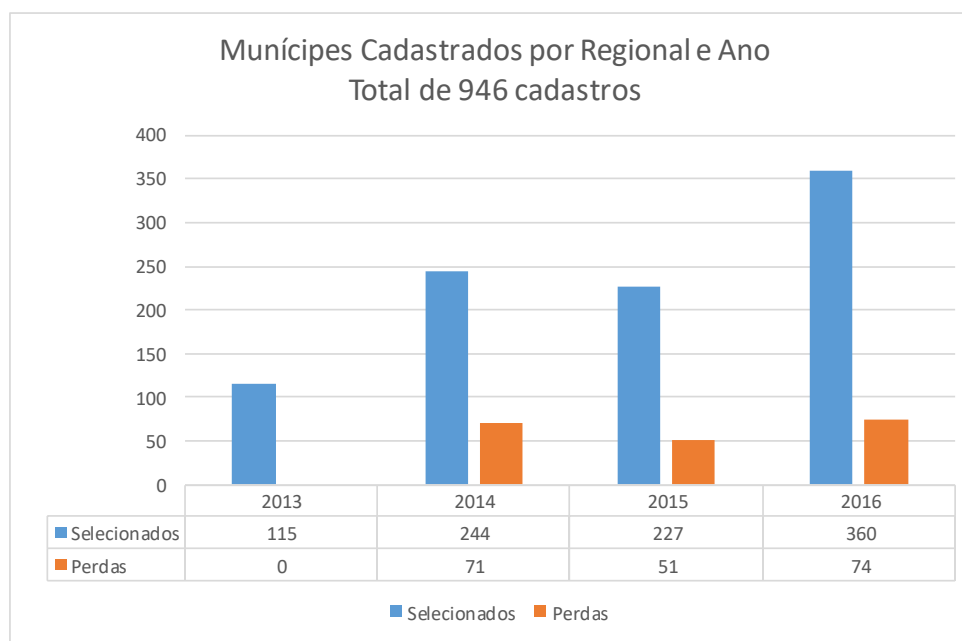
No último ano de execução do programa, 2016, em razão de uma demanda reprimida em 2015, muitas pessoas idosas foram selecionadas, mas o programa não conseguiu atender toda a demanda para execução, sendo necessária a cessão da implantação desses kits para o ano de 2016, devido ao aumento significativo naquele ano. Foram implantados 286 kits, totalizando 37,75%. Foi o período que mais contemplou as nove regionais e que teve o maior número de kits instalados durante toda a vigência do programa.

Ao analisar os dados de pessoas idosas selecionadas, observou-se uma quantidade razoável de perdas. O termo “perda” se refere aos idosos cadastrados e selecionados para a implantação do kit em sua moradia, e que, por algum motivo, não foram efetivados, mesmo atendendo aos pré-requisitos do programa no ato da seleção. Essas perdas podem ser observadas e comparadas na proporção explicitada no Gráfico 2.

No que refere às perdas, foi constatado que tiveram diversos motivos, destacando-se: a não autorização por parte da pessoa idosa; o não atendimento completo dos critérios de atendimento; a mudança de imóvel; a razão de imóvel alugado; o impedimento devido a riscos construtivos; e o falecimento da pessoa idosa. Dessa maneira, notou-se que, mesmo seguindo o protocolo do questionário para seleção da pessoa idosa para o programa, considerado bem minucioso (seção de Anexo A, deste trabalho), e atendendo aos demais critérios de seleção, é na visita domiciliar que se fecha o diagnóstico. Pode-se aferir a seleção

ou não da pessoa idosa moradora de determinada casa, além de ter numa instância final a aprovação do mesmo para a implantação do kit.

Gráfico 2: Proporção de kits selecionados *versus* cadastros não executados (perdas) entre 2013 e 2016



Fonte: Elaboração própria (2020), conforme dados da Pesquisa (2014).

No ano de 2013, foram 115 idosos selecionados, não sendo observada nenhuma desistência da implantação do “Kit Banheiro Seguro” nas habitações das regionais da cidade, resultando, então, em 115 obras executadas.

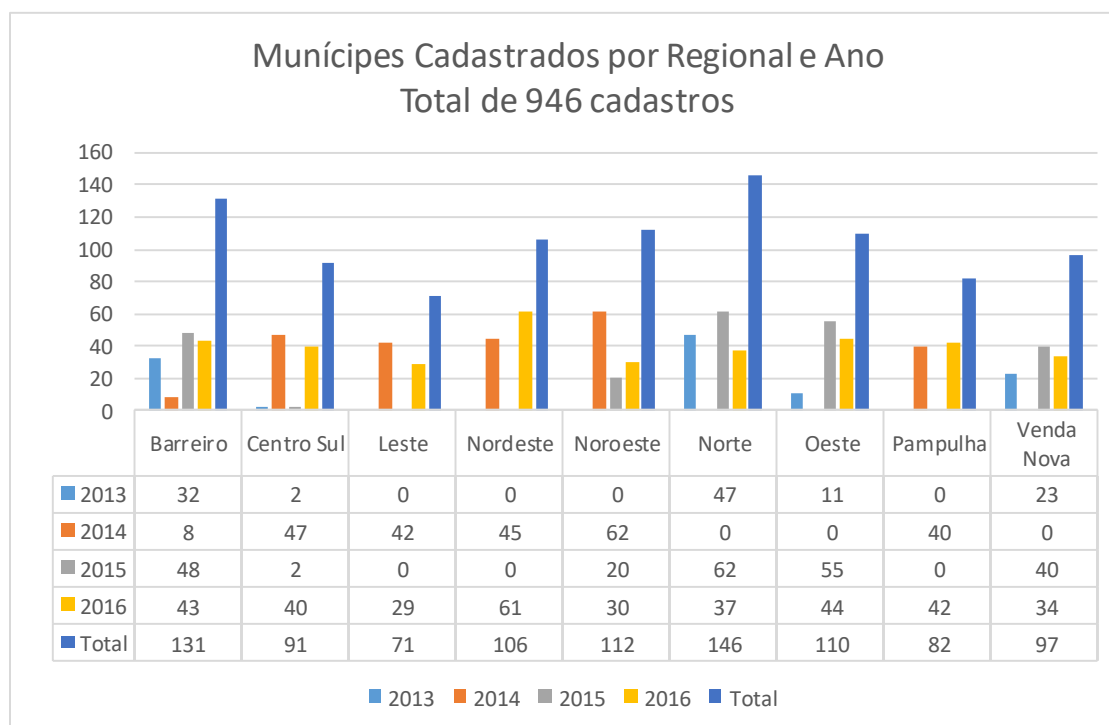
Em 2014, observou-se nos documentos uma perda de 71 selecionados. Foi aprovado o total de 244 pessoas idosas e, destes, 173 kits foram implantados. Esse ano de atividade foi proporcionalmente o de maior número de perdas.

No ano de 2015, o número de perdas reduziu, sendo 51 para 227 municípios selecionados e finalizando 176 kits instalados no município.

Por fim, em 2016, foram detectadas 74 perdas para os 360 idosos inscritos e selecionados, perfazendo, assim, a execução de 286 kits nas nove regionais de Belo Horizonte.

Os dados ficam mais bem elucidados quando se observa o Gráfico 3, o qual traz o detalhamento por regional. No diagrama, ressalta-se a abrangência do programa nas nove regionais por cada ano de vigência.

Gráfico 3: Número de cadastro de pessoas idosas por regional entre 2013 e 2016



Fonte: Elaboração própria (2020), conforme dados da Pesquisa (2014).

No Gráfico 3, pode-se observar que o menor número de cadastramento para o recebimento do kit foi a regional da Leste, com 71 cadastros, tendo participado do programa apenas em dois anos, os de 2014 e de 2016. Em contrapartida, o maior número de cadastros feitos foi a regional Norte, com 146, seguido pela regional do Barreiro, com 131. Segundo estudo de Camelo *et al.* (2016, p. 282), essa regional apresenta elevado risco social, segundo o Índice de Vulnerabilidade de Saúde. Esse índice é composto por “indicadores socioeconômicos e sanitários, desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte”. A afirmativa posta pelos autores corrobora a vulnerabilidade das áreas com baixos índices econômicos e sociais. Ainda, Camelo *et al.* (2016, p. 289) concluem que “[...]os idosos deste estudo residiam em área cujos indicadores ambientais, sociais e de saúde a configuravam como de risco elevado para a saúde”. Logo, infere-se que esse é um dado relevante para sugerir que as regionais Norte e Barreiro coletaram mais cadastros, em razão das vulnerabilidades social, salutar e econômica, que repercutem na condição vida da pessoa idosa.

O único ano que contemplou todas as regionais foi o de 2016, que apresentou o percentual de 38% de todo programa, consequentemente, ano com maior número de kits instalados nas moradias das pessoas idosas em Belo Horizonte.

Mesmo sendo executado numa escala reduzida, o programa “Kit Banheiro Seguro” demonstrou a importância de políticas que abarquem as condições de envelhecimento da população. Vale ressaltar que o Estado diminui sua ação quando não regula, não efetiva a legislação e não provê a intervenção estatal no âmbito social e econômico. Assim, os efeitos gerados colaboram sobremaneira para a crise da sociedade, em todas suas instâncias e, principalmente, afetam as camadas da população menos favorecida. Em geral, a população mais vulnerável é a que mais necessita dessa forma adequada de morar, já que não tem acesso às proposições legislativas, tornando-se um grupo em evidente risco social (PESSOA, 2001; DEUS, 2010; BONDUKI, 2014).

O recurso financeiro atribuído a cada kit é um fator a ser destacado. Segundo uma das licitações feitas pelo programa, o valor conferido foi de R\$ 600,00 (seiscentos reais), custo operacional total por kit no ano de 2012. Esses valores foram distribuídos da seguinte forma: barra de apoio para o box (90 cm), R\$ 250,00; piso antiderrapante (média 6 m²), R\$ 65,00, interruptor de presença, R\$ 50,00; banco para apoio ao banho, R\$ 120,00 (pode ser substituído por mais barras de apoio no box); maçaneta tipo alavanca, R\$ 25,00 e, por fim, mão de obra, R\$ 80,00 (sem considerar o piso).

As quedas sofridas pelas pessoas idosas são motivo de grande preocupação da área da saúde e social. Vários fatores favorecem para esse evento, e as condições da moradia contribuem muito com essa realidade. De acordo com Barros *et al.* (2015, p. 65), pode-se definir a “queda como um evento não intencional, causado por condições intrínsecas e extrínsecas que geram impactos físicos, psicológicos e sociais na vida dos idosos”. As quedas no domicílio são muito comuns e têm atribuição de diversos fatores de risco, ambientais e fisiológicos. Segundo dados da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), as quedas estão entre os principais motivos de hospitalização das pessoas idosas (OLIVEIRA, 2019).

As pessoas idosas utilizam os serviços hospitalares com muito mais frequência em decorrência de quedas, se comparado às outras faixas etárias, como corroboram Barros *et al.* (2015, p. 65): “somadas às fraturas, as quedas ocasionam declínio na saúde da população idosa, uma vez que causam restrições às Atividades de Vida Diária (AVDs) caracterizadas pelo medo da ocorrência de uma nova queda”. Desse modo, o valor investido no kit por unidade instalada pode ser justificado em razão de consistir em um promotor de prevenção de quedas entre as pessoas idosas em sua moradia.

Para fins de avaliação da eficácia do programa, aconteceu, no ano de 2016, uma auditoria que deu fruto ao Relatório de Auditoria dos Kits Assentados pelo Programa Casa Segura para Pessoa Idosa – Kit Idoso. O relatório previa as seguintes etapas de verificação:

documentação relacionada aos beneficiários; termo de autorização para instalação do kit idoso; termo de adesão e recebimento das obras; controle das vistorias das obras; fotos do antes e depois. Previa, também, uma verificação *in loco*, por amostragem, com vistas nos elementos componentes do kit: piso antiderrapante, elevação de sanitário, barras de proteção e sensor de presença.

O diagnóstico e as recomendações resultantes da auditoria foram: verificação das adaptações realizadas, observando se estas atenderam às normas de acessibilidades norteadas pela NBR 9050; obtenção de dados para decidir a seleção do beneficiário, pois o critério adotado no questionário aplicado pode ser considerado um item razoável; verificação *in loco* sobre a concordância dos documentos constantes, como projetos e questionários, com as condições dos banheiros selecionados para a amostragem; tempo médio de um ano (12 meses) entre a seleção do beneficiário até a entrega definitiva do kit, variando de sete meses a um ano e seis meses, em alguns casos. Esse dado reflete um fator negativo da operacionalização do programa, considerando o público-alvo do programa, a pessoa idosa. Devido a essa morosidade, o idoso poderia sofrer uma queda e, até mesmo, falecer, nesse ínterim, não podendo usufruir do benefício.

As questões supracitadas foram elencadas e salientadas pela auditoria realizada. Houve também uma pesquisa de satisfação, que retratou uma amostragem de idosos que tiveram os kits implantados, nos anos de 2013 e 2014. Em 2013, 93% dos idosos entrevistados avaliaram como bom ou ótimo seus banheiros em comparação aos anteriores. Sendo que, deste, 67% responderam bom e 25% responderam ótimo. Já no ano de 2014, o que mais chamou a atenção foi o alto grau de satisfação com relação à qualidade de vida. Nesse sentido, a auditoria inferiu que o programa atribui melhoria acentuada na qualidade de vida dentro da moradia, depois da instalação do kit.

Foram feitas duas licitações para efetivação dos kits nas habitações dos idosos. Foram licitados dois contratos para a instalação dos 750 kits, no período entre 2012 e 2016.

Em 25 de março de 2017, após a análise do relatório da auditoria do programa realizada em julho de 2016, constatou-se que não havia nenhuma pendência no referido programa.

5. EPÍLOGO DO PROGRAMA

O programa teve vigência entre o ano de 2010 a 2016, e, no total, foram 750 kits instalados em 750 casas de idosos. Segundo Renata Martins (2019), “o projeto foi descontinuado por questões financeiras”. Contudo, as transações orçamentárias apontam uma possibilidade de retomada para 2020, em razão da demanda e do *feedback* positivo do projeto implantado. “As pesquisas de satisfação realizadas com os beneficiários mostraram que o projeto trouxe independência para os idosos, melhoria na qualidade de vida, autonomia nas atividades cotidianas e minimizou os riscos a que os idosos estão expostos em suas residências” (Relatório de Auditoria do Programa, 2016, s. p.).

A pesquisa de satisfação, realizada com idosos beneficiados pelo programa, revelou que houve um incremento na qualidade de vida dessas pessoas, no tocante à vivência da moradia, através do fornecimento de segurança e bem-estar, como evidenciado na pesquisa de satisfação.

6. CONCLUSÕES

Conclui-se que as ações voltadas para a casa do idoso, no sentido de qualificar e adequar os ambientes, promovem saúde física, psicológica e emocional, favorecendo, assim, a habitabilidade da moradia, o que impacta no bem-estar do idoso e, conseqüentemente, em sua qualidade de vida.

Por meio de políticas públicas direcionadas à pessoa idosa, e com abrangência nos centros e regionais, como associações de bairro, CRASs e outras entidades, como é o caso do programa aqui estudado, a possibilidade de sucesso é verdadeira.

Cumprir dizer que o programa atendeu às expectativas que constam no cerne de sua elaboração, em termos de progresso na qualidade de vida do idoso beneficiário. Dentro da vistoria, os auditores mencionam uma pesquisa de satisfação, que vai ao encontro da afirmativa positiva relativa aos Kits Banheiro Seguro implantados.

Outro aspecto que permeia essa discussão se refere ao tempo da candidatura do programa até a instalação do kit no domicílio. A duração de um ano a um ano e meio para a efetivação do programa é um período considerado muito longo, uma vez que a pessoa idosa é selecionada justamente por necessitar do imediato aporte de segurança, e nesse tempo pode ocorrer quedas, e mesmo finitude, já que a maioria dos usuários são longevos. Assim, torna-se

desejável que, caso o programa seja retomado, o processo seja célere, em virtude das características do próprio envelhecimento, afinal, a idade não espera.

Destarte, baseado na pesquisa de satisfação executada pelos auditores, atesta-se que o programa obteve um alcance significativo da casa da pessoa idosa carente selecionada, propiciando, assim, sentimento de segurança, dignidade e bem-estar, o que contribui para a mudança da vivência cotidiana da independência e para a autonomia no processo de envelhecimento.

Em tempo, vale ressaltar que o referido programa não consegue abarcar todas as questões que contemplam uma casa digna, adequada e aprazível, por se tratar de intervenção em um cômodo apenas - o banheiro. No projeto geratriz, Casa Segura para o Idoso, há esse alcance, posto que todos os ambientes componentes da habitação são contemplados. Fica, então, o anseio de tempos mais fartos para que projetos dessa magnitude e vocação não sejam invalidados por escassez de recursos financeiros, podendo transformar, substancialmente, a vida das pessoas idosas no Brasil.

REFERÊNCIAS

ALVES, V. P.; VIANNA, L. G. Políticas públicas para a educação gerontológica na perspectiva da inserção social do idoso: desafios e possibilidades. **Ensaio: aval. pol. públ. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 68, p. 489-510, jul./set. 2010.

BARROS, I. F. O.; PEREIRA, M. B.; WEILLER, T. H.; ANVERSA, E. T. R.. Internações hospitalares por quedas em idosos brasileiros e os custos correspondentes no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 18, n. 4, p. 63-80. São Paulo (SP), 2015.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014. p. 601-610.

BONDUKI, N. **Política habitacional e inclusão social no Brasil**: revisão histórica e novas perspectivas no governo Lula. Disponível em http://www.usjt.br/arq.urb/numero_01/artigo_05_180908.pdf. Acesso em 05.06.2014

BRANDÃO, L. C. **O programa “Minha Casa, Minha Vida” Implementado no Brasil a partir de 2009**: política habitacional e o direito à cidade. Universiteit Leiden, novembro 2013. Disponível em: https://www.academia.edu/5040545/O_programa_Minha_Casa_Minha_Vida_implementado_no_Brasil_a_partir_de_2009_pol%C3%ADtica_habitacional_e_o_direito_%C3%A0_cidade. Acesso em: 05 de nov. 2019.

BRASIL, Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde. **Casa Segura do Idoso**. 2019. Disponível em: <http://bvsm.sau.gov.br/dicas-em-saude/2920-casa-segura-para-o-idoso>. Acesso em 05 de novembro 2019.

CAMELO, L. do V.; GIATTI, L.; BARRETO, S. M. Qualidade de vida relacionada à saúde em idosos residentes em região de alta vulnerabilidade para saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, 2016, 19: 280-293.

DEBERT, G. G. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP, 2012.

DEUS, S. I. A. de. Um modelo de moradia para idosos: o caso da Vila dos Idosos do Pari-São Paulo (SP). **Caderno Temático Kairós Gerontologia**, v. 8. São Paulo, novembro 2010. p. 195-213.

FABRÍCIO S. C. C., RODRIGUES R. A. P., COSTA M. L. Junior. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Rev de Saúde Pública**, v. 38, n. 1, 2004. p. 93-99.

FERRETTI, F.; LUNARDI D.; BRUSCHI L. Causas e consequências de quedas de idosos em domicílio. **Rev. Fisioter. Mov.** v. 26, 2013. p. 753-762.

KUJAWA, H. A.; ZAMBAM, N. J. Conquista da moradia no loteamento Canaã em Passo Fundo, Brasil. **Mercator (Fortaleza)**, Fortaleza, v. 17, 2018.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; FONTES, M. B. **O morar contemporâneo do idoso**: onde e como reside no estado de Minas Gerais. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG), 2016.

OLIVEIRA, S. L. F.; FRANCISCO, T. de J.; SANTOS, H. M.; CESAR, A. N.; LIMA, P. R. de. Fatores de risco para quedas em idosos no domicílio: um olhar para a prevenção. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 2, n. 3, 2019. p. 1568-1595.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10**. v. 1. 8 ed. São Paulo: Edusp, 2000.

PEREIRA S. R. M.; BUKSMAN S.; PERRACINI M. P. L.; BARRETO K. M. L.; LEITE, V. M. M. **Quedas em idosos**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia; 2001. Disponível em: <http://www.sbgg.org.br/profissionais/index.php?diretrizes>. Acesso em 27 de maio de 2018.

PESSOA, R. Estatuto da Cidade. **Revista Jurídica Consulex**, n. 110, 2001. p. 54-55.

TANNURE, M. C.; ALVES, M.; SENA, R. R. de; CHIANCA, T. C. M. Perfil epidemiológico da população idosa de Belo Horizonte, MG, Brasil. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 62, n. 5, Brasília 2010. p. 817-822.

PARTE II

*A vida deve ser sempre tutelada e amada da
concepção até seu natural crepúsculo.
E isso é amor.*

Papa Francisco (2018)

PERFIL PESSOAL E HABITACIONAL DA PESSOA IDOSA E SUAS REPERCUSSÕES NA QUALIDADE DE VIDA

PERSONAL AND HOUSING PROFILE OF THE ELDERLY PERSON AND ITS IMPACT ON THE QUALITY OF LIFE

RESUMO

O processo de envelhecimento mundial é um fato que se apresenta desigual entre os países. No Brasil, o acelerado envelhecimento intensificou as demandas estatais, ocasionando desigualdades socioeconômicas e riscos sociais. Nesse contexto, buscou-se examinar a associação entre qualidade de vida das pessoas idosas, seus perfis e características habitacionais, em especial o “Kit Banheiro Seguro”, por considerar esse cômodo, o banheiro, essencial ao bem-estar da pessoa idosa. Pressupôs-se que é nesse ambiente que ocorre a maioria das quedas sofridas pelas pessoas idosas em seus lares, sendo a adequação desse ambiente de suma relevância para a qualidade de vida. Nesse sentido, o objetivo fundamental deste trabalho foi examinar o “Kit Banheiro Seguro”, caracterizar os perfis dos beneficiários e suas moradias, bem como a qualidade de vida. Para tanto, utilizou-se a pesquisa documental, com análise estatística descritiva e temática. Os resultados indicaram que a habitação é um marcador essencial da qualidade de vida, por sua associação com a segurança, conforto, afetividade e pertencimento. Destarte, concluiu-se que a repercussão da adequação de um componente da habitação pode repercutir no bem-estar da pessoa idosa e, portanto, em sua qualidade de vida, especialmente no que tange conforto, ambiência, saúde e segurança, advindos da intervenção na moradia.

Palavras-chaves: Envelhecimento humano; Kit Banheiro Seguro; Qualidade de vida.

ABSTRACT

The global aging process is a fact that is uneven among countries. In Brazil, the accelerated aging intensified state demands, causing socioeconomic inequalities and social risks. In this context, we sought to examine the association between the quality of life of elderly people, their profiles and housing characteristics, in particular the “Kit Banheiro Seguro”, as this room, the bathroom, is essential to the well-being of the elderly. It was assumed that it is in this environment that most falls suffered by elderly people in their homes occur, and the adequacy of this environment is of paramount importance for quality of life. In this sense, the main objective of this work was to examine the “Kit Banheiro Seguro”, to characterize the profiles of beneficiaries and their homes, as well as their quality of life. For this purpose, documentary research was used, with descriptive and thematic statistical analysis. The results indicated that housing is an essential marker of quality of life, due to its association with safety, comfort, affection and belonging. Thus, it was concluded that the repercussion of the adequacy of a housing component can have an impact on the elderly person's well-being and, therefore, on their quality of life, especially with regard to comfort, ambience, health and safety, arising from the intervention in the home.

Keywords: Human aging; Kit Banheiro Seguro; Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

O processo de envelhecimento mundial é um fato. Países desenvolvidos, em sua maioria, vivenciam esse processo de envelhecimento populacional de maneira gradativa, e em um momento fortuito, de grande produção econômica e social, propiciando assim, um preparo para lidar com o contingente de idosos, afinal, estes enriqueceram e envelheceram. Em contrapartida, esse processo tem se apresentado bem diferente nos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil. Em paralelo às graves crises econômicas e sociais, o processo de envelhecimento brasileiro intensifica a demanda do Estado às necessidades relacionadas à porção cada vez maior de pessoas idosas, largueando, assim, os gastos estatais, bem como o contexto de desigualdades socioeconômicas e de risco social.

A alta taxa de natalidade nas duas décadas após a Segunda Guerra Mundial²⁴, combinada à alta redução de mortalidade, e ainda, acrescida ao progresso na área da saúde,

²⁴ Ao final da Segunda Guerra Mundial, países que lutaram ao lado dos aliados, como os Estados Unidos, a França e a Inglaterra vivenciaram um crescimento demográfico abrupto que foi apelidado, na tradução literal, de

principalmente no que se refere à saúde preventiva, resultou no aumento expressivo da população idosa²⁵.

Segundo Alexandre Kalache, “o legado duradouro do século XX é a longevidade. [...] A cada segundo, duas pessoas no mundo celebram 60 anos de vida. Esses anos extras de vida são um privilégio sem precedentes. O que está acontecendo é de fato uma revolução - a Revolução da Longevidade” (ILC, 2015, p. 16).

Silva Neto (2010) afirma que a promoção da qualidade de vida deve ser uma normativa para o enfrentamento dos novos desafios impostos por esse contingente populacional. Ressalta, também, que componentes do cotidiano como educação, urbanização, habitação, trabalho, lazer e saúde são fundamentais para se envelhecer bem. Assim, essa boa velhice só poderá ser construída à medida que as pessoas idosas tiverem condições de usufruir dos elementos supracitados. Ademais, “a sociedade precisa desenvolver uma cultura, uma ética e uma filosofia de vida de longevidade. São indispensáveis conhecimentos e preparação em prol de uma cultura inovadora do envelhecimento, que seja eticamente responsável” (SILVA NETO, 2010, p. 32).

Nessa perspectiva, vale ressaltar que envelhecer é um desejo antigo da humanidade. As sociedades buscam, em toda sua existência, condições e capacidades para se viver mais tempo. Na contemporaneidade, a discussão em voga ganha um incremento, viver mais e melhor, como acrescentar qualidade de vida nos anos a mais vividos. “A qualidade de vida de quem envelhece é bem mais importante que o número adicional de anos vividos. A meta do sujeito que envelhece quase sempre é uma existência satisfatória, com tranquilidade, respeito, dignidade e, acima de tudo, plena de significado e sentido” (SILVA NETO, 2010, p. 175).

O envelhecimento humano orgânico, conhecido como senescência, é o processo natural do envelhecer, o envelhecimento primário. Trata-se do período em que os declínios físicos e mentais são lentos e graduais. Em contrapartida, distinto da senescência, a senilidade é o processo de envelhecimento caracterizado por uma importante perda das capacidades físicas e mentais. É o envelhecimento considerado patológico, muitas vezes, com a “vida no leito”. Para além das questões relacionadas ao corpo físico, o envelhecimento tem impacto na vida familiar e social do indivíduo, como ressalta Mafra: “sob uma perspectiva social, o

explosão de bebês (“baby boom”) que durou de 1945 e a 1964. Este é o fenômeno que deu origem à geração que, atualmente, conhecemos como Baby Boomers. Os Baby Boomers são pessoas que, entre os anos de 1960 e 1970, viveram a flor de suas juventudes e viram de perto todas as mudanças pelas quais o mundo passou no pós-guerra, como o surgimento de novos estilos musicais, transformações na moda e, sobretudo, na política. Disponível em: <https://www.ufjf.br/ladem/2020/05/28/baby-boomers-o-que-significa-e-quais-sao-as-caracteristicas/>

²⁵ A Organização das Nações Unidas (ONU) considera como idosas as pessoas de 60 anos e mais para os países em desenvolvimento, e de 65 anos e mais para os países desenvolvidos.

envelhecimento está relacionado com a perda de autonomia e independência, limitando a capacidade de autocuidado, e conseqüentemente, comprometendo a qualidade de vida do indivíduo” (MAFRA, 2011, p. 357). Posto isso, é preciso ressignificar o papel da família e da sociedade em relação à pessoa idosa, suas dependências e cuidados. Sendo assim, uma das dimensões atribuídas à qualidade de vida na velhice se refere à independência e à autonomia.

Dessa maneira, a velhice se apresenta de várias formas, em diferentes contextos socioeconômicos e com vivências singulares. Portanto, tal período é individual e personalizado, não sendo possível considerar o segmento populacional idoso de uma só maneira, especialmente em se tratando de Brasil, que possui particularidades conforme a região, mediante um território com dimensões continentais (MIGUEL *et al.*, 2016; MOTA *et al.*, 2017).

Atentar para essa peculiaridade é fundamental para que o alcance das políticas públicas, destinadas às pessoas idosas brasileiras, sejam adequadas e justapostas a muitas realidades. Infere-se então que, quanto mais regional e mais localizada, maior é a eficiência e a eficácia de uma política. Conseqüentemente, quanto mais universalizada, maior será a incidência de perdas identificadas, tanto no processo do desenho da política, como em sua execução e repercussão junto ao público-alvo.

Nessa perspectiva, o município de Belo Horizonte, capital do Estado de Minas Gerais, desenvolveu um programa piloto para melhoria de parte da habitação da pessoa idosa, o “Kit Banheiro Seguro”, gestado entre 2010 e 2012 e executado durante os anos de 2013 a 2016. No programa, foram implantados 750 (setecentos e cinquenta) kits nos banheiros das moradias de pessoas idosas contemplados, modificando, assim, o uso e a relação desse indivíduo com sua habitação.

Dentre os ambientes do espaço doméstico, o banheiro se mostra como um cômodo relevante no que diz respeito à saúde, à segurança e ao bem-estar da pessoa idosa. É nesse ambiente que ocorre a maioria das quedas, e a adequação desse ambiente é de suma relevância para a qualidade de vida desses sujeitos. Sob essa perspectiva, quanto menor a incidência de quedas, menor o tempo de internações hospitalares, menor o sofrimento, menor o dispendido de recurso econômico, e menor o cuidado especializado. Cuidado esse feito, em sua maioria, pela e na família, comumente por alguma mulher, que, muitas vezes, se ausenta do mercado formal de trabalho para tal cuidado.

Diante do exposto, evidenciam-se o aumento de pessoas idosas no país e a busca por ações que mitiguem a falta de adequação e de habitabilidade dentro das casas desses sujeitos

sociais, na perspectiva de favorecer a segurança, o bem-estar e a qualidade de vida dos mesmos.

Neste artigo, objetiva-se caracterizar o perfil das pessoas idosas que foram contemplados com o programa “Kit Banheiro Seguro” no ano de 2014, assim como traçar o perfil de suas moradias, com vistas a identificar elementos que norteiem a qualidade de vida na interação da pessoa idosa e o kit. Nesse sentido, traçam-se esses perfis e interligam-se os dados encontrados às dimensões de qualidade de vida. Para a realização do presente estudo, a população escolhida foi formada pelas pessoas idosas atendidas pela política pública elencada no “Kit Banheiro Seguro”, em Belo Horizonte (MG), durante a vigência do programa. É importante destacar que a definição da amostra foi delimitada pela disponibilidade de material documental disponível para análise.

O ano de 2014 foi o que se mostrou mais consistente em relação ao número de kits implantados e a documentação encontrada e acessível. Dos 173 (cento e setenta e três) pessoas idosas beneficiadas pela instalação do “Kit Banheiro Seguro” em seus lares, naquele no ano, foram localizados 113 (cento e treze) fichas documentais, com todos os dados da pessoa idosa e de sua casa. Destes 113, dois constavam em duplicidade nos arquivos, e mais dois com dados inconsistentes e muitos ilegíveis, totalizando a mostra em 109 (cento e nove). Assim, 2014 representa o ano de maior incidência de informações assertivas e disponíveis, justificando sua escolha.

Dessa maneira, realiza-se um estudo de caso, tendo, como norte para discussão, a caracterização dos referidos perfis, correlacionados aos condicionantes de bem-estar e qualidade de vida da pessoa idosa em sua moradia. Para tal, utiliza-se a pesquisa documental, cujos dados secundários foram apreendidos através dos questionários que compõem os cadastros das pessoas idosas selecionadas para o programa. A análise de conteúdo é feita a partir dos resultados obtidos por meio da estatística descritiva, conjugada à análise temática, por meio do *software* Iramuteq, por meio de nuvens de palavras. Esses achados são correlacionados às questões que balizam o bem-estar e a qualidade de vida dentro da moradia, especificamente associados ao ambiente banheiro da habitação.

A relevância de se estudar o perfil socioeconômico das pessoas idosas e as características intrínsecas à sua habitação pode ser justificada à medida que os elementos componentes desses perfis explicitam as condições físicas, econômicas e de apoio familiar. No caso do perfil socioeconômico, e no que tange ao perfil da moradia, os elementos que contemplam os questionários trazem a estrutura física da habitação, e assim, sua condição de adequação e habitabilidade.

Neste artigo, não se adota um método específico de aferição de qualidade de vida, alguns conceitos serão os que emergiram no decorrer da análise dos dados, relativos e apresentados. Dados estes que compõem os achados nos questionários constantes dos cadastros das pessoas idosas. Nesse sentido, conceitos chancelados como os da OMS definem qualidade de vida a partir de duas dimensões - o domínio funcional e o domínio do bem-estar. Também, utilizam-se os princípios desenvolvidos pelo Grupo de Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (Grupo WHOQOL), já que a “qualidade de vida é definida como a percepção que o indivíduo tem sobre a sua posição na vida, considerando o contexto de sua cultura e de acordo com os sistemas de valores da sociedade em que vive, bem como em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (IRIGARY; TRENTINI, 2009, p. 298). O WHOQOL-bref é um instrumento que possui vinte quatro domínios, principalmente no âmbito de saúde, sendo, neste estudo, alcançado pelos domínios III e IV: Físico, Relações Sociais; e Meio Ambiente, respectivamente. Todavia, o referencial teórico mais adotado para a discussão de Qualidade de Vida neste artigo foi a Teoria da Subjetividade com interface às necessidades humanas, e a moradia consiste em um requisito fundamental.

Segundo Neri (2005), em razão do aumento significativo de pessoas idosas na população e do alargamento da longevidade, as questões ligadas à qualidade de vida na velhice tomaram lugar de investigação nos últimos 30 anos no meio científico. Trata-se de um conceito complexo e de muitas dimensões, que está relacionado ao indivíduo e ao seu meio no passar do tempo, o que confere um caráter multideterminado, devido à adaptação da pessoa idosa durante seu período de vida. Assim, o entendimento de qualidade de vida na velhice está imbricado aos determinantes tempo e lugar.

Adicionalmente, tal conceito toma contorno mais complexo, quando se considera a heterogeneidade da população idosa. Os comportamentos adaptativos associados às condições do meio ambiente vivenciado refletem na percepção da pessoa idosa sobre sua qualidade de vida (NERI, 2003; IRIGARY; TRENTINI, 2009). As características individuais e os valores de referência podem modificar com a idade e o tempo:

A ideia da multidimensionalidade da qualidade de vida na velhice e acrescenta que ela seria realizada a partir de critérios intrapessoais e sionormativos, a respeito do sistema pessoa-ambiente de um indivíduo, no momento atual, no passado e no futuro. [...] a qualidade de vida na velhice é dependente de muitos elementos que estão inter-relacionados, sendo o produto de uma história interacional que iria se delineando à medida que os indivíduos e sociedades se desenvolvem. Ela envolveria uma comparação entre critérios objetivos e subjetivos associados a normas e a valores sociais e individuais, os quais estariam igualmente sujeitos a alterações no decorrer do tempo (IRIGARY; TRENTINI, 2009, p. 298).

Nessa perspectiva, ante os perfis traçados, da pessoa idosa e de sua moradia, e da interligação dessas dimensões sobre a qualidade de vida, busca-se compreender a vivência da pessoa idosa em sua casa, além de procurar contribuir para o entendimento sobre a política pública e sua atuação na vida desse sujeito social, representada neste estudo pelo “Kit Banheiro Seguro”.

2. A PESSOA IDOSA MINEIRA E O KIT BANHEIRO SEGURO

Para além da questão do crescimento em números da população idosa absoluta brasileira, está o aumento da longevidade. As pessoas idosas estão cada vez mais velhas, mais longevas. Com isso, os desafios gerados por esse envelhecimento populacional aumentam na mesma proporção. Questões relacionadas ao processo de envelhecimento e suas necessidades básicas, como saúde, habitação, educação, proteção, segurança e lazer, emergem no campo da pesquisa, sendo direcionadas à formulação das políticas públicas (MIGUEL *et al.*, 2016; MIRANDA *et al.*, 2016).

O referido crescimento do número de pessoas idosas no Brasil é observado desde a segunda metade do Séc. XX e tem uma explosão no início do Sec. XIX, como apresentado no Gráfico 1. “De uma população predominante jovem em um passado nem tão distante, observa-se, nos dias atuais, um contingente, cada vez mais importante, de pessoas com 60 anos ou mais de idade” (VASCONCELOS; GOMES, 2012, p. 546). O processo da transição demográfica brasileira²⁶ teve início a partir de 1950, em virtude do declínio das taxas de mortalidade, natalidade e fecundidade, quando comparadas as de períodos anteriores.

No Gráfico 1, apresentam-se os números conforme a revisão populacional de 2019 da ONU²⁷, demonstrando que, a partir da década de cinquenta do século passado, houve o início da progressão da população idosa, principalmente no segmento de 60 anos e mais, o que confirma a proposição da transição demográfica. Em 1950, a população idosa era de 2,6 milhões (4,9% da população total); enquanto, e em 2020 atingiu cerca de 30 milhões (14% da população total), com estimativa de chegar em 2100 a 72,4 milhões (40% da população total).

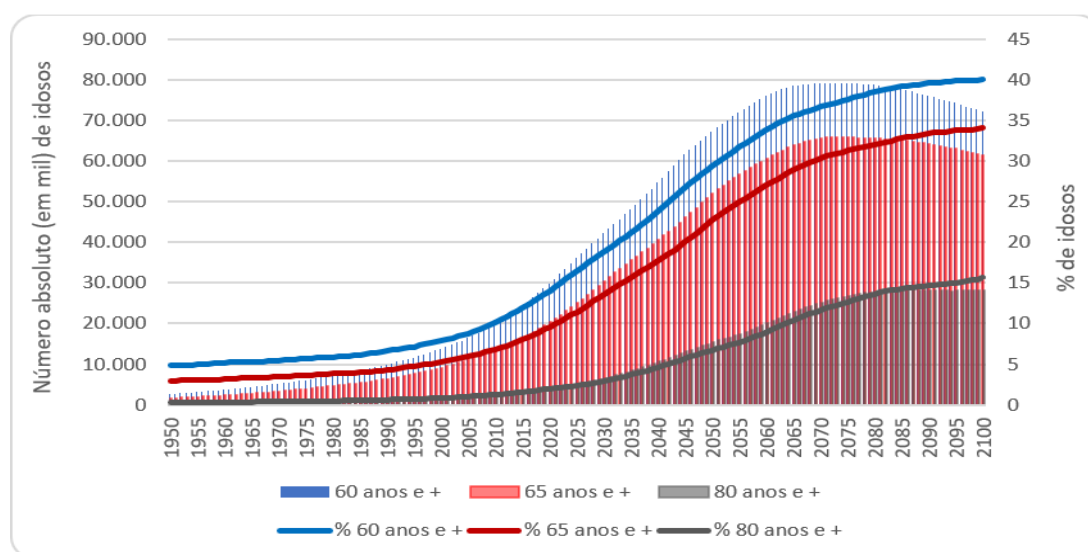
²⁶ Proposta nas primeiras décadas do século XX, a teoria da transição demográfica foi formulada à luz da relação entre o crescimento populacional e o desenvolvimento socioeconômico. Segundo essa teoria, o desenvolvimento econômico e o processo de modernização das sociedades estariam na origem das mudanças nas taxas de natalidade e de mortalidade verificadas em países europeus, com consequentes mudanças nos ritmos de crescimento populacional (VASCONCELOS; GOMES, 2012, p. 540).

²⁷ Fonte: Revisão em 2019 das projeções da ONU. Disponível em: <https://population.un.org/wpp2019/>. Acesso em 14 de janeiro de 2021.

O contingente de pessoas idosas, com 80 anos e mais, deve atingir cerca de 28 milhões em 2100. A virada de século apresenta o início desse aumento dos mais longevos.

Esses dados alertam para uma demanda específica para essa porção, por possuir especificidades inerentes a sua longevidade, sobretudo no que se refere à saúde e ao cuidado. Ainda de acordo com o gráfico, nota-se que, em 2075, haverá o pico da população de 60 e 65 anos e mais; já as pessoas idosas de 80 anos e mais alcançarão o pico no ano de 2085.

Gráfico 1: População idosa brasileira efetiva (de 1950 a 2010) e projetada (de 2015 a 2100)

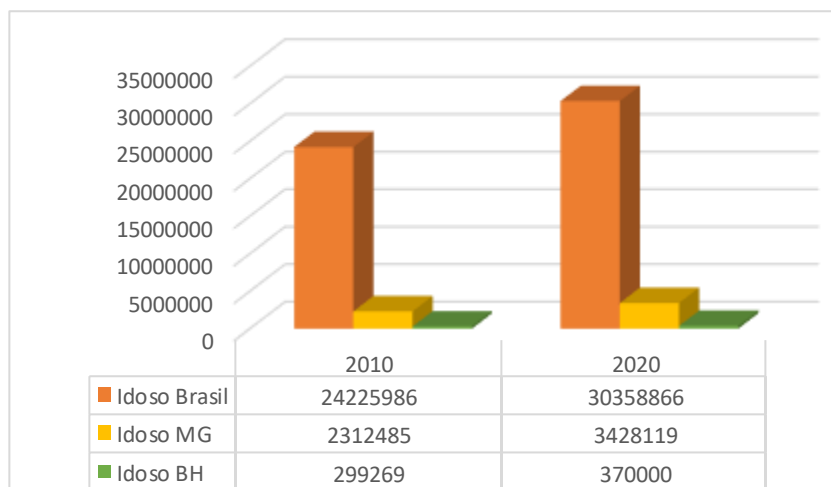


Fonte: <https://population.un.org/wpp2019/> (2019).

Diante da perspectiva de envelhecimento do país, o estado de Minas Gerais acompanha a mesma tendência. No Gráfico 2, observa-se que a população idosa mineira teve um acréscimo de 1.783.282 habitantes em uma década (2010 a 2020), enquanto a população idosa no Brasil foi de 6.132.880, também em dez anos (2010 a 2020), conforme IBGE, (2020)²⁸.

²⁸ Disponível em <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>

Gráfico 2: População brasileira total e idosa (2010 e 2020)



Fonte: Elaboração própria (2021), conforme dados do IBGE (2020).

O percentual de aumento da população idosa no estado cresceu consideravelmente, de 11,8%, em 2010²⁹, para 16,10%, em 2020³⁰, perfazendo um número de 1.115.634 desse segmento populacional. Na mesma perspectiva, a capital do estado acompanhou a tendência de aumento populacional. Em 2010, Belo Horizonte apresentava 299.269 pessoas idosas, perfazendo 12,6% da população total. Na projeção de 2020, esse percentual passou para 14,67%, constituindo o somatório de 370.000 pessoas idosas.

Essas estimativas são importantes no que tange o planejamento e as estratégias para o atendimento das necessidades da população idosa. Sendo assim, é preciso que os governos e a sociedade se preparem para uma situação adversa e prevista, com relação à alta razão de dependência demográfica³¹, que provocará consequências relevantes na economia, na saúde e no campo social. E tal debate acerca das modificações etárias e de suas repercussões na sociedade tem sido nos âmbitos social, econômico e salutar (VASCONCELOS; GOMES, 2012; MIRANDA *et al.*, 2016). Vale ressaltar que, além de definitivas, essas mudanças impactam diretamente na formulação de políticas públicas que abarquem as necessidades fundamentais das pessoas idosas, cujo papel do Estado é crucial para esse ajuste.

²⁹Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/estadosat/temasphp?sigla=mg&tema=sinopse_censodemog2010>

³⁰ Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/apps/populacao/projecao/index.html>>

³¹ Mede a participação relativa do contingente populacional potencialmente inativo, que deveria ser sustentado pela parcela da população potencialmente produtiva. Valores elevados indicam que a população em idade produtiva deve sustentar uma grande proporção de dependentes, o que significa consideráveis encargos assistenciais para a sociedade. Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/fichasIDB/pdf/ficha_A.16.pdf>.

Nessa perspectiva, as políticas públicas são elementos fundantes para o bem-estar desse segmento populacional. Apesar da legislação brasileira, por meio de documentos como Estatuto do Idoso e Constituição Federal, atribuírem direitos fundamentais à pessoa idosa, muitas vezes, isso não ocorre na prática, como ocorre na observância do acesso e da qualidade da moradia da pessoa idosa, com reflexos em sua qualidade de vida (CARVALHO *et al.*, 2012; MIGUEL *et al.*, 2016). Por isso a importância de se conhecer a perspectiva da Qualidade de vida ao discutir o tema moradia.

O conceito de qualidade de vida é subjetivo e amplo, mas há um consenso entre os pesquisadores. Contudo, também é consenso que a habitação é um promotor de condições que afetam a qualidade de vida do indivíduo que nela reside. Em conformidade a essa afirmação, “torna-se importante identificar as condições que permitem envelhecer bem, com boa qualidade de vida e senso pessoal de bem-estar” (MOTA *et al.*, 2017, p. 47). Silva Neto (2010) complementa esse entendimento, ao postular que:

aquilo que representa qualidade de vida para alguns poderá não significar o mesmo para outros, já que se trata de um conceito altamente subjetivo, variando de pessoa para pessoa. Cada sujeito tem suas necessidades, metas e percepções daquilo que julga indispensável e importante para viver bem ou satisfatoriamente. Não há um modelo ou padrão de qualidade de vida que atenda adequadamente a todas as pessoas idosas. Cada pessoa possui os seus parâmetros de uma existência digna e de bem-estar (SILVA NETO, 2010, p. 175).

Dessa maneira, compreende-se a subjetividade e a amplitude do conceito, sendo assim, não se anseia esgotá-lo. Ao considerar as quatro dimensões básicas, as quais o envelhecimento humano sofre influência: biológico, social, funcional e intelectual, percebe-se uma ligação entre a casa de morar e a qualidade que a moradia pode fornecer à pessoa idosa, a partir desses quatro fundamentos. Nesse sentido, buscou-se compreender a qualidade de vida da pessoa idosa em sua moradia. Não constituiu intuito do presente artigo abarcar o conceito em si, como dito anteriormente, mas sim quais elementos da casa podem repercutir na qualidade de vida dessa pessoa idosa.

Para Rolim e Forti (2004 citados por MOTA *et al.*, 2017), a qualidade de vida tem duas dimensões, o domínio funcional e o domínio do bem-estar, como exposto:

A qualidade de vida apresenta-se sob dois grandes domínios:

- a) O domínio funcional que envolve as variáveis das capacidades físicas, cognitivas, as atividades de vida diária e da autoavaliação do estado de saúde;
- b) E o domínio do bem-estar, tais como as variáveis de bem-estar corporal, emocional, do autoconceito e da percepção global de bem-estar (MOTA *et al.*, 2017, p. 51).

Além de estarem relacionados ao bem-estar do indivíduo e de sua saúde, esses dois domínios apresentam uma condição humana apoiada no grau de satisfação e dos valores individuais. Segundo Gomes e Mafra (2020), basicamente, o entendimento de qualidade de vida está imbricado aos modos de se relacionar em sociedade, aos condicionantes de saúde e psicológicos, assim como à visão que a pessoa tem de si e do mundo. Na definição da OMS, a qualidade de vida perpassa por diversos aspectos relacionados à pessoa, entre eles está a habitação, que abrange o “grau de satisfação das necessidades da vida humana – como alimentação, acesso à água potável, habitação, trabalho, educação, saúde, lazer e elementos materiais – que tem como referência noções subjetivas de conforto, bem-estar e realização individual e coletiva” (BRASIL, 2012, citado por GOMES; MAFRA, 2020).

Dessa maneira, a percepção da pessoa em relação à sua posição na vida, juntamente à cultura e aos valores desse indivíduo, permeia o significado de qualidade de vida. Seguindo essa vertente, para Bestetti (2014), as condições apresentadas pelo ambiente doméstico, físico e emocional influenciam a qualidade de vida das pessoas que vivem nesse ambiente. Um espaço doméstico que contribua para a qualidade de vida da pessoa idosa previne doenças, promove independência e autonomia e favorece o bem-estar da pessoa idosa com seus familiares.

A problemática que abrange a moradia perpassa questões estruturantes que, em alguma medida, favorecem a exclusão social e a pobreza na vida da pessoa idosa no nosso país. Adicionalmente, as condições urbanas, de infraestrutura e de saneamento básico, colaboram para essa problemática do ambiente físico, havendo repercussão direta na qualidade de vida na velhice (CARVALHO; STEPHAN, 2016; COSTA *et al.*, 2016; COSTA *et al.*; 2018).

A casa de morar da pessoa idosa, *a priori*, é o ambiente de maior permanência durante o tempo da velhice. Sinônimo de segurança e de pertencimento, a habitação ganha maior valor ao se avaliar qualidade de ambiente para o bem-estar do indivíduo. Os ambientes físicos influenciam na forma de envelhecer. Quando seguro e adequado, favorece a continuidade do processo da pessoa desenvolver-se pessoalmente e, conseqüentemente, contribui para a manutenção dos laços familiares e sociais, além de promover sua autonomia e independência, que são dimensões de qualidade de vida (MIGUEL *et al.*, 2016).

Sob esse prisma, os cômodos que compõem a moradia podem promover a satisfação, o conforto e a segurança da pessoa que ali habita. Ademais, exercem uma influência acrescida sobre as categorias de adequação e de habitabilidade. Entre os cômodos, o banheiro tem uma

importância na segurança da moradia, por ser uma área molhada, o que por sua vez gera potencial para acidentes. O uso de água frequente forma lâminas d'água que conferem risco de quedas, como aponta Nakamura, em sua definição de áreas molhadas na habitação:

É importante ressaltar que áreas molhadas são aquelas cuja condição de uso e exposição pode resultar na formação de lâmina d'água pelo uso normal a que o ambiente se destina e áreas molháveis são aquelas que recebem respingos de água decorrentes da sua condição de uso e exposição e que não resultem na formação de lâmina d'água (NAKAMURA, 2013, p. 15).

Os acidentes nas áreas molhadas das edificações, especialmente no banheiro, são mais frequentes, e a maioria das vezes mais graves, ao se tratar da pessoa idosa, em razão das disfunções de ordem muscular e osteoarticular (pertencente ao osso e articulação), que afetam o sistema de mobilidade no que se refere ao equilíbrio e à força (GASPAR; FONSECA, 2012). Além do acúmulo de água nas superfícies, a inadequação e a falta de adaptação às necessidades da pessoa idosa são fatores que aumentam sobremaneira o risco de quedas e outros acidentes no banheiro. Trata-se de um evento frequente e multifatorial, e, via de regra, é um marcador de fragilidade na velhice, assim como morte, institucionalização, declínio de autonomia, independência e saúde.

Ter acesso a um banheiro adequado, além de ser questão de dignidade básica, traz diversos benefícios para a sociedade e eleva a qualidade de vida da população. O banheiro é a área construída na habitação que demanda o maior investimento financeiro, seja por seus materiais externos, como louças, utensílios, pisos, entre outros, seja pelos componentes internos à construção, como dutos e conexões. Em virtude do alto valor agregado, vai sendo deixado para depois ou feito de forma mais precária, especialmente nas camadas de menor renda. A autoconstrução, que é a forma de acessar a moradia por grande parte de nossa população, agrava a questão no que se refere às normas de segurança e às técnicas de construção (DE MORAES NETO, 2012; GASPAR; FONSECA, 2012; MIRANDA *et al.*, 2018). Esses fatores dificultam o acesso a banheiros adequados e seguros dentro das casas carentes, refletindo diretamente na qualidade de vida dos indivíduos, especialmente das pessoas idosas.

Visto por esse prisma, os ambientes domésticos estão diretamente relacionados à qualidade de vida, pois favorecem o conforto e a segurança, promovendo, então, uma boa velhice. O envelhecimento ativo, tutelado pela ONU, compreende a qualidade e a motivação para a vida, assim como a otimização da saúde como elementos que pressupõem a habitação

por meio de soluções efetivas das necessidades habitacionais das pessoas idosas (OMS, 2005; PFÜTZENREUTER; MORETTI, 2007).

Há uma carência de políticas públicas habitacionais consistentes direcionadas às pessoas idosas, principalmente no âmbito federal. Com vistas a mitigar, em alguma medida, esse rol de questões inerentes a inadequação da moradia, os estados e suas cidades se organizam e ofertam políticas locais, como é o caso da Paraíba, com o projeto “Cidade Madura” e São Paulo, com o projeto “Casa Segura”, entre outros. Em Minas Gerais, sua capital Belo Horizonte, desenvolveu o programa “Casa Segura para o Idoso”, o qual não foi efetivado em sua totalidade. Apenas o primeiro item do projeto, denominado “Kit Banheiro Seguro”, foi executado, entre os anos de 2010 e 2016. Sendo que os anos de 2010 a 2012 foram para o planejamento do programa, e os anos de 2013 a 2016, foram dedicados à execução, com colocação e vistoria dos kits nas moradias.

Após a elaboração do projeto “Casa Segura para o Idoso”, o conteúdo referente ao “Kit Banheiro Seguro” foi apresentado pelos responsáveis técnicos aos órgãos envolvidos, como consta na documentação estudada. A explicação sobre os componentes do kit partiu da imagem detalhada, que faz parte da Figura 1, apesar de não serem todos itens da imagem componentes do kit.

Figura 1: Propaganda da Prefeitura de Belo Horizonte sobre o Programa “Kit Banheiro Seguro” em 2014



Fonte: Elaboração própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

Na ocasião, foi abordada a legislação relativa à acessibilidade, com exemplos práticos das dificuldades vivenciadas por sua falta. A engenheira Renata Martins ressalta que, além do kit, havia algumas sugestões para que o banheiro da pessoa idosa ficasse mais adequado e seguro, como portas de 80 cm; utilização de cortinas plásticas no box; instalação de torneiras de fácil manuseio; porta objetos fixos e de fácil acesso; utilização de sabonetes líquidos; e tapete externo ao box (de borracha e com ventosas).

Conforme a documentação do programa, a maior acessibilidade e prevenção de acidentes foi a proposta principal do programa, contemplando pessoas idosas de menor renda, por meio da adaptação dos banheiros de suas casas. Os órgãos envolvidos foram, por ação da Prefeitura de Belo Horizonte, a Secretaria Municipal Adjunta de Direitos de Cidadania (SMADC) e a Coordenadoria de Direitos da Pessoa Idosa (CDPI). O programa “Kit Banheiro Seguro” foi realizado pela Companhia Urbanizadora e de Habitação de Belo Horizonte (URBEL). O kit foi constituído por elementos que buscaram atender às normas da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) e, assim, possibilitaram condições de acessibilidade à pessoa idosa. Os cadastros e as indicações foram efetivados por meio da Coordenadoria de

Direitos da Pessoa Idosa (CDPI), dos Centros de Saúde e dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS). Todo o processo para seleção do recebimento do kit foi acompanhado pela CDPI, que realizou avaliações socioeconômicas dos indicadores da saúde e da autonomia da pessoa idosa.

Ao final do processo, foi realizada a análise para verificação e validação. Por fim, a URBEL vistoriou o imóvel, considerando as condições técnicas necessárias para implantação da obra. Após a aprovação do programa e o início de sua implantação, foram realizadas campanhas de divulgação, como exibido na Figura 2, que compõe a propaganda veiculada em rede social do município.

Figura 2: Propaganda da Prefeitura de Belo Horizonte sobre o “Kit Banheiro Seguro”, em 2014



Fonte: PMBH (2014). Disponível em: <https://www.facebook.com/prefeiturabh/photos/a.194067617322316/81161670223406>.

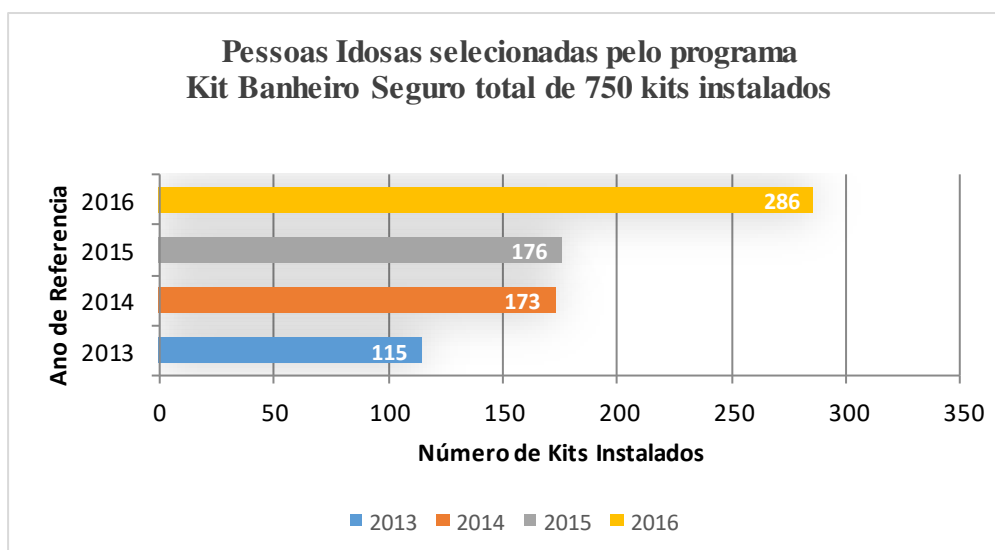
Na imagem da Figura 2, apresenta-se um combinado de três fotografias, todas relacionadas ao programa “Kit Banheiro Seguro” e divulgadas em 2014. Na primeira fotografia, uma agente da prefeitura atende a uma idosa; a segunda à esquerda, há uma fotografia do banheiro já adequado com o kit; e, por fim, na terceira fotografia à direita, mostra-se a assinatura da documentação no final do processo de instalação do kit. Essa iniciativa de fotografar e divulgar em rede social foi a maneira de anunciar e promover o programa pelo poder municipal.

Ao todo, foram instalados 750 (setecentos e cinquenta) kits, entre os anos de 2013 e 2016, distribuídos nas nove regionais do município. Os itens fundamentais que compunham os kits eram: barras de segurança, maçaneta tipo alavanca, sensor de presença, piso antiderrapante, assento para box e elevação do vaso sanitário. Foram executadas as obras

necessárias para a instalação do mobiliário e também dos itens opcionais, como janela basculante, saboneteira e papeleira de porcelana. Ainda conforme a documentação do programa, o projeto foi resultado de discussões sobre as demandas relacionadas aos casos da pessoa idosa em situação de risco de acidentes domésticos, muitas vezes em consequência da falta de equipamentos de segurança nas casas.

Os kits instalados foram distribuídos conforme a demanda dos cadastros e inscrições contempladas para o programa. No Gráfico 3, demonstra-se essa distribuição em quantidade e ano.

Gráfico 3: Número de instalações do “Kit Banheiro Seguro” nas regionais entre 2013 e 2016



Fonte: Elaboração própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

No gráfico acima, nota-se que, em 2013, foram instalados 115 kits, perfazendo 15,5% do total de 750 kits. Em 2014, ano escolhido como a amostra deste estudo, 23% dos kits foram implantados em 173 moradias de pessoa idosa. Em 2015, foram 176 kits, contemplando 23,5%, e, em 2016, houve a instalação de 286 kits, perfazendo 38%, constituindo o maior índice de instalação na vigência do programa.

As instalações foram por regionais, considerando que a capital mineira é dividida em nove regionais administrativas, as quais receberam o “Kit Banheiro Seguro”, sendo elas: Barreiro, Centro Sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

O banheiro brasileiro tem a particularidade de ser composto por duas funções: o sanitário e o banho, o que difere de alguns países, como Portugal. Gaspar e Fonseca afirmam que:

[...] o banheiro no Brasil acumulou duas funções (GARCIA FERRO; PICCOLO, s/d): sanitário e banho; seria necessária a compartimentação das funções do núcleo hidráulico para melhor utilização pelos usuários? Na habitação popular e, principalmente no HIS, a compartimentação das funções seria ganho de conforto para uma família maior, pois os usuários poderiam utilizar cada compartimento simultaneamente (GASPAR; FONSECA, 2012, p. 6).

Na Tabela 1, mostra-se a distribuição dos kits executados em seis regionais atendidas no ano de 2014, nas categorias de sexo e cadeirante. Em princípio, o dado que mais ressalta é a quantidade de mulheres atendidas pelo programa em relação aos homens. Foram 134 mulheres idosas, perfazendo 77%, para 39 homens idosos, totalizando 23%, do total de 173 moradias selecionadas. Essa disparidade entre os gêneros corrobora a tendência de um maior número de mulheres vivenciado a velhice feminina, posto que as mulheres vivem cerca de sete anos a mais que os homens segundo dados do IBGE (LINS; ANDRADE, 2018; SOUSA *et al.*, 2018). E revela uma perspectiva de a tendência dos arranjos unipessoais na velhice ser de mulheres.

Tabela 1: Distribuição percentual das pessoas idosas de Belo Horizonte selecionados pelo Programa Kit Banheiro Seguro conforme a regional, sexo e cadeirante por sexo, no ano de 2014

Variáveis	Distribuição por Sexo					
	Distribuição de Pessoa Idosa por Regional	Total de Pessoas Idosas	Feminino	Masculino	Total Pessoa Idosa Cadeirante	Feminino
Centro Sul	35	22	13	07	02	05
Leste	31	27	04	06	05	01
Nordeste	34	28	06	10	07	03
Noroeste	42	34	08	05	04	01
Pampulha	24	18	06	04	03	01
Total Numérico Percentual	173 (100%)	134 (77%)	39 (23%)	34 (100%)	21 (62%)	13 (38%)

Fonte: Elaboração própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

A maior proporção de mulheres em relação aos homens caracteriza um cenário feminino na população idosa, e essa proporção é identificada nos mais longevos também. Esse

enfoque da velhice ser feminina se justifica em razão de muitos desdobramentos da condição da mulher idosa em nossa sociedade. O enfrentamento dos desafios inerentes ao envelhecimento humano, por homens e mulheres, pode ser observado em função dos seus papéis sociais e profissionais, assim como das suas necessidades e responsabilidades familiares (MELO, 2018). Com o tempo, essas mulheres agregaram às suas vidas prejuízos sociais, econômicos e emocionais.

Essa esperança de vida feminina superior acarreta, muitas vezes, vulnerabilidade, além de “violência, discriminação, salários inferiores aos dos homens, baixa escolaridade, dupla jornada de trabalho ou dedicação exclusiva ao cuidado do lar e dos filhos, situação socioeconômica desvantajosa e conseqüente dependência de recursos” (LINS; ANDRADE, 2018, p. 441). Sousa *et al.* (2018) reforçam que, além dessas desvantagens citadas, a baixa proteção, a segurança e o bem-estar na velhice refletem, no trabalho informal, os baixos índices escolar e renda. Para agravar ainda mais o quadro, há a maior propensão para o acometimento de doenças crônicas e de incapacidades. A citação a seguir completa essa tese:

[...] a velhice feminina atual ainda reproduz os padrões de desigualdade e de opressão vividas pelas mulheres de uma geração marcada pela exclusão, mas traz um alento ao afirmar que as mudanças sociais indicam para a produção de uma ‘nova’ velhice, pautada pelo protagonismo feminino não apenas quantitativo, mas também qualitativo. Cita como interessante exemplo o projeto de *co-housing* - moradia compartilhada- entre mulheres que vivem de modo independente, mas de forma solidária (CÔRTEZ; BRANDÃO, 2017, p. 2).

Outro dado relevante demonstrado na Tabela 1 é relativo às pessoas cadeirantes. Mulheres idosas somam 62%, sendo 21 idosas, e homens idosos usuários de cadeira de rodas são 38%, perfazendo 13 idosos. Reafirma-se a vulnerabilidade feminina, aludida pelos autores supracitados e também por Miranda *et al.* (2016), que apontam a violência como um evento sócio-histórico intrínseco da natureza humana, cunhado pela brutalidade masculina e juvenil. No âmbito feminino, Bandeira aponta a violência e a submissão, reforçando a disparidade de gênero:

[...] um fenômeno social persistente, multiforme e articulado por facetas psicológica, moral e física. Suas manifestações são maneiras de estabelecer uma relação de submissão ou de poder, implicando sempre em situações de medo, isolamento, dependência e intimidação para a mulher. É considerada como uma ação que envolve o uso da força real ou simbólica, por parte de alguém, com a finalidade de submeter o corpo e a mente a vontade e liberdade de outrem (BANDEIRA, 2014, citado por Miranda *et al.*, 2020, p. 460).

Este contexto revela que a mulher que vivencia a velhice, além de precisar superar os desafios inerentes do envelhecimento, ainda carece de lidar com as questões de violência doméstica e social. A mulher que sofre violência se torna, muitas vezes mais “dependente do seu parceiro, o que interfere no exercício dos direitos da cidadania e na qualidade de vida do segmento feminino, limitando seu pleno desempenho, como sujeito humano, afetando ainda o desenvolvimento da sociedade em sua diversidade” (MIRANDA *et al.*, 2020, p. 121).

A utilização do programa é progressiva em relação à idade dos beneficiários; à medida que a idade dos usuários aumenta, cresce a quantidade de pessoas idosas atendidas, como apresentado no Gráfico 4. As pessoas idosas que compõem a faixa etária entre 60 e 69 anos somam 28 pessoas, perfazendo 25,70%. Uma característica relevante dessa faixa etária é o uso de cadeira de rodas, e as pessoas idosas do grupo menos longevo são mulheres, sendo as que mais utilizam esse equipamento.

Gráfico 4: Distribuição das pessoas idosas, por faixa etária, atendidas pelo Programa Kit Banheiro Seguro, no ano de 2014



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

O grupo etário com idade intermediária, de 70 a 69 anos, composto por 35 pessoas idosas (32,10%), apresenta um aumento de 6,4% em relação ao primeiro grupo. Esse alargamento do número de pessoas atendidas revela a maior necessidade de atenção à pessoa idosa em sua moradia, o que ganha máxima relevância na última faixa etária, que abrange as pessoas mais longevas. A última faixa etária é a mais contemplada pelo programa, em todos os anos de sua vigência. Em 2014, 46 pessoas idosas (42,20%) tiveram adequação do banheiro por meio do programa. Essa faixa etária apresentou o maior número de atendidos, o que corrobora a necessidade de adequação da moradia à medida que o indivíduo envelhece.

Historicamente, observa-se que a casa brasileira passa por vagarosas mudanças, um equívoco no tocante à teoria de qualidade de vida, baseada nas necessidades humanas. Se a

pessoa passa pelo processo de envelhecimento e, acrescido a isso, permanece em sua moradia por muitos anos, a habitação deveria acompanhar as novas necessidades impostas pelo processo de senescência e senilidade. O ambiente adequado ao indivíduo deveria conferir conforto e segurança e, no que tange à habitabilidade, a adequação dos ambientes às necessidades, como iluminação, conforto termoacústico, ambiência, entre outros, de forma a proporcionar bem-estar e qualidade de vida.

Conforme aponta Vitte (2009), a qualidade de vida tem as dimensões objetiva (saúde, alimentação, moradia, etc) e subjetiva (vínculos familiares, rede de amigos, participação política e social, relação com o espaço vivido, etc) que integram as necessidades humanas. Desse modo, subsidia-se a afirmação de que a moradia digna é um componente relevante às condições que definem a qualidade de vida das pessoas idosas, em sua perspectiva objetiva e subjetiva.

Vários fatores devem ser levados em consideração ao se tratar da qualidade do envelhecer: “[...] fatores socioeconômicos e culturais como sexo, escolarização, trajetória profissional, condições de saúde e valor da aposentadoria são os que mais determinam a situação de cada indivíduo com o decorrer da idade” (MELO *et al.*, 2014, p. 5). Nesse sentido, os dados relacionados aos perfis das pessoas idosas e de suas moradias sinalizam os condicionantes relativos à qualidade de vida da pessoa idosa.

3. A PESSOA IDOSA MINEIRA E O KIT BANHEIRO SEGURO

O perfil da pessoa idosa e a sua composição familiar foram apresentados na Tabela 2, por frequência e porcentagem. Essa análise é relevante no que diz respeito à formação familiar e, conseqüentemente, à rede de apoio da pessoa idosa. Nesse sentido, Mafra (2011) e Camarano e Kanso (2013) apontam que a família é detentora do cuidado com a pessoa idosa. Em geral, as filhas mais velhas são as principais cuidadoras das pessoas idosas mais longevas, também sendo comum uma mulher idosa cuidar de outro familiar também idoso.

Ao analisar o estado civil dos participantes do programa, percebe-se que a maioria das pessoas atendidas pelo programa eram viúvas (41,30%, o que equivale a 45 viúvas), e essa variável condiz com as estatísticas nacionais sobre viuvez. Segundo Bertuzzi (2012) e Miguel *et al.* (2016), a condição dos viúvos está imbricada ao sexo, já que a maioria é composta por mulheres viúvas, por várias razões. As mulheres vivem mais, são mais atenciosas com os cuidados a saúde, estão menos expostas à violência urbana que os homens, e recasam bem menos que os homens viúvos.

Tabela 2: Distribuição das pessoas idosas por estado civil, profissão, composição familiar (2014)

Variáveis	Distribuição por frequência e porcentagem	
	Frequência	Porcentagem
Distribuição das Pessoas Idosas	109	100%
Estado Civil		
Casado	27	24,8%
Separado/Divorciado	07	6,5%
Viúvo	45	41,3%
Solteiro	21	19,3%
Amasiado	02	1,8%
Não Identificado	7	6,4%
Profissão		
Aposentado	60	55,0%
Do lar	17	15,6%
Pensionista	6	5,5%
BPC ³²	02	1,8%
Aposentado e Pensionista	01	0,9%
Auxiliar Serviço Geral	01	0,9%
Costureira	01	0,9%
Cozinheira	01	0,9%
Diarista	01	0,9%
Vigilante	01	0,9%
Não Identificado	18	16,5%
Composição Familiar		
Unipessoal	26	23,9%
Casal sem Filho	13	11,9%
Casal com Filho	08	7,3%
Monoparental	18	16,5%
Família Estendida	42	38,5%
Família Complexa	00	00%
Não Identificado	02	1,9%

Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

Com 27 pessoas (24,80%), os casados ocuparam o segundo lugar. As pessoas idosas solteiras somaram 21 (19,30%), essas, em geral, são mais susceptíveis à institucionalização, por não terem como recorrer a filhos e netos, diante da necessidade de cuidado. Uma alternativa é recorrer a familiares ou amigos ou, então, principalmente no caso das mulheres, ser cuidador(a) de outros familiares idosos dependentes ou mais longevos, em razão de dependência financeira ou afetiva.

Em relação à profissão, como esperado, a maioria é aposentada (60%), em seguida, a função “do lar” aparece com 15,60%. As mulheres, que são em número maior na amostra,

³² O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família.

também representam 100% das respostas referentes a essa profissão. Outras profissões são apontadas, como cozinheira, costureira, vigilante e diarista, próximo a 5%.

A composição familiar é um fator relevante na vida da pessoa idosa. É na família que ocorrem aprofundamento dos laços de afeto, aporte de cuidado e apoio financeiro das pessoas idosas. Todavia, é também no domínio familiar que ocorre, infelizmente, todas as formas de violência física, psicológica, moral e patrimonial contra a pessoa idosa, além da exploração do trabalho doméstico e da exploração financeira. É cada vez mais corriqueiro na sociedade pessoas idosas serem chefes de família.

Ainda de acordo com a Tabela 2, nota-se que a maior frequência é na configuração familiar, família estendida, uma frequência significativa de 42 (38,50%), formada por membros com laços consanguíneos. Essa composição vem, há algum tempo, se mostrando a mais vivenciada pelas pessoas idosas no país. São muitos os motivos, contudo, os problemas financeiros que as famílias brasileiras têm vivenciado é o fator mais recorrente. Filhos que voltam para a casa dos pais ao se separarem ou perderem seu posto de trabalho, ou mesmo por motivo de alguma dependência de saúde, tanto dos filhos, como dos pais idosos. Avós que assumem a responsabilidade da criação dos netos são condições que justificam a formação da família estendida ser a mais frequente entre as pessoas idosas.

De acordo com Silva *et al.* (2016), mesmo não sendo sinônimo de doenças incapacitantes, por vezes, na velhice é desejável o apoio, especialmente, no que se refere a problemas de saúde. Assim, no caso das famílias estendidas, a pessoa idosa pode se sentir aparentemente mais amparada, como destaca Silva (2016):

[...] tem-se conhecimento que nessa fase da vida as pessoas acabam estando mais susceptíveis a problemas de saúde, e em consequência disso precisam de mais apoio. Dessa forma, os idosos que vivem com outras pessoas, sendo elas, parentes ou não, encontram-se aparentemente mais amparados em caso de problemas de saúde ou para apoio nas atividades da vida diária (SILVA, 2016, p. 78-79).

Outra composição que aumenta a cada ano é a de pessoas idosas morando só. Essa composição contabilizou 23,90% (n: 26), e a tendência é aumentar, no Brasil e no mundo. Cumpre dizer que, muitas vezes, essa é uma opção da pessoa idosa, que tem cuidado mais de sua saúde física e mental, assim, é mais independente e autônoma se comparada a sua geração anterior. Há, também, os casos de abandono e os arranjos familiares cada vez menores, restando à pessoa idosa a opção de morar sozinha. O arranjo monoparental, com 16,50% (n: 18) usuários do programa, se apresentou em terceiro lugar, estando muito relacionado à

viuvez, formado por pais e mães que enviúvam e não se recasam, e também pelos solteiros que tiveram filhos. Em ambos os casos, as mulheres idosas são a maioria nessa composição familiar.

Uma hipótese considerada para essa afirmativa pode ser uma conjugação de dois fatores: a viuvez de um dos cônjuges e a separação dos filhos que já haviam saído de casa. Entretanto, com os divórcios e as dificuldades financeiras, os filhos retornam para a casa da mãe e, ou, do pai que, por algum motivo, ficaram sozinhos. Fontes (2014) aponta que, nos países europeus, a monoparentalidade é vista como independência e equidade de gênero. Em contrapartida, na América Latina, essa visão perpassa as questões socioeconômicas que dificultam o casamento.

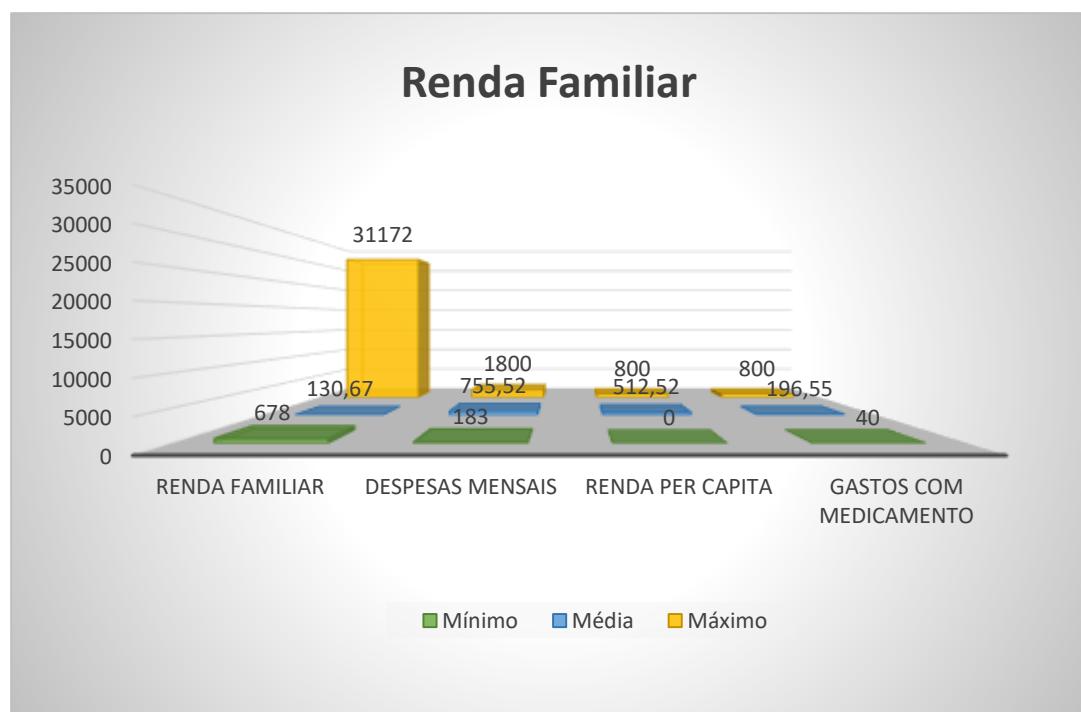
Os domicílios unipessoais, com cerca de 24%, são uma realidade que tende a aumentar. Muitas são as possibilidades dessa condição, havendo “muitos os fatores correlacionados a esta situação como os arranjos familiares, a educação, a viuvez, mais autonomia, mais saúde, mais independência e também o abandono por parte das famílias” (MIGUEL, 2016, p. 65). A opção de morar só, às vezes, configura um misto de necessidade e da opção de independência e autonomia. Em função das duas variáveis, a pessoa idosa toma a decisão de viver sozinha. Segundo Costa (2013), esses indivíduos desenvolvem estratégias de sobrevivência para melhor lidar com a solidão e com os aspectos práticos da vida cotidiana, como suprimentos domésticos, questões bancárias e cuidados com a saúde. Tais estratégias perpassam as atividades sociais, a espiritualidade e o apoio de familiares e de amigos.

Com relação aos domicílios com família estendida, domicílios com indivíduos com algum parente com *laços de sangue*, essa foi a categoria com abrangência de 29,74% das pessoas idosas residentes no estado de Minas Gerais, em 2013. Esse percentual aumentou progressivamente com o aumento da idade da pessoa idosa. No primeiro grupo (Grupo 1), há 28,18%, sendo as pessoas idosas mais jovens; 31,03% com idade intermediária do Grupo 2 e o Grupo 3, com o maior percentual, totalizando 44,79%. A família estendida apresentou maior expressividade, o que já era esperado, em função das transformações da sociedade e da necessidade que a pessoa idosa tem de buscar um parente para corresidir.

Os arranjos familiares estão muito relacionados às questões de renda, considerando aquelas que possuem pessoas idosas. No Gráfico 5, apresentam-se resultados associados às receitas e às despesas da família. A renda familiar variou de R\$678,00 a R\$3.172,00, ou seja, em salário-mínimo³³ (SM), de 0,9 a 4,4 SM.

³³ O Salário-mínimo Brasileiro, no ano de 2014, era de R\$ 724,00.

Gráfico 5: Distribuição, em reais, de renda familiar, despesas mensais, renda *per capita*³⁴ e gastos com medicamentos, das pessoas idosas



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

Da renda familiar apresentada, R\$183,00 (0,24 do SM) a R\$ 1.800,00 (2,43 SM), eram destinadas a despesas mensais; e R\$ 196,55, em média, (0,27 do SM), eram comprometidas com gastos com medicamento.

É válido destacar que, ao envelhecer, as demandas e, portanto, as despesas modificam, conforme afirma Melo:

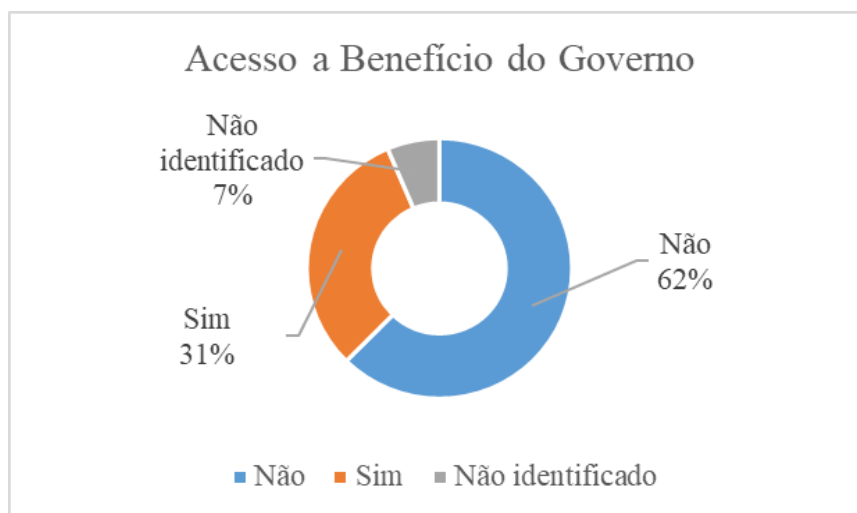
À medida que se envelhece, as preferências e necessidades por produtos e serviços tendem a mudar. As necessidades e gastos de uma família são afetados por diversos fatores, podendo-se citar o número de pessoas na família, sua idade e o número de adultos que trabalham fora, dentre outros. Reconhecendo que as necessidades e gastos familiares mudam com o tempo, faz-se necessário destacar o ciclo de vida familiar, que combina tendências na composição da renda e da família com as mudanças nas demandas colocadas para essa renda (MELO, 2014, p. 2-3).

Nesse contexto de renda e de despesa familiar, alguns benefícios oferecidos pelo governo federal, e alcançados por pessoas idosas, ajudam na composição financeira das

³⁴ “Renda familiar é a soma da renda individual dos moradores do mesmo domicílio. Renda familiar *per capita* é calculada dividindo-se o total de renda familiar pelo número de moradores de uma residência”. Disponível em: <<http://www.minasdown.com.br/como-calculer-a-renda-familiar-per-capita/>>

famílias. No Gráfico 6, demonstra-se que 7% se referem a não identificado, ou não houve resposta, ou quem respondeu não tinha conhecimento a respeito.

Gráfico 6: Acesso a algum benefício do governo pelas pessoas idosas (2014)



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

A maior parte dos entrevistados (62%) relatou não receber nenhum tipo de benefício. Os que recebiam totalizaram 31% (n: 34), desses, 47,10% recebiam o benefício BPC enquanto 32,4% recebiam regulamente o benefício Bolsa Família. Esses benefícios, muitas vezes, retiram as pessoas idosas da linha da pobreza, o que condiz com suas diretrizes normativas. Conforme pesquisa da PNAD de 2019, do total das pessoas que vivenciam a pobreza no país, 38% eram mulheres pretas ou pardas; 35% homens pretos ou pardos; 13% mulheres brancas, e 12% homens brancos (IBGE, 2019), corroborando, assim, a prevalência de mulheres e de pessoas pretas e pardas. Entretanto, outras vezes, esses sujeitos são usurpados por familiares, e o beneficiário sequer sabe o valor recebido. Segundo Melo *et al.* (2014), o conceito de “condições de vida” é definido a partir dos fatores socioeconômicos, que envolve o contexto da vida material traçada durante a vida:

As variáveis psicológicas, biológicas, culturais e sociais se manifestam de forma diferente em cada indivíduo, uma vez que uma pessoa inserida em determinada região pode não apresentar uma característica de outra região, bem como a classe social em que se encontra pode propiciar condições melhores de saúde e educação que afetariam, por exemplo, os fatores biológicos, psicológicos e culturais (MELO *et al.*, 2014, p. 5).

Nesse sentido, a receita e as despesas da família onde vive a pessoa idosa afetam seu bem-estar e podem favorecer sua qualidade de vida, pois se referem a questões inerentes às necessidades humanas, como alimentação, saúde, lazer, habitação, etc.

As atividades relacionadas ao lazer conferem prazer ao dia a dia das pessoas idosas. Segundo Silva *et al.*, “[...] a importância do lazer na terceira idade está relacionada a se envelhecer com autonomia e independência, além de qualidade de vida, o que acarreta uma diminuição nas preocupações dos idosos com os agravos na saúde” (SILVA *et al.*, 2016, p. 77). Dessa maneira, tecnicamente, é esperado que essas pessoas idosas fossem envolvidas, em alguma dessas atividades ofertadas, com vistas a melhorar sua saúde física, mental e emocional, fortalecer laços afetivos, de modo a favorecer a sua qualidade de vida. Desses serviços, o mais acessado, com 68%, foi o Centro de Referência da Assistência Social (CRAS)³⁵, seguido do Programa Maior Cuidado³⁶, com 31% e, por fim, o Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF³⁷) e Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS³⁸), que juntos somam 6,41% (n: 7) das pessoas idosas.

No Gráfico 7, é possível perceber que os serviços de Assistência Social municipais são acessados pela maioria das pessoas idosas (86%). Considerando que uma das condições para a participação no programa “Kit Banheiro Seguro” é a baixa renda familiar (até dois salários mínimos), o esperado seria mesmo que grande parte dos beneficiários do kit fizesse parte de uma das várias redes assistenciais do município de Belo Horizonte. Programas educativos,

³⁵ “CRAS é responsável pela prevenção de situações de vulnerabilidade social e risco nos territórios. Com base na Política Nacional de Assistência Social (PNAS), a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) regulou a organização em âmbito nacional do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) de forma descentralizada, participativa e articulada com as demais políticas setoriais. Definiu ainda os serviços e programas em níveis de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial. A partir disso, foram criados dois órgãos públicos que a maioria das cidades brasileiras conta, mas poucos são capazes de definir”.

Disponível em: < <https://www.gesuas.com.br/blog/diferenca-cras-creas/>>.

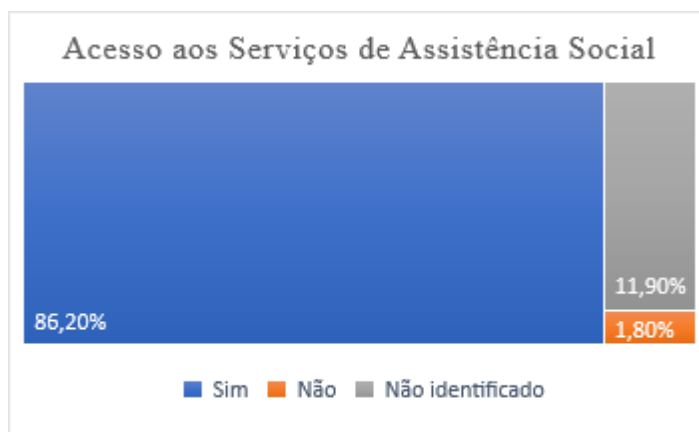
³⁶ O Programa Maior Cuidado tem como objetivo apoiar as famílias no cuidado com os idosos e aumentar a qualidade de vida de todos. Na prática, os cuidadores realizam atendimento domiciliar a pessoas idosas dependentes e semidependentes. Os profissionais atendem aos idosos em casa, em dias e horários definidos por equipe multidisciplinar, de acordo com o grau de dependência de cada pessoa, e têm como norte a prevenção da exclusão e do isolamento. O trabalho busca dar apoio às famílias na rotina de cuidado a idosos inseridos no Serviço de Proteção e Atendimento Integral às Famílias (PAIF) que, por sua condição social e de saúde, precisam de cuidados constantes. O foco é, também, a garantia do acesso a direitos e evitar a ocorrência de situações que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais dos usuários. Durante a permanência na residência, o profissional volta sua atenção integralmente para o idoso assistido. Atividades de higiene, alimentação e locomoção, mudança de posição de pessoas acamadas e controle de horário de medicamentos fazem parte da rotina do cuidador. Ele é a pessoa que acompanha o idoso em atividades de lazer e em consultas médicas”. Disponível em: < <https://prefeitura.pbh.gov.br/smasac/programa-maior-cuidado>>.

³⁷ Tem por princípio “aumentar a resolutividade e a qualidade da Atenção Básica, ampliando o repertório de ações da Atenção Básica, a capacidade de cuidado de cada profissional e o acesso da população a ofertas mais abrangentes e próximas das suas necessidades”. Disponível em: < <https://aps.saude.gov.br/ape/nasf/modalidades/>>

³⁸ O CREAS trata das consequências e acompanha as famílias e indivíduos que já tiveram seus direitos violados. Disponível em: < <https://www.gesuas.com.br/blog/diferenca-cras-creas/>>.

recreativos e assistenciais são oferecidos nesses serviços, na área da saúde, nutrição, psicologia, atividade física e cognitiva, dentre outras.

Gráfico 7: Acesso aos serviços de Assistência Social pelas pessoas idosas (2014)



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

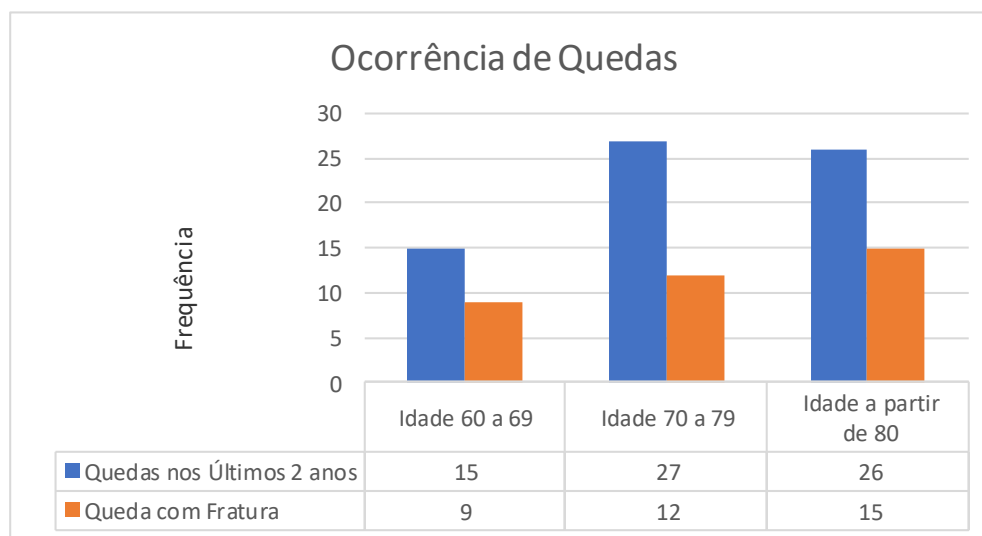
As quedas são consideradas um fator impactante na vida das pessoas idosas, em todas as faixas etárias da velhice, sendo alarmante a frequência desse evento em suas vidas. No total dos 109 usuários do programa, 62,40% sofreram alguma queda no período dos dois últimos anos. Desse total, 33% das pessoas idosas que sofreram queda, ou seja, 36 delas, foram acometidas por fratura em decorrência da queda. Ainda considerando o total de 62,40% (n: 68) das pessoas idosas, 18,3% (n: 20), sofreram duas ou três quedas no mesmo período de dois anos. Esses dados acendem o alerta para a saúde e a qualidade de vida dessas pessoas.

Com as quedas e as fraturas, há uma paralisação na vida da pessoa idosa, tanto no sentido físico como no psicológico, pois as consequências podem ser longas fases internação hospitalar e de recuperação.

Conforme dados do Gráfico 8 que a faixa etária que mais caiu foi a de 70 a 79 anos, totalizando 77,10% (27 pessoas). Os mais longevos apresentaram queda em 56,5%, e os participantes do programa com idade entre 60 e 68, os mais novos, foram os que menos caíram, proporcionalmente, 53,6% de um total de 15 pessoas idosas.

O cômodo da casa onde mais ocorrem as quedas é o banheiro. Santos *et al.* (2020, p. 7) afirmam que “dentre os fatores ambientais de risco para quedas em idosos, destacaram-se a ausência de apoio para entrar/sair do banheiro e o uso insuficiente de tapetes antiderrapantes no banheiro”.

Gráfico 8: Ocorrência de quedas nos últimos dois anos e quedas com fratura pelas pessoas idosas (2014)



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

Teixeiras *et al.* (2019), em estudo realizado com grupo de pessoas idosas que sofreram quedas e internação hospitalar, chegaram à conclusão que o banheiro não adaptado às necessidades dessas pessoas, é um promotor de quedas e de internações, como destacado a seguir:

Com relação ao ambiente, as quedas ocorreram com maior frequência no banheiro tornando, então, um lugar suscetível a tombos, visto que a maioria das residências não possuía estrutura adequada para o seu uso pelos idosos. Os pisos escorregadios, ausência de tapetes antiderrapantes, barras de segurança para apoio, iluminação inadequada, degraus na saída do cômodo aumentariam o risco para quedas. [...] as quedas surgiram no momento da deambulação e os principais fatores que levaram os idosos a caírem foram, respectivamente, o comprometimento e/ou irregularidade do ambiente em que residem; a utilização de três ou mais medicamentos por dia; tonturas frequentes; diminuição da marcha devido a outros eventos recorrentes; acuidade visual diminuída; doença crônica; objetos espalhados pelo chão da residência e escorregões no banheiro (SANTOS *et al.*, 2019, p. 4 e p. 8).

Diante desse contexto, os fatores relativos à saúde da pessoa idosa e os referentes a casa devem ser observados. Portanto, a iniciativa do programa “Kit Banheiro Seguro” confere uma adequação do ambiente que apresenta maior potencial de queda na moradia.

Com relação às fraturas, o grupo mais longevo, a partir de 80 anos, apresentou maior índice de fratura, sendo 15 pessoas idosas no total. Em seguida, o grupo de 70 a 79 apresentou 12 pessoas idosas fraturas e, por fim, no grupo mais jovem vivenciando a velhice, nove pessoas tiveram alguma fratura durante a queda.

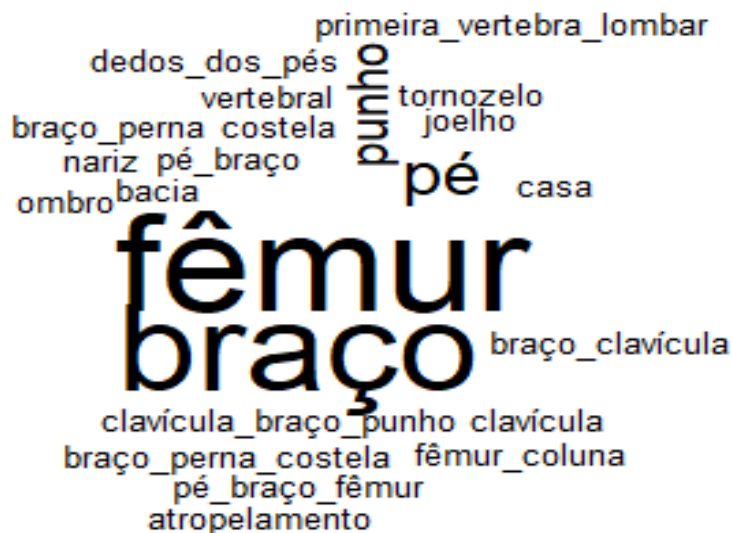
Ainda, os familiares e a rede de atenção básica fazem parte de uma importante rede na prevenção das quedas das pessoas idosas:

As quedas apresentaram consequências emocionais como o medo de sofrer novos episódios; e funcionais como o prejuízo na marcha, gerando falta de equilíbrio e restrição em cadeiras de rodas. Com relação a esse desfecho, constata-se a necessidade de frequentar o mesmo local que ocorreu a queda sem ter tido condições para adotar as modificações preconizadas nos ambientes da residência. Realidade social que vive a grande maioria dos idosos em nosso país esvazia a aplicabilidade das políticas públicas, pois, sem que haja apoio social, não há como implementá-las. Para tanto, cabe aos profissionais da área de saúde, especialmente os da atenção básica, desenvolver medidas que reduzam os riscos de quedas nos domicílios e as suas complicações. Promovendo, desta forma, ações que minimizem as dificuldades enfrentadas pelas pessoas idosas, que vão da educação a questões sociais. Assim, com o aumento da expectativa de vida, torna-se necessário que os profissionais de saúde pensem e reflitam sobre atividades educativas que promovam a autonomia e independência da população idosa, no intuito de produzir um conhecimento que vise à modificação do hábito de vida e estratégias de cuidados ambientais para diminuir o risco de futuras quedas e suas consequências (SANTOS *et al.*, 2019, p. 8).

Visto por esse prisma, os banheiros, assim como as áreas molhadas da casa, requerem uma projeção mais cuidadosa e técnica. “A utilização de tecnologias sociais para projetar [...] que responda as necessidades básicas de uma habitação no que diz respeito aos espaços de “área molhada” (banheiro, cozinha, serviço), construindo coletivamente conhecimentos voltados para a mitigação do problema” (DE MORAES NETO, 2012, p. 47). Tais iniciativas colaboram para mitigar as quedas nas áreas molhadas, em especial o banheiro, contribuindo para o bem-estar da pessoa idosa.

As partes mais afetadas do corpo humano em decorrência de queda é, o osso fêmur, que compõe os membros inferiores, e o braço, que compõe os membros superiores. Na Figura 3, representada pela nuvem de palavras, nota-se a presença de outras partes do corpo expostas a esse evento, a exemplo, punho e pé, e, com menor frequência, clavícula, joelho, dedos, costela, coluna e ombro.

Figura 3: Nuvem de palavras referente a parte do corpo, das pessoas idosas, fraturada em decorrência de quedas nas pessoas idosas (2014)



Fonte: Dados da Pesquisa (2014), com apoio do software IRAMUTEQ (2021).

São muitas as razões que levam às quedas, tais como problemas físicos como diminuição da mobilidade, tonturas e falta de equilíbrio corporal; e as questões relacionadas à situação do ambiente, como falta de barreiras arquitetônicas e de tapetes, e pisos escorregadios. Assim, a adequação do ambiente onde a pessoa idosa vive torna mais seguro e contribui para a prevenção das quedas, das fraturas, das internações hospitalares e, até mesmo, das sequelas decorrentes desse processo que se inicia no ato da queda.

No Brasil, 17,3% das pessoas idosas possuíam, em 2013, limitação funcional para exercer, sozinhas, suas atividades cotidianas, como fazer compras, cuidar do próprio dinheiro, tomar medicamentos e utilizar transporte como ônibus, metrô, táxi ou carro (IBGE, 2019). As deficiências locomotoras, na maioria das vezes, reduzem a mobilidade do indivíduo, afetando suas atividades cotidianas, além de impactar na vida familiar e social, o que reflete no bem-estar e na qualidade de vida.

As repercussões oriundas das quedas podem ser observadas na Tabela 3, percebe-se que 47% dos usuários relataram ter passado por internação hospitalar no último ano, diferentemente dos 23% que não foram internados em unidades hospitalares. Praticamente o dobro de pessoas idosas foi internado, o que constitui um fator relevante a repercutir na vida desses sujeitos, refletindo diretamente em sua qualidade de vida. Adverte-se que, ao passar um período prolongado em hospital, há um sentimento de perda de liberdade, e muitos são acometidos por uma tristeza profunda.

Algumas pessoas idosas necessitam usar equipamentos que auxiliem a locomoção após sofrerem quedas, e, ou, passarem por internação hospitalar e tratamentos em decorrência destas. Tais aspectos foram observados em 16% dos que responderam fazer uso desse tipo de aporte para vida cotidiana, citando equipamentos como bengala (41%); cadeira de rodas (36%); andador (22%); cadeira de banho (5,5%); muletas (2,75%) e, por fim, auxílio de terceiros na locomoção (2,75%).

Tabela 3: Distribuição, por percentual, de ocorrência de Internação Hospitalar no último ano, relato de utilização de equipamento auxiliar a marcha, e de presença de alguma deficiência nas pessoas idosas (2014)

Variáveis	Distribuição por Porcentagem		
	SIM	NÃO	NÃO IDENTIFICADO
RESPOSTAS			
Internação Hospitalar no último Ano	47%	23%	30%
Utilização Equipamento Auxiliar a Marcha	16%	34%	50%
Presença de Alguma Deficiência	20%	31%	49%

Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

As barreiras arquitetônicas e a falta de acessibilidade nas habitações são fatores promotores das quedas nas pessoas idosas no interior de suas moradias e no seu entorno. É importante salientar que a habitação compõe todo o espaço que o cidadão utiliza próximo a sua moradia, ou seja, é parte integrante dela a infraestrutura urbana de onde está inserida (calçadas, ponto de ônibus, praça, entre outros). Diante desse cenário, Betetti (2014) esclarece a importância da NBR 2050-2004³⁹ para compreender tais aspectos:

A NBR 9050-2004, norma técnica para acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos, regulamenta as dimensões, os padrões e os

³⁹ A norma NBR 9050 já possui novas atualizações feitas após a publicação deste artigo, sua última atualização foi no ano de 2020. Disponível em: <

dispositivos que garantem acessibilidade. Portanto, ao pensarmos em espaços novos, devemos pensá-los simplesmente adequados a todos, dentro do princípio de Desenho Universal, que garante acesso de modo indiscriminado. Ou seja, adaptamos espaços já existentes para que atendam a todos, mas projetamos espaços adequados quando pensamos numa arquitetura planejada com acesso amplo e irrestrito. No Brasil, têm sido implantadas políticas públicas que motivem as adequações físicas, trazendo importantes benefícios aos cidadãos, quer na manutenção de suas redes sociais ou na ampliação das atividades voltadas à saúde, educação e lazer. Pensar espaços acessíveis é pensar na segurança e conforto de todos, evitando incidentes desagradáveis e garantindo qualidade de vida (BESTETTI, 2014, p. 606).

Assim, as barreiras arquitetônicas e a falta de acessibilidade nas habitações são fatores promotores das quedas nas pessoas idosas no interior de suas moradias e no seu entorno.

Outra condição que pode favorecer as quedas no domicílio está relacionada às deficiências físicas e mentais; 20% das pessoas idosas apresentaram alguma forma de deficiência, enquanto 49% não responderam ou não identificaram possuí-las. É possível que esse valor elevado, de não identificado, seja fruto de constrangimento na resposta, que as deficiências físicas e mentais carregam, pois estão atreladas a um estigma negativo em sociedade.

Figura 4: Nuvem de palavras sobre os tipos de deficiência apresentada pela pessoa idosa (2014)



Fonte: Dados da Pesquisa (2014), com apoio do software IRAMUTEQ (2021).

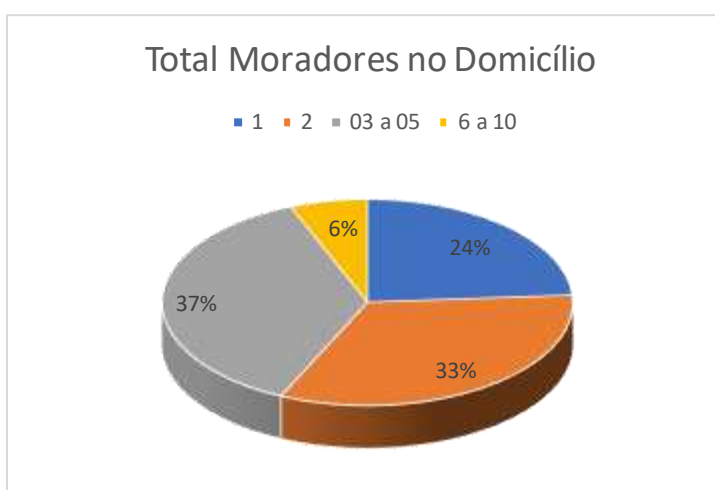
As deficiências física e visual foram a maior frequência de respostas, como demonstrado na Figura 4, seguidas de deficiência auditiva e sequelas de AVC⁴⁰. As deficiências locomotora e mental também foram identificadas, com menor frequência. Outras deficiências conjuntas foram citadas pelas pessoas idosas, como pés amputados, visual auditiva, prótese de pernas, locomotora e psicológica, fala auditiva, locomotora visual auditiva e visual locomotora.

De acordo com Mota *et al.* (2017), há uma correlação entre convívio social, apoio, longevidade e qualidade de vida das pessoas idosas. Além disso, ressignificar a velhice para o campo de virtudes e potencialidades, acrescido a um contato familiar e social ativo e positivo, favorece a longevidade saudável.

Os dados que compõem o perfil da casa da pessoa idosa revelam as condições de moradia delas e, por conseguinte, em quais condições de habitabilidade e de conforto vivem, e se essa favorecer a longevidade saudável. Esses são norteadores de qualidade de vida, pois integram as necessidades básicas humanas.

Dentre as relações de parentesco constantes nas famílias das pessoas idosas, o número de moradores por habitação varia de 1 a 10 pessoas morando na mesma casa. O número mais comum de integrantes nas moradias foi o de 3 a 5 pessoas, somando 37%, conforme o Gráfico 9. As habitações compostas por dois moradores somaram 33%, sendo esse valor significativo.

Gráfico 9: Total de moradores no domicílio das pessoas idosas (2014)



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

⁴⁰ AVC – Acidente Vascular Cerebral. São fatores que levam ao AVC: Hipertensão, aneurisma cerebral, arritmia cardíaca, dentre outros.

Infere-se que ambas as composições podem ser família estendida, considerando o achado do parentesco, netos, sobrinhos, nora e genro, filhos.

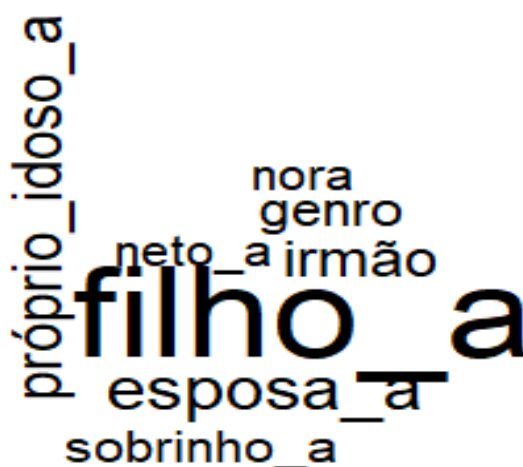
Uma questão relevante suscitada pelo bom convívio intergeracional que, além do apoio mútuo e a troca de afeto fortalecendo laços, essa convivência pode promover uma mudança no preconceito em relação a velhice, às vezes aludida a algo obsoleto, sem valor e invisível, como aponta Minó:

O bom relacionamento entre diferentes gerações proporciona condições para que os estigmas criados e reproduzidos sobre os mais velhos sejam diminuídos e até mesmo exterminados, para que se possa construir uma convivência respeitosa entre as partes. A família desempenha papel fundamental para que essa relação se estabeleça [...] a discussão para diminuir os estigmas sobre os idosos se torna relevante estimando o aumento da população e a importância que o tema tem na atualidade, não esquecendo ainda que é o caminho para onde todos seguem (MINÓ *et al.*, 2020, p. 137).

Nesse sentido, atesta-se que a família unipessoal, com 24%, é uma tendência de moradia da pessoa idosa contemporânea.

Nota-se na Figura 5, a maior frequência da presença de filhos no domicílio da pessoa idosa, seguido de cônjuge e da própria pessoa idosa. Outros parentescos identificados são neto(a), genro e nora, sobrinho(a) e irmão. Esses dados confirmam os achados relativos à composição familiar, na qual a família estendida foi mais frequente, seguida do domicílio unipessoal e o monoparental.

Figura 5: Nuvem de palavras sobre o perfil das pessoas que residem com a pessoa idosa (2014)



Fonte: Dados da Pesquisa (2014), com apoio do software IRAMUTEQ (2021).

A composição familiar é muito importante para analisar o nível de apoio que a pessoa idosa recebe ou oferece. A questão das redes de apoio e social, às quais a pessoa idosa participa e se identifica, tem reflexo em sua saúde física e psicológica, como afirmam Mota *et al.*:

[...] proporcionar suporte físico, social, cultural, econômico e psicológico ao idoso, faz com que o mesmo acredite que é querido, amado, estimado e que faz parte de uma rede social. Esta crença poderá ter implicações positivas sobre sua saúde. Por outro lado uma relação social pobre é um fator de risco à saúde do idoso, podendo afetar as funções físicas e cognitivas na velhice, da mesma forma, idosos mais isolados socialmente apresentam um risco maior de doença ou morte (MOTA *et al.*, 2017, p. 53).

Dessa maneira, o convívio familiar é de suma importância para a qualidade de vida da pessoa idosa, sendo parte integrante de suas necessidades humanas.

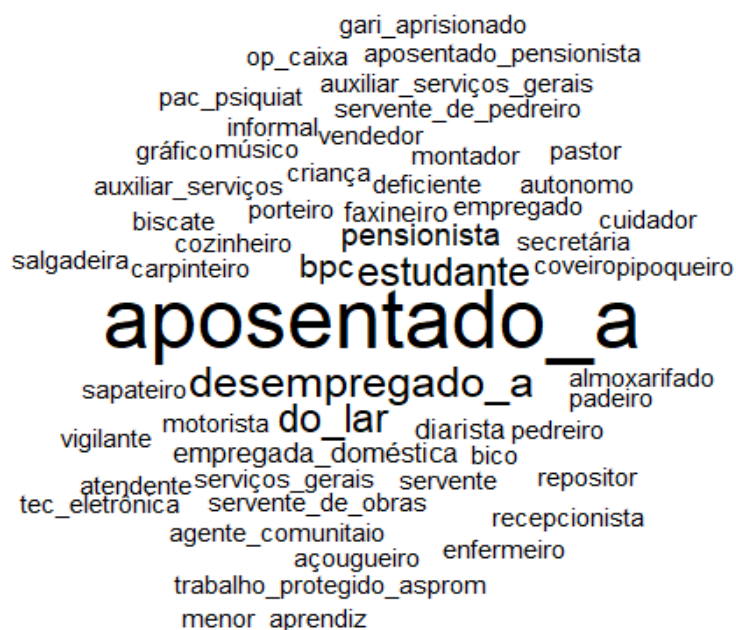
Com relação ao perfil de ocupação das pessoas que moram com os usuários do programa, procurou-se examinar, por meio da nuvem de palavras, aquelas ocupações mais incidentes, notando-se que os aposentados eram a maioria, seguidos dos desempregados e do lar, conforme apresentado na Figura 6. Pensionistas, BPC e estudantes aparecem em terceiro índice de ocupação. Com menor frequência, nota-se uma gama de trabalhos, como empregada doméstica, diarista, pedreiro, vendedor, aprisionado, gari, biscate, entre muitos outros.

Os principais problemas vivenciados pelas famílias das pessoas idosas foram desemprego (29,4%); doenças de diversas naturezas (27,5%); alcoolismo (22,9%); drogadição⁴¹ (13,8%); prisão (8,30%); violência (5,5%); e abandono (4,6%). Esses dados excedem o valor de 100%, uma vez que alguns dos problemas listados foram apontados, duas ou três vezes, pela mesma pessoa.

Acredita-se que esses eventos considerados “problemas” e também uma perspectiva de tornar a família disfuncional, refletem nas pessoas idosas da família, que muitas vezes necessitam de cuidado e, em decorrência da situação, socorrem familiares, em circunstância de risco, nos âmbitos financeiro, físico e emocional.

⁴¹ Dependência física e psicológica de drogas; vício. Consumo excessivo e insistente de drogas, de substâncias entorpecentes e alucinógenas, que causa dependência. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/drogadição/> >

Figura 6: Nuvem de palavras sobre o perfil das profissões da pessoa idosa (2014)



Fonte: Dados da Pesquisa (2014), com apoio do software IRAMUTEQ (2021).

O trabalho formal eleva o cidadão à categoria de “ser social”⁴² dentro de seu convívio familiar e, principalmente, perante a sociedade a qual integra. Segundo o IBGE (2019), a taxa de desocupação brasileira das pessoas com 14 anos ou mais em 2019 foi de 11,70%, enquanto a taxa de desocupação em Minas Gerais chegou a 12,9%, conforme a PNAD. A precarização do trabalho, o subemprego⁴³, assim como a informalidade e, sobretudo, a ausência do trabalho digno, impedem o indivíduo de acessar vários direitos básicos, como a habitação. Essa situação leva a problemas familiares que agem como uma “bola de neve”, suscitando o alcoolismo, a violência e, até mesmo, a morte dentro das moradias.

Como muitos estudos evidenciam, a pessoa idosa, em geral, permanece muitos anos vivendo na mesma casa. Isso só não acontece quando há mudanças por motivos de cunho judicial, de escolha para uma casa melhor, mudança de cidade, mudança para uma residência pior (em decorrência de dificuldades financeiras), institucionalização, mudança para casa de parentes por necessidade de cuidado, entre outros motivos. Entretanto, nas pesquisas com pessoas idosas, torna-se recorrente a afirmação do desejo delas de permanecer em sua

⁴² “[...] o trabalho como categoria fundante na gênese e no desenvolvimento do ser social permite sua autocriação e reprodução ampliada, a explicitação e o desenvolvimento das capacidades e a diversificação de esferas do ser social” (ESCURRA, 2016, p. 22).

⁴³ Emprego não qualificado e que mal satisfaz as necessidades de sobrevivência. Disponível em: < <https://www.dicio.com.br/subemprego/>>

moradia, por toda vida. A casa é extensão do indivíduo, sendo nesta formadas e consolidadas muitas referências de uma vida.

A pessoa idosa possui vínculo com o meio ambiente onde mora, e isso é uma característica de todas as pessoas. Contudo, na velhice, essa relação intensifica, como descrito por Betetti:

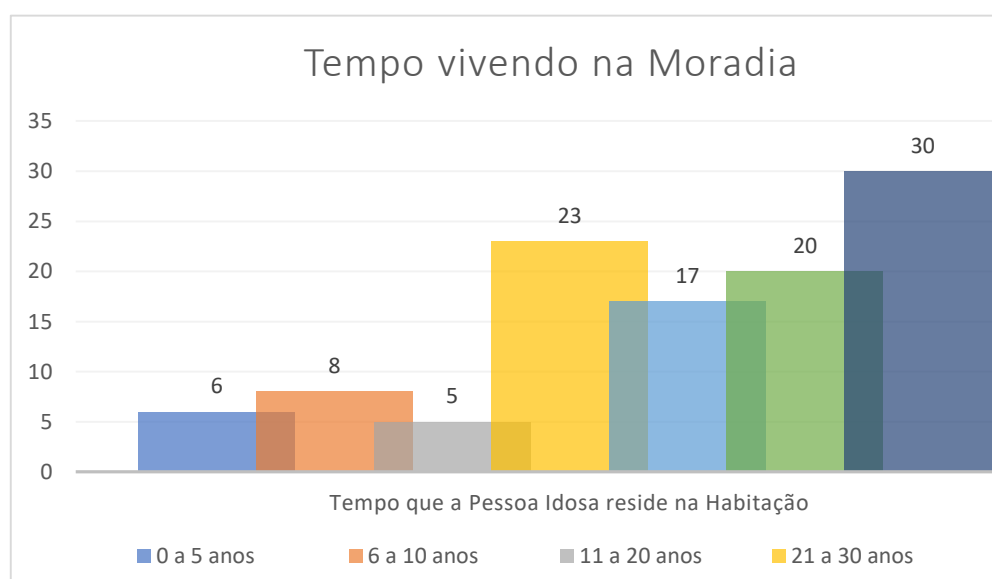
O homem é um ser social que interage com um ambiente físico e um meio social, os quais podem favorecer ou não sua adaptação ao processo de envelhecimento. A história que vamos compondo junto aos grupos familiar e social ao qual pertencemos suscitará as emoções, positivas ou negativas, que podem interferir no conforto e na relação que estabelecemos com o ambiente construído. Conforto é a condição de bem-estar relativa às necessidades do indivíduo e sua inserção no ambiente imediato. Envolve não somente a eleição de critérios térmico, acústico, visual ou ainda químico, mas também o acréscimo de emoção e prazer, atribuindo-lhe um caráter Ambiental, espaço físico e comportamento holístico, já que o ambiente construído é um anteparo existencial, sendo abrigo para o corpo e para a alma (BESTETTI, 2014, p. 602-603).

Dessa maneira, o ambiente e a família são partes importantes da vida da pessoa idosa, refletindo em suas emoções, conforto e segurança.

Em seguida, a pesquisa apresenta a partir do Gráfico 10, o tempo de permanência das pessoas idosas em sua moradia, conforme respostas dos participantes integrantes do programa.

Corroborando a ideia de maior permanência das pessoas idosas em suas moradias. O tempo com maior incidência de resposta foi de 21 a 30 anos morando na mesma casa, com 23%; a partir de 40 anos somaram 20%, e 31 a 40 com 17%.

Gráfico 10: Tempo que as pessoas idosas moram em suas habitações (2014)



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

Esses dados confirmam a formação familiar iniciada no casamento ou na união estável com o tempo morando na mesma casa, ou seja, após formar e criar a família, a pessoa idosa tende a permanecer ali. Os dados somados revelam 60% em comparação aos demais.

Com relação às atividades cotidianas realizadas na moradia, pelos usuários sozinhos, a alimentação foi o quesito que atingiu a maior frequência n: 63. A respeito da higiene, 45 pessoas idosas eram responsáveis por sua própria higiene pessoal, sendo que 44 locomoviam sozinhos, enquanto que 42 tomavam banho sozinhos, e 32 usuários do programa conseguiam subir e descer escadas sem necessitar de ajuda.

A respeito das atividades mencionadas, percebe-se que a habitação pode facilitar ou dificultar as mesmas. Agregadas ao fazer, importante dizer que os aspectos físicos favorecem a independência e a liberdade da pessoa idosa na habitação. Eles são, indubitavelmente, relevantes na promoção da qualidade de vida, já que se relacionam de forma direta às condições básicas de vida, como destaca Vitte (2009, p. 98): “sem um mínimo de bem-estar material e de conforto urbano não é possível avançar no debate da qualidade de vida: efetivamente não faz sentido discutir a incorporação de necessidades mais complexas quando as necessidades básicas não estão sendo assistidas”. Sendo assim, a moradia adequada e com conforto faz parte das necessidades básicas, repercutindo na forma de viver a velhice.

Quanto à preferência da pessoa idosa sobre a maneira de morar, no Gráfico 11, nota-se que a tipologia arquitetônica preferida pela maioria delas (73%) é a casa. Essa prevalência pode ter referência com a forma que nós brasileiros moramos desde a colonização. Já as características de casa com quintal, com lote individual, são mais afeitas às pessoas idosas, em razão dos costumes vivenciados na infância e na juventude, muitas vezes experienciadas na zona rural dos municípios.

No contraponto do conforto da tipologia casa, estão as moradias precárias e os barracões, que somaram 16%. Apresentam normalmente estruturas inadequadas, com dimensões bem diminuídas, via de regra, fixados em terras irregulares e sem infraestrutura urbana adequada. Por fim, a tipologia apartamento infere em espaços menores e mais seguros, e somam 7%, demonstrando, assim, que a casa é a primeira opção das pessoas idosas deste estudo.

Gráfico 11: Distribuição, por percentagem, de tipologia arquitetônica da moradia: casa, apartamento, barracão e não identificado, da pessoa idosa (2014)



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

Segundo o Conselho de Arquitetura e Urbanismo do Brasil, 25 milhões de moradias no país estão em situação precária, e a maioria é chefiada por mulheres. São caracterizadas por falta de banheiro, adensamento domiciliar e materiais inapropriados para construção, entre outros. Nesse sentido, as habitações em condições precárias são consideradas questão de saúde pública no país⁴⁴.

Para além da precariedade, a infraestrutura que abastece a casa é responsável pelo incremento de saúde e conforto para os moradores. O ambiente construído é bem mais que simplesmente pedras, argamassa e tijolos, havendo categorias objetivas e, também, subjetivas relacionadas à casa onde se mora, como explicado por Betetti:

[...] meio ambiente é construído utilizando-se valores objetivos como forma, função, cor, textura, ventilação, temperatura, iluminação, sonoridade e simbologia. Cada um desses valores objetivos compõe o espaço dimensionado e funcional, resultando no espaço da arquitetura e determinando o nível de bem-estar de seus ocupantes. Há, porém, valores subjetivos que são adquiridos culturalmente, de acordo com a experiência de vida, estabelecendo significados, positivos ou negativos, em relação aos estímulos do ambiente (BESTETTI, 2014, p. 602).

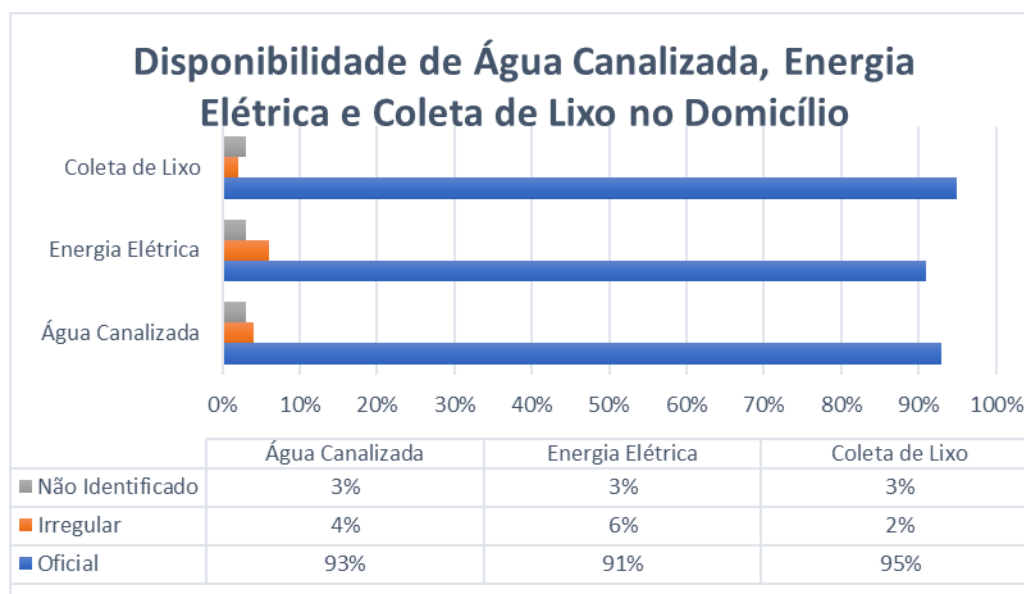
Portanto, o meio ambiente interfere no bem-estar das pessoas. E, uma casa servida de infraestrutura básica, com área construída de forma segura e confortável, sendo favorável a um convívio familiar e social agradável a pessoa idosa, favorece a uma velhice exitosa e digna, munida de bem-estar e de qualidade de vida, sem mencionar que, dessa forma, a pessoa idosa exercerá seu direito de cidadão brasileiro, ao acessar uma habitação digna.

A inadequação da moradia é um fato recorrente no país. Conforme a pesquisa sobre inadequação do IBGE (2019), 11,5% da população não possui documento de propriedade da

⁴⁴ Reportagem disponível em: < caubr.gov.br/moradiadigna>.

moradia; 5,6% vivenciam adensamento excessivo; 4,7% arcam com ônus excessivo com aluguel; 2,6% vivem sem banheiro dentro do domicílio, e 1,1% da população possui casa com matérias não duráveis na construção de paredes. Esses valores somam 21,6% de pessoas que residem em domicílios com alguma inadequação nas condições de moradia.

Gráfico 12: Acesso a infraestrutura urbana, água canalizada, energia elétrica e coleta de lixo na habitação pessoas idosas (2014)



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

Figueiredo Filho *et al.* (2015) afirmam que a qualidade habitacional está diretamente relacionada ao desenvolvimento humano da cidade. À medida que o índice de desenvolvimento humano aumenta, as moradias daquela cidade melhoram seus índices qualitativos, e claro, o inverso é verdadeiro. Dessa maneira, a relação entre a qualidade habitacional e o desenvolvimento humano auxiliam na elaboração de políticas públicas habitacionais no Brasil, pois a qualidade das condições habitacionais das famílias brasileiras afetam diretamente a qualidade de vida de seus moradores.

É fundamento para a qualidade de vida das pessoas idosas o acesso a água potável, energia elétrica e destino adequado para o lixo produzido na habitação. No Gráfico 12, exibem-se esses condicionantes do bem-estar habitacional.

Observa-se, no Gráfico 12, que o resultado alcançado é bastante satisfatório. Todos os itens analisados, com fornecimento oficial, ultrapassam 90% das residências: 95 % de recolhimento de lixo; 93% de água canalizada; e 91% de energia elétrica. Esses dados, assim como os socioeconômicos e os referentes à moradia, como já visto neste trabalho, são

indicadores de qualidade de vida, sendo fundamental o seu entendimento para o incremento de políticas públicas, como bem colocam Melo *et al.*:

Pensar os fatores socioeconômicos como elementos constituintes das condições de vida possibilita uma visão mais ampliada da realidade concreta dos indivíduos, pois permite ir além das questões econômicas, pensar e descrever a face material da realidade (que envolve as condições materiais de vida no que se refere à moradia e saneamento) e a disponibilidade e utilização de bens e serviços, (como serviços de saúde, segurança, energia elétrica, comunicação, escolaridade, condições de trabalho, cultura e lazer). E Santos (2009) complementa a asserção, considerando condições de vida em termos de padrão de moradia (tipo e condições da residência), densidade habitacional, estrutura da residência, acesso a serviços essenciais (energia elétrica, água encanada), saneamento (destino dos dejetos sanitários e do lixo) e condições econômicas (MELO *et al.*, 2014, p. 10).

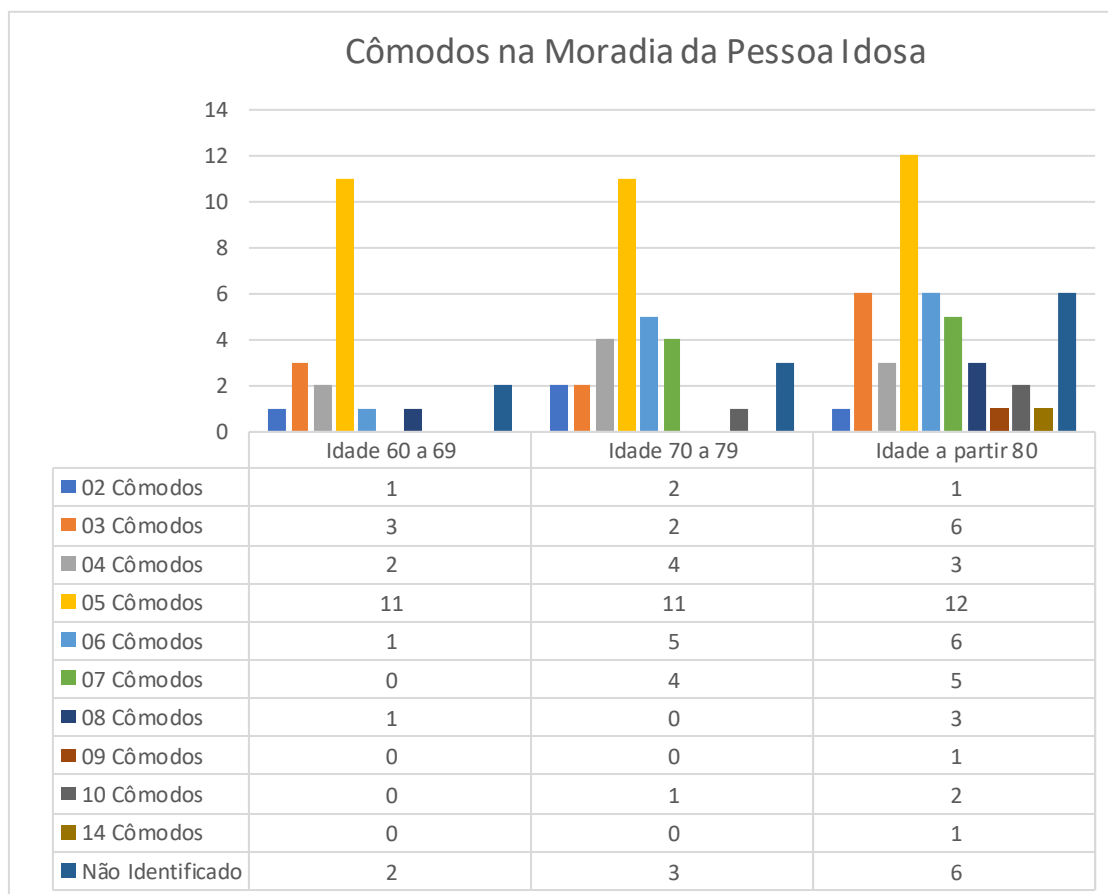
O estado de Minas Gerais apresentou, em 2018, 95,4% abastecimento de água potável diário pela rede geral; 88,6% de esgotamento sanitário pela rede geral; e 96,8% de coleta de lixo diretamente ou em caçambas. Esses dados revelam que o esgotamento sanitário ainda é o principal problema de saneamento⁴⁵.

Vale ressaltar que todos os serviços públicos são importantes para a população em geral, e não há nenhum mais essencial em relação ao outro, como, por exemplo: “tratamento e abastecimento de água; produção e distribuição de energia elétrica, gás e combustíveis; assistência médica e hospitalar; distribuição e comercialização de medicamentos e alimentos; transporte coletivo; captação e tratamento de esgoto e lixo” (MELO *et al.*, 2014, p. 7). Portanto, todos devem ser oferecidos para que as necessidades básicas da sociedade sejam satisfeitas. Esse acesso aos serviços públicos essenciais é um quesito que repercute na qualidade de vida, pois são revestidos de caráter de urgência para as necessidades básicas humanas.

Finalizando o estudo dos dados, referente ao perfil da moradia, está a distribuição quantitativa dos cômodos por habitação, apresentada no Gráfico 13. Esse dado é de grande relevância, ao considerar as questões de adequação e de habitabilidade das moradias. Cômodos coabitados, ou com alto número de pessoas ou insuficientes, revelam baixa adequação, comprometendo importantes parâmetros de ambiência, privacidade, segurança e conforto que repercutem na habitabilidade da habitação e, conseqüentemente, na qualidade de vida dos moradores.

⁴⁵ Disponível em:< Agência IBGE Notícias: <http://bit.ly/2HJxdf3>>.

Gráfico 13: Distribuição, por frequência, de cômodos nas moradias, nas faixas etárias das pessoas idosas (2014)



Fonte: Elaboração Própria (2021), conforme dados da Pesquisa (2014).

Segundo Alves (2004), citado por Miguel *et al.* (2016), o crescimento no número de cômodos nas habitações pode ser observado, de maneira mais expressiva, no final do Século XX, e esse evento favoreceu a melhoria dos indicadores de conforto.

Em 2000, o percentual referente às habitações com seis cômodos ou mais foi de 45,88%, enquanto em 1960 era de 29,03%, no país. Esses dados são “indicadores de melhoria de conforto da população” ⁴⁶ à medida que demonstra uma diminuição da densidade de moradores por cômodo, aumentando a disponibilidade de cômodo por pessoa (MIGUEL *et al.*, 2016, p. 49).

Os mais longevos são os que apresentam as moradias com maior quantidade de cômodos; apenas nesta faixa etária, há casas com 9 a 14 cômodos. Em todas as faixas etárias,

⁴⁶ Termo utilizado por Alves (2004).

as moradias com cinco cômodos são as mais frequentes. Nesse sentido, a acessibilidade se faz urgente nas moradias das pessoas idosas, e o “Kit Banheiro Seguro” contribui com parte dela.

Assim, o ambiente onde a pessoa idosa mora é de suma importância quanto às dimensões físicas e sociais da velhice:

O lugar onde as pessoas moram influencia profundamente a mobilidade, a participação, o apoio social e o bem-estar. A distribuição de idade da população afeta sobremaneira o planejamento comunitário e urbanístico, os recursos, a produtividade e os serviços. Harmonizar o “envelhecimento” e o “lugar” cria oportunidades, mas ignorar a demografia no planejamento urbano cria barreiras e acentua riscos (ILC, 2015, p. 22);

Visto por esse prisma, a habitação adequada, com conforto, repercute nas condições físicas e psicológicas de seus moradores, como afirmam Melo *et al.*:

[...] as condições de habitação, como as facilidades domésticas e a existência de fontes de lazer dentro de casa, são aspectos importantes para uma avaliação da qualidade de vida na terceira idade. Uma moradia adequada, provida de recursos eletrodomésticos básicos e de infraestrutura sanitária decente, ainda é a necessidade de muitos idosos do Brasil. Não apenas o perfil socioeconômico caracteriza as condições de vida dos idosos. Ter acesso a serviços básicos também pode ser considerado como um indicador de boas ou más condições ou qualidade de vida dos idosos (MELO *et al.*, 2014, p. 6).

Além disso, reforça-se que a casa é o refúgio mais seguro da pessoa idosa. Com o passar do tempo. Raízes afetivas são formadas com a moradia, e a permanência em sua casa alcança um patamar mais alto que a interface da qualidade de vida, transformando a habitação em lugar de afeto e de pertencimento.

4. CONCLUSÃO

A habitação possui muitos predicados imbricados ao conceito de qualidade de vida, pautada nas necessidades humanas. Bem além de proteção às intemperes climáticas, a partir de seu meio físico, paredes e telhado, a moradia abarca as dimensões emocional, afetiva e social para a pessoa idosa. Partindo dessa premissa, a casa constitui fator relevante para seu bem-estar, por meio de atributos intrínsecos a ela. Assim, entende-se que a moradia precisa ser adequada e adaptada às necessidades vivenciadas na velhice, para que esses componentes do ambiente habitacional favoreçam a qualidade de vida de seus moradores, a partir de aspectos físicos, emocionais, funcionais, sensoriais, sociais e afetivos.

O perfil das pessoas idosas analisadas demonstrou que a faixa etária mais atendida pelo programa foi a dos mais longevos, e as mulheres idosas se apresentavam em maior número. A viuvez foi a condição civil mais observada, seguida dos casados, e a aposentadoria era a profissão mais frequente. A maioria deles não acessavam benefícios do governo, em comparativo à maioria que acessava os serviços de assistência social do município. A família estendida foi a mais comum, seguida da unipessoal, que é uma tendência mundial. A renda familiar variou de R\$678,00 a R\$3.172,00, e os gastos com medicamentos comprometiam muito a questão financeira. Com relação à ocorrência de quedas nas habitações, os longevos foram os mais acometidos, e o banheiro, quando não adequado, foi um facilitador para as quedas.

Nesse contexto, o programa “Kit Banheiro Seguro” foi desenvolvido sob a diretriz central de segurança e conforto no interior da habitação das pessoas idosas. No ano de 2014, 173 (cento e setenta e três) banheiros das casas de pessoas idosas de menor renda, na cidade de Belo Horizonte, receberam o referido kit, com a proposição de levar segurança por meio da acessibilidade e do conforto, mediante a ambiência arquitetônica.

Outro fator avaliado foi o perfil da moradia das pessoas idosas atendidas pelo programa em 2014. Percebe-se que 37% das moradias eram compartilhadas por três a cinco pessoas, pois 24% eram unipessoais, reforçando os estudos que evidenciavam os casos de famílias estendidas e pessoas idosas morando só. O dado acerca do tempo de permanência na mesma casa foi bem elucidativo, e corrobora a tese defendida do pertencimento cultivado pela pessoa idosa e sua moradia, pois 60% moravam no mesmo endereço, há 20 e 40 anos ou mais.

A infraestrutura de saneamento básico foi observada como bastante satisfatória. Além disso, a tipologia favorita entre as pessoas idosas foi a casa, com 73% da preferência. Por fim, quanto à quantidade de cômodos na habitação, que é importante variável de qualidade habitacional, obteve-se a maior frequência de cinco cômodos, e os mais longevos possuíam casa com até 14 cômodos.

Diante dos achados da pesquisa, conclui-se que a habitação é um importante marcador de qualidade de vida da pessoa idosa. Considerando as necessidades humanas, as políticas públicas devem propiciar ambientes favoráveis ao convívio familiar e social, a fim de atribuir conforto e segurança, a exemplo dos banheiros adaptados com o “Kit Banheiro Seguro”. Tal adaptação, como evidenciado pelos dados, pode prolongar a vida das pessoas idosas, adicionar qualidade a esse prolongamento e evitar a vulnerabilidade da velhice de forma individual, familiar e em sociedade.

REFERÊNCIAS

BERTUZZI, D.; PASKULIN, L. G. M.; MORAIS, E. P. Arranjos e rede de apoio familiar de idosos que vivem em uma área rural. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 1, p. 158-166, Mar. 2012.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014. p. 601-610.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista Brasileira Estudo Populacional**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 1, p. 233-235 jan./jun. 2010.

CARVALHO, A. W. B.; STEPHAN, I. I. C. Eficácia social do Programa Minha Casa Minha Vida: discussão conceitual e reflexões a partir de um caso empírico. **Cadernos MetrÓpole**, v. 18, n. 35, 2016. p. 283-307.

CARVALHO, C. C.; ROMERO, D.; MARQUES, A. P. Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento e políticas nacionais de saúde do idoso: aproximações e propostas. **XVIII Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP**, realizado em Águas de LindÓia/SP – Brasil, de 19 a 23 de novembro de 2012.

CÔRTE, B.; BRANDÃO, V. A vida é breve, a experiência é falha. **Revista Portal de Divulgação**, n. 54, Ano VIII, 2017.

COSTA, M. A.; THADEU, M.; FAVARÃO, C. B. (Orgs.) **A Nova agenda urbana e o Brasil**: insumos para sua construção e desafios a sua implementação. Brasília: IPEA, 2018. In: MARGUTI, B. O. Política de Habitação. Brasília: IPEA, 2018.

COSTA, S.; PLOUFFE, L.; VOELCKER; KALACHE, A. **Habitação e Urbanismo**. ALCÂNTARA, A. de O.; CAMARANO, A. A.; GIACOMIN, K. C. (Org.). Política nacional do idoso: velhas e novas questões. Rio de Janeiro: IPEA, 2016.

DE MORAES NETO, A. H. A. Promoção da Saúde na Habitação dos TrÓpicos e Controle de Doenças Infecciosas e ParasitÁrias Associadas à Pobreza. **RED VIVSALUD**, 2012, p. 40-110.

ESCURRA, M. F. O trabalho como categoria fundante do ser social e a crítica à sua centralidade sob o capital. **Revista on-line de Filosofia e Ciências Humanas**. n. 22, Ano XI, out., 2016.

FIGUEIREDO FILHO, D. B., BEZERRA, R. M., SILVA, L. E. de O. Desigualdade, Qualidade de Moradia e Desenvolvimento Humano nos MunicÍpios Brasileiros. **I Seminário Internacional de Ciência e Política**. Porto Alegre, 2015.

GASPAR, N. M.; FONSECA DE CAMPOS, P. E.. Banheiro, cozinha e lavanderia: Unidade hidráulica pré-fabricada para reabilitação de edifícios. 2º Congresso Internacional. Sustentabilidade e Habitação de Interesse Social. **Anais...** Porto Alegre, de 28 a 31 de maio de 2012.

GOMES, Ivani Soleira; MAFRA, Simone Caldas Tavares. As práticas dos centros comunitários para idosos e a promoção do envelhecimento ativo: uma revisão sistemática. **Serviço Social em Revista**, v. 23, n. 1, 2020. p. 24-40.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estados@. Minas Gerais**. 2019. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/estadosat/temasphp?sigla=mg&tema=sinopse_censodemog2010. Acesso em 05 de maio de 2018.

ICL. Centro Internacional de Longevidade Brasil. **Envelhecimento Ativo: Um Marco Político em Resposta à Revolução da Longevidade**. Centro Internacional de Longevidade Brasil (ICL-Brasil). 1 ed. Rio de Janeiro, RJ, 2015. 119 p.

IRIGARAY, T. Q.; TRENTINI, C. M. Qualidade de vida em idosas: a importância da dimensão subjetiva. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 26, n. 3, julho - setembro 2009. p. 297-304.

LINS, I. L.; ANDRADE, L. V. R. A feminização da velhice: representação e silenciamento de demandas nos processos conferencistas de mulheres e pessoas idosas. **Mediações**, v. 23, n. 3, 2018. p. 436-465.

MAFRA, S. C. T. A tarefa do cuidar e as expectativas sociais diante de um envelhecimento demográfico: a importância de ressignificar o papel da família. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, 2011, 14.2: 353-363.

MELO, N. C. V.; FERREIRA, M. A. M.; TEIXEIRA, K. M. D. Condições de vida dos idosos no Brasil: Uma análise a partir da renda e nível de escolaridade. **Oikos: Revista Brasileira de Economia Doméstica**, Viçosa, v. 25, n.1, p. 004-019, 2014.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; FONTES, M. B. **O morar contemporâneo do idoso: onde e como reside no estado de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG), 2016.

MINÓ, N. M.; MIGUEL, E. N.; GILBERT, A. N. M. M. **Envelhecimento e Educação: a escola como importante espaço de discussão e reflexão sobre a velhice**. A educação enquanto fenômeno social: política, economia, ciência e cultura 2. Organizador Américo Junior Nunes da Silva. Ponta Grossa - PR: Atena, 2020.

MIRANDA, E. L.; DE LORETO, M. D. S.; DO CARMO, N. C. O Programa Mulheres Mil no controle da violência contra a mulher: uma visão de seus executores. **Latitude**, 2020, 14.1: 120-135.

MIRANDA, G. M. D.; MENDES, A.C. G.; SILVA, A. L. A. O envelhecimento populacional brasileiro: desafios e consequências sociais atuais e futuras. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 507-519, Junho, 2016.

MOTA, R. S. M.; OLIVEIRA, M. L. M. C.; BATISTA, E. C. Qualidade de vida na velhice: uma reflexão teórica. **Revista Communitas**, 2017, 1.1: 47-60.

NAKAMURA, J. **Conheça o capítulo da norma de desempenho que traz requisitos para pisos em edificações habitacionais**. PINI, 2013. Disponível em:

<http://techne17.pini.com.br/engenharia-civil/198/artigo296318-2.aspx>. Acesso em: 23 novembro de 2019.

NERI, A. L. **Palavras-chave em gerontologia**. Campinas: Alínea, 2005.

NERI, A. L. Qualidade de vida na velhice. In.: REBELATTO, J. R.; MORELLI, J. R. S. (Orgs.). **Fisioterapia geriátrica**. São Paulo: Manole, 2003.

SILVA NETO, A. M. **Da vida laboral à reforma**: expectativas de ocupação. Tese de Doutorado da Universidade Portucalense Infante D. Henrique. Porto. Portugal, 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde, 2005

PFÜTZENREUTER, A.H.; MORETTI, R.S. Políticas Públicas para a Habitação do Idoso Análise de Algumas Iniciativas do Município de São Paulo. **A Terceira Idade, SESC**, São Paulo, n. 39, Jun., 2007.

SANTOS, P. H. F.; STIVAL, M. M.; LIMA, L. R.; SANTOS, W. S.; VOLPE, C. R. G.; REHEM, T. C. Morais S. B.; FUNGHETTO, S. S. Diagnóstico de Enfermagem de Risco de Quedas em idosos da atenção primária. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 73, supl. 3, e20180826, 2020.

SILVA, A. O., DE LORETO, M. das D. S., MAFRA, S. C. T. **As representações da AIDS para a terceira idade, sob uma perspectiva de gênero**: significados e repercussões nos domínios da vida do idoso e funcionamento familiar. Dissertação, UFV. 2016.

SILVA, D. C.; COUTINHO, J. G.; BARBOSA, J. K. C.; AGUIAR, D. S. Qualidade de vida do idoso na perspectiva dos gêneros. Um estudo baseado em dados secundários. **Braz. J. of Develop.**, Curitiba, v. 6, n. 7, p. 46160-46175, jul. 2020.

SOUSA, N. F. S.; LIMA, M. G.; CESAR, C. L. G.; BARROS, M. B. A. Envelhecimento ativo: prevalência e diferenças de gênero e idade em estudo de base populacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 34, n. 11, 2018.

TEIXEIRA, D. K. S.; ANDRADE, L. M.; SANTOS, J. L. P.; CAIRES, E. S. Quedas em pessoas idosas: restrições do ambiente doméstico e perdas funcionais. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2019.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, dez. 2012.

VITTE, C. de C. S. A Qualidade de Vida Urbana e sua Dimensão Subjetiva: Uma Contribuição ao Debate sobre Políticas Públicas e sobre a Cidade. In: VITTE, C. de C. S.; KEINERT, T. M. M. (Orgs.). **Qualidade de Vida, Planejamento e Gestão Urbana**. Discussões Teórico-Metodológicas. Rio de Janeiro, Bertrand Brasil, 2009.

CAPÍTULO V - PROGRAMA CONFORTO HABITACIONAL PARA PESSOAS IDOSAS: UMA ANÁLISE DA EXPERIÊNCIA PORTUGUESA

HOUSING COMFORT PROGRAM FOR ELDERLY PEOPLE: AN ANALYSIS OF THE PORTUGUESE EXPERIENCE

RESUMO

A busca pelo entendimento de que o ambiente domiciliar repercute na vida da pessoa idosa, de maneira positiva ou negativa, foi a premissa central deste artigo. Quanto mais adequado o espaço às condições físicas, sociais e mentais da pessoa idosa, mais habitabilidade e conforto esse ambiente pode conferir à vida do indivíduo, favorecendo seu bem-estar, autonomia e independência. Sendo assim, objetivou-se examinar o desenho e a atuação do Programa Conforto Habitacional Para Pessoas Idosas (PCHI). Metodologicamente, fez-se o uso da pesquisa documental e bibliográfica, sendo utilizados dados secundários disponibilizados pelo Governo português em *website* oficial. Desse modo, concluiu-se que esse programa teve por base uma política social de requalificação da moradia, que visou proporcionar conforto à vida da pessoa idosa, e que o PCHI assumiu vocação na área da segurança social, tendo potencial para se tornar um programa social dentro das diretrizes governamentais.

Palavras-chave: PCHI, Bem-estar da pessoa idosa, Política habitacional, Programa para pessoa idosa portuguesa.

ABSTRACT

The search for understanding that the home environment affects the life of the elderly, positively or negatively, was the central premise of this article. The more adequate the space to the physical, social and mental conditions of the elderly person, the more habitability and comfort this environment can provide to the individual's life, favoring their well-being, autonomy and independence. Therefore, the objective was to examine the design and performance of the Housing Comfort for Elderly People Program (PCHI). Methodologically, documentary and bibliographic research was used, using secondary data provided by the Portuguese Government on the official website. Thus, it was concluded that this program was based on a social policy of housing requalification, which aimed to provide comfort to the life of the elderly, and that the PCHI assumed a vocation in the area of social security, having the potential to become a social program within government guidelines.

Keywords: PCHI, Well-being of the elderly, Housing policy, Program for the Portuguese elderly.

1. CONSIDERAÇÕES INICIAIS

O envelhecimento humano é um fenômeno que necessita ser tratado de maneira individual, visto que cada pessoa envelhece conforme sua trajetória, história, costume, biologia, entre outras questões, em função da sua individualidade e privacidade, o que favorece respostas mais efetivas e eficazes às demandas desse segmento populacional. Contudo, essa característica aprofunda a complexidade em trabalhar com a pessoa idosa, respeitando sua identidade e privacidade.

Segundo o Censo de 2011, a população portuguesa era composta por 10.555.853 pessoas, sendo 52,1% mulheres e, 47,9% homens. Da população total, 1.874.209 eram portugueses com idade acima de 65⁴⁷ anos, sendo 58,2% mulheres idosas e 41,8% homens idosos (INE, 2012). Esse contingente de cerca de 18% de pessoas idosas requer atenção, por parte do Estado e da sociedade, no que tange questões de saúde, habitação, educação, segurança, lazer, apoio, cuidado, família e aposentadoria. Logo, é por meio das políticas públicas que essas demandas são satisfeitas, em sua maioria.

No contexto português, o envelhecimento possui destaque em razão da proporção considerável da população que vivencia a velhice. A Constituição da República Portuguesa estabelece, em seu Art. 65, que “todos têm o direito, para si e para a sua família, a uma habitação de dimensão adequada, em condições de higiene e conforto e que preserve a intimidade pessoal e privacidade familiar” (MADEIRA, 2009, p. 14), que a habitação digna é um direito social básico, sendo assim obrigação do Estado.

Nesse sentido, para atender às necessidades de seus anciãos, especialmente dentro de suas habitações, desenvolveu-se o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI), com foco na autonomia e no bem-estar da pessoa idosa em sua moradia, com vistas à segurança, ao conforto e à habitabilidade. Além disso, vale lembrar que cada indivíduo é um ser independente, e sua relação com o ambiente de seu convívio também é único. Em outros termos, nota-se que cada pessoa interage com a casa e seus equipamentos de uma maneira particular, e esse processo de vivência fica pronunciado na etapa de vida da velhice. Como

⁴⁷ A Organização das Nações Unidas (ONU) considera como idosas as pessoas de 60 anos e mais para os países em desenvolvimento, e de 65 anos e mais para os países desenvolvidos.

coloca Moutinho (2015, p. 9), “cada ser humano comporta-se de maneira distinta possuindo diferentes níveis de sensibilidade. As capacidades da interação humana são influenciadas por diversos fatores, sendo que um dos mais determinantes é a idade”.

De acordo com Madeira (2009), outros programas que visavam a reabilitação das edificações foram desenvolvidos, como Regime Especial de Comparticipação na Recuperação de Imóveis Arrendados (RECRIA); Regime de Apoio à Recuperação Habitacional em Áreas Urbanas Antigas (REHABITA); Regime Especial de Comparticipação e Financiamento na Recuperação de Prédios Urbanos em Regime de Propriedade Horizontal (RECRIPH); e Programa de Apoio Financeiro Especial Para a Reabilitação de Habitações (SOLARH). Dessa maneira, os programas fomentaram a requalificação dos edifícios, que era de 06%, em 2002, atingindo 15% do total das intervenções em 2004, enquanto a construção nova representava 34,5%, em 2002, passando para 50% no ano de 2004 (TEIXEIRA; MONTEIRO, 2002 citados por MADEIRA, 2009). Conforme esses dados, há um crescimento de 9% de reabilitação em dois anos, o que demonstra que programas dessa natureza têm legitimidade na sociedade portuguesa.

Outro fator que impacta o bem-estar das pessoas idosas é o idadismo⁴⁸, especialmente o intergeracional e o familiar. Contudo, a questão ainda está incipiente no campo da discussão científica, mas vem tomando certo destaque em razão dos efeitos nocivos que ele causa na sociedade como um todo, uma vez que a discriminação baseada em pontos considerados “negativos” da velhice contribui potencialmente para a marginalização e consequente vulnerabilidade social dos idosos, assim como sua exclusão social (GOLDANI, 2010; SOUSA *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, como premissa central que orienta este artigo, tem-se a busca pelo entendimento de que o ambiente domiciliar repercute na vida da pessoa idosa, de maneira positiva ou negativa, sendo que quanto mais adequado o espaço às condições físicas, sociais e

⁴⁸ “O idadismo, que não está dicionarizado, é mais um neologismo que anda por aí à espera de ser consagrado no léxico oficial, no qual já entrou oficiosamente, como o prova MEC. Ingressou na linguagem técnica de certas áreas, tais como a psicologia ou a sociologia, e está agora a sair para a língua comum. É uma importação com raízes no inglês *ageism* e significa discriminação baseada na idade, geralmente das gerações mais novas em relação às mais velhas. Equipara-se a outras atitudes e práticas negativas já consagradas no léxico, tais como o racismo ou o sexismo, por exemplo. Idadismo e idadista são palavras bem formadas, a partir do substantivo *idade* (*idad-*), a que se juntaram os sufixos *-ismo* ou *-ista*. E pelo fato de Portugal ser cada vez mais uma sociedade envelhecida e os temas ligados ao envelhecimento tenderem a ser cada vez mais discutidos, parecem-me palavras efetivamente necessárias, que enriquecem o nosso léxico, sendo uma mera questão de tempo até à sua dicionarização. E quanto mais depressa acontecer, mais se previne a entrada das equivalentes: “*ageísmo*”, “*etarismo*”, “*etaísmo*” ou “*edaísmo*”, que também já surgem, algumas delas de muito mais questionável formação”. Fonte: Ciberdúvidas da Língua Portuguesa (2011). <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/artigos/rubricas/idioma/idadismo-e-idadista/2316> [consultado em 09-02-2021]

mentais da pessoa idosa, mais habitabilidade e conforto este ambiente confere à vida dessa pessoa, favorecendo seu bem-estar, autonomia e independência. Sendo assim, busca-se examinar o desenho e a atuação da Política Pública portuguesa habitacional, por meio do PCHI. Para tanto, adota-se a metodologia baseada em pesquisas documental e bibliográfica, sendo utilizados dados secundários disponibilizados pelo Governo português em *website* oficial.

2. O PERÍODO DE VIGÊNCIA DO PCHI (2007 -2013)

Inúmeros fatores contribuem para um ambiente confortável, integrando elementos da parte interna (habitação), da área externa (proximidade) e do entorno das redes de suporte. Em geral, as pessoas idosas moram em suas casas ou em casas de familiares, levando a crer que a habitação constitui foco crucial, em decorrência do aumento do tempo de permanência e do uso residencial. Martin *et al.* revelam que

os acessórios e os equipamentos de uma habitação são importantes indicadores que possibilitam inferir a maior ou menor dificuldade com que a pessoa idosa gere a habitação. Elementos como a existência de água canalizada e estruturas funcionais, casa de banho com, pelo menos, sanita com autoclismo e base de chuveiro ou equiparado, assim como estruturas que permitam cozinhar nas instalações, são os mais frequentemente referenciados na análise das condições de vida dos idosos. Outros, como a existência de televisão e telefone funcionais, são indicadores de bem-estar que contribuem para a ocupação e a promoção de sensação de segurança, ao facilitar o acesso à informação e/ou a sua transmissão ao exterior. O número de compartimentos aos quais a pessoa idosa tem acesso é, igualmente, um indicador relevante, assim como a conveniência do local de morada e as condições de acesso ao alojamento (MARTIN *et al.*, 2012, p. 181).

Segundo os mesmos autores, um quinto da população idosa portuguesa não possui o mínimo de instalações para o bem-estar e a qualidade de vida, morando em instalações precárias, em localização inadequada e sem acessibilidade, pois grande parte habita apartamentos no segundo pavimento ou em andares superiores sem elevador (MARTIN *et al.*, 2012).

Brandão *et al.* (2011) confirmam tal perfil de moradia da pessoa idosa em Portugal, elencando o mesmo como um grave problema social, gerado por tal tipologia de habitação, o que não garante as condições necessárias de habitabilidade, uma vez que 18% das moradias foram construídas antes de 1945, sendo que cerca de 3% apresentam falha de, pelo menos, duas infraestruturas básicas, enquanto 9% possuem a falha de, no mínimo, uma infraestrutura básica. Do mesmo modo, Martin *et al.* alertam que:

[...] em 2008, 18,5% dos edifícios requeriam médias reparações, enquanto 8,0% grandes reparações em edifícios muito degradados. No total, 37,9% dos edifícios necessitavam de algum tipo de reparação. A tendência de habitação destes alojamentos pela população idosa e muito idosa é consensual na literatura, representando, muitas vezes, situações de risco (MARTIN *et al.* 2012, p. 182-183).

Diante dessa realidade, e no intuito de favorecer a independência e a autonomia das pessoas idosas, salienta-se a importância das condições de habitação desse grupo, de forma a apresentar uma das estratégias governamentais para oferecer um envelhecimento digno à sua população. Desse modo, optou-se por descrever o Programa Conforto Habitacional Para Pessoas Idosas (PCHI), que é uma política destinada à melhoria do conforto habitacional para essas pessoas. Entende-se que a mesma pode servir de apoio às discussões sobre conforto habitacional nas moradias das pessoas idosas brasileiras.

Nas Figuras 1 e 2, exibe-se uma casa na qual o idoso interage com um agente do PCHI em seu ambiente domiciliar e, um casal de idosos em ambiente cotidiano, respectivamente. Essas imagens foram propagandas vinculadas à apresentação do PCHI para a sociedade, e revelam a intenção inicial do programa de ouvir as pessoas idosas para que suas demandas sejam atendidas de maneira particular, já que cada pessoa idosa possui sua individualidade e especificidade, assim como sua moradia, que necessita de determinada intervenção alinhada especificamente para aquele indivíduo.

Figura 1: Idoso português em seu ambiente domiciliar



Fonte: Dr. Hemmert. Disponível em: <https://cuidamos.com/artigos/incentivos-apoios-sociais-para-cuidar-idosos> (2012).

Figura 2: Propaganda do PCHI, pessoas idosas em seu ambiente domiciliar



Fonte: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/PlanodeAccaodaAldeidadeAvecasta.pdf. (2012).

O PCHI surge, então, com a premissa de manter a pessoa idosa em sua própria habitação, e com maior autonomia, garantida por meio das intervenções realizadas na moradia, com vistas a proporcionar maior conforto e bem-estar em seu ambiente domiciliar.

Antes de descrever o programa, seus objetivos, princípios e resultados, destinado à população de Portugal, é oportuno contextualizar o âmbito legal que respalda a sociedade portuguesa até a criação da referida proposta.

Na publicação do Diário da República, nº 56, de 15 de março de 2006, é garantida a proteção social em casos de invalidez, velhice e morte, sem prejuízo da aplicação de normas aprimoradas em legislação especial, bem como de incumbências familiares, permitindo, através de critérios de seletividade e rentabilidade dos apoios financeiros, a afetação eficiente dos recursos disponíveis a uma rede de apoios sociais (DECRETO-LEI nº 56/2006).

Por outro lado, a Lei nº 53-B/2006 instituiu o Indexante dos Apoios Sociais (IAS) e novas regras de atualização das pensões e outras prestações sociais do sistema de segurança social. Já a Lei nº 53-C/2006, de 29 de dezembro, determina a prorrogação da vigência das medidas aprovadas pela Lei nº 43/2005, de 29 de agosto, até 31 de dezembro de 2007, enquanto a Lei nº 53-D/2006, de 29 de dezembro, altera a contribuição dos beneficiários dos subsistemas de saúde da Administração Pública (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1ª série, nº 249, 29 de dezembro de 2006).

Diante da breve citação jurídica, o PCHI consistiu no resultado de um protocolo entre o Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social de alguns municípios, criado em 2007, no intuito de melhorar as condições habitacionais das pessoas idosas (incluindo infraestrutura, equipamentos, adaptação de espaços, acessibilidade, entre outras). A iniciativa foi destinada aos proprietários do imóvel, não tendo sido válida para os casos de aluguel (ISS, 2014).

O programa teve como objetivo a prevenção da dependência e da institucionalização dos cidadãos mais idosos, visando intervir na qualificação habitacional, através do melhoramento das condições básicas de habitabilidade e mobilidade das pessoas idosas, com prestação de serviços para a qualificação habitacional (CENSOS, 2011; INE, 2011).

Dias e Lopes (2016) esclarecem que a finalidade do programa consistiu em promover melhoria nas condições de habitabilidade das pessoas idosas, assegurando, assim, a autonomia desses indivíduos. Segundo os mesmos autores, seriam realizados

[...] melhoramentos na cobertura, nas paredes e na caixilharia de portas e janelas; criação ou adaptação de espaços como cozinha, casa de banho; melhoramento de espaços já existentes, por exemplo, colocando lavatórios, sanitas banheiras e base de duche; adaptações que facilitem o acesso à habitação, nomeadamente a construção de rampas), quer ao nível de equipamentos (mobiliário e eletrodomésticos) (DIAS; LOPES, 2016, p. 86).

Trata-se, portanto, de uma das tentativas do Estado para otimizar as condições de vida da pessoa idosa, sendo direcionada especificamente para esse público mais fragilizado e desfavorecido economicamente.

Em relação às características do espaço habitacional, o programa visava proporcionar condições de habitação para o melhor convívio familiar e bem-estar, no âmbito individual e comunitário, a fim de sobrepujar o isolamento ou a marginalização social dessa população. Nessa perspectiva, seriam oferecidas “oportunidades de criarem e desenvolverem formas de realização pessoal, através de uma participação ativa na vida da comunidade” (ELVAS, 2016, p. 38).

É válido ressaltar que esse tipo de política social, direcionada especificamente à população idosa, destina-se aos sujeitos detentores de múltiplas carências, nas quais são identificadas situações de dependência e de pobreza. Elvas salienta que

o aumento dos idosos e a reconfiguração das políticas públicas trazem consigo desafios para o atual modelo de proteção social. Este aumento da população idosa coloca em risco o sistema público de proteção social, estando a ser substituída a responsabilidade do Estado na ação social pelas ações das instituições de solidariedade social (ELVAS, 2016, p. 43).

Nesse sentido, torna-se basilar a promoção dos direitos dessas pessoas, reivindicando sua proteção, seu acesso a serviços e sua integração na sociedade.

Sabe-se que o envelhecimento ativo é visto por estudiosos como fator preponderante para promoção da independência e autonomia da população idosa (NERI, 1998; GONTIJO, 2005; VELOSO; ROCHA, 2016). Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o

envelhecimento ativo é pautado em quatro pilares: saúde, participação social, segurança/proteção e educação continuada, que estão diretamente associados à habitação e que repercutem no bem-estar e na qualidade de vida do indivíduo idoso. Em Portugal, a Secretaria de Segurança Social desenvolveu programas com a atuação em nível local (municipal), com a função de promover o envelhecimento ativo e produtivo, a exemplo do PCHI.

De acordo com Coutinho (1997), a habitação é um fator fundamental na vida do indivíduo, não sendo diferente para a pessoa idosa, por isso, precisa estar presente na elaboração e na efetivação das políticas públicas sociais. O indivíduo que se identifica com seu habitat se sente parte de uma cultura e de uma sociedade e “[...]o setor da habitação (...) constitui um dos mais importantes vetores de uma política de qualidade de vida” (COUTINHO, 1997, p. 1).

A relevância do PCHI é de ser uma política de atuação local e que está na própria natureza do desenvolvimento social do lugar. Com a globalização, observa-se um incremento nas políticas voltadas para o âmbito local, fortalecendo os vínculos e efetivando as ações. Dessa maneira, mesmo sendo um programa gestado na Secretaria de Segurança Social, em nível nacional, o programa foi desenvolvido e atuou em nível local. Vale lembrar que, a partir dos anos de 1990, houve uma mudança no posicionamento do Estado, tornando-se mais ativo em relação à proteção social, com ações e atitudes multidimensionais e de territorialidade, o que fortaleceu o desenvolvimento do poder público local. Desse modo, foi possível descentralizar o Poder Central para o Poder Local, por meio de transferência de tributos e competências, além de causar a aproximação entre cidadãos e suas realidades (SENHORAS, 2006; RIBEIRO, 2011; GOMES, 2013).

Gomes (2013) evidencia que o PCHI, de âmbito nacional e de gestão local, urbana e rural, é desenhado para atender a população idosa nas suas demandas geradas em seu domicílio. Nesse sentido, foi idealizado para as habitações com deficiências estruturais e condições de vulnerabilidade de seus moradores.

Seu marco inicial de criação foi o ano de 2007, a partir do Despacho nº 6716-A/2007, da Secretaria do Estado de Segurança Social, pertencente do Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social, publicado no Diário da República, 2ª série, nº 68, em 5 de abril de 2007, constando no documento que:

O XVII Governo Constitucional propôs como uma das medidas a implementar, no combate à pobreza e à exclusão, para «uma sociedade mais coesa e nessa medida mais equilibrada, mais justa e afinal mais competitiva e dinâmica», o «lançamento

de um programa de qualificação habitacional, com o 184 estudos de prevenir a dependência e a institucionalização dos cidadãos mais idosos».

Considerando que a existência de habitações sem o mínimo de condições constitui um dos principais fatores de institucionalização dos idosos: Considerando ainda que o investimento numa melhor qualificação habitacional da população idosa, permitindo prolongar o tempo de permanência na sua habitação, para além das razões que se prendem com a melhoria da qualidade de vida, tem também efeitos inevitáveis na prevenção de acidentes domésticos e de situações de dependência, foi criado o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2007, s/ p.).

O PCHI originou da identificação da situação desfavorável, por parte dos governos e das pesquisas sobre população idosa no domínio da habitação, configurando uma condição de desigualdade social, vulnerabilidade e, até mesmo, de exclusão social, incitando o desenvolvimento de políticas públicas voltadas para essa população.

O Ministério do Trabalho e da Seguridade Social, assim como a Secretaria de Seguridade Social, foi responsável por implementar o programa, alterando alguns termos, em fevereiro de 2008, conforme explicitado:

Por Despacho nº 6716-A/2007, de 22 de Março, do Secretário de Estado da Segurança Social, foi criado o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas, designado PCHI. O PCHI visa à qualificação habitacional com o 184 estudos de melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade das pessoas idosas que usufruam de serviços de apoio domiciliário, por forma a prevenir e a evitar a institucionalização e tendo em conta a avaliação das experiências piloto realizadas no ano de 2007 torna-se necessário adaptar os critérios do PCHI à realidade experienciada, nomeadamente os requisitos previstos nas alíneas *b*) e *c*) do nº 6.

Concretizando-se o PCHI, prioritariamente, nos distritos do interior, com baixa densidade populacional, com índices elevados de envelhecimento da população, e em meios, muitas vezes, rurais, em que os prédios se encontram omissos no registo predial, torna-se necessário agilizar o processo de candidatura ao citado programa designadamente o disposto na alínea *c*) do nº 10 e, em conformidade, o previsto na alínea *a*) do n.º6, por forma a ser aceite declaração em que se prove que o imóvel a intervencionar seja a habitação própria e permanente do requerente (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2008, s. p.).

O público-alvo era composto por cidadãos maiores de 65 anos e que atendia às seguintes condições: rendimento mensal per capita igual ou inferior ao valor do indexante dos apoios sociais (419,22 euros⁴⁹); residência em habitação própria ou em uma habitação há pelo menos 15 anos, de forma permanente, e que a mesma se encontre inscrita na matriz predial em seu nome, ou, habitação, por igual período de tempo, a título não oneroso, um prédio não descrito no registo predial em nome de terceiro, que careça de qualificação em função da

⁴⁹ A correspondência deste valor de € 419,22 (quatrocentos e dezenove euros e vinte dois cêntimos) no período da pesquisa, ano de 2007, equivalia a R\$ 1.095,00 (um mil e noventa e cinco reais).

Vale ressaltar que neste ano, de 2007, o salário-mínimo português era de € 403,00 (quatrocentos e três euros), assim pode-se inferir que este programa tem por principal público os idosos de baixa renda.

situação e necessidade em que se encontram; usufruto de serviços de apoio domiciliário; participação na proposta Centro Dia; moradia solitária ou em coabitação com outra(s) pessoa(s) idosa(s), familiar(es), com deficiência, menores, ou maiores, desde que estudantes e sem rendimentos do trabalho ou prestações substitutivas destes (INE, 2011; SOARES *et al.*, 2012).

O requerimento de candidatura foi disponibilizado pela Câmara Municipal da respetiva área de residência dos distritos abrangidos, sendo necessária a apresentação dos seguintes documentos: requerimento de candidatura devidamente preenchido e assinado pela pessoa idosa ou pelo seu representante legal, além de cópia dos seguintes documentos do idoso e das pessoas que vivem com ele: documento de identificação válido (cartão de cidadão, bilhete de identidade, passaporte ou certidão do registo civil); cartão de contribuinte; cartão de identificação da segurança social ou cartão de outro sistema; documento comprovativo de que é o proprietário da habitação ou, se não for possível obter tal documento: certidão passada pela conservatória do registo predial, que mostre que a casa não está em nome de outra pessoa e declaração da junta de freguesia a confirmar que mora nessa casa sem pagar renda há pelo menos 15 anos; cópia dos comprovativos dos rendimentos e das pensões ou subsídios recebidos nos três últimos meses pela pessoa idosa e pelas pessoas que vivem com ele, nos casos em que estes rendimentos não sejam pagos pela segurança social; cópia da sentença judicial que declarou a inabilitação da pessoa idosa, se o requerimento de candidatura tiver sido assinado pelo representante legal (ISS, 2014).

Desse modo, as candidaturas aprovadas pelo Município e pela Segurança Social tinham por prioridade as melhorias que facilitavam a mobilidade e a prestação do serviço de apoio domiciliário; a situação de dependência da pessoa idosa; a situação de pobreza ou de vulnerabilidade da pessoa idosa; a moradia conjunta a outra(s) pessoa(s) idosa(s), crianças ou jovens com menos de 18 anos ou familiar(es) com deficiência (ISS, 2014).

Adicionalmente, no PCHI, foram destacadas as situações que justificam as adaptações e propostas para melhoria da qualidade de vida, assim como seus efeitos para prevenção de acidentes domésticos (incluindo possíveis custos/despesas de saúde e de situações de dependência). Para tanto, foi implementado um protocolo que define os termos e as condições para a qualificação habitacional, considerando os já destacados pelo PCHI, cujas ações a serem realizadas deveriam respeitar as normas legais aplicáveis.

A sinalização das necessidades de qualificação habitacional poderia advir do município, da junta de freguesia da área de residência, do centro distrital, e, ou, de entidades particulares de solidariedade social ou similares, conforme centro de dia e serviço de apoio

domiciliário. E, sendo necessária a saída do(a) idoso(a) de sua habitação durante a realização de obras, os outorgantes supracitados deveriam encontrar alternativa transitória à moradia.

Especificamente, através do Despacho nº 6716-A/2007, o Gabinete do Secretário de Estado da Segurança Social estabeleceu o parecer e o envolvimento do programa, por meio do Conselho Local de Ação Social (CLAS), da rede social na seleção dos cidadãos cujas casas sofreriam intervenção no âmbito da proposta (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série, nº 68, de 5 de Abril de 2007).

Quanto à candidatura ao PCHI, esta seria formalizada pelo sujeito detentor dos requisitos previstos (habitação própria, carente de qualificação em função da situação e necessidade em que se encontram, usufrua dos serviços de apoio domiciliário ou cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional, e, ou, residentes solitários ou em coabitação com outra(s) pessoa(s) idosa(s), menor(es) ou familiar(es) com deficiência). Também poderiam se candidatar os indivíduos em situação de inabilitação, através de seu representante legal, mediante requerimento dirigido ao presidente da Câmara Municipal da respectiva área de residência (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série, nº 68, de 5 de Abril de 2007).

Já no Despacho nº 3293/2008, adaptam-se os critérios do PCHI à realidade experienciada, para agilizar o processo de candidatura ao citado programa, sendo alteradas as alíneas a), b) e c) do nº 6 e a alínea c) do nº 10 do Despacho nº 6716 A/2007, de 22 de Março, que passam a ter a seguinte redação:

6 — [...] a) Vivam em habitação própria ou residam numa habitação há pelo menos 15 anos de forma permanente e que a mesma se encontre inscrita na matriz predial em seu nome, ou, que habitem por igual período de tempo, a título não oneroso, um prédio não descrito no registo predial em nome de terceiro, que careça de qualificação em função da situação e necessidade em que se encontram; b) Estejam a usufruir de serviços de apoio domiciliário, frequentem a resposta Centro de Dia, ou cuja prestação destes serviços esteja dependente da qualificação habitacional; c) Residam sozinhas ou em coabitação com outra(s) pessoa(s) idosa(s), familiar(es) com deficiência, menores, ou maiores desde que estudantes e sem rendimentos do trabalho ou prestações substitutivas destes. 10 — [...] c) Documento comprovativo da titularidade do direito de propriedade sobre a habitação a intervencionar ou, quando não seja possível obter tal documento. i) Certidão da matriz predial da qual conste a inscrição do prédio em nome do beneficiário e declaração da junta de freguesia que ateste que o requerente habita no imóvel há pelo menos 15 anos; ii) Certidão negativa emitida pela competente conservatória do registo predial e declaração da junta de freguesia que ateste que o requerente habita no imóvel, a título não oneroso, há pelo menos 15 anos. 15 de Janeiro de 2008. — O Secretário de Estado da Segurança Social, Pedro Manuel Dias de Jesus Marques (DIÁRIO DA REPÚBLICA, 2ª série, nº 29, de 11 de Fevereiro de 2008, s. p.).

A partir do Despacho nº 6716-A/2007, de 05 de Abril, na versão conferida por meio do Despacho nº 3293/2008, o Governo Constitucional investiu na qualificação habitacional da população idosa, como forma de delongar o tempo de permanência na habitação e aprimorar a qualidade de vida desses indivíduos, gerando, assim, implicações na prevenção de acidentes domésticos e eventuais custos com despesas de saúde e de situações de dependência.

Reforça-se, como principal objetivo do programa, a qualificação habitacional, tanto do edifício como dos equipamentos, bem como a melhoria das condições básicas de habitabilidade e de mobilidade das pessoas idosas, dignificando e evitando, assim, a dependência e a institucionalização. Desse modo, o PCHI atenderia as pessoas que necessitassem de apoio domiciliar (PERISTA, 2012; MARTINS, 2015).

O referido programa derivou da Secretaria de Assistência Social e foi por meio dessa esfera municipal que a triagem de domicílios a serem atendidos foi realizada. Em Portugal, o Assistente Social é o profissional que desempenha um importante papel junto ao poder local, exercendo uma função mais ampla na assistência à família, como assinala Ribeiro:

(...) um cidadão com carências econômicas, que queira recuperar a sua habitação, não procura imediatamente o arquiteto ou engenheiro, mas antes o Assistente Social, com quem tenta desenhar a solução para o seu problema. Esta é no fundo a natureza da profissão do Assistente Social (RIBEIRO, 2011, p. 10).

Conforme já explicado, para a execução do programa, foi feita uma parceria dos municípios com a Segurança Social, firmada por meio de protocolos, com duração de doze meses e com possibilidade de ser renovada por mais doze meses (GOMES, 2013; MARTINS, 2015).

O programa contou com a locação de recursos financeiros para as melhorias definidas pelas localidades, advindas da Segurança Social e de fontes financiadas pelos próprios municípios atendidos. Assim, a quantidade de recursos destinados ao programa variava conforme a demanda e a efetivação da reabilitação de cada município. É importante ressaltar que, além do recurso econômico disponibilizado pelo poder local, havia os recursos humanos, dos funcionários das prefeituras, para funcionamento e eficácia desejados (GOMES, 2013).

De forma geral, a Segurança Social tornou-se responsável pelos encargos com os materiais necessários, disponibilizando uma verba máxima para tal, enquanto o município ficava encarregado de realizar e acompanhar as obras (PERISTA, 2012; MARTINS, 2015).

O PCHI, lançado em 2007, teve seu término em 2013. Os protocolos de parceria do programa, documentos pelos quais os municípios se candidatavam para inserção ao PCHI,

tenham vigência de doze meses, com prorrogação de mais doze meses, conforme interesse(s) dos parceiros. Durante sua vigência (2007-2013), o programa foi realizado em cinco distritos: Bragança, Beja, Guarda, Portalegre e Vila Real, até 2010, sendo ampliado para os distritos de Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Santarém, Viana do Castelo e Viseu, entre 2011 e 2013.

Alguns dos problemas mais comuns nas habitações puderam ser contornados com soluções de melhorias economicamente acessíveis, que potencializam o desempenho das pessoas idosas, reduzem acidentes e apoiam uma vida independente dos mesmos. Vale lembrar que visou-se priorizar melhorias rentáveis, com impacto positivo na segurança doméstica e na usabilidade (MARTIN *et al.*, 2012), sendo o PCHI baseado na realização de obras de qualificação habitacional.

No Gráfico 1, descrevem-se as possíveis causas da degradação dos edifícios, um dos motivos das reformas e reabilitações proporcionadas pelo PCHI.

Gráfico 1: Causas de degradação do edifício



Fonte: MADEIRA, 2009, p. 24.

Todas as edificações precisam necessariamente passar por manutenção em determinado momento, algumas com intervalo de tempo maior, outras, com menor. Porém, via de regra, a construção sofre avarias que, quando não sanadas no seu início, podem gerar

graves danificações no futuro, daí a importância da manutenção regular. A falta de manutenção justifica a reabilitação da edificação, seja para recuperar, seja para adequar as novas condições de uso. No Gráfico 1, observa-se o envelhecimento natural da edificação, motivado por ações químicas e físicas do ambiente; falta de conservação, e estrutura própria; e impacto de escavações mal executadas. Outro fator que contribui para o desgaste da edificação diz respeito às origens do próprio edifício, relativos ao projeto, planejamento, execução e adaptação. Além do envelhecimento natural e de suas origens, outro componente ambiental que causa a degradação da construção é a atividade sísmica. Portugal possui vários conjuntos arquitetônicos antigos na sua malha urbana, especialmente nas áreas centrais, que muitas vezes se encontram em condições precárias de conservação. Segundo Madeira (2009), os motivos que justificam as políticas de reabilitação são muitos, entretanto, observar as particularidades de cada local de intervenção favorece o sucesso da política.

A partir dessas considerações, conforme leitura da Tabela 1, mesmo dificultada por sua extensão, é possível avaliar as quantidades de intervenções realizadas em prol das melhorias nas habitações das pessoas idosas selecionadas pelo programa, nos municípios dos estados de Bragança, Beja, Guarda, Portalegre, Vila Real, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Santarém, Viana do castelo e Viseu entre 2007 a 2013, segundo dados do Governo Português.

Tabela 1: Distribuição percentual das intervenções para melhorias nas habitações das pessoas idosas selecionados nas cidades portuguesas de Bragança, Beja, Guarda, Portalegre e Vila Real, de Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Santarém, Viana do Castelo e Viseu no período de 2007 a 2013

Variáveis		Distribuição das Melhorias				
Distrito ⁵⁰	Concelho ⁵¹	Número de Melhoria na Edificação	Número de Melhoria em Equipamento	Total de Pessoas Idosas Atendidos	Feminino	Masculino
BRAGANÇA	Alfândega da Fé	10	00	17	11	06
	Bragança	7	00	09	06	03
	Carraceda de Ansiães	11	00	16	07	09
	Freixo de Espada à Cinta	06	00	07	04	03
	Macedo de Cavaleiros	14	00	24	13	11
	Miranda do Douro	08	00	10	03	07
	Mirandela	25	00	29	14	15
	Mogadouro	11	00	11	04	07
	Torre de Moncorvo	11	00	18	09	09
	Vila Flor	05	00	05	02	03
	Vimioso	05	00	06	02	04
Vinhais	07	00	08	03	05	
Subtotal	12	120	00	160	78	82
BEJA	Ajustel	10	01	14	10	04
	Almodôvar	08	00	12	07	05
	Alvito	03	00	05	03	02
	Barrancos	02	00	03	02	01
	Beja	09	00	13	07	06
	Castro Verde	05	03	05	03	02
	Cuba	04	01	06	03	03
	Ferreira do Almejo	11	00	18	10	08
	Mértola	03	01	07	04	03
	Moura	00	00	00	00	00
	Odemira	20	16	25	16	09
	Ourique	08	00	12	07	05
	Serpa	03	01	07	03	04
	Vidigueira	09	03	14	06	08
Subtotal	14	95	26	141	81	60
GUARDA	Aguiar da Beira	12	02	18	11	07
	Almeida	11	04	13	07	06
	Celorico da Beira	23	05	28	16	12
	Figueira de C. Rodrigo	12	00	15	09	06
	Fomos de Algodres	33	00	35	19	16
	Gouveia	25	10	32	18	14
	Guarda	26	11	30	17	13
	Manteigas	05	00	08	05	03
	Meda	15	04	18	10	08
	Pinhel	14	06	24	14	10
	Sabugal	19	05	24	15	09
	Seia	34	06	52	32	20
	Trancoso	22	22	24	15	09
	Vila Nova de Foz Côa	14	14	16	09	07
Subtotal	15	265	89	337	197	140

⁵⁰ Em Portugal, os distritos constituem as divisões administrativas e judiciais, sendo referentes a entidades subnacionais autónomas (o que equivale ao termo “Estado”, comumente utilizado no Brasil).

⁵¹ Existem, em Portugal, 308 concelhos (ou seja, cidades) distribuídos por 18 Distritos e duas regiões autónomas.

	Belmonte	00	00	00	00	00
	Castelo Branco	52	10	69	52	17
	Covilhã	12	06	15	09	06
CASTELO BRANCO	Fundão	11	07	14	08	06
	Idanha-a-Nova	20	21	39	20	19
	Oleiros	11	07	16	10	06
	Penamacor	00	00	00	00	00
	Proença-a-Nova	15	09	15	05	10
	Sertã	29	17	30	18	12
	Vila de Rei	05	07	08	04	04
	Vila Velha de Rodão	07	07	08	07	01
Subtotal	11	162	91	214	133	81
	Alter do Chão	05	03	11	07	04
	Arronches	02	00	03	01	02
	Avis	00	00	00	00	00
	Campo Maior	07	04	08	05	03
	Castelo de Vibe	00	00	00	00	00
	Crato	08	04	11	06	05
	Elvas	12	01	17	12	05
PORTALEGRE	Fronteira	00	00	00	00	00
	Gavião	11	00	11	04	07
	Marvão	07	07	10	06	04
	Monforte	04	04	06	04	02
	Nisa	03	02	06	04	02
	Ponte de Sor	06	00	07	04	03
	Potalegre	02	00	03	02	01
	Sousel	08	02	10	06	04
Subtotal	15	75	27	103	61	42
	Alijó	06	00	10	05	05
	Boticas	00	00	00	00	00
	Chaves	00	00	00	00	00
	Mesão Frio	00	00	00	00	00
	Mondim de Basto	00	00	00	00	00
	Montlalegre	18	00	45	25	20
VILA REAL	Murça	06	00	08	04	04
	Peso da Régua	00	00	00	00	00
	Ribeira de Pena	00	00	00	00	00
	Sabrosa	00	00	00	00	00
	Santa Marta Penaguião	05	00	08	04	04
	Valpaços	06	00	10	05	05
	Vila Pouca de Aguiar	14	00	17	10	07
	Vila Real	35	00	45	25	20
Subtotal	15	90	00	143	78	65
	Arganil	00	00	00	00	00
	Góis	07	12	13	08	05
	Montemor-o-Velho	14	25	29	18	11
COIMBRA	Oliveira do Hospital	10	00	17	09	08
	Pampilhosa da Serra	08	00	09	07	02
	Penacova	00	00	10	05	05
	Penela	06	03	09	07	02
	Soure	00	00	00	00	00
	Tábua	00	00	07	04	03
Subtotal	09	45	40	94	58	36
	Alandroal	10	00	00	00	00
	Arraiolos	08	03	07	04	03
	Borba	03	00	00	00	00
	Estremoz	02	03	00	00	00
	Montemor-o-Novo	09	00	10	04	06
ÉVORA	Mora	05	00	00	00	00
	Mourão	04	00	00	00	00
	Portel	11	00	00	00	00
	Redondo	03	00	00	00	00
	Viana do Alentejo	00	03	08	05	03
Subtotal	10	20	09	26	13	12
	Alcoutim	07	00	08	03	05
	Aljezur	00	00	00	00	00
FARO	Castro Marim	06	00	06	03	03
	Monchique	00	00	00	00	00
	Vila do Bispo	14	00	11	06	08
Subtotal	05	27	00	25	12	16
	Alvaiázere	05	04	06	04	02
	Ansião	11	00	11	07	04
LEIRIA	Castanheira de Pera	00	00	00	00	00

	Figueiró dos Vinhos	07	06	09	04	05
	Pedrogão Gande	00	07	10	05	05
Subtotal	05	23	17	36	20	16
	Chamusca	13	02	14	11	03
	Coruche	00	00	00	00	00
SANTARÉM	Ferreira do Zêzere	00	00	00	00	00
	Mação	07	01	07	03	04
	Sardoal	00	00	00	00	00
Subtotal	05	75	27	21	14	07
	Arcos de Valdevez	04	03	09	04	05
VIANA DO CASTELO	Melgaço	11	03	12	11	01
	Monção	05	02	06	05	01
	Paredes de Coura	10	00	15	09	06
	Ponte da Barraca	09	01	13	08	05
Subtotal	05	39	09	55	37	18
	Amamar	05	02	07	06	01
	Carregal do Sal	00	00	00	00	00
	Castro D'Aire	00	00	07	03	04
	Cinfães	06	04	08	07	01
	Mortágua	00	00	00	00	00
	Penalva do Castelo	00	00	00	00	00
	Penedono	00	00	00	00	00
VISEU	Resende	00	00	09	08	01
	São João da Pesqueira	00	00	00	00	00
	São Pedro do Sul	00	00	11	08	03
	Semancelhe	00	00	00	00	00
	Tabuaço	05	04	07	04	03
	Tondela	00	00	00	00	00
	Vila Nova de Paiva	00	00	00	00	00
	Vouzela	00	00	00	00	00
Subtotal	15	16	10	49	36	13
TOTAL	136	981	311	1354	782	575

Fonte: Elaboração própria. Dados extraídos de Governo Português (2014).

Como é possível observar nos dados apresentados, do total de 981 melhorias realizadas nas edificações, o estado de Guarda realizou o maior progresso, executando 265 obras/adaptações nas habitações de suas cidades. O distrito de Viseu conquistou 16 melhoramentos em moradias, sendo o menor número atingido em comparação aos demais distritos.

De acordo com Martin *et al.* (2012, p. 193), o PCHI foi direcionado, inicialmente, para três distritos-piloto (Bragança, Beja e Guarda), mas, até o fim de sua vigência, envolveu 26 autarquias, com a expectativa de ter melhorado cerca de 600 habitações, através da disponibilização de 2.100.000 € (dois milhões e cem mil euros). Martins (2015) explica que as principais intervenções estavam relacionadas à manutenção/conserto de paredes, portas, janelas, coberturas; criação ou adaptação de cômodos, como banheiros, cozinhas e quartos; adaptação ou construção de elementos, que asseguravam acessibilidade ao morador idoso, como rampas, barras de segurança e pisos apropriados.

Em seu Relatório Social, a cidade de Alijó ressalta que “durante o ano de 2009 e em parceria com a Segurança Social, a autarquia levou a cabo o Programa Conforto Habitacional

para Pessoas Idosas – PCHI, que permitiu a requalificação de 23 fogos⁵² habitacionais de pessoas com mais de 65 anos” (NARCISO; TEIXEIRA, 2010, p. 91). Esse dado não corresponde às seis melhorias identificadas no relatório nacional do PCHI, o que sugere uma subnotificação em algumas localidades, ou mesmo a distinção na forma de notificar.

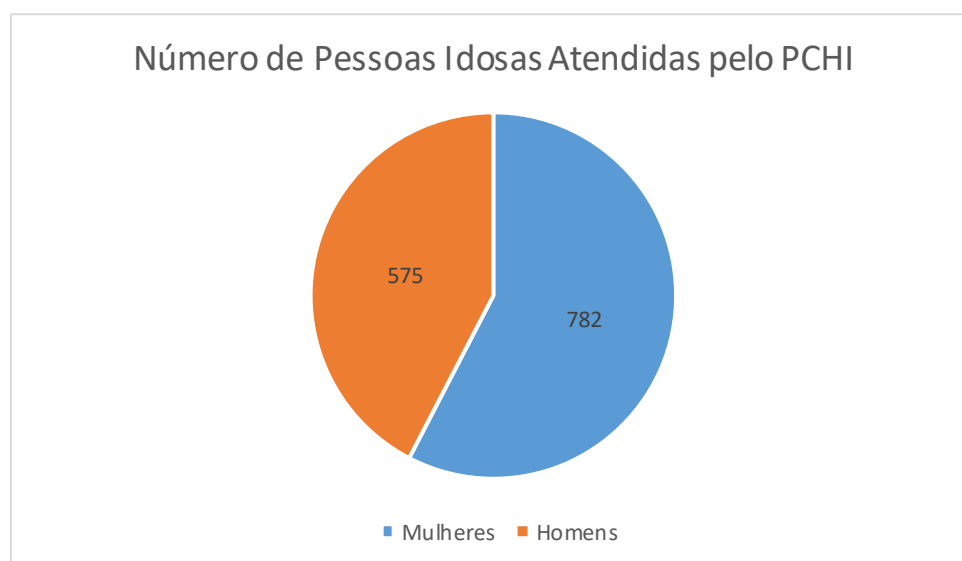
Quanto às alterações concernentes a equipamentos, o estado de Castelo Branco efetuou a maior quantidade de melhorias (91). Destaca-se que Bragança, Faro e Vila Real são os estados que não realizaram nenhuma melhoria no âmbito de equipamentos das moradias. Não se pode identificar, contudo, a razão dessa nulidade, pois não foram fornecidos os dados com os detalhes de execução (ou da falta de execução) das referidas atuações distritais. Martins (2015) corrobora que a atenção do programa dizia respeito ao mobiliário e aos equipamentos domésticos, conserto ou aquisição de camas, geladeiras, fogões e sistema de aquecimento.

Em relação ao total de pessoas idosas atendidas (1.354), o distrito de Guarda atendeu a um maior número de selecionados (337) e Santarém atendeu ao menor número (21). Quanto ao sexo dos atendidos, em todos os distritos o número de mulheres idosas foi superior aos de homens idosos, com exceção a Bragança, com 78 mulheres e 82 homens, e Faro, com 12 mulheres e 16 homens.

Portanto, como pode-se notar no Gráfico 2, do total de 1.354 pessoas idosas atendidas, somaram 58% (782) de mulheres, e 42% (575) de homens, dentre todos os estados participantes do PCHI, e em todas as cidades atendidas durante sua vigência.

⁵² Antigamente, quando ainda nem sequer havia fogões, onde ardesse a lenha para preparar as refeições, cada habitação tinha a cozinha onde, numa fornalha ou na lareira, ardia a lenha para preparar os alimentos. Essa lareira era, nalgumas casas, junto à parede e noutras no canto da cozinha. No inverno, as famílias, tantas vezes acompanhada pelos vizinhos, recebiam à noite o calor agradável daquele «fogo» tão necessário para o seu aquecimento. Era esse «fogo» de tanto valor para aquela gente, que a palavra «fogo» se sobrepôs a moradia, casa, habitação, residência, etc. E assim, passaram a dizer-se frases como esta: A minha aldeia é a maior daquela região, tem oitenta «fogos». Compreende-se, porque aquele «fogo» era, no inverno, o centro, a alma da convivência amigável daquelas pessoas que muito se queriam. Disponível em: <https://ciberduvidas.iscte-iul.pt/consultorio/perguntas/fogo-habitacao-origem/7588>.

Gráfico 2: Total de pessoas idosas atendidas pelo PCHI (2007/2010)



Fonte: Elaboração própria (2020).

O número absoluto de mulheres na população portuguesa é maior que a de homens, em todas as faixas etárias. Em 2011, as mulheres idosas somavam 58,2% em relação aos 41,8% dos homens idosos, uma diferença considerável de 16,4%. Os dados do Gráfico 2 corroboram esses números censitários, ao demonstrar a diferença de 16%, de mulheres idosas em relação aos homens idosos, que foram atendidos pelo PCHI. Essa quantidade maior de idosas é reflexo da sua maior longevidade que pode ser explicada ao se comparar a esperança de vida, de 82 anos para as mulheres portuguesas e de 76 para homens, evidenciando uma velhice mais feminina no tocante à proporção e à expectativa de vida, como corrobora Fernandes (2001 citado por VELOSO; ROCHA, 2016, p. 5): “que a velhice seja essencialmente uma velhice no feminino”.

Contudo, apenas viver mais não é um fator vantajoso, sendo preciso agregar qualidade de vida aos anos a mais vividos. Veloso e Rocha (2016, p. 5) afirmam que muitas destas mulheres mais longevas vivenciam a pobreza com risco social iminente, muita solidão e doenças incapacitantes. No domicílio unifamiliar de pessoas idosas, as mulheres representam 77,1% deles. Além das questões psicológicas e físicas que estas mulheres enfrentam, especialmente quando próximas à pobreza, ainda precisam lidar com a questão social, da negativa que a sociedade impõe a velhice, como aponta o Observatório (2008), em uma pesquisa feita com grupo de idosas na cidade de Matosinhos:

Muitas das pessoas idosas vivem sós; estas são sobretudo mulheres com mais de 75 anos. Mas independentemente de uma condição de solidão objectiva verifica-se a existência de um sentimento profundo de solidão, muito apoiado por uma percepção negativa daquilo que a sociedade pensa das pessoas idosas. “Arruma-te velha”, é uma expressão amarga que denota bem “o que se pensa que os outros pensam de nós” (OBSERVATÓRIO, 2008, p. 363).

Nesse sentido, a requalificação da habitação proposta pelo programa promove qualidade de vida dessas pessoas idosas, em especial das mulheres que vivem sós e mais anos. A adequação da moradia confere condições de habitabilidade e conforto, que por sua vez favorecem o bem-estar da pessoa idosa, conforme assinala Lopes:

[...] aqueles que dizem respeito a situações potencialmente mais gravosas para o bem-estar do indivíduo idoso, nomeadamente por colocarem em causa dimensões básicas de bem-estar físico. [...] contam-se os relativos às características das habitações e, concretamente, os relativos às condições de habitabilidade e de conforto das mesmas (LOPES, 2012, p. 112).

É notório que a inadequação do ambiente da moradia contribui para o mal-estar e diminui o prazer da pessoa com o ambiente habitado, além de favorecer ao adoecimento físico e mental. Nota-se a importância dessas intervenções na vida da pessoa idosa, como afirma Moutinho,

a necessidade de qualificar esta resposta destinada as pessoas idosas envolve a interação entre práticas e conceitos de mudança e intervenção e profissionalização de serviços. Em particular, a atenção pela diversidade na experiência de envelhecer que exige uma modificação do universo simbólico nesta etapa da vida. A evidencia científica informa-nos que, quando o ambiente é considerado inadequado, ameaça à integridade das pessoas, dos mais idosos em particular, podendo estes regredir e ver o seu estado de saúde deteriorar-se rapidamente. [...] Uma adequada adaptação dos espaços físicos favorece a interação e aumenta a independência, acrescentando qualidade de vida aos residentes. (MOUTINHO, 2015, p. 31).

O PCHI definiu categorias de melhorias na habitação da pessoa idosa, buscando sua requalificação e conforto. Essas melhorias foram categorizadas em dois níveis, o do edifício e do equipamento. São melhorias ao nível do edifício: melhoramentos na cobertura, nas paredes e na caixilharia de portas e janelas; criação ou adaptação de espaços (como casas-de-banho⁵³ e cozinhas); melhoramento de espaços já existentes (por exemplo, colocação de lavatórios, sanitas, banheiras e bases de duche⁵⁴); adaptações que facilitem o acesso à habitação (nomeadamente a construção de rampas). Do mesmo modo, elencam-se melhorias ao nível de

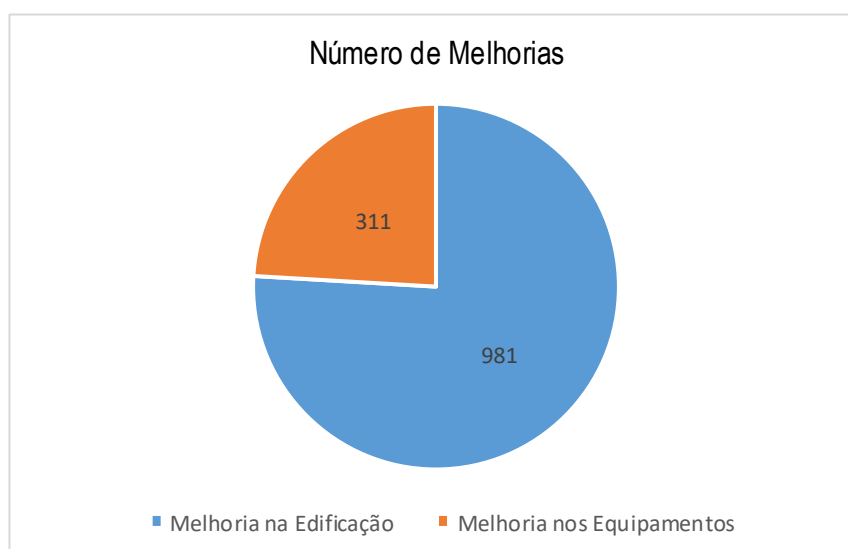
⁵³ Casa de banho: banheiro.

⁵⁴ Sanitas: vaso sanitário; bases de duche: base de chuveiro.

equipamentos: compra de mobiliário (cama, colchão, mesas, cadeiras, etc.); compra de eletrodomésticos (fogão, frigorífico, esquentador⁵⁵, máquina de lavar roupa, aspirador, ventoinhas⁵⁶, aquecedores e televisão) (MTSS, 2008).

Para destacar o número de melhorias realizadas, considerando-se todos os distritos integrantes do programa, foi elaborado o Gráfico 3, no qual são demonstradas as porcentagens de otimizações feitas nos equipamentos e nas edificações. Assim, as melhorias que abrangem a edificação totalizam 981 dos benefícios concedidos, contra 311 efetivadas em equipamentos, também nos anos de 207 a 2013, nos distritos de Braga, Beja, Guarda, Castelo Branco, Portalegre, Vila Real, Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Santarém, Viana do Castelo e Viseu, ainda segundo dados do Governo Português.

Gráfico 3: Total de melhorias realizadas pelo PCHI (2007/2013)



Fonte: Elaboração própria (2020).

De acordo com o Gráfico 3, nota-se o detalhamento dessas melhorias em razão da localidade. Dos seis distritos participantes no período avaliado, Guarda atendeu ao maior número de pessoas idosas (337) e realizou o maior número de melhorias na edificação (265). Castelo Branco efetuou a maior quantidade de benfeitorias relativas aos equipamentos (91). Com relação ao número de cidades de cada distrito, nota-se que Porto Alegre implementou

⁵⁵ Aparelho alimentado a gás ou eletricidade, que permite aquecer rapidamente a água quando ligado e se destina a uso doméstico.

⁵⁶ Aparelho para ventilação constituído por uma roda com pás que gira, provocando corrente de ar. Ventilador

melhorias no maior número de municípios (15). Interessante observar, ainda, que os distritos de Bragança e Vila Real não realizaram nenhuma melhoria em equipamentos.

Cabe assinalar que o PCHI, em seu cerne, buscou melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade, por meio da acessibilidade, com vistas a prevenção da dependência da pessoa idosa. Dependência essa que resulta na maioria das vezes na institucionalização, o que não é desejado pelo Estado e pela sociedade portuguesa (MTSS, 2008; ABRANCHES, 2009). As pessoas idosas que são institucionalizadas perdem em qualidade de vida, conforme assinala Observatório (2008), além das rupturas impostas, afetivas, sociais e familiares.

[...] piores condições de habitabilidade e de conforto podem constituir fator de institucionalização, já que as pessoas em lar revelaram piores indicadores do que aquelas que residem nas suas casas, daí decorrendo que o investimento em medidas de reabilitação habitacional se constitua como um elemento de prevenção da saída de casa e entrada no lar, com todas as rupturas que tal implica (OBSERVATÓRIO, 2008, p 363).

Ainda no Gráfico 3, observa-se que as melhorias na edificação foram a maioria, somando 998 (76%) durante toda a vigência do programa e em todos os municípios atendidos. Os restantes, 24%, que somam 311 intervenções, foram em equipamentos das habitações. Infere-se que essa discrepância nas intervenções nos edifícios e equipamentos está relacionada à precariedade das edificações que são antigas e possuem pouca manutenção ao longo do tempo (ABRANTES, 2009; MALHEIROS; FONSECA, 2011). As intervenções visam uma requalificação da habitação, como afirma Abrantes:

A reabilitação de edifícios pode ser uma operação global, principalmente quando o edifício tenha atingido um elevado estado de degradação ou esteja obsoleto, ou ser uma operação parcial, quando aplicada a partes dos edifícios que estejam degradados ou desadequados face a exigências de segurança, ou de habitabilidade, ou de durabilidade e economia (ABRANTES, 2009, p. 22).

No que se refere às melhorias nos equipamentos, que são menos frequentes por se tratarem de elementos internos das edificações e com investimento menor, são mais comuns a manutenção e a troca eventual, especialmente ao considerar equipamento como fogão, por exemplo, que é um equipamento de uso diário e prescindível no cotidiano doméstico.

Até o ano de 2001, como mostrado no Gráfico 4, o percentual de 0,5% da população portuguesa vivia sem eletricidade na moradia, 2,5% sem vaso sanitário dentro da habitação, 1,5% sem água canalizada e 6,3% dos portugueses não tinham um local específico para o banho, seja de imersão como em banheira, seja de ducha como em chuveiro. Esses dados

apontam para a maior vulnerabilidade das pessoas idosas sem esses elementos condicionantes de qualidade de vida, estando ligados diretamente às questões de saúde, bem-estar e conforto.

Gráfico 4: Porcentagem de habitação sem instalação elétrica, retrete (vaso sanitário), água canalizada, banho ou duche (banho ou chuveiro), em Matosinhos, Grande Porto e Portugal, em 2001



Fonte: Observatório (2009, p. 70).

Alerta-se para a situação indigna mediante ausência de eletricidade, de água potável e de banheiro, tornando a fase da velhice ainda mais complexa. As melhorias elencadas pelas equipes técnicas do programa buscam justamente mitigar essas deficiências de infraestrutura e habitacionais apresentadas no Gráfico 4. Contudo, as intervenções executadas pelo programa vão de melhorias nos telhados, nas paredes, banheiros, portas e janelas, e acessos, até mesmo a compra de mobiliários: cama, colchão, mesas, cadeiras; eletrodomésticos: fogão, geladeira, máquina de lavar roupa, aspirador, aquecedores e televisão (MTSS, 2008). Segundo Miguel *et al.* (2016), os avanços tecnológicos possibilitaram equipamentos domésticos mais desenvolvidos e o seu acesso mais facilitado. Alguns eletrodomésticos auxiliam as tarefas domésticas, como a máquina de lavar roupas, outros favorecem o acesso à informação e ao entretenimento, como a televisão. Contudo, eletrodomésticos como o fogão e a geladeira estão relacionados às condições higiene e à manutenção da saúde. Esses equipamentos, que são imprescindíveis no cotidiano, agregam valor à moradia, favorecendo a qualidade de vida da pessoa idosa que nela habita. Nesse sentido, como afirmam Miguel *et al.* (2016), a habitação

dotada de infraestrutura básica e equipamentos adequados é um local confortável para os que ali habitam:

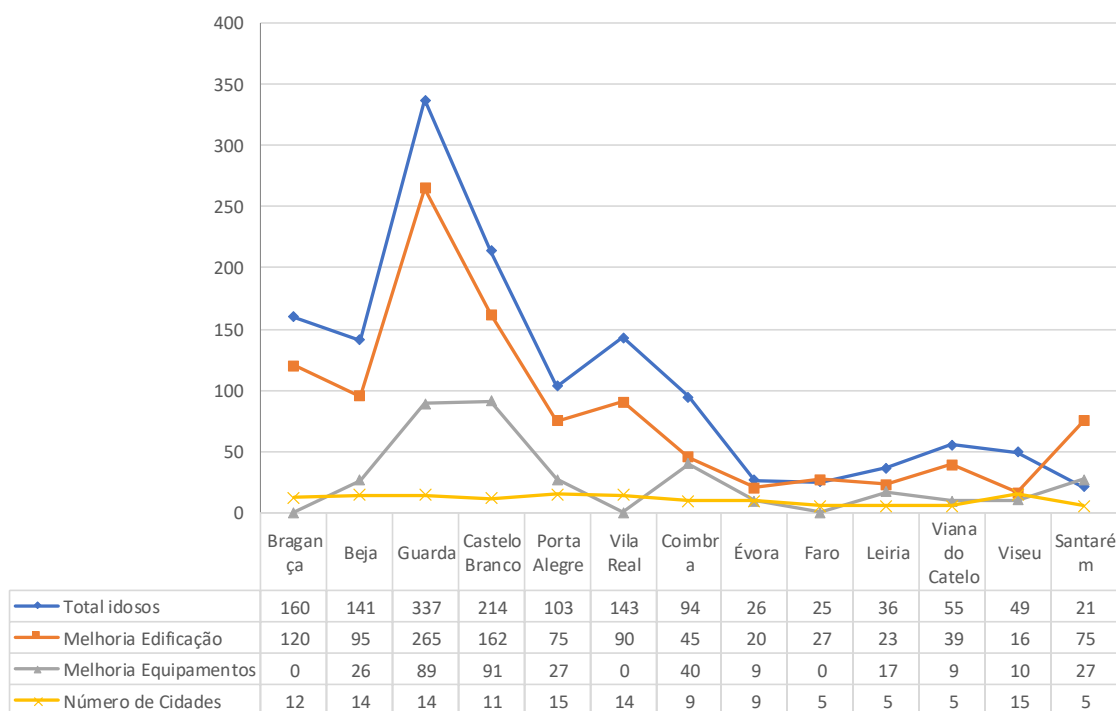
São muitos os aspectos ligados a uma vida confortável para o idoso, dentre eles se destaca a moradia apropriada. [...] A infraestrutura da moradia e a infraestrutura urbana são componentes fundamentais na qualidade física do espaço onde se reside. A organização espacial de uma habitação deve ser compatível com a formação da (ou das) família que ali reside. Os arranjos domiciliares retratam essa formação dentro do domicílio (MIGUEL *et al.*, 2016, p. 56).

No período de vigência do programa, foram realizadas diversas melhorias, tanto na moradia como no que se refere aos equipamentos domésticos, como já dito. Com relação às intervenções relativas às casas, além das melhorias nas paredes, nas portas, janelas e nas coberturas. Destacam-se a criação e a adaptação de cômodos, como banheiros, cozinhas e quartos; adaptação ou construção de elementos que assegurem acessibilidade ao morador idoso, como rampas, barras de segurança e pisos apropriados. Outra atenção do programa referia-se ao mobiliário e aos equipamentos domésticos, que além aquisição de camas, geladeiras, fogões e sistema de aquecimento, eram providenciados consertos nos equipamentos aptos e com vida útil (INSS, 2014; MARTINS, 2015).

Essas melhorias foram distribuídas em duas fases, uma vez que o PCHI foi um projeto piloto, constando duas fases na avaliação da política. Os distritos (estados) Bragança, Beja, Guarda, Castelo Branco, Portalegre, e Vila Real, entre os anos de 2007 e 2010, compuseram a primeira fase da política. A segunda fase foi composta pelos distritos de Coimbra, Évora, Faro, Leiria, Santarém, Viana do Castelo e Viseu entre os anos de 2007 e 2013. Essas melhorias estão quantificadas no Gráfico 5, com o total das melhorias por distrito, total de pessoas idosas e cidades atendidas.

Os dados concernentes do Gráfico 5 foram extraídos de uma lista de resultados publicada no Portal do Governo de Portugal. A partir dessas informações, pode-se perceber que o programa foi distribuído, a contento, nos estados escolhidos, atendendo às condicionantes de cada cidade, sem cota fixa de melhorias na edificação e nos equipamentos. Os estados com maior quantidade de cidades atendidas foram Portalegre e Viseu, com 15 cidades cada; já os estados com menor atividade do programa em suas cidades foram Faro, Leiria e Viana do Castelo, com cinco cidades cada.

Gráfico 5: Total de melhorias nas edificações e equipamentos, total de beneficiários idosos e cidades, realizadas pelo PCHI (2007/2013)



Fonte: Elaboração própria (2020).

O PCHI foi gestado com a colaboração e a parceria dos poderes federal, estadual e municipal. O Instituto de Segurança Social (ISS) era responsável pelos encargos relativos aos materiais, os insumos utilizados nas intervenções de melhoria, tanto ao nível do edifício, como ao nível do equipamento; porém, havia o teto máximo de €3.500,00⁵⁷ por habitação. Toda execução e acompanhamento das obras de recuperação ou melhoramentos ficavam sob a responsabilidade dos municípios. Estima-se que foram investidos cerca de €2.700.000,00⁵⁸ na fase piloto do programa.

A questão financeira é, sem dúvida, a maior condicionante para a falta de adequação e de conforto nas moradias, das pessoas idosas participantes do PCHI. Lopes (2012) adverte sobre essa dificuldade, ao estudar um grupo de pessoas idosas, quando declarado por eles a incapacidade financeira, e ausência de itens fundamentais para conforto na habitação, como o aquecedor, equipamento importante em se tratando das regiões frias do país (também tratou sobre o banheiro dentro da habitação e de uso exclusivo), conforme trecho a seguir:

⁵⁷ O valor equivalente em abril de 2021 convertendo para a moeda real, seria R\$ 22.705,46.

⁵⁸ O valor equivalente em abril de 2021 convertendo para a moeda real, R\$ 17.579.238,71.

[...] finalmente, um último conjunto de indicadores reflete problemas que contêm a noção implícita de que os agregados desejam evitar as situações descritas: “luz natural insuficiente na habitação” e “tetos com infiltrações, humidade nas paredes ou apodrecimento das janelas ou soalho”. Para estes indicadores, um agregado é considerado em situação de privação se declarar presença de qualquer das condições descritas (LOPES, 2012, p. 112).

Nesse sentido, infere-se que as condições observadas por Lopes (2012) fazem parte das condicionantes de habitabilidade, além de refletirem a qualidade de vida dessas pessoas idosas. Segundo Vilartha *et al.* (2010), a qualidade de vida pode ser vista por dois prismas distintos: objetividade das condições materiais: interessa a posição do indivíduo na vida e as relações estabelecidas nessa sociedade; subjetividade: interessa o conhecimento sobre as condições físicas, emocionais e sociais relacionadas aos aspectos temporais, culturais e sociais, como são percebidas pelo indivíduo. Logo, a vida cotidiana e a interação com a moradia conferem ou não qualidade de vida para a pessoa idosa.

Para Madeira (2009), a requalificação da habitação, assim como dos equipamentos inerentes a ela, é uma condição mais vantajosa que a construção de um novo edifício. “A Europa parece já ter assumido esta premissa como verdadeira, e por isso uma percentagem significativa da atividade do setor da construção da UE encontra-se na manutenção e reparação do edificado” (MADEIRA, 2009, p. 183). Dessa forma, a pessoa idosa consegue permanecer em sua moradia, sem sofrer as rupturas emocionais que sua saída pode causar, posto que a relação de pertencimento com a casa é desenvolvida ao longo da vida, valendo lembrar que, na velhice, esse pertencimento e afeto se exacerbam.

Nos anos de 2017 e 2018, o PCHI passou pela fase de avaliação, com potencial de se tornar um programa definitivo nos municípios, especialmente porque o seu público-alvo (pessoas idosas) tende a aumentar em números demográficos, havendo, ainda, a tendência desses sujeitos residirem sozinhos, em função das mudanças nos arranjos familiares contemporâneos. Por essa razão, a fase de avaliação é fundamental para que os ajustes no corpo do programa e nas suas aplicações sejam bem elaborados e efetivados.

É válido pontuar que algumas limitações foram detectadas no decorrer da utilização do programa, como, por exemplo, a complexa descentralização do poder central para o poder local. Essa transferência, muitas vezes, esbarra nos interesses políticos e na disponibilidade financeira, causando uma desigualdade entre os municípios (RIBEIRO, 2011).

Um limitador importante seria o próprio financiamento, pois, como o programa depende exclusivamente de recursos públicos, seja nacional ou municipal, as crises econômicas abalam e comprometem o seu financiamento (LOPES, 2013).

Por fim, outra limitação observada diz respeito a pessoa idosa que concorre ao auxílio, à forma de acessar o programa; ou seja, somente são aceitos proprietários e beneficiários de apoio domiciliar. Destarte, se for considerado que, em Portugal, há uma grande parte de idosos arrendatários de domicílios, principalmente nas zonas urbanas, onde as edificações são bem antigas e requerem manutenção e qualificação, isso limitaria sobremaneira o programa.

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento em Portugal aponta na mesma direção mundial, das demandas governamentais caracterizadas pelas políticas públicas e pelos muitos desafios sociais, desde a atenção básica de saúde e assistencial até a discussão e combate ao idadismo, tão presente no mundo contemporâneo.

O enfrentamento da pobreza e do risco social das pessoas idosas portuguesas fomenta a política social, no sentido de atender às necessidades ou mesmo mitigar os efeitos nocivos da exclusão causada pela pobreza vivida. Nesse sentido, o PCHI conseguiu abarcar ações que favoreceram o acesso e a qualidade de vida no âmbito da casa, requalificando o espaço construído, tornando-o mais seguro e com maior grau de habitabilidade.

Nesse contexto, não se pode omitir pontos sensíveis que merecem mais labor no próximo desenho da política, caso venha a ser implementada no futuro, o que é cogitado pelo Governo Português, como a desburocratização do acesso do usuário, assim como seu financiamento.

Uma limitação a ser considerada foi a dificuldade de encontrar publicações em periódicos acerca da avaliação do programa. Esse fato fragilizou, em alguma medida, a análise das intervenções realizadas nas habitações, tais como especificações de melhorias, assim como a percepção da pessoa idosa atendida pela política social, no que tange o ambiente modificado.

A política pública do PCHI conferiu à habitação da pessoa idosa portuguesa mais autonomia e independência, assim como possibilitou sua permanência na moradia. A mesma política poderia ser replicada, salvo maior juízo, em países em desenvolvimento, como o Brasil. Ao contemplar as adequações necessárias na moradia da pessoa idosa, essa habitação se torna mais segura e confortável, promovendo qualidade de vida a quem nela habita. Nesse sentido, torna-se lamentável a sua extinção, em 2013. Como contraponto, seria de suma relevância seu aprimoramento e expansão, para que mais lares fossem atendidos e mais pessoas idosas pudessem vivenciar uma velhice digna.

Em suma, o que se pode inferir, a partir da análise realizada, é que esse programa tem por base uma política social de requalificação da moradia, que visa proporcionar conforto à vida da pessoa idosa. Tal pressuposto permite atestar que o PCHI assume vocação na área da segurança social, tendo potencialidade para se tornar um programa social dentro das diretrizes governamentais, de forma a proporcionar à pessoa idosa uma moradia adequada ou um espaço favorável para se viver a velhice com conforto em Portugal.

REFERÊNCIAS

ABRANTES, N. P. F. **Requalificação arquitetônica na reabilitação de edifícios de habitação social: um caso de estudo: Vila de Este.** Dissertação Apresentada à Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto. Reabilitação do Património Edificado - Engenharia Civil. Porto.2009.

BESTETTI, M. L. T. Ambiência: espaço físico e comportamento. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, v. 17, n. 3, Rio de Janeiro, 2014. p. 601-610.

BRANDÃO, D.; SANTINHA, G.; MARTIN, I. (2011), “Estimação da Prevalência de Carência Habitacional Grave entre a População Idosa em Portugal: Revisão da Literatura”. In. **Ata da 1ª Conferência de Planeamento Regional e Urbano & 11º Workshop da APDR sobre o tema “Território, Mercado Imobiliário e a Habitação”**, Universidade de Aveiro, 333-338.

DIAS, I., LOPES, A. Envelhecimento e políticas sociais em Portugal: tendências e desafios. In: **Envelhecimento, Perspectivas, Projetos e Práticas Inovadoras.** Famalicão, Edições Húmus, 2016. p. 67-90.

ELVAS, S. P. C. B. **Gestão para a autonomia da pessoa idosa em residências assistidas.** Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias Instituto de Serviço Social. Lisboa, 2016. 119 p.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** Atlas: São Paulo, 2010.

GOLDANI, A. M. Ageism no Brasil: o que é? Quem faz isso? O que fazer com isso?. **Rev. Bras. Estud. Popul.**, São Paulo, v. 27, n. 2, 2010. p. 385-405.

GOMES, A. I. R. **Avaliar a Eficácia de Programas Municipais de Ação Social: o caso de Castelo de Paiva.** Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Economia Social. Universidade Católica Portuguesa/ Porto. Faculdade de Economia e Gestão. Porto, Set. 2013.

INE. Instituto Nacional de Estatística. **Estatísticas no feminino: Ser Mulher em Portugal, 2001-2011.** 2012. Disponível em: http://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui...att. Acesso em 12 de janeiro de 2021.

ISS. Instituto de Segurança Social. **Guia prático programa conforto habitacional para pessoas idosas.** Departamento de Comunicação e Gestão do Cliente. 28 de julho 2014.

LOPES, A. Idosos e riscos de exclusão social: as dimensões monetária e não monetária na discussão sobre instrumentos de política social. **Sociologia Online**, n. 5, novembro, 2012.

LOPES, A.; LEMOS, R. (Coord.), **Enquadramento teórico, institucional e estatístico dos cuidados sociais a idosos em Portugal**, Porto, FLUP e ISFLUP, 2013.

MADEIRA, C. A. C. L. **A reabilitação habitacional em Portugal**. Avaliação dos programas RECRIA, REHABITA, RECRIPH e SOLARH. PhD Thesis. Faculdade de Arquitectura de Lisboa, 2009.

MALHEIROS, J.; FONSECA, M. L. Acesso à habitação e problemas residenciais dos imigrantes em Portugal. **Observatório da Imigração**, ACIDI, IP, 2011.

MARTIN, I.; SANTINHA, G.; RITO, S.; ALMEIDA, R.. Habitação para pessoas idosas: problemas... Sociologia, **Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto Número temático: Envelhecimento demográfico**, 2012. p. 177-203.

MIGUEL, E. N.; MAFRA, S. C. T.; FONTES, M. B. **O morar contemporâneo do idoso: onde e como reside no estado de Minas Gerais**. Dissertação (Mestrado em Economia Doméstica). Universidade Federal de Viçosa, Viçosa (MG), 2016.

MOUTINHO, A. S. A. **Equipamentos para quartos séniores de residências de serviços acompanhados ou domiciliários**. Projeto de desenvolvimento com colaboração da empresa Munditenter S.A. Mestrado em Design de Equipamento. Especialização em Design Urbano e Interiores. Universidade de Lisboa. Portugal, 2015.

MTSS. Ministério do Trabalho e Solidariedade Social. Gabinete do Secretário de Estado da Segurança Social Despacho nº 3293/2008. Diário da República, 2 série. n. 29, 11 de Fevereiro de 2008.

SOUSA, A. C. S. N. de; LODOVICI, F. M. M.; SILVEIRA, M. D. R.; ARANTES, R. P. G. Alguns apontamentos sobre o idadismo: a posição de pessoas diante desse agravo à sua subjetividade. **Estud. interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, 2014. p. 853-877.

VELOSO, Esmeraldina Maria Costa; ROCHA, Maria Custódia Jorge. Políticas públicas, pessoas idosas, educação e envelhecimento: O caso de Portugal num contexto global. **Revista do Instituto de Políticas Públicas de Marília**, v. 2, n. 1, 2016. p. 3-37.

VILARTA, R. *et al.* **Qualidade de vida: evolução dos conceitos e práticas no século XXI**. Roberto Vilarta, Gustavo Luis Gutierrez, Maria Inês Monteiro (organizadores). Campinas: Ipes, 2010.

CAPÍTULO VI - À GUIA DE CONCLUSÕES

*Nascer é uma possibilidade, viver é um risco.
Envelhecer é um privilégio.*

Mario Quintana

Na travessia do tempo, nós, seres gregários, colecionamos afetos, dificuldades e habilidades no conviver e no viver. O mesmo tempo que nos lapida e nos aprimora, em algum momento, opta a percorrer o caminho contrário, gerando perdas físicas, emocionais e sociais; esse é o percurso da velhice, afinal, começamos a envelhecer assim que nascemos. Todavia, bem-aventurado aquele que alcança a velhice, a outra opção é, tão somente, a finitude.

No processo de envelhecimento natural, quando a pessoa vivencia a vetustez com declínios físicos e mentais lentos e graduais, conhecido como senescência, as relações pessoais, sociais e com seu hábitat tomam contorno próprio, em virtude das prioridades, dos desejos e das necessidades inerentes a cada etapa que o curso de vida impõe. Imbricada a essa condição, está a interface da qualidade de vida que promove e, quando alcançada, permite uma velhice saudável e digna. Muitos são os agentes que propiciam esse bem-estar, tais como saúde, lazer, segurança, educação, habitação, entre outros.

Para todo indivíduo, a casa é bem mais que paredes e telhado, extrapolando a única função de proteção. Desde os primórdios, quando o homem pré-histórico descobriu a caverna como ambiente de proteção, percebeu que ali poderia ser bem mais que isso. Aquele espaço rodeado de paredes e coberto por um teto era mais agradável e confortável que o ambiente a céu aberto. Nesse espaço, agora habitado, ações como estabelecer locais definidos para se dormir e cozinhar, introduzir adornos (como pendurar partes da caça, chifres, garras e pele, por exemplo, com alusão ao troféu contemporâneo), e a prática de marcar o tempo com as pinturas rupestres, conotam um sentimento incipiente de adequação ao gosto, pertencimento e afeto pelo ambiente físico, que passa a ser um habitat. Com o tempo, o homem adquiriu expertises e, a partir da caverna, foi desenvolvendo tendas, habitações, aldeias, vilas e cidades.

A partir dessa perspectiva, entende-se que o envelhecimento humano está intimamente associado à casa, no que se refere a ideia de pertencimento, ao conforto e à qualidade de vida. Elementos próprios da moradia repercutem, de maneira singular, na forma de viver e de experimentar a velhice. Sem dúvida, esse é o principal achado desta pesquisa, consistindo no cerne do trabalho realizado.

A população idosa brasileira apresenta um crescimento acelerado, pois, em pouco tempo, se projeta um país “grisalho” e com uma proporção feminina relevante nesse seguimento. Paralelas a todas as questões vinculadas às pessoas idosas, as políticas públicas intervêm diretamente nas questões econômicas e sociais do país, e entre as diversas demandas da população idosa está a moradia, no que se refere à provisão e à qualidade, por meio da adequação e da habitabilidade, que, por sua vez, são componentes proeminentes da qualidade de vida e do bem-estar. Assim, as políticas públicas, quando bem desenhadas e executadas, impactam diretamente na qualidade de vida e, conseqüentemente, no bem-estar da pessoa idosa, repercutindo também em todos os sujeitos ligados a ela - familiares, rede de apoio, e rede afetiva.

Ainda sobre os achados da pesquisa, evidencia-se que morar na velhice toma um contorno próprio em virtude das especificidades dessa etapa no curso de vida. Destacam-se algumas particularidades: diminuição da acuidade visual e auditiva; redução da mobilidade; afastamento social; aumento das demandas de saúde e de cuidados, o que muito interfere na configuração da casa; e fragilidade nos relacionamentos familiares e afetivos. A partir das singularidades apresentadas pela pessoa idosa, atesta-se que o envelhecimento é um evento individual preconizado pela história, cultura e costume de cada pessoa idosa. Destarte, morar na velhice é uma questão complexa, tornando, assim, difícil apresentar uma resposta universal/única para tal demanda. Ela perpassa subjetividades e especificidades de cada indivíduo que vive a vetustez.

Cabe, ainda, um adendo, relacionado à necessidade de moradia apropriada para se viver uma velhice confortável, segura, acessível, digna e agradável - uma boa habitação destinada à qualquer pessoa, em qualquer momento da etapa do curso de vida. Cumpre dizer que o idadismo promove a imagem negativa da velhice, ao desconsiderar as diferenças individuais apresentadas em todas as idades. Enfim, uma barra de segurança em um banheiro é tão útil para uma pessoa de 75 anos como para um adolescente de 15 anos, mediante a perspectiva de um evento não intencional, a exemplo, um escorregão dentro do box do banheiro.

Lamentavelmente, nesta pesquisa, identificou-se uma carência de políticas públicas no que tange à habitação da pessoa idosa brasileira. Ao traçar esse panorama, notou-se que o direito à dignidade, que inclui a moradia, estabelecido pela Declaração Universal de Direitos Humanos (1948) e chancelado pela nossa Constituição Federal (1988), muitas vezes não é atendido. As políticas sociais cumprem a função de proteção e o acesso à moradia digna e adequada, que é só mais um componente desse complexo painel.

A questão habitacional não é uma demanda exclusiva da população idosa. Torna-se necessário proporcionar casa servida de terra urbanizada, próxima a equipamentos urbanos e que favoreçam a vida digna. Contudo, na velhice, a habitação precisa atender a mais requisitos, em termos de conforto e de segurança. Dessa maneira, políticas voltadas às especificidades do envelhecimento humano atribuídas à moradia, como o acesso simplificado e abrangente, a partir da atuação positiva do Estado, favorecem a concretização desse direito social, promovendo a inclusão social, o bem-estar e a qualidade de vida da pessoa idosa.

Diante do contexto de insuficiente provisão de políticas públicas habitacionais destinadas às pessoas idosas, principalmente na esfera federal, surgem iniciativas em nível local, como o programa “Kit Banheiro Seguro”, proposto no município de Belo Horizonte (MG). No cerne do programa está a adequação do banheiro, o que confere a promoção de saúde, de segurança e de qualidade de vida ao morador idoso.

As quedas são comuns no supracitado ambiente doméstico, incapacitando, onerando e acarretando sofrimento a vida da pessoa idosa. Tais acidentes impactam, também, a família, que é a detentora majoritária do cuidado no Brasil. Além disso, aumentam os gastos da saúde pública, devido às internações prolongadas e dispendiosas, além de retirar um trabalhador de seu posto de trabalho para cuidar da pessoa idosa acamada.

Isso posto, a adequação mediante equipamentos de segurança (como maçaneta tipo alavanca, barras de segurança, piso antiderrapante, luz de segurança, banco de banho no box e vaso sanitário adequado) atribui habitabilidade e conforto, mesmo em se tratando a um cômodo somente da habitação, mas é um componente importante ao favorecimento da qualidade de vida desse sujeito social. Cabe afirmar que o referido programa não consegue abarcar todas as questões que contemplam uma casa digna, adequada e aprazível, por se tratar de intervenção limitada ao banheiro, como já mencionado. Fica, então, o anseio de tempos mais fortuitos, para que projetos dessa magnitude e vocação não sejam engavetados por escassez de recursos financeiros, e sejam efetivados para transformar substancialmente a vida dos que vivenciam o processo de envelhecimento no Brasil.

Ao examinar o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas (PCHI), percebeu-se uma distinção no processo de envelhecimento entre Brasil e Portugal, ao passo que a população portuguesa envelheceu de forma gradual, possibilitando maior preparação para lidar com os desafios inerentes a esse segmento populacional. O país desenvolveu e implementou políticas públicas em todas as áreas, incluindo, a moradia. Já no Brasil, a realidade demonstra um despreparo no que se refere ao planejamento e às políticas públicas preventivas e efetivas direcionadas à pessoa idosa. Esse quadro foi agravado pela situação

socioeconômica desfavorável que o país tem vivenciado, acrescido o acelerado processo de envelhecimento.

O PCHI português foi um programa piloto do Governo Federal, mas com gestão local, e as cidades operacionalizaram o programa conforme suas demandas e particularidades. A abrangência do programa concernia na área interna e externa da habitação, assim como dos equipamentos da casa, como o problemático sistema de aquecimento, que se coloca como “problemático” dentro das moradias acompanhadas pelo PCHI. Dessa maneira, a requalificação da moradia tinha um cunho mais completo, atingindo a categoria de adequação e conforto em toda habitação. Contudo, pontos sensíveis como a desburocratização do acesso do usuário, assim como seu financiamento, foram fatores limitantes da política. Ainda assim, o PCHI configurou uma política factível e completa, no que tange a moradia da pessoa idosa em Portugal. Na medida que se requalifica a habitação, adequando condições de insegurança, favorece-se a qualidade de vida no âmbito da casa, requalificando o espaço construído e tornando-o mais seguro, a partir do maior grau de habitabilidade. Infere-se, portanto, que este programa tem potencial na promoção de bem-estar e qualidade de vida na vida daquele que vivencia a velhice em Portugal.

Embora as experiências de Brasil e Portugal avaliadas neste estudo sejam distintas, a começar pelo alcance de cada uma e seus arrolamentos, as duas políticas demonstram impactos positivos no bem-estar da pessoa idosa e de suas famílias. Ambas ofereceram ambientes mais seguros e confortáveis, que favorecem autonomia e independência da pessoa idosa, componentes preponderantes para a promoção da qualidade de vida.

A moradia da pessoa idosa brasileira é uma demanda que está inacabada no rol das políticas públicas, tanto as habitacionais como as direcionadas a essa população, como apontado nesta pesquisa. É por meio dessas políticas que a pessoa idosa, principalmente a de menor renda, consegue acessar serviços e produtos que possam promover habitabilidade e conforto na habitação, a exemplo das orientações técnicas, dos programas como o kit banheiro seguro, do apoio domiciliar, etc. Essa adequação e requalificação da moradia, por meio desses dispositivos, conferem segurança, proteção, aconchego e bem-estar da pessoa idosa com o meio onde habita e, assim, promovem qualidade de vida ao ambiente doméstico.

Posto isso, no decorrer do trabalho, vivenciando o período pandêmico, emergiram questionamentos e reflexões acerca das políticas que impactam a forma de morar e a casa, propriamente dita, da pessoa idosa. Foi inevitável a articulação das temáticas da habitação, pessoa idosa, qualidade de vida e política pública, com o momento pandêmico e, do mesmo modo, do pós-pandêmico.

No contexto da pandemia da Covid-19 (2020 e 2021), tais repercussões são de grandeza alarmante, pois as desigualdades sociais do país se aprofundaram sobremaneira, principalmente para a pessoa idosa vulnerável e em risco social. Seguem algumas indagações que suscitaram e que se assentam como um fértil campo para investigações futuras: Como a pandemia repercute na vida das pessoas idosas com relação a moradia, especialmente as de menor renda? Como se encontra a população idosa dentro de suas casas nesse período, com o isolamento social? Convivendo muitas vezes com a coabitação, realidade de muitas pessoas idosas brasileiras, com seus membros familiares que passaram a trabalhar em casa e com netos sem escola? Quais estão vivenciando as múltiplas formas de violência? Quais seriam as perspectivas dos modos de morar das pessoas idosas no pós-pandemia? Haverá alguma mudança na maneira de morar, relativizando o período anterior à pandemia? Uma vez que cada grupo etário vivencia o isolamento social de um modo, como será para as pessoas idosas a habitabilidade da sua casa, nesse momento? Como será a vida dessas pessoas idosas depois da pandemia, no que diz respeito às relações sociais, relação familiar e relação com a sua moradia? As políticas públicas não conseguem abarcar as inúmeras demandas desse segmento populacional, como a moradia adequada e digna, cabendo, então, refletir: como isso vai repercutir no contexto pós pandemia? Enfim, muitas perguntas e reflexões que o fator tempo se coloca imprescindível para possíveis respostas.

A teoria do curso de vida, desenvolvida em 1980 por Baltes, Reese e Lipsitt, propõe o desenvolvimento como um processo multidirecional e multifuncional em todas as etapas de vida: infância, adolescência, fase adulta e velhice. Os aspectos temporais, contextuais e processuais são atribuídos como forma de compreensão das mudanças que ocorrem no desenvolvimento humano, sendo diretamente influenciados pelo contexto histórico do indivíduo. Já a teoria da subjetividade revela que o tempo e o local, assim como a relação do indivíduo com seu meio, repercutem em sua subjetividade e individualidade. Assim, a subjetividade do sentimento humano com relação ao seu lugar, nos diversos momentos da vida, desenvolve o sentimento de pertencimento, afeto e identificação da pessoa idosa com seu lugar no mundo, sua moradia, seu lar. Ambas as teorias se alinham para o entendimento da relação da pessoa idosa com sua habitação, e, também, no entendimento da interface estabelecida da moradia com a qualidade de vida desses indivíduos. Essas teorias podem subsidiar estudos que busquem desvendar as indagações supracitadas, a fim de esclarecer como ocorrerão essas novas configurações no morar e viver. E, caso haja novas configurações, frente ao evento devastador da pandemia da Covid-19, quais os impactos e as mudanças na vida da pessoa idosa brasileira. Reforça-se que o envelhecimento é um processo

inexorável, contínuo, subjetivo e heterogêneo, sendo preciso a reordenação das políticas públicas para que todas as demandas sejam atendidas, ofertando uma vida digna e confortável a pessoa idosa, bem como para toda a população.

Finalmente, mediante a carência de políticas voltadas à população idosa, de toda ordem, sobretudo de habitação, conclui-se que a interface da qualidade de vida está relacionada à moradia da pessoa idosa. A habitação extrapola as questões físicas, alcançando categorias de pertencimento e afeto, também, diretamente relacionadas ao bem-estar e à qualidade em todo o curso da vida, especialmente na velhice. Ao estudar políticas e programas habitacionais, como o “Kit Banheiro Seguro” e o PCHI, infere-se ser plausível promover ações para qualificar e conferir habitabilidade a moradias precárias. E que tal requalificação tem um impacto no bem-estar das famílias mediante ambiência agradável para o espaço doméstico. Por meio das políticas públicas, bem desenhadas e executadas, é possível oferecer ambientes requalificados que promovam autonomia e independência, componentes indispensáveis para a qualidade de vida da pessoa idosa.

É nessa perspectiva que este trabalho aponta para futuras pesquisas no âmbito da velhice, da habitação, da qualidade de vida e das políticas públicas que, certamente, não foram abarcadas em seu escopo. Recomendam-se estudos evidenciando a percepção dos beneficiários dos dois programas avaliados, acerca da qualidade de vida a partir do ponto de vista do usuário; a identificação de diretrizes na experiência portuguesa que poderiam ser utilizadas em ações no Brasil; delimitação de maneiras de aferição das categorias habitabilidade e adequação na moradia, desenvolvendo métodos mais afeitos a cada realidade da pessoa idosa; bem como meios de aprimorar e replicar o “Kit Banheiro Seguro” para outras cidades ou regiões do país; enfim, há uma gama de possibilidades de estudos que podem validar os achados desta pesquisa e, sem dúvida, contribuir com a ciência social, com as futuras gerações que passarão pelo processo de envelhecimento e, principalmente, com a população idosa brasileira.

A vida começa todos os dias.

Erico Veríssimo

APÊNDICES

APÊNDICE A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE VIÇOSA PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ECONOMIA DOMÉSTICA

PROGRAMA DO IDOSO PROJETO CASA ACESSÍVEL PARA IDOSOS KIT 1 – BANHEIRO

Entrevistada:

Data:

Local:

1. Qual sua formação profissional e em que área atua?
2. Qual cargo você ocupa na Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (MG)?
3. Há quanto tempo está lotada neste cargo?
4. Como surgiu o Programa “Casa Segura”?
5. Quais são os autores deste Programa? Quem participou de sua elaboração?
6. Qual sua participação na elaboração do Programa “Casa Segura”?
7. Quanto tempo levou a elaboração do Programa?
8. Qual objetivo do Programa?
9. Qual foi a motivação ou demanda para a proposição deste Programa?
10. Quais foram os condicionantes técnicos que nortearam o Programa “Casa Segura”?
11. O Programa “Casa Segura” atende quais quesitos da moradia?
12. Qual o público-alvo deste programa e por quê?

13. Por que não aconteceu a execução deste programa?
14. Por que o programa “Kit Banheiro Seguro” foi o programa executado?
15. Qual período de execução do “Kit Banheiro Seguro”?
16. Por que o “Kit Banheiro Seguro” foi descontinuado? Alguma previsão de retorno?
17. Qual sua avaliação do “Kit Banheiro Seguro”?

Deseja acrescentar algo mais?

Muito Obrigada!

Renata Martins Costa de Moura
Diretora de Políticas para Pessoa Idosa-DPEI

Subsecretaria de Direito e Cidadania – SUDC
Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania – SMASAC.

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
(Kit Banheiro Seguro/Belo Horizonte)

Prezado Sr (a): **RENATA MARTINS COSTA DE MOURA** você está sendo convidado (a) a participar da pesquisa intitulada: **“VELHICE, HABITAÇÃO E QUALIDADE DE VIDA. ANÁLISE DE POLÍTICAS E PROGRAMAS SOCIAIS NO BRASIL E PORTUGAL”** que está sendo desenvolvida pela estudante do Programa de Pós-Graduação em Economia Doméstica da Universidade Federal de Viçosa (UFV), Eleusy Natália Miguel. O objetivo geral deste estudo consiste em: Os objetivos aqui apresentados deram o norte e o percurso da pesquisa. Foi a partir deles que as discussões foram realizadas, com vistas a respondê-los. Especificamente, pretende-se: Traçar um panorama das políticas públicas habitacionais e das políticas direcionadas para as pessoas idosas no Brasil; Avaliar a Política Pública Municipal, Programa “Kit Banheiro Seguro”, da cidade de Belo Horizonte (MG), caracterizar da sua gênese a seu epílogo; Caracterizar o perfil dos idosos, e de suas moradias, atendidos pela política de habitação elencada, Programa “Kit Banheiro Seguro”, interligando os achados ao conceito de qualidade de vida; Examinar a política pública portuguesa, PCHI – Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas, da sua elaboração a seu alcance nas cidades portuguesas atendidas pelo programa.

A sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento você poderá recusar-se a responder qualquer pergunta ou desistir de participar retirando o seu consentimento. Sua recusa não lhe trará prejuízos em relação à pesquisadora ou à instituição. Sua participação se fará por meio de entrevista com questionário, com a sua permissão, arquivada com a pesquisadora e destruída após cinco anos do fim do estudo.

Sua participação não lhe trará nenhum custo ou benefícios financeiros. Como se trata de uma entrevista é sabido que este é um tipo de procedimento que pode ocasionar riscos ao participante ao falar de situações de sua vivência, bem como constrangimento para responder as perguntas. Nesse sentido, poderá se negar a dar qualquer tipo de informação que o constranja ou mesmo desistir da pesquisa à qualquer momento, sem a necessidade de explicar o motivo. Durante a pesquisa terá toda liberdade de fazer qualquer pergunta ou

questionamento. Os dados coletados serão utilizados com a finalidade de colaborar para o sucesso do trabalho, e para a elaboração da tese de doutorado e artigos para divulgação em publicações e encontros acadêmico-científicos. Os benefícios relacionados à pesquisa e sua participação poderão subsidiar o entendimento da moradia para a pessoa idosa, assim como a aplicabilidade das categorias de análise habitabilidade e adequação na casa do idoso, e a prática das políticas públicas habitacionais para a pessoa idosa.

Eu **RENATA MARTINS COSTA DE MOURA** declaro que entendi as informações contidas nesse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e que fui informado (a) que o uso das informações por mim oferecidas estão submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), de acordo com a Resolução CNS 466/2012. Declaro que recebi uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado por mim, pela orientadora e pela pesquisadora e responsável. Fui esclarecido (a) que para obter informações e no caso de irregularidades éticas durante a pesquisa poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Viçosa-MG- CEP/UFV, no seguinte endereço e contatos: Prédio Arthur Bernardes, piso inferior, telefone 3899-2492, correio eletrônico: cep@ufv.br.

Belo Horizonte (MG/Brasil), 22 de outubro de 2019

Assinatura da participante:

Renata Martins Costa de Moura

Diretora de Políticas para Pessoa Idosa-DPEI

Subsecretaria de Direito e Cidadania-SUDC

Secretaria Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania - SMASAC

Eleusy Natália Miguel

Simone Caldas Tavares Mafra

ANEXO

ANEXO A

QUESTIONÁRIO SOCIOECONÔMICO
AVALIAÇÃO PARA CONCESSÃO DE KIT BANHEIRO SEGURO – 201_

I- IDENTIFICAÇÃO

NOME DO (A) IDOSO (A): _____	
IDADE: _____	D/N: _____
PROFISSÃO: _____	
ESTADO _____	CIVIL: _____ RG: _____
CPF: _____	
ENDEREÇO: _____	Nº: _____
APTO: _____	
BLOCO: _____	BAIRRO: _____ CIDADE: _____ CEP: _____
TELEFONE (RES) _____ / (CEL) _____ (REC) _____ FALAR COM: _____	
ÁREA CRAS? () SIM () NÃO	
PREENCHER QUANDO O RESPONSÁVEL NÃO É O PRÓPRIO IDOSO	
NOME DO RESPONSÁVEL: _____	
IDADE: _____	PROFISSÃO: _____ ESTADO CIVIL: _____
RG: _____	CPF: _____
ENDEREÇO: _____	Nº: _____ APTO: _____
BLOCO: _____	BAIRRO/VILA: _____ CEP: _____ CIDADE: _____
Belo Horizonte	
TELEFONES: (RES) _____ / (CEL) _____ / (COM) _____	
(REC) _____ FALAR COM: _____	

II. COMPOSIÇÃO FAMILIAR/ESCOLARIDADE/OCUPAÇÃO/RENDA

NOME	IDADE	PARENTESCO	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO	RENDA

RENDA FAMILIAR (BRUTO) RECEITAS: R\$ _____ VALOR MÉDIO MENSAL DE DESPESAS: R\$ _____

RENDA PERCAPTA (RENDA FAMILIAR BRUTA DIVIDIDA PELO Nº DE PESSOAS QUE RESIDEM NA MESMA CASA): R\$ _____

PONTUAÇÃO: A) 1 SM = 5 PTS; B) MENOS DE 1 SM ATÉ 1/2 SM = 10 PTS; C) MENOS DE 1/2 SM A 1/4 SM = 15 PTS D) MENOS DE 1/4 SM = 20 PTS
 SM => Salário Mínimo

A FAMÍLIA RECEBE ALGUM BENEFÍCIO DO GOVERNO? () NÃO () SIM QUAL: _____

VALOR MÉDIO DE GASTOS COM MEDICAMENTOS OU TRATAMENTOS DE SAÚDE: R\$ _____

RESPONSÁVEL FINANCEIRO: _____ CONTATO: (31) _____

PARENTESCO COM A PESSOA IDOSA: _____

OBS.: _____

III. INFRAESTRUTURA E CONDIÇÕES GERAIS DA MORADIA DA PESSOA IDOSA

QUEM MORA COM A PESSOA IDOSA (nome e vínculo):

HÁ QUANTO TEMPO A FAMÍLIA RESIDE NO IMÓVEL: _____
SITUAÇÃO DA MORADIA: () CASA () APARTAMENTO () BARRACÃO
CONDIÇÃO DE USO:
ENERGIA ELÉTRICA: () OFICIAL () IRREGULAR
OBS: _____
ABASTECIMENTO DE ÁGUA: () OFICIAL () IRREGULAR
OBS: _____
COLETA DE LIXO: () OFICIAL () IRREGULAR
OBS: _____
QUANTIDADE DE CÔMODOS DA RESIDÊNCIA: _____
EQUIPAMENTOS, MÓVEIS E UTENSÍLIOS: () SATISFATÓRIO () INSUFICIENTE

IV. CONDIÇÕES DE SAÚDE DA PESSOA IDOSA

TEM ALGUM PROBLEMA DE SAÚDE? () NÃO () SIM -
QUAL: _____
QUAIS MEDICAMENTOS ESTÁ USANDO:

TEVE ALGUMA QUEDA NOS DOIS ÚLTIMOS ANOS? NÃO () SIM () - QUANTAS? _____
JÁ TEVE FRATURA? NÃO () SIM () - ONDE?

NÚMERO DE INTERNAÇÕES NO ÚLTIMO ANO: _____ TEM ALGUMA DEFICIÊNCIA? () NÃO () SIM - QUAL?

UTILIZA EQUIPAMENTO ACESSÓRIO DE MARCHA ? NÃO () SIM () QUAL? (bengala, andador, cadeira de rodas, outros):

REALIZA SOZINHO ATIVIDADES COTIDIANAS? S= Sim N= Não: LOCOMOÇÃO () BANHO () HIGIENE () ESCADA () ALIMENTAÇÃO ()
APRESENTA DOENÇA NEUROLÓGICA? NÃO () SIM () - QUAL? (parkinson, demência, sequela de AVC, outra) ?

APRESENTA DOENÇA ORTOPÉDICA OU REUMATOLÓGICA? () NÃO () SIM - QUAL:

É ACOMPANHADO POR ALGUM PROFISSIONAL DE SAÚDE? () NÃO () SIM -
QUAL: _____
FAZ USO DE QUAL ASSISTÊNCIA MÉDICA? () PÚBLICA () PRIVADA

OBSERVAÇÕES:

V. SITUAÇÕES NO NÚCLEO FAMILIAR

NA FAMÍLIA EXISTE CASOS DE: () ALCOOLISMO () DROGADIÇÃO () DOENÇA () DESEMPREGO () PRISÃO () VIOLÊNCIA

() ABANDONO DE ALGUM FAMILIAR () OUTROS: _____

A FAMÍLIA É ACOMPANHADA POR ALGUM SERVIÇO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL? () NÃO () SIM - QUAL: _____

VI. INFORMAÇÕES FINAIS (OBSERVAÇÕES)

DECLARO QUE AS INFORMAÇÕES PRESTADAS SÃO VERDADEIRAS E FUI INFORMADO(A) QUE A OMISSÃO OU FALTA DE COMPROVAÇÃO DESTAS IMPLICARÃO EM CANCELAMENTO DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO PARA CONCESSÃO DO KIT “BANHEIRO SEGURO”.

ESTOU CIENTE DE QUE A DECLARAÇÃO FALSA É CRIME PREVISTO NO ARTIGO 299 DO CÓDIGO PENAL BRASILEIRO, SUJEITANDO O DECLARANTE ÀS PENAS CABÍVEIS.

RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES (nome legível): _____ RG: _____

ASSINATURA: _____ VÍNCULO COM O (A) IDOSO (A): _____ DATA: ____/____/201__

ENTREVISTADOR (nome legível): _____ ASSINATURA: _____ DATA: ____/____/201__

ÓRGÃO: _____ CARGO/ FUNÇÃO: _____



KIT BANHEIRO SEGURO PARA IDOSOS – 2014

SELEÇÃO PARA FORNECIMENTO DO KIT “BANHEIRO SEGURO”

REGIONAL: _____ - CANDIDATO: _____ Idade: _____

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	Pontuação	Avaliação
Fator Etário	XXX	XXX
- idade 60 - 75 anos	3	
- Idade \geq 75 anos	5	
Fatores Sociais	XXX	XXX
- Morar só	5	
- Moradia com mais de um idoso	5	
- Moradia com mais de uma pessoa com fator de risco para queda	5	
- Renda <i>per capita</i> igual ou inferior a um salário mínimo [1SM=5; Menos de 1 SM até ½ SM=10; Menos de ½ SM até ¼ SM=15; Menos de ¼ SM =20]	5 a 20	
Fatores Clínico-funcionais	XXX	XXX
- História de quedas nos dois últimos anos	5	
- Pessoa idosa com doenças neurológicas (demências, seqüela de AVC, Parkinson)	5	
- Pessoa idosa de doença ortopédica (fraturas: fêmur, coluna, punho ou braço)	5	
- Pessoa idosa com doença reumatológica incapacitante (artrose, artrite)	5	
- Uso de 4 ou mais medicamentos	5	
- Instabilidade da marcha	5	
- Uso de acessório de marcha	5	
- Fraqueza muscular	5	
- Internações recorrentes	5	
- Confusão mental	5	
- Distúrbio de sono	4	
- Depressão	4	
- Alucinações	4	
- Imobilidade temporária	5	
- Deficiência sensorial adquirida (cegueira, surdez) com dependência	5	
- Deficiência física com dependência	5	
Somatória dos Fatores de Inclusão	115	
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO: () Moradia alugada () Pontuação mínima < 50 () Acamado () Não estar dentro de <u>nenhum</u> dos fatores sociais, clínicos e/ou etários () Renda familiar <i>per capita</i> superior a um salário mínimo () Estrutura do imóvel com exigência condicional de obras superiores às previstas no kit		
PARECER: () Favorável à Inclusão () Desfavorável à Inclusão		
FUNDAMENTAÇÃO:		

ASSINATURA	DOS	AVALIADORES:
<hr/>		
Belo Horizonte, ____ de _____ de 20__		