

**CENTRO RITA: convivência e
cuidado para idosos com
Alzheimer e outras demências**



Mariana Niza Ramalho Sobral

**CENTRO RITA: convivência e cuidado para idosos
com Alzheimer e outras demências**

Prof. Dra. Zilsa Maria Pinto Santiago
Fortaleza, 2026.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

S661c Sobral, Mariana Niza Ramalho.
CENTRO RITA : convivência e cuidado para idosos com Alzheimer e outras demências /
Mariana Niza Ramalho Sobral. – 2026.
56 f. : il. color.

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) – Universidade Federal do Ceará, Instituto
de Arquitetura e Urbanismo e Design, Curso de Arquitetura e Urbanismo, Fortaleza, 2026.
Orientação: Profa. Dra. Zilsa Maria Pinto Santiago.

1. Centro de Convivência. 2. Alzheimer. 3. Neuroarquitetura. I. Título.

CDD 720

CENTRO RITA: convivência e cuidado para idosos com Alzheimer e outras demências

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao Curso de Arquitetura e Urbanismo do Centro de Tecnologia da Universidade Federal do Ceará como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo.

Aprovado em: 28/02/2026

Banca examinadora:

Profa. Dra. Zilsa Maria Pinto Santiago

Prof. Dr. Renan Cid Varela Leite

Fabiano Santiago Mendes

Orientadora:
Profa. Dra. Zilsa Maria Pinto Santiago

Fortaleza, 2026

Resumo

O envelhecimento populacional constitui um dos principais desafios contemporâneos, especialmente nos países em desenvolvimento, como o Brasil. Entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, a Doença de Alzheimer e outras demências destacam-se pela prevalência e pelo impacto significativo na autonomia, na cognição e na qualidade de vida da população idosa. Nesse contexto, este trabalho tem como objetivo analisar as implicações dessas doenças na relação do idoso com o espaço construído e propor diretrizes arquitetônicas para o desenvolvimento de um equipamento de apoio voltado a esse público.

A pesquisa fundamenta-se em revisão bibliográfica e documental acerca da Doença de Alzheimer, suas fases, manifestações cognitivas, comportamentais e funcionais, bem como nas políticas públicas, legislações e equipamentos de assistência à pessoa idosa no Brasil. São discutidos conceitos como envelhecimento ativo, aging in place, Neuroarquitetura, Biofilia e Design Baseado em Evidências, enfatizando o papel do ambiente construído na promoção da segurança e do bem-estar de idosos com demência.

A partir da análise normativa e da realidade dos serviços ofertados no país, identifica-se a carência de equipamentos não asilares especializados, sobretudo na cidade de Fortaleza. Como resposta, propõe-se o desenvolvimento de um Centro de Convivência com programa de Centro-dia integrado, voltado ao atendimento de idosos com Doença de Alzheimer e outras demências, priorizando a permanência comunitária, a estimulação cognitiva e a assistência multidisciplinar.

O estudo resulta na sistematização de diretrizes projetuais que orientam a concepção de espaços acessíveis, humanizados e terapêuticos, considerando aspectos como orientação espacial, conforto ambiental, uso de áreas externas, iluminação natural e adaptação às diferentes fases da demência. Conclui-se que a arquitetura, quando fundamentada em evidências científicas e sensível às necessidades cognitivas e emocionais dos usuários, pode atuar como instrumento fundamental na melhoria da qualidade de vida da pessoa idosa com demência.

Abstract

Population aging constitutes one of the main contemporary challenges, especially in developing countries such as Brazil. Among non-communicable chronic diseases, Alzheimer's disease and other dementias stand out due to their prevalence and their significant impact on autonomy, cognition, and quality of life of the elderly population. In this context, this study aims to analyze the implications of these diseases on the relationship between older adults and the built environment, and to propose architectural guidelines for the development of a support facility dedicated to this population.

The research is based on bibliographic and documentary review concerning Alzheimer's disease, its stages, cognitive, behavioral, and functional manifestations, as well as public policies, legislation, and care facilities for older adults in Brazil. Concepts such as active aging, aging in place, neuroarchitecture, biophilia, and evidence-based design are discussed, emphasizing the role of the built environment in promoting safety and well-being for elderly individuals with dementia.

Based on normative analysis and the current reality of services provided in the country, a shortage of specialized non-institutional facilities is identified, particularly in the city of Fortaleza. In response, the study proposes the development of a Community Center with an integrated Day Care Center program, aimed at assisting elderly individuals with Alzheimer's disease and other dementias, prioritizing community permanence, cognitive stimulation, and multidisciplinary care.

The study results in the systematization of design guidelines that support the conception of accessible, humanized, and therapeutic spaces, considering aspects such as spatial orientation, environmental comfort, use of outdoor areas, natural lighting, and adaptation to the different stages of dementia. It is concluded that architecture, when grounded in scientific evidence and sensitive to the cognitive and emotional needs of users, can act as a fundamental instrument in improving the quality of life of elderly individuals with dementia.

Lista de abreviaturas e siglas

AVD - Atividades de Vida Diária
CAI - Centro de Atenção ao Idoso
DA - Doença de Alzheimer
DCNT - Doença Crônica Não Transmissível
EBD - *Design* baseado em evidências
HUWC - Hospital Universitário Walter Cantídio
IDH - Índice de Desenvolvimento Humano
ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos
LPUOS - Lei de Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo
MPCE - Ministério Público do Estado do Ceará
OMS - Organização Mundial da Saúde
PGV 1 - Polo Gerador de Viagens 1
PNI - Política Nacional do Idoso
SUS - Sistema Único de Saúde
ZOP 1 - Zona de Ocupação Preferencial 1

Sumário

1 - INTRODUÇÃO

- 1.1 - Justificativa
- 1.2 - Motivações do estudo
- 1.3 - Objetivo Geral
- 1.4 - Objetivos Específicos
- 1.5 - Metodologia

2 - A DOENÇA DE ALZHEIMER E DEMÊNCIA EM IDOSOS

- 2.1 - Ocorrência no Brasil e no mundo
- 2.2 - As fases da Doença de Alzheimer
- 2.3 - Implicações

3 - SUPORTE E EQUIPAMENTOS NO BRASIL PARA IDOSOS

- 3.1 - Legislação e políticas públicas
- 3.2 - Equipamentos

4 - O PAPEL DA ARQUITETURA

- 4.1 - Conceitos
- 4.2 - Orientação e wayfinding
- 4.3 - Conforto ambiental e uso de áreas externas
- 4.4 Demais estratégias

5 - REFERÊNCIAS PROJETUAIS

- 5.1 - Lar de idosos em Perafita, Grupo Iperforma
- 5.2 - Centro de tratamento para pessoas com Alzheimer, studioVRA
- 5.3 - Albergue da Boa Vontade, Affonso Reidy

6 - O LOCAL

- 6.1 - Critérios para escolha do terreno
- 6.2 - Análise do sítio
- 6.3 - O projeto: partido

7 - REFERÊNCIAS

8 - DESENHOS TÉCNICOS

9 - CONCLUSÃO

Introdução

1. Introdução

O fenômeno da inversão da pirâmide etária evidencia novos desafios para a sociedade que não se manifestam de modo homogêneo entre os países do globo. De acordo com uma pesquisa publicada no jornal *The Lancet Public Health*, os casos de morte por demência aumentaram 181% entre os anos 2000 e 2019 e os países subdesenvolvidos foram os mais impactados (Nichols et al, 2022). Desse modo, a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021) estima que, dentre os 57 milhões de pacientes com demências, 60% desses casos estão concentrados em países de renda baixa e média. Outrossim, a expectativa é que, em 30 anos, o Brasil quadruplique o número de indivíduos com demência e DA, chegando a 4 milhões de pacientes (Feter et al, 2021).

Portanto, países como o Brasil são afetados com um processo mais rápido de envelhecimento populacional que implica na falta de preparo para lidar com as demandas de saúde, planejamento e infraestrutura de uma população cada vez mais idosa. Uma das necessidades que surgem é a implementação de programas de assistência para pacientes com doenças neurodegenerativas que, com o avanço destas, vão perdendo a capacidade de realizar as Atividades de Vida Diária (AVD) como tomar banho, comer e se deslocar (Pascale, 2002).

Dentro desse panorama, a arquitetura tem papel essencial na concepção de espaços com potencial terapêutico. Uma vez que o ambiente construído facilita a interação do paciente com seu entorno por meio de fatores físicos e ambientais, a adoção de uma produção arquitetônica estratégica para esse público pode resguardar capacidades cognitivas remanescentes e compensar déficits ocasionados por essas doenças.

1.1 Justificativa

A pesquisa “Os desafios do Alzheimer no Brasil”, publicada pela revista *Veja Saúde*, revela dados importantes sobre a atuação de políticas públicas no país no tratamento e recuperação de idosos com a doença. Por meio de entrevistas com cuidadores de pacientes com Doença de Alzheimer (DA), majoritariamente familiares, concluiu-se que apenas 18% destes são acompanhados integralmente pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, 62% dos entrevistados realizam tratamento exclusivo por meio de convênio médico ou particular e 20% utilizam ambos os tipos de acompanhamento para o tipo de demência mais comum existente.

Já um estudo publicado em 2014 (Ferretti et al.) levantou que 60% dos cuidados eram gerenciados pelas famílias dos pacientes e que os custos médios mensais desse tipo de tratamento eram de U\$1.400,00. Na cotação do dólar no ano de 2025 de R\$5,49, esse valor representa R\$7.686,00 por mês em gastos com saúde para um paciente. Atualmente, esse número é cerca de 5 vezes maior que o salário mínimo mensal (R\$1.518,00).

Esse cenário demonstra a urgente necessidade de atribuir

programas específicos para a DA e outros tipos de demência na agenda da saúde universal e gratuita brasileira. Apesar de serem previstas diferentes modalidades de assistência para as questões que afetam a vida diária do idoso no Brasil, a escassez da sua aplicação e da existência de equipamentos físicos construídos com tal finalidade é percebida pelas populações mais vulneráveis.

Aproximando-se do sítio proposto pelo estudo, em Fortaleza, capital do Estado do Ceará, das 44 Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI's) existentes na cidade, apenas uma é de natureza pública, de acordo com dados do Ministério Público do Estado do Ceará (MPCE, 2024). Ademais, há apenas um Centro-Dia de Referência para Pessoas Idosas, inaugurado em 2018, que não está mais em funcionamento.

Essa ausência de espaços públicos de atenção ao idoso com doenças degenerativas fora do núcleo familiar pode, ainda, conduzir o paciente ao isolamento físico e mental (Araújo et al, 2010), afetando a sua recuperação cognitiva. Em vista da sensibilidade dessa população ao ambiente que a rodeia e de suas necessidades específicas, há muitas vantagens em se pensar um local com *design* focado no tratamento, recuperação, socialização e suporte para indivíduos com DA e outras demências.

1.2 Motivações do estudo

A escolha da exploração do tema por meio do presente estudo e proposta arquitetônica deu-se, particularmente, pela convivência da autora com uma paciente idosa com demência em seu núcleo familiar. A proximidade de observação de um caso particular possibilita a melhor compreensão da problemática geral e incita a busca pelas soluções mais adequadas, respaldadas nos princípios da Neuroarquitetura, do *Design* Baseado em Evidências (EBD), da biofilia, da humanização de espaços hospitalares e do desenho universal adaptados aos usuários com doenças degenerativas.

Os impactos positivos do aprofundamento de estudos para aplicações no campo arquitetônico para idosos com essas condições são, desse modo, especialmente sentidos, alimentando a urgência do aproveitamento desses resultados para as populações mais carentes de apoio familiar e poder socioeconômico. A qualidade projetual é, assim, motivada para contribuir acadêmica e cientificamente com a temática.

1.3 Objetivo Geral

O presente estudo culmina em apresentar um projeto arquitetônico de um “Centro-dia de Convivência” para idosos com Alzheimer e outras demências para atender a cidade de Fortaleza, no Ceará, por meio da iniciativa pública. A proposta tem por base criar um espaço efetivo no diagnóstico, tratamento e retardo multidisciplinar das condições neurodegenerativas, desenvolver um ambiente propício para estimulação sensorial positiva, ampliar possibilidades de socialização e criação de vínculos em comunidade e gerar um equipamento público, seguro e acessível.

1.4 Objetivos Específicos

- Investigar as possibilidades arquitetônicas como recursos terapêuticos não farmacológicos no tratamento de doenças neurodegenerativas;
- Elucidar a necessidade de criação de equipamentos gratuitos projetados com a finalidade de atender a pacientes com DA e outras demências;
- Projetar espaços em contato com a natureza, aproveitando sua influência no conforto e bem-estar dos usuários;
- Projetar um edifício conectado ao seu entorno com impacto urbano positivo;
- Projetar um equipamento não asilar para idosos que permita a assistência diária sem o afastamento familiar e social.

1.5 Metodologia

A fim de chegar aos objetivos traçados, o trabalho foi realizado por meio de um método, em um primeiro momento, de revisão bibliográfica a respeito das doenças neurodegenerativas como DA e outras demências, sua ocorrência na população idosa e as particularidades desses casos no Brasil. A partir dessa visão geral, a pesquisa focou em como a Neuroarquitetura e o EBD poderiam ser aplicados a fim de nortear as decisões projetuais e conceber espaços que trariam maior qualidade de vida e recuperação cognitiva aos indivíduos. A partir dos estudos, foram descobertos conceitos e práticas existentes com essa função, como o *aging in place*, ou “envelhecer em casa”, uma série de estratégias reunidas pela geriatra Lecovich (2014) para adaptar o ambiente de modo que o idoso continue habitando a própria residência com certo nível de independência e ainda esteja conectado à vida em comunidade.

Posteriormente, foi realizada uma análise na legislação brasileira quanto aos direitos dos cidadãos idosos e quais os programas de assistência previstos com a leitura do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741/2003), da Política Nacional do Idoso (Lei nº 8.842/1994), da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, aprovada pela Portaria 2.528/GM de 19 de outubro de 2006, e do Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer, instituído em 12 de abril de 2002 pela Portaria 703 do Ministério da Saúde. A partir desse ponto, foi realizada a escolha do tipo de equipamento a ser elaborado e quais condições mínimas ele deveria atender. Optou-se pela concepção de um Centro de Convivência integrado a um programa de Centro-dia para pessoas idosas com Alzheimer e outras demências.

A etapa seguinte constitui-se do estudo de referências projetuais construídas que auxiliaram na concepção do programa de necessidades e de soluções arquitetônicas adequadas para o tema proposto e alinhadas com o partido do projeto.

Em seguida, foi realizada a seleção do sítio onde o produto arquitetônico estaria localizado a partir das recomendações encontradas na pesquisa bibliográfica e de legislação para que, então, o terreno escolhido pudesse ser analisado a partir da Lei

de Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo de Fortaleza (Lei nº 2361/2017). Por fim, foi proposto um estudo preliminar para o "Centro-dia de Convivência", cujo resultado baseia-se no referencial teórico aplicado a um ambiente adaptado a seus usuários.



Figura 1: "Vó Rita" e "Vô Zeca" em seu aniversário de 30 anos de casamento.
Fonte: acervo próprio, 1991.

A doença de Alzheimer e demência em idosos

2. A doença de Alzheimer e demência em idosos

2.1 Ocorrência no Brasil e no mundo

Com o avanço da idade, desencadeiam-se vários tipos de patologias, como as doenças neurodegenerativas. Estas são as causas para as demências, caracterizadas pela destruição progressiva e irreversível de neurônios que acarreta na perda de funções motoras, fisiológicas e/ou capacidade cognitiva (Holanda; Ponte; Pinheiro, 2012). Isso implica que os sintomas tornam-se cada vez mais expressivos, com a perda de habilidades para realizar as AVD's, e que não há cura para essas condições. Já o Alzheimer é o tipo de demência mais comum, representando de 60 a 70% do total de casos mundialmente, de acordo com a OMS (2021). A DA causa a diminuição da massa cerebral e possui fortes repercussões na memória, na linguagem e no raciocínio.

A velhice está diretamente relacionada ao tema uma vez que, após os 65 anos, as chances de um indivíduo desenvolver DA duplicam a cada 5 anos (Faculdade de Medicina da USP, 2021). Desse modo, a DA é dividida entre a senil, quando ocorre em idosos a partir de 65 anos de idade, e a precoce. Pode-se, assim, afirmar que essa é uma parcela populacional sensível à doença, ainda que sua causa seja desconhecida. Como exposto, os países em desenvolvimento são os que mais sofrem as consequências do envelhecimento populacional, já que não há preparo de políticas públicas para lidar com o fenômeno, e o Brasil não foge à regra (OMS, 2021).

Isso torna-se preocupante com a estimativa de que, entre as Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT's) que mais matam no mundo, o Alzheimer e outras demências estão em 7º lugar, ainda conforme a OMS. Apesar de não haver forma de prevenção conhecida, o tratamento por meio de medicamentos e estímulos físicos, intelectuais e sociais é indispensável para retardar os sintomas e melhorar as condições de vida do indivíduo. A respeito da DA, Almeida e Mattos (2023, p. 5) afirmam:

Quanto mais cedo é iniciado o tratamento, menor a velocidade de evolução da doença. O problema então é de diagnóstico precoce. A complexidade do diagnóstico faz tanto os doentes e seus familiares quanto os próprios profissionais de saúde retardarem o início dos cuidados. Muitos estudos comprovam que idosos que mantêm atividades intelectuais frequentes, como jogar dama ou xadrez, apresentam menor incidência de Alzheimer do que aqueles que não fazem exercícios mentais.

2.2. As fases da Doença de Alzheimer

No caso da DA, ela está comumente associada à divisão entre estágios da doença. Por sua vez, a fatalidade da doença possui relação com a faixa etária e a esses estágios, dividindo-se entre leve (fase inicial), moderada (fase intermediária), avançada (fase grave) e terminal, cuja ocorrência tem aumentado no Brasil (Sandoval et al., 2019). O avanço da doença é considerado lento e a sobrevivência, a partir do diagnóstico, varia entre 8 a 10 anos, de acordo com o Ministério da Saúde (s. d.).

Na fase inicial, as implicações são frequentemente confundidas com outros sintomas típicos da velhice e, com isso, o diagnóstico é dificultado. Pode ser notada a perda de memória recente e alterações na personalidade e nas habilidades visuais e espaciais. No segundo estágio, a fase intermediária é marcada pela dificuldade na fala, insônia, agitação e dificuldade de realizar tarefas básicas. Já a forma grave da doença é acompanhada de incontinência urinária e fecal, dificuldade para comer e deficiência motora. Por fim, o estágio terminal caracteriza-se pela restrição ao leito, ocorrência de infecções, inabilidade de falar e dor ao deglutir (Ministério da Saúde, s. d.).

2.3. Implicações

Ao discutir-se Alzheimer e outras demências, é importante estabelecer como os indivíduos afetados por essas condições relacionam-se com o espaço vivido. Os variados comportamentos relacionados à DA são agrupados por John Zeisel (2009) pelos "Quatro A's", sendo estes Ansiedade, Agitação, Agressividade e Apatia. Assim, além dos sintomas associados às funções cognitivas, comunicação, coordenação, deglutição e orientação, as demências também provocam alterações comportamentais e psicológicas, sendo a abulia e a depressão condições frequentemente apresentadas nesses casos.

A agitação e a inquietude resultam, frequentemente, em ações como andar sem rumo ou propósito estabelecido, ato identificado em pessoas da terceira idade como *wandering*.

O comportamento de perambulação pode representar riscos à segurança do indivíduo errante e é motivo de grande preocupação entre os familiares. Existem aproximadamente três tipos de perambulação: (i) como consequência de desorientação; (ii) atividade habitual decorrente de experiência anterior; e (iii) busca incansável por atividade em caso de sub estimulação. Há uma série de intervenções ambientais disponíveis para limitar os riscos associados à perambulação ou para atenuar o comportamento (Van Hoof, 2010, p. 52, tradução livre).

A partir dessas condutas características de idosos com demência, cria-se a demanda de pensar ambientes que facilitem e estimulem a autonomia e a tomada de decisões para

as atividades diárias de uma forma segura, aliviando o agravamento dessas condições.

Ademais, Brawley (1997) e diversos pesquisadores da área afirmam que as doenças neurodegenerativas estão correlacionadas a alterações no ritmo circadiano, responsável biológico pela regulação dos ciclos de sono. Isso causa o efeito conhecido como sundowning, quando os pacientes com demência sentem um momento de confusão e desorientação na hora do pôr do sol. A exposição à luz solar de forma efetiva é a maior aliada na amenização desses sintomas e os locais no qual o idoso está inserido no cotidiano devem prover essa circunstância.

Ainda segundo Brawley (1997), as necessidades de suporte do ambiente aos afligidos com essas doenças varia de acordo com o estágio da demência. Normalmente, enquanto as pessoas na fase inicial tem preferência a locais que provoquem maior estimulação física e cognitiva, pacientes em fases intermediárias e finais buscam ambientes menos agitados e mais silenciosos.

A partir desses dados e da posterior revisão bibliográfica de conceitos como o EBD, é possível reunir uma série de diretrizes para projetar espaços proveitosos a idosos com DA e outros tipos de demência, que incentivem a socialização, o usufruto de espaços ao ar livre, a independência na realização de tarefas e o tratamento de déficits cognitivos.

Suporte e equipamentos no Brasil para idosos

3. Suporte e equipamentos no Brasil para idosos

3.1. Legislação e políticas públicas

O advento, nas últimas décadas, do envelhecimento populacional no Brasil culminou na promoção de uma oferta maior de legislações assegurando os direitos da terceira idade. A Política Nacional do Idoso (PNI), Lei nº 8.842 de 4 de janeiro de 1994, é um marco importante quanto à afirmação das diretrizes e ações para a autonomia, integração e participação efetiva na sociedade pelo idoso, além de definir sua idade legal como a partir dos 60 anos.

Além da PNI, outra legislação fundamental voltada para essa população é o Estatuto do Idoso, aprovado pela Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003. Esse atua como regulador dos direitos fundamentais dos idosos, incluindo áreas como saúde, assistência social, habitação, educação, lazer, cultura e combate à violência. Especificamente para atender ao primeiro desses tópicos, também há a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, regulada pela Portaria 2.528/GM de 19 de outubro de 2006. Ela é responsável por indicar a atuação do SUS na promoção de estruturas e serviços para promoção, recuperação e tratamento da saúde da população idosa.

Quanto à Doença de Alzheimer, o Ministério da Saúde instituiu, em 12 de abril de 2002, o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer por meio da Portaria 703. Esse programa identifica os atores responsáveis por sua execução como o próprio Ministério da Saúde em articulação com as Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios em cooperação com as respectivas Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e seus Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso (Brasil, 2002). Além disso, demanda o estabelecimento do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o tratamento da demência por DA via medicamentos e demais medidas necessárias.

3.2. Equipamentos

Os Centros de Referência em Assistência à Saúde do Idoso são, portanto, responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes com DA. como esclarece a Portaria 703:

Os Centros de Referência integrantes da Rede mencionada no caput deste Artigo são os responsáveis pelo diagnóstico, tratamento e acompanhamento dos pacientes, orientação a familiares e cuidadores e o que mais for necessário à adequada atenção aos pacientes portadores da Doença de Alzheimer (Brasil, 2002, n. p.).

Ademais, o Decreto nº 1.948 de 3 de julho de 1996, modificado pelo Decreto nº 9.921 de 18 de julho de 2019, estabelece quais as modalidades de equipamentos especializados na população idosa geral e as divide em dois grupos: asilares e não asilares. Os equipamentos asilares são locais pensados para atender o idoso em modelo de internamento, enquanto os não asilares voltam sua assistência para apenas um período do dia ou de forma ocasional.

Art. 17. Para fins do disposto neste Capítulo, entende-se por modalidade não asilar de atendimento:

I - centro de convivência - local destinado à permanência diurna da pessoa idosa, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

II - centro de cuidados diurno: hospital-dia e centro-dia - local destinado à permanência diurna da pessoa idosa dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;

III - casa-lar - residência, em sistema participativo, cedida por órgãos ou entidades da administração pública, ou por entidades privadas, destinada às pessoas idosas detentoras de renda insuficiente para a sua manutenção e sem família;

IV - oficina abrigada de trabalho - local destinado ao desenvolvimento, pela pessoa idosa, de atividades produtivas, que lhe proporcione a oportunidade de elevar sua renda, regido por normas específicas;

V - atendimento domiciliar - serviço prestado no lar da pessoa idosa dependente e que vive sozinha, por profissionais da área da saúde ou pessoas da própria comunidade, com a finalidade de suprir as suas necessidades da vida diária; e

VI - outras formas de atendimento - iniciativas desenvolvidas na própria comunidade, com vistas à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade (Brasil, 2019, n. p.).

Desse modo, considerando os princípios e benefícios do aging in place expostos por Lecovich (2014), como conservar a vida comunitária e garantir a tomada de decisão e a independência dos idosos ao continuar ocupando suas casas ao envelhecer, a proposta de equipamento aqui elaborada afasta-se do tipo asilar. Além disso, Araújo et al. (2010) reforça que, no Brasil, essas instituições em geral são locais com espaço e área física semelhantes a grandes alojamentos, o que pode conduzir o idoso ao isolamento e à inatividade física e mental.

O projeto arquitetônico proposto é, assim, de um Centro de Convivência com programa de Centro-dia atrelado a este, garantindo um espaço multidisciplinar. Além de fornecer o tratamento médico esperado de um Centro de Referência, o espaço deve prover a estrutura para atender necessidades básicas diárias, atividades de interação e oficinas para treino de habilidades cognitivas e manuais de pacientes com DA e outras demências. Esse direcionamento do público a ser atendido também tem por justificativa desafogar outros

equipamentos contemplados pelo SUS que cuidam da saúde geral do idoso, como o caso do Centro de Atenção ao Idoso (CAI) do Hospital Universitário Walter Cantídio (HÚWC), sendo o único centro de referência do Ceará. Quanto aos centros-dia e centros de convivência, o único de caráter governamental localizado na cidade de Fortaleza foi inaugurado em 2018, de acordo com o MPCE (2019), mas o espaço não está mais em funcionamento no período atual.

A Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001 do Ministério de Desenvolvimento e Assistência Social, apesar de ter sido revogada pela Portaria nº 754 de 31 de março de 2022 pelo Ministério de Estado da Cidadania, é uma fonte importante pois estabelece as normas de atendimento de serviços de atenção ao idoso no Brasil e é a última referência oficial a nível de exigências em projetos arquitetônicos para esses espaços.

A primeira portaria define o Centro de Convivência como modalidade de atendimento que consiste no fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais, contribuindo para autonomia, envelhecimento ativo e saudável, prevenção do isolamento social, socialização e aumento da renda própria. Seria o espaço destinado à frequência dos idosos e de seus familiares, onde seriam desenvolvidas, planejadas e sistematizadas ações de atenção ao idoso, de forma a elevar a qualidade de vida, promover a participação, a convivência social, a cidadania e a integração intergeracional (Brasil, 2001).

Centro de Convivência é uma instituição de atendimento a idosos, com serviços que podem ser implantados e desenvolvidos tanto em edificações novas quanto em adaptações de edificações já existentes. Nos dois casos, as edificações devem atender as necessidades físico-espaciais mínimas indicadas nesta Norma, em conformidade com o programa necessário para o desenvolvimento das atividades próprias a cada instituição e de acordo com as disposições da NRB9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas e da Portaria 810 do Ministério da Saúde.

Além disto, o projeto dessas edificações deve atender à legislação municipal vigente (Plano Diretor, Código de Edificações, Normas de Prevenção de Incêndio e outras) e ser elaborado por arquiteto ou engenheiro civil regularmente registrado no CREA da região. Destaca-se a necessidade de um cuidado rigoroso no detalhamento dos projetos e na especificação dos materiais de acabamento e de um controle rígido na execução das obras. Convém salientar que as exigências de conforto e de acessibilidade não podem ser consideradas um requinte construtivo mas sim devem ser entendidas como elementos de qualidade de vida e condição de autonomia para os idosos - mais vulneráveis e com limitações de mobilidade advindas do processo de envelhecimento - bem como elementos de prevenção de quedas e outros acidentes domésticos. As propostas espaciais devem orientar-se no sentido de estimular as aptidões e capacidades próprias dos idosos, melhorando as comunicações e a manipulação de objetos do cotidiano (Brasil, 2001, n. p.).

Quanto às características e parâmetros estabelecidos para os Centro-dia, há a possibilidade de seu funcionamento ser realizado em um Centro de Convivência, como é o caso do equipamento idealizado, e caracteriza-se por ser programa de atenção integral às pessoas idosas que por suas carências familiares e funcionais não podem ser atendidas em seus próprios domicílios ou por serviços comunitários. Destina-se a atender idosos que possuam limitações para a realização das AVD's e que, apesar de conviver com suas famílias, não tenham acesso a atendimento de tempo integral, no domicílio (Brasil, 2002).

Projetualmente, as normas também definem requisitos para os ambientes ofertados e suas respectivas áreas necessárias para o funcionamento desses equipamentos, apresentando programas de necessidades básicos nas Tabelas 1 e 2 para Centro de Convivência e Centro-dia, respectivamente.

Desse modo, para o edifício projetado, o programa de necessidades definido buscou unir as demandas dos dois tipos de equipamento, além de contemplar as necessidades específicas para o público idoso com doenças neurodegenerativas. Em vista disso e do porte do terreno escolhido, determinou-se a capacidade de atendimento de aproximadamente 50 idosos por dia para o equipamento.

Tabela 1 – Programa de Necessidades, Dimensionamento Mínimo dos Espaços e Custo do Centro de Convivência

Programa de Necessidades	Dimensão Mínima (m ²)
01. Sala para Direção/Técnicos e Reuniões	12
02. 2 Salas para Atividades Coletivas (p/ 15 pessoas)	2 x 25,00 = 50,00
03. Sala para Atividade Individuais	8
04. Sala de Convivência	30
05. Almojarifado	10
06. Copa/cozinha	16
07. Área de serviço/lavanderia (c/ tanque)	4
08. Depósito Geral	4
09. 2 Banheiros para Funcionários (com armários)	2 x 3,00 = 6,00
10. 2 Conjuntos de Sanitários (com um chuveiro em cada)	2 x 15 = 30,00
11. Salão de Festas para 150 pessoas (0,60 m ² p/pessoa)	90
Subtotal	260
Circulação interna e divisórias (25% do total)	67
TOTAL	327

Fonte: Brasil, 2002.

Tabela 2 – Programa de Necessidades e Dimensionamento Mínimo dos Espaços para atendimento de 20 idosos/dia (Centro-dia)

Programa de Necessidades	Dimensão Mínima (m ²)
01. Sala para Direção/Técnicos e Reuniões	12
02. Sala para Atividades Coletivas (p/ 15 pessoas)	25
03. Sala para Atividade Individuais	8
04. Sala de Convivência	30
05. Ambulatório	8
06. Almojarifado	10
07. Copa/cozinha	16
08. Refeitório para 10 pessoas	20
09. Área de serviço/lavanderia (c/ tanque)	4
10. Depósito Geral	4
11. 2 Banheiros para Funcionários (com armários)	2 x 3,00 = 6,00
12. 2 Salas para Repouso para 10 pessoas	2 x 40,00 = 80,00
13. 2 Conjuntos de Banheiros (com 01 chuveiro em cada)	2 x 15 = 30,00
Subtotal	253
Circulação interna e divisórias (20% do total)	63
TOTAL	316

Fonte: Brasil, 2002.

O papel da arquitetura

4. O papel da arquitetura

4.1. Conceitos

A fim de basear as soluções projetuais adequadas para a criação de espaços pensados para idosos com DA e outras demências, como o caso do Centro-dia de Convivência projetado, serão explorados alguns dos referenciais teóricos que enxergam a arquitetura pelo seu potencial na influência do bem-estar físico e mental de seus usuários.

Assim, a Neuroarquitetura, de acordo com Andréa de Paiva (2018), seria o ponto de encontro das áreas da Neurociência, Psicologia e Arquitetura e Urbanismo, responsável pelo estudo de como projetar considerando fatores como a singularidade, as emoções e a percepção física das pessoas em relação ao espaço. Uma de suas ramificações se dá na Biofilia, a qual investiga os efeitos e benefícios do contato com a natureza e a inserção de elementos naturais no ambiente construído nos indivíduos como água, vegetação, luz natural, madeira e pedra.

Já o Design Baseado em Evidências é um método bastante utilizado em ambientes de saúde e que busca objetivos específicos de projeto ao estabelecer práticas e tomadas de decisões fundamentando-se nas descobertas científicas mais recentes. Alguns dos principais pontos a serem considerados para pacientes idosos com demências são, desse modo, os sistemas de orientação e direcionamento, o acesso à iluminação e ventilação naturais, redução de ruídos e utilização da arte para criar uma atmosfera estimulante. Um estudo realizado em 2014 revelou que quartos hospitalares com desenhos específicos poderiam auxiliar, por meio da construção de uma ambiência confortável e familiar, na redução da ansiedade e dor dos pacientes (Laursen et al., 2014). Essa ambiência almejada possui um caráter mais humanizado e mais distante de modelos institucionalizados.

4.2. Orientação e wayfinding

À luz dos princípios elucidados, uma das preocupações constantes em projetar edifícios para pacientes com demência é o *wayfing*, ou "encontrar o caminho". Na visão de Marquardt (2011), isso refere-se à capacidade de um indivíduo de se localizar e se orientar dentro de um espaço, sendo um pré-requisito para a autonomia e garantindo a sua auto-estima.

Um bom ambiente pode, quase por si só, reduzir a confusão e a agitação, melhorar a orientação e incentivar a interação social (Bridging Research and Design, 2010, n. p., tradução livre).

Entretanto, essa habilidade é especialmente um desafio para idosos com DA e outras demências por conta das limitações físicas que acompanham a terceira idade e de alguns dos sintomas mais comuns da doença: a desorientação espacial e o

comportamento de perambulação. Segundo Marquardt, o principal motivo pelo qual pessoas idosas são institucionalizadas são os problemas relacionados ao déficit de orientação.

Assim, as medidas adotadas especialmente para melhorar a capacidade de orientação de pessoas com demência podem ser resumidas em quatro práticas: trabalhar a simplicidade em planta e em sinalização; permitir a visão geral do ambiente; reduzir a necessidade de tomada de decisões; aumentar a legibilidade arquitetônica (Marquardt, 2011). Em contrapartida, corredores monótonos e sem variação entre elementos ou vistas para o exterior promovem a desorientação e não tornam o espaço atrativo.

Existe uma variação de resultados nos estudos que avaliam se plantas projetadas com corredores retos (sem mudanças de direção) interferem na orientação dos usuários (Elmstahl et al., 1997; Netten, 1989) ou não (Marquardt & Schmiege, 2009). Essa controvérsia pode estar relacionada ao fato de que fatores como o comprimento dos corredores, a intensidade da luz, as características arquitetônicas, a presença de luz natural, as vistas externas e outros estímulos sensoriais não foram considerados nas medições.

Certamente, a maior barreira para o wayfinding observada foi no estudo de um asilo cuja sala de refeições era situada no pavimento superior (Passini et al., 2000). Foi concluído que a necessidade de uso de elevadores para deslocar-se até um ambiente desfavorece a autonomia e que todos os espaços destinados aos residentes devem estar localizados no mesmo nível.

4.3. Conforto ambiental e uso de áreas externas

É certo que projetar visando obter melhores condições de conforto ambiental acarreta no enriquecimento de um projeto arquitetônico. Entretanto, projetar para pessoas idosas e com sensibilidades particulares aos estímulos do ambiente, devido aos sintomas de demência, torna-se fundamental para o bom aproveitamento das funções do espaço.

Assim, a questão da iluminação é protagonista nas preocupações projetuais para esses indivíduos. De acordo com Pascale (2002), os níveis de luminância devem ser aumentados para a compensação dos déficits visuais que naturalmente atingem pessoas de idade mais avançada. A iluminação natural deve ser valorizada e utilizada junto à iluminação artificial para que todas as superfícies sejam iluminadas e evite-se a desorientação temporal causada pelo *sundowning*.

Também deve haver cuidado para que a iluminação não seja irregular, de forma a produzir reflexos de sombra, e para que haja uma transição entre a luz interior e a exterior, por meio do uso elementos como brises e varandas. Esse aspecto é relevante pois ambientes mal iluminados são atribuídos a maiores níveis de agitação (Pascale, 2002).

Uma vez que idosos, em sua maioria, também apresentam redução da capacidade auditiva, o conforto acústico deve ser considerado a fim de que ruídos sejam controlados e que não haja excesso de estímulos sonoros, causando confusão. Pascale (2002) reforça a vantagem do uso de materiais acústicos em forros e pisos ao projetar ergonomicamente para essa população.

Quanto ao ambiente natural e áreas externas, a conexão com esses espaços está associada à redução da agitação e do estresse em pessoas com demência. Assim, a promoção de pátios e jardins torna o ambiente mais familiar, incentiva atividades como a jardinagem, torna o paciente mais sintonizado com a hora do dia e as estações do ano e incentiva a apropriação do espaço. O acesso a essas áreas, ainda, pode ajudar a reduzir sintomas como o *wandering* e a agitação dentro de um perímetro seguro e controlado (Day et al., 2000).

Em resumo, os principais objetivos em garantir espaços exteriores para idosos com Alzheimer e outras demências são: garantir que entradas e saídas sejam facilmente identificáveis; promover a autonomia facilitando a locomoção; criar elementos visuais de conexão e pontos de referência que orientem o percurso; trazer o exterior para o interior e vice-versa (Bridging Research and Design, 2010).

4.4. Demais estratégias

Considerando o exposto, verifica-se que projetar espaços para pessoas idosas com DA e outras demências exige adaptações e a adoção de uma série de critérios para elencar as necessidades desse público. Um dos aspectos mais relevantes é garantir o wayfinding e, para isso, Marquardt (2011) separou as estratégias projetuais a nível de estrutura predial e ambiência, como na Tabela 3.

Tabela 3 – Características arquitetônicas que auxiliam e interferem com a orientação espacial dos residentes

Tipo de intervenção	Auxílio na orientação espacial	Interferência com a orientação espacial
Estrutura predial	<ul style="list-style-type: none">• Pequena escala;• Acesso direto aos espaços relevantes;• Fácil decisão/ espaços de referência;• Espaços com diferentes funções e significados;• Proximidade espacial à cozinha, sala de jantar e espaços de atividades	<ul style="list-style-type: none">• Corredores longos;• Mudanças de direção no sistema de circulação;• Elementos repetitivos
Ambiência	<ul style="list-style-type: none">• Sinalização (pictogramas, nome do residente, fotografia);• Itens pessoais nas portas	<ul style="list-style-type: none">• Desorganização da informação

Fonte: Marquardt (2011), tradução livre.

Torna-se evidente, então, a necessidade de criação de espaços de referência. Estes podem ter funções variadas ou apresentar elementos decorativos distintos e contribuem para a orientação espacial dos usuários, ajudando-os a reconhecer onde estão e a escolher o melhor caminho até seu destino (Marquardt 2011). Essas pistas ambientais podem vir na forma de janelas para o exterior, por exemplo. Nesse sentido, a sinalização deve ser uma aliada, localizada em locais estratégicos de decisão como banheiros e saídas.

Ainda, o projeto desses espaços, no caminho para a humanização, deve quebrar o aspecto institucional e contribuir para a familiarização. Amenizar as alturas desses edifícios podem torná-los menos assustadores e mais amigáveis, convidativos e estimulantes, tendo uma resposta positiva nos pacientes (Regnier, 2002). Por isso, o equipamento projetado priorizou a implantação térrea para os espaços compartilhados, além de facilitar a orientação.

A fim de promover a estimulação cognitiva, Brawley (1997) defende a utilização de programas terapêuticos apropriados, ajudando a suportar as capacidades que ainda não se perderam e a prevenir outras dificuldades que podem ocorrer durante a doença. Assim, é importante promover espaços para realização de atividades familiares, como a preparação de alimentos, que relembram uma vida ativa, útil e com sentido.

Outros recursos, tais como a dança, a arte, a musicoterapia e a terapia ocupacional são relevantes ao engajar doentes com demência e Alzheimer e impulsionar capacidades sensoriais, cognitivas e a atividade física. Brawley (1997) afirma que os espaços com destinação a essas atividades devem ser menores, pois ambientes muito grandes podem ser intimidadores e não encorajam a socialização.

Ainda quanto ao suporte a aspectos sociais, o espaço deve oferecer tanto possibilidades de interação ativa quanto passiva. Assentos, por exemplo, podem ser projetados de forma a proporcionar vistas externas, permitir a observação do que acontece no entorno ou estimular o convívio social por meio da conversa.

Quanto às cores, Pascale (2002) defende que há um impacto especial em sua utilização no projeto arquitetônico para a população idosa devido às alterações visuais ocasionadas pela idade. Segundo a autora, cores frias como violeta e azul passam a ser menos distinguíveis entre si e sua leitura é prejudicada, assemelhando-se ao cinza e dificultando a percepção de espaço e profundidade. Já cores mais quentes e estimulantes, como amarelo e vermelho, auxiliam os usuários a terem uma melhor noção do ambiente no qual estão inseridos e são uma ferramenta valiosa na concepção projetual.

As cores podem, assim, operar como instrumento para dar contraste e chamar a atenção a objetos e elementos do ambiente, dando ênfase ao que é importante. Corrimãos instalados ao longo das paredes, especialmente em corredores e banheiros, tornam-se mais visíveis quando são pintados com uma cor contrastante com a da parede, como no caso de um corrimão vermelho sobre um fundo neutro (Sousa; Maia, 2014). Em equipamentos projetados para idosos, isso também pode

ser aplicado nos assentos das bacias sanitárias e nas bordas das pias, evidenciando a localização das instalações.

A utilização do efeito contrário também pode ser bastante benéfica, escondendo traços do ambiente perigosos ou que não devem ser acessados ao paciente com demência. Sousa e Maia (2014) sugerem que uma porta que leve a um cômodo do setor de serviços, por exemplo, seja camuflada ao receber a mesma tonalidade de tinta utilizada na parede, dando preferência a tons neutros ou pastéis. Além disso, as cores podem auxiliar na sensação de continuidade dos ambientes. Utilizar o mesmo revestimento de piso para cômodos que estão no mesmo nível é um cuidado importante pois uma mudança brusca na aparência do piso poderia resultar na perda de equilíbrio e orientação dos idosos (Pascale, 2002).

Por fim, o uso do desenho universal nos projetos para idosos com DA e outras demências é essencial pois esse grupo enfrenta alterações motoras à medida que a doença progride. Certificar-se que o desenho está dentro dos parâmetros exigidos na NBR 9050/2020 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) torna-se primordial para atender as necessidades dessa população, de maneira a permitir que o espaço seja devidamente apropriado com liberdade e autonomia.

Referências projetuais

5. Referências projetuais

Neste capítulo, serão abordados alguns dos projetos arquitetônicos construídos que serviram de inspiração e base para a criação do programa de necessidades e do equipamento de Centro-dia de Convivência.

5.1. Lar de Idosos em Perafita, Grupo Iperforma

O projeto localizado na cidade de Porto, em Portugal, foi dimensionado para 60 pessoas e seu entorno está inserido no Centro Social e Paroquial Padre Ângelo Ferreira Pinto, estabelecendo uma relação com a igreja local.

O equipamento é formado por dois volumes ligados entre si no pavimento superior por meio de uma plataforma envidraçada. O edifício principal reúne os espaços sociais, incluindo a recepção, a sala de convívio e de atividades, a cantina e a cozinha, o gabinete médico e o de enfermagem, as salas de reuniões, o cabeleireiro, os gabinetes administrativos, bem como os banheiros e vestiários destinados aos funcionários. No pavimento superior de ambos os prédios estão localizadas as 40 unidades de quartos duplos e individuais.

Uma das preocupações projetuais é garantir a tomada de decisões individuais e a permanência no espaço por meio do desenvolvimento de várias atividades. Para isso, buscou-se atingir um caráter residencial proporcionando áreas com localizações e características distintas.

Outro aspecto marcante é o uso das cores, diferenciando espaços de passagem e espaços de permanência. Para corredores, banheiros e elementos como portas e corrimãos foram utilizadas tonalidades vibrantes, contrastantes e dinâmicas, ressaltando seu posicionamento no ambiente. Para áreas de descanso, entretanto, apostou-se em cores neutras e padrões ortogonais.

No entanto, é necessário destacar alguns dos pontos a se evitar projetualmente, como o uso de muitas superfícies reflexivas sem o devido contraste (portas e divisórias de vidro sem sinalização e sem molduras) e a falta de uma maior integração com áreas externas e seu entorno. O ambiente externo tem um aspecto árido pela sua implantação e não há pontos de contato com a natureza suficientes.

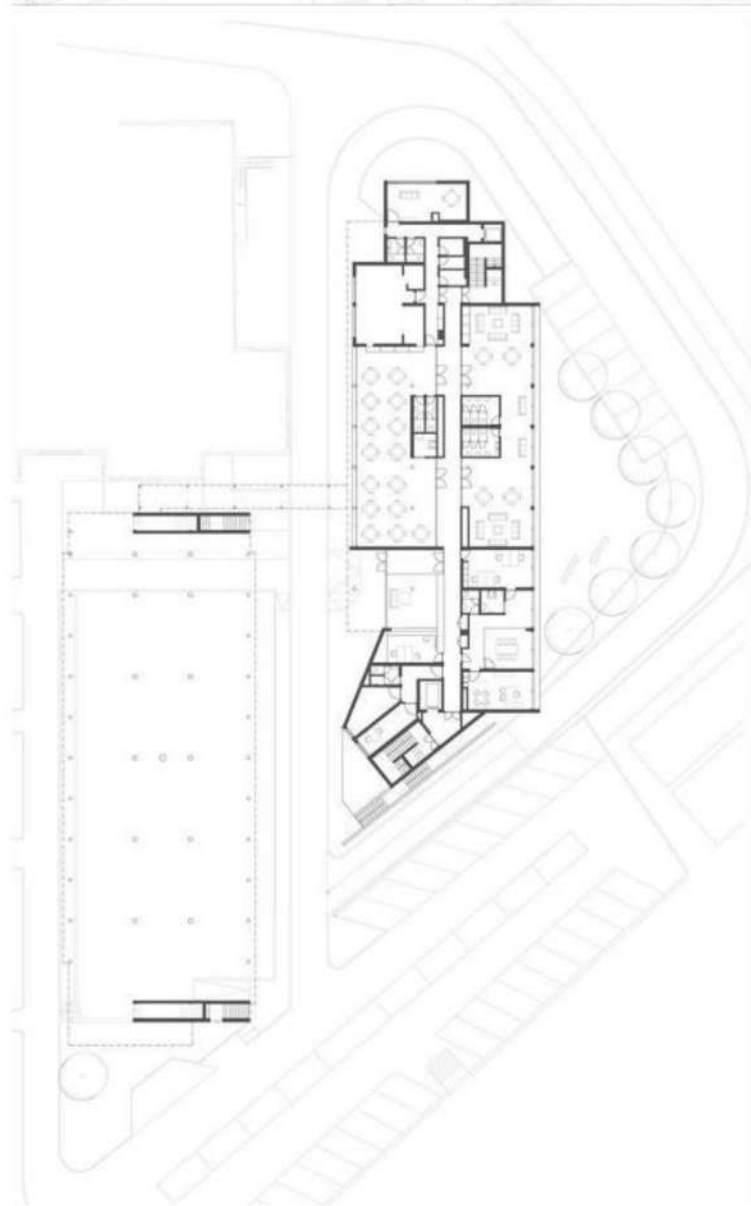
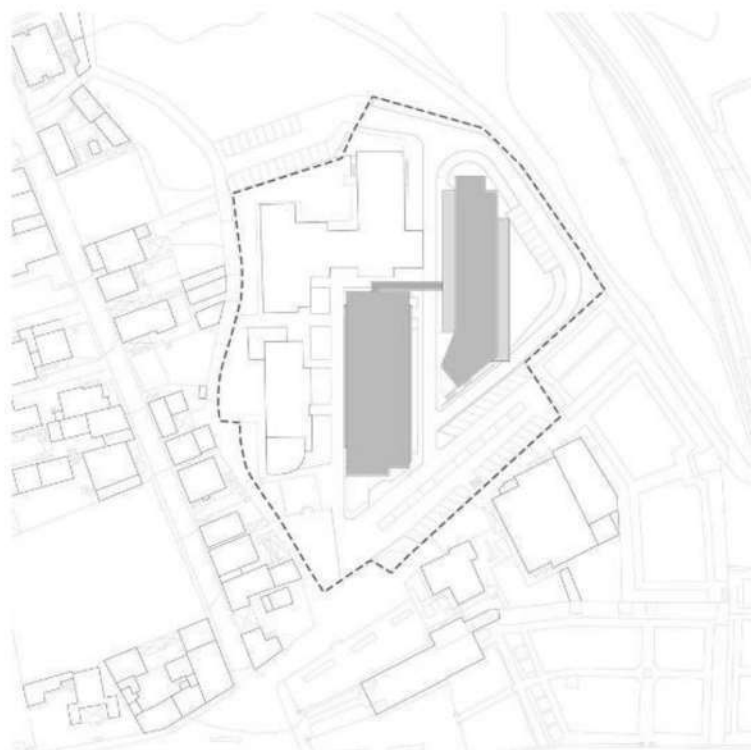


Figura 2: Lar de Idosos em Perafita.
Foto: Luis Ferreira Alves.
Fonte: Archdaily, 2015.

Figura 3: Lar de Idosos em Perafita.
Foto: Luis Ferreira Alves.
Fonte: Archdaily, 2015.





Figuras 4, 5 e 6: Lar de Idosos em Perafita.
Foto: Luis Ferreira Alves.
Fonte: Archdaily, 2015.

5.2. Centro de tratamento para pessoas com Alzheimer, studioVRA

A instalação do centro localizado em Benavente, na Espanha, foi inicialmente estimado para 50 usuários a fim de atender a demanda do envelhecimento populacional na região. Sua implantação, localizada na encosta de um declive acentuado em uma zona de transição urbana, enfatiza a paisagem local criando uma nova linha do horizonte.

A setorização do edifício é marcada por dois grandes muros de contenção que estendem-se para fora e dividem os espaços públicos (administrativos e polivalentes) dos privados. Dessa forma, os espaços mais restritos são acessados através de dois corredores largos e diversos pela abertura de pátios externos entre eles, auxiliando na orientação espacial dos pacientes com DA.

Uma dessas vias de circulação conecta os ambientes de uso frequente, como salas de aula e banheiros geriátricos, enquanto a outra conduz aos espaços de uso eventual, como a sala de estar e refeitório. Isso torna a leitura arquitetônica simples e eficaz, permitindo sua utilização de forma independente.

Entretanto, o projeto de esquadrias com superfícies bastantes reflexivas e não demarcadas apresenta as mesmas problemáticas da referência construída apresentada anteriormente. Ademais, optou-se pelo uso de materiais e paleta de cores mais frios e sóbrios e sem distinção entre elementos importantes, produzindo um ambiente menos estimulante e convidativo à população alvo.



Figura 7: Planta do pavimento térreo e do primeiro pavimento
Fonte: studioVRA, 2015.

Figura 8: Fachada do Centro de tratamento para pessoas com Alzheimer.
Fonte: studioVRA , 2021.



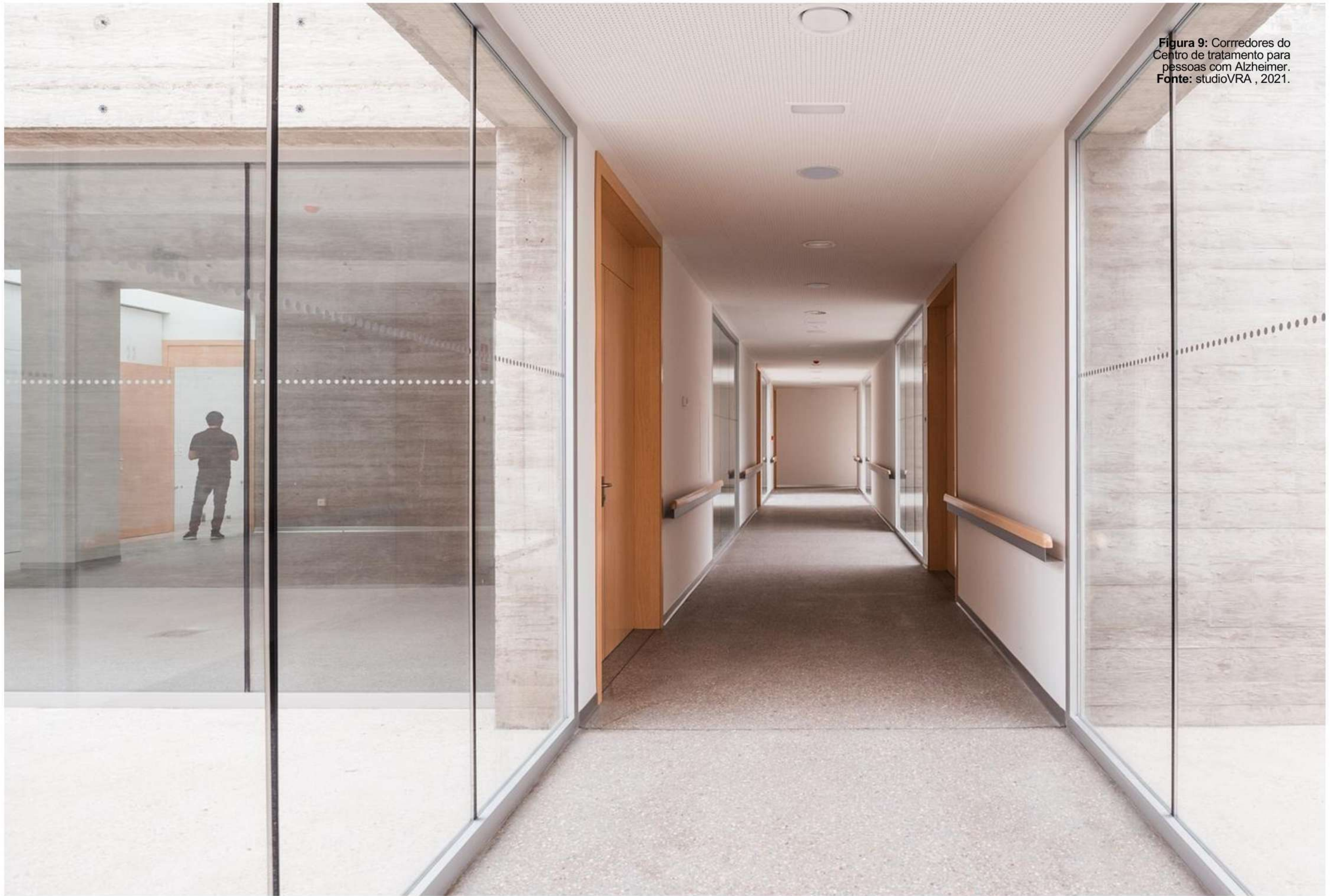


Figura 9: Corredores do Centro de tratamento para pessoas com Alzheimer. Fonte: studioVRA, 2021.

5.3. Albergue da Boa Vontade, Affonso Reidy

O projeto foi a primeira obra construída de Affonso Reidy, uma edificação modernista desenhada em 1931 para funções de acolhimento de pessoas carentes provendo áreas de descanso, assistência médica e alimentação durante o período noturno. Apesar da variação do público alvo, o programa possui estruturas muito próximas daquelas exigidas para um centro-dia para idosos.

O partido foca na horizontalidade e constitui-se de um edifício simétrico de dois pavimentos no qual o térreo possui planta retangular formando um grande vazio central, sendo parcialmente coberto por dois dos quatro segmentos verticais formados pelo pavimento superior e sem o uso de pilotis. A fachada principal destaca-se pela permeabilidade do pátio interno com o entorno urbano.

O pavimento térreo abriga a entrada principal que conduz ao pátio, o setor administrativo, as salas de exame médico, os vestiários, lavatórios e dormitórios femininos e infantis. Apenas os quartos voltados ao público masculino concentram-se no primeiro pavimento.

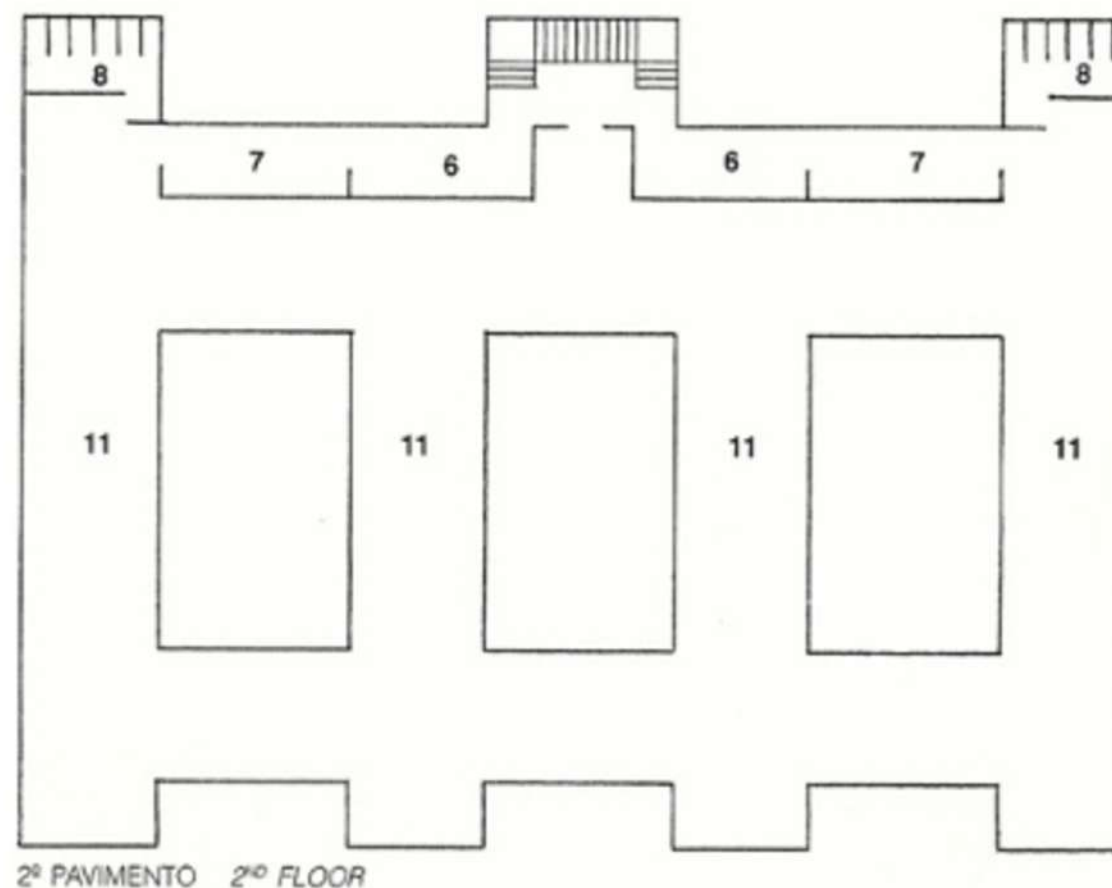
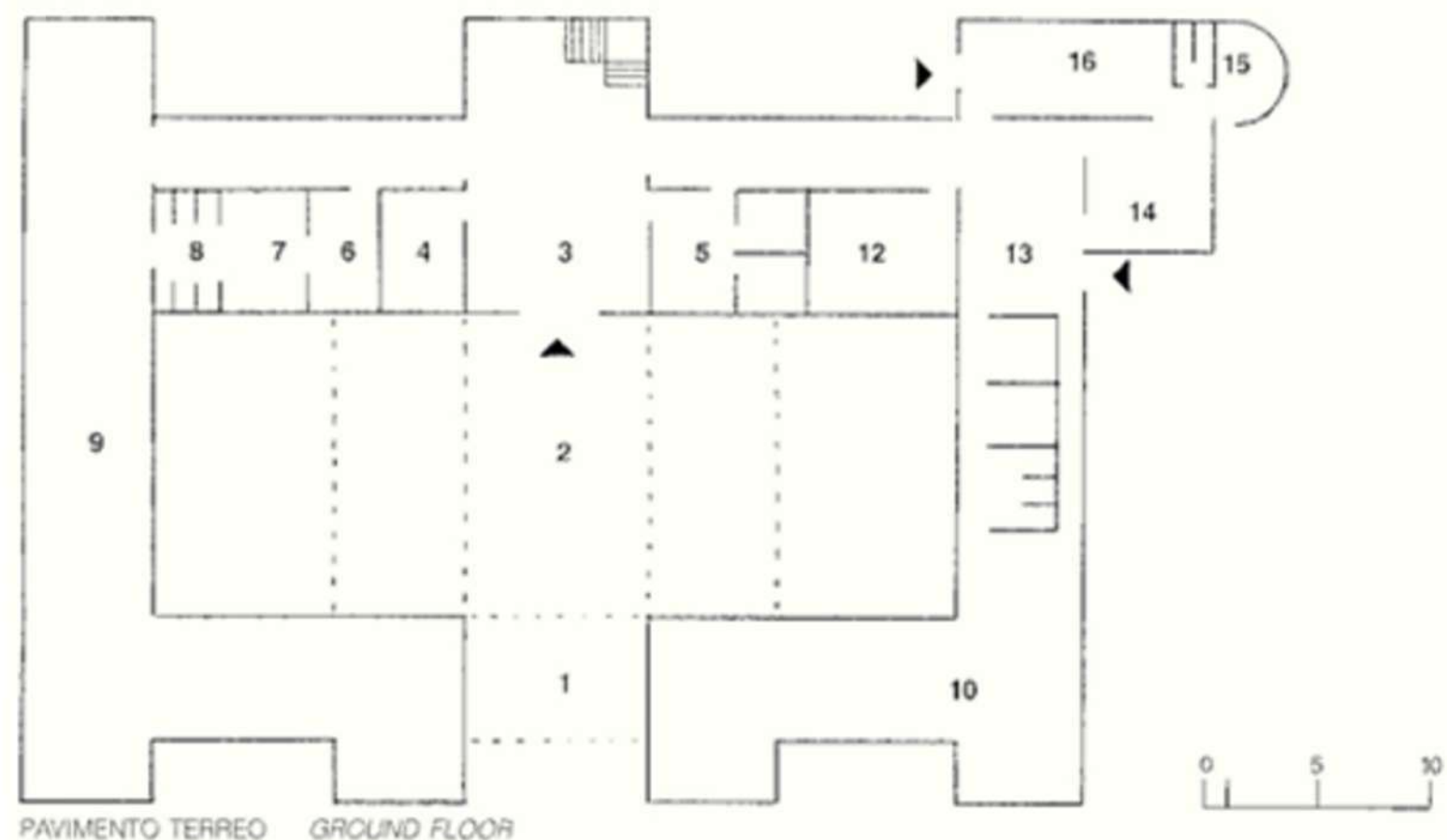


Figura 10: Plantas: 1. Entrada; 2. Pátio; 3. Recepção; 4. Adm; 5. Exame médico; 6. Vestiário; 7. Chuveiros; 8. Lavatórios; 9. Dorm. Fem.; 10. Dorm. Infantil; 12. Depósito; 13. Cantina; 14. Cozinha; 15. Despensa; 16. Sala Desinfecção.
Fonte: Bonduki, 1999.



Figura 11: Fachada do albergue.
Fonte: Bonduki, 1999.

Leandro

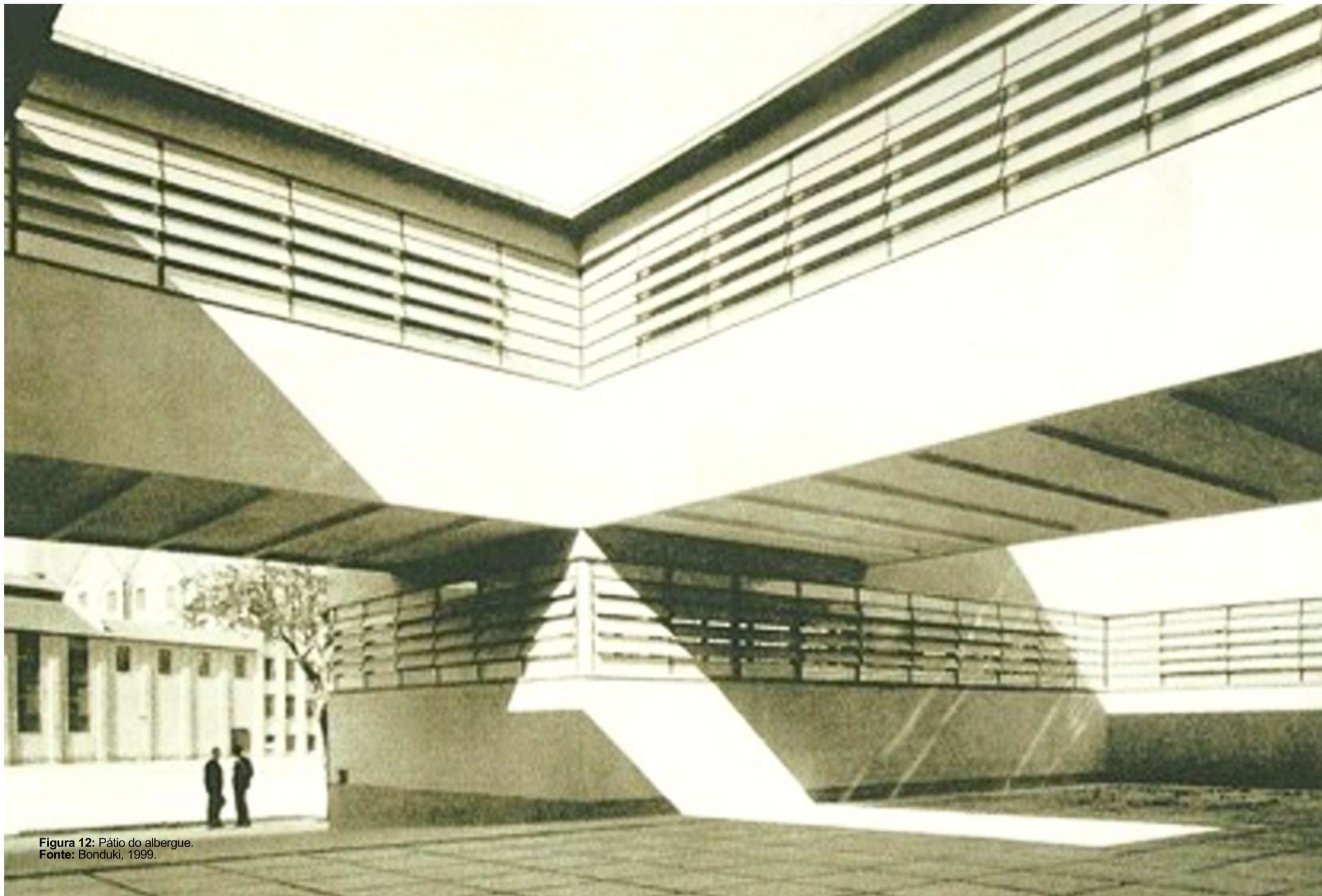


Figura 12: Pátio do albergue.
Fonte: Bonduki, 1999.

O local

6. O local

6.1. Critérios para escolha do terreno

À luz dos princípios projetuais e de funcionamento de centros-dia e de convivência elencados anteriormente, foram selecionadas algumas condições para chegar à decisão do sítio no qual o equipamento seria implantado. Ainda considerando a referência da Portaria nº 73, essa explicita alguns desses requisitos:

O Centro-dia deve estar localizado dentro da malha urbana, com facilidade de acesso por transporte coletivo e, preferencialmente, próximo à rede de saúde, comércio e demais serviços da vida na cidade (posto médico, hospitais, supermercado, farmácia, padaria, centros culturais, cinemas, etc.) favorecendo a integração do idoso, independente e mesmo dependente, à comunidade do entorno (Brasil, 2001, p. 54).

Ao mesmo tempo, entende-se que o Centro-dia de Convivência servirá como apoio diário às famílias, criando a necessidade de fixar-se em um espaço próximo às suas residências e onde há maior demanda para seu aproveitamento. Assim, a análise também baseou-se em questões como o uso do solo para fins residenciais e o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) de Longevidade, a fim de mapear onde está concentrado o público alvo do projeto. Tais critérios estão apresentados, em suma, na Tabela 4.

Tabela 4 – Critérios para escolha do terreno

IDH de Longevidade do bairro	Um bom índice de longevidade representa uma maior concentração de idosos habitando o espaço e indica que o bairro é mais provável de apresentar características que suportem o envelhecimento ativo.
Proximidade à equipamentos de saúde	É importante garantir o acesso fácil a hospitais e unidades de saúde públicas para casos emergenciais e como suporte ao equipamento.
Proximidade à equipamentos de assistência social	Também é relevante assegurar uma localização central quanto aos equipamentos de assistência social públicos já consolidados, como Centros de Atenção Psicossocial.
Transporte Público Acessível	A ramificação do transporte público no entorno assegura a mobilidade urbana até o equipamento e seu uso por moradores mais afastados do centro-dia.
Uso do solo	A área, majoritariamente residencial (a fim de produzir um entorno familiar), não deve estar isolada das demais tipologias de serviços, comércios, áreas livres e equipamentos comunitários.
Aspectos naturais	Um sítio com topografia predominantemente plana, sem grandes declives e com boa orientação solar é um dos requisitos para alcançar uma qualidade projetual satisfatória.

Fonte: produzido pela autora, 2025.

6.2. Análise do sítio

Desse modo, o terreno escolhido constitui-se em um vazio urbano localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, entre a Avenida Jovita Feitosa e as ruas Gal Bernardo Figueiredo e Professor Lino Encarnação e possui 5.133,87 m². O espaço situa-se no bairro Amadeu Furtado, com um IDH de longevidade de 0.8633 (Fortaleza, 2022), representando um índice bastante positivo.

O vazio em questão possui uma posição estratégica na cidade pois está devidamente inserido de forma central no tecido urbano na capital alencarina, próximo a bairros como o Centro e a Parquelândia que possuem uma variada oferta de serviços. Entretanto, seu entorno imediato é, predominantemente, horizontal e residencial.

Outro aspecto relevante do local é sua proximidade com o HUWC, facilitando a vinculação do Hospital com o Centro-dia de Convivência por meio do CAI e da Universidade Federal do Ceará e possibilitando sua atuação como campo de estágio e pesquisa. Além desse, há outros equipamentos públicos de saúde e assistência social em trechos próximos, o que colabora para a viabilidade de instalação do projeto em questão. Em termos de mobilidade urbana, há conexões satisfatórias com o transporte coletivo de Fortaleza.

Uma das características mais marcantes do terreno é sua relação com a Igreja de Santo Afonso, popularmente conhecida como Igreja Redonda. A forma única da edificação, com sua fachada semi-circular, faz frente para o sítio escolhido, separando-se deste por sua praça implantada para a Rua Professor Lino Encarnação. Quanto à oferta de equipamentos

culturais, o bairro conta, ainda, com a biblioteca comunitária Chico Parafuso, destinada a ações educacionais para crianças, jovens e adultos.

As vias circundantes ao lote são todas consideradas locais, com exceção da Avenida Jovita Feitosa, classificada como Via Arterial, sendo bastante expressiva para o comércio na região.

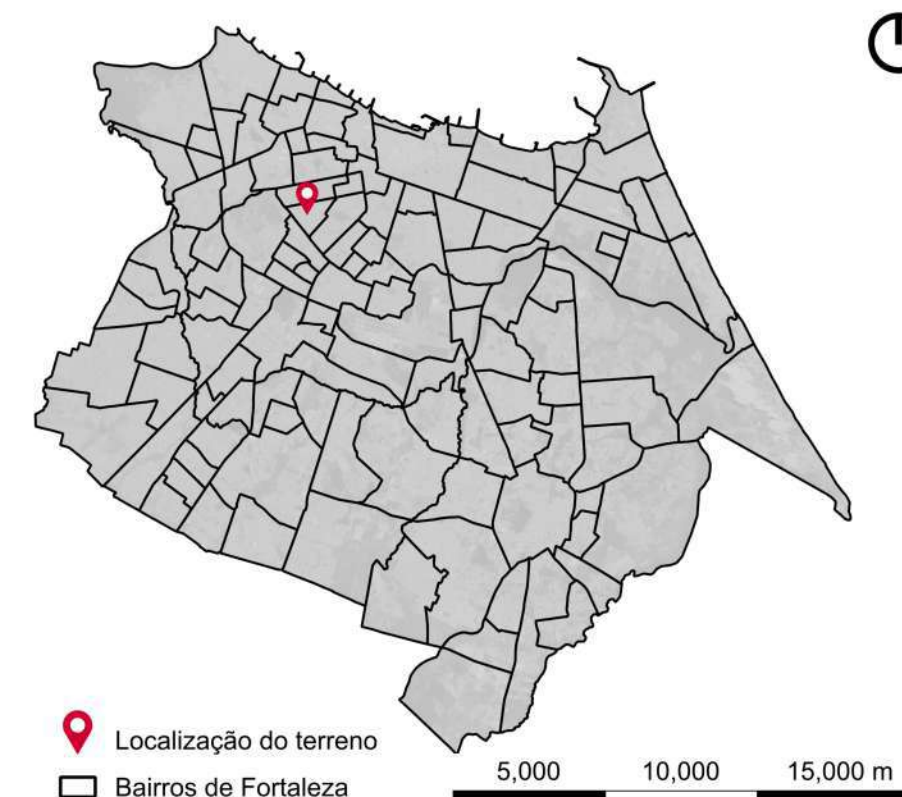


Figura 13: Mapa de localização do terreno.
Fonte: produzido pela autora, 2026.



Figura 14: Mapa de aproximação do terreno.
Fonte: produzido pela autora, 2026.

Quanto à legislação, segundo a Lei de Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo de Fortaleza (LPUOS), aprovada pela Lei Complementar nº 236, de 11 de agosto de 2017, o terreno está inserido em Zona de Ocupação Preferencial 1 (ZOP 1). A LPUOS caracteriza esse zona pela disponibilidade de infraestrutura e serviços urbanos e presença de imóveis não utilizados ou subutilizados, destinando-se à intensificação e dinamização do uso e ocupação do solo (Fortaleza, 2017). Os parâmetros urbanísticos para a zona são definidos pelo Plano Diretor Participativo de Fortaleza, aprovado pela Lei Complementar nº 062, de 02 de fevereiro de 2009.

Ainda, a LPUOS classifica o Centro-dia de Convivência dentro do subgrupo "Serviços de Saúde – SS", especificamente nas categorias "Clínica sem internamento" e "Serviços de terapia, fisioterapia e reabilitação". Por seu porte em m² estar entre 1.001 e 2500 m², se enquadra na classe PGV 1 (Polo Gerador de Viagens 1), havendo necessidade de estudo especial para cálculo de vagas de estacionamento.

Para implantação em Vias Arteriais I (Avenida Jovita Feitosa), os recuos mínimos frontais, laterais e de fundo são equivalentes a 10 metros. Entretanto, para viabilizar a implantação da praça no projeto, ligando-se ao espaço público pré-existente da Igreja Redonda, foi necessário realizar a média ponderada dos recuos de acordo com o Art. 92 da LPUOS, estendendo o recuo à frente da Rua Professor Lino Encarnação para 15 metros e encurtando o recuo que faz divisa com os lotes limítrofes para 5 metros.



Figura 15: Mapa de uso predominante por lote.
Fonte: produzido pela autora, 2026.

-  Terreno
-  Quadras fiscais
-  Bairros de Fortaleza
-  Pontos de Ônibus
-  CAPS
-  UAPS/UPA
-  Equipamentos de Assistência Social
-  Igreja Redonda
-  Hospital Universitário Walter Cândido



Figura 16: Mapa de equipamentos próximos.
 Fonte: produzido pela autora, 2026.



6.3. O projeto: partido.

O processo projetual reúne, basicamente, as estratégias do sistema de utilização de cores visto no Lar de idosos em Perafita, a valorização da paisagem natural e de pátios internos abertos entre as circulações no Centro de tratamento para pessoas com Alzheimer e os aspectos formais, simétricos, de distribuição do programa de necessidades e do aproveitamento da ventilação cruzada existentes no Albergue da Boa Vontade.

O resultado do partido define-se em um edifício majoritariamente térreo e horizontal, tornando-o mais acessível e convidativo. Assim, somente a parte administrativa ocupa o primeiro pavimento, deixando sua projeção no térreo como um espaço livre multifuncional. O projeto é dividido formalmente em planta em seis alas (duas no sentido leste-oeste, duas no sentido norte-sul e mais duas de menor escala no sentido leste-oeste), sendo o destaque formal do conjunto o elemento do auditório, localizado na fachada leste. Este atua de modo a estabelecer uma relação com o volume circular da Igreja em frente, aproximando os equipamentos por meio das praças.

Quanto às alas, essas são independentes estruturalmente e cada uma apresenta seu sistema próprio de circulação cruzada e exaustão por meio de *sheds*, aumentando a eficiência energética e o conforto térmico do edifício. Para a malha estrutural, adotou-se uma grade de 2 metros e vãos de 8 metros entre pilares. Para as vigas e pilares foi utilizado o concreto armado, enquanto a treliça metálica foi aplicada na estrutura de coberta.

De modo semelhante ao que ocorre no Albergue da Boa vontade, as alas formam uma arquitetura simétrica e abrem espaço para um pátio interno ao edifício, a ser utilizado nas atividades de jardinagem, convivência e contemplação da natureza. Quanto ao programa, este foi setorizado em: convivência, atividades, cuidado, administração e serviço. Também optou-se por alocar o estacionamento o subsolo a fim de preservar área útil do terreno, garantindo a abundância de áreas livres permeáveis e reduzindo a necessidade de verticalização de setores públicos do programa.

Os revestimentos também obtiveram cuidado especial ao ser priorizado o uso de materiais locais e familiares e elementos vazados adaptados ao clima da capital cearense. Ademais, um sistema de cores foi adotado empregando vermelho nas esquadrias de sanitários e passagens, amarelo ocre para locais de convivência e amarelo mais pálido nas áreas de descanso e cuidados. Optou-se por camuflar os acessos da administração e serviços.



Figura 16: Perspectiva esquemática do projeto.
Fonte: produzido pela autora, 2026.

Referências

7. Referências

ALMEIDA, Gabriel Costa de; MATTOS, Carlos Eduardo. PERTEN|SER: Centro de Acolhimento a Idosos Portadores de Alzheimer e outras Demências. Juiz de Fora, MG: Centro Universitário Academia – UniAcademia, 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo). Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3240/324027982011.pdf>. Acesso em: 17 jul. 2025.

ARAÚJO, Cláudia Lysia de Oliveira; SOUZA, Luciana Aparecida de FARO; Ana Cristina Mancussi e. Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil. História da Enfermagem. v. 1, n. 2, jul./dez., 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/centrodememoria/here/n2vol1ano1_artigo3.pdf> Acesso em: 17 jul. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, 2020.

BONDUKI, Nabil (Org.). Affonso Eduardo Reidy. Série Arquitetos Brasileiros, Lisboa, Blau, Instituto Lina Bo e P.M. Bardi, 1999.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Dispõe sobre o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 4 jul. 1996.

BRASIL. Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019. Regulamenta a Lei nº 13.465, de 11 de julho de 2017, que dispõe sobre a regularização fundiária rural e urbana. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 19 jul. 2019.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 5 jan. 1994.

BRASIL. Ministério da Cidadania. Portaria nº 754, de 31 de março de 2022. Estabelece orientações técnicas para o cofinanciamento federal e a execução do serviço de Centro-Dia para pessoas idosas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 1 abr. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Alzheimer. In: Saúde de A a Z. Brasília, DF. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/alzheimer>>. Acesso em: 17 jul. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 out. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Institui o Programa de Assistência aos Portadores da Doença de Alzheimer e estabelece diretrizes para sua execução no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 3 set. 2009.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Institui o Programa de Assistência Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e outras Demências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 maio 2001.

BRAWLEY, Elizabeth. Designing for Alzheimer's Disease: strategies for creating better care environments. Nova Iorque: John Wiley & Sons, 1997.

BRIDGING RESEARCH AND DESIGN. Attributes of Home: Evidence-Based Resource Guide for Senior Living. 2010.

DAY, Kristen; CARREON, Daisy; STUMP, Cheryl. The therapeutic design of environments for people with dementia: a review of the empirical research. The Gerontologist, v. 40, n. 4, p. 397–416, 2000.

ELMSTÅHL, Solve; ANNERSTEDT, Lena; AHLUND, Owe. How should a group living unit for demented elderly be designed to decrease psychiatric symptoms? Alzheimer Disease and Associated Disorders, v. 11, n. 1, p. 47–52, 1997. Disponível em: <https://journals.lww.com/alzheimerjournal/abstract/1997/03000/how_should_a_group_living_unit_for_demented.8.aspx>. Acesso em: 17 jul. 2025.

FACULDADE DE MEDICINA DA USP. Dia Mundial da Doença de Alzheimer: dados alertam para crescimento da enfermidade no Brasil. Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 21 set. 2021. Disponível em: <<https://www.fm.usp.br/fmusp/noticias/artigo-dia-mundial-da-doenca-de-alzheimer>>. Acesso em: 17 jul. 2025.

FERRETTI, Ceres Eloah Lucena; NITRINI, Ricardo; BRUCKI, Sonia Maria Dozzi. Indirect costs with dementia in developing countries. Arquivos de Neuro-Psiquiatria. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2014.

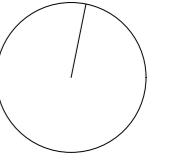
FETER, Natan et al. Who are the people with Alzheimer's disease in Brazil? Findings from the Brazilian Longitudinal Study of Aging. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 24, 14 abr. 2021. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-549720210018>>. Acesso em: 17 jul. 2025.

FORTALEZA. Lei Complementar nº 236, de 11 de agosto de 2017. Dispõe sobre o parcelamento, o uso e a ocupação do solo no Município de Fortaleza e dá outras providências. Diário Oficial do Município de Fortaleza, Fortaleza, 11 ago. 2017.

FORTALEZA. Plano Diretor Participativo do Município de Fortaleza. Lei Complementar nº 62, de 2 de fevereiro de 2009.

Desenhos técnicos

Implantação

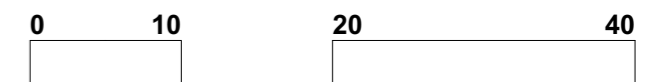
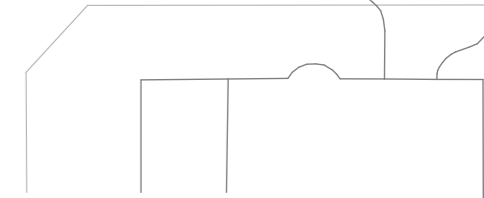
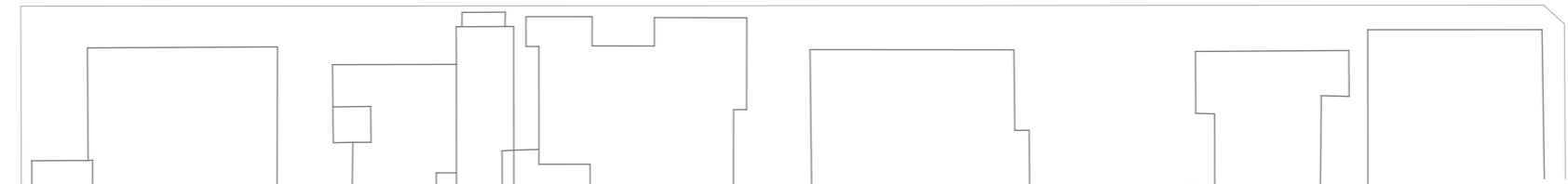
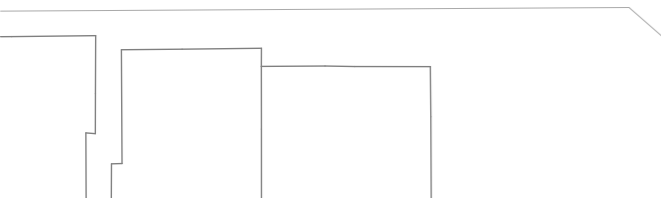
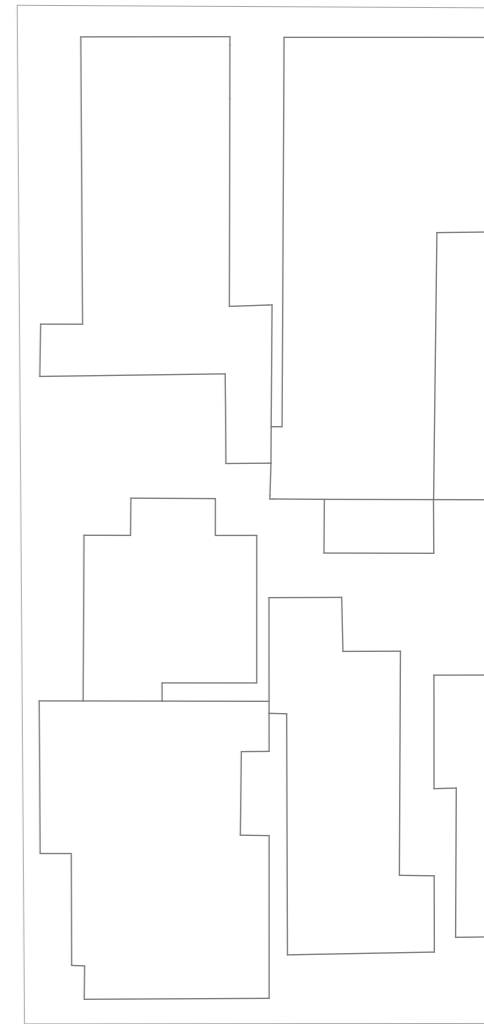
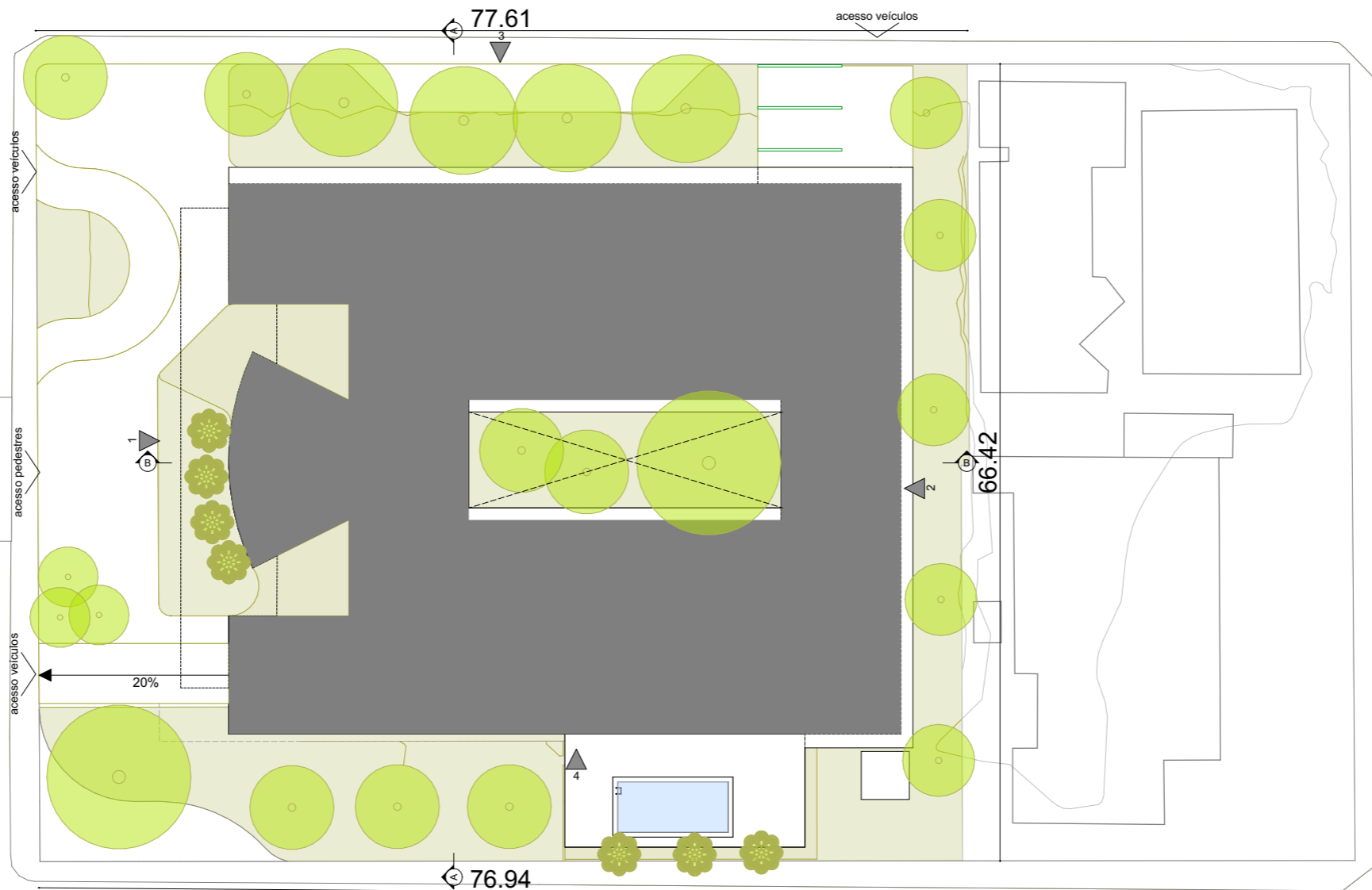
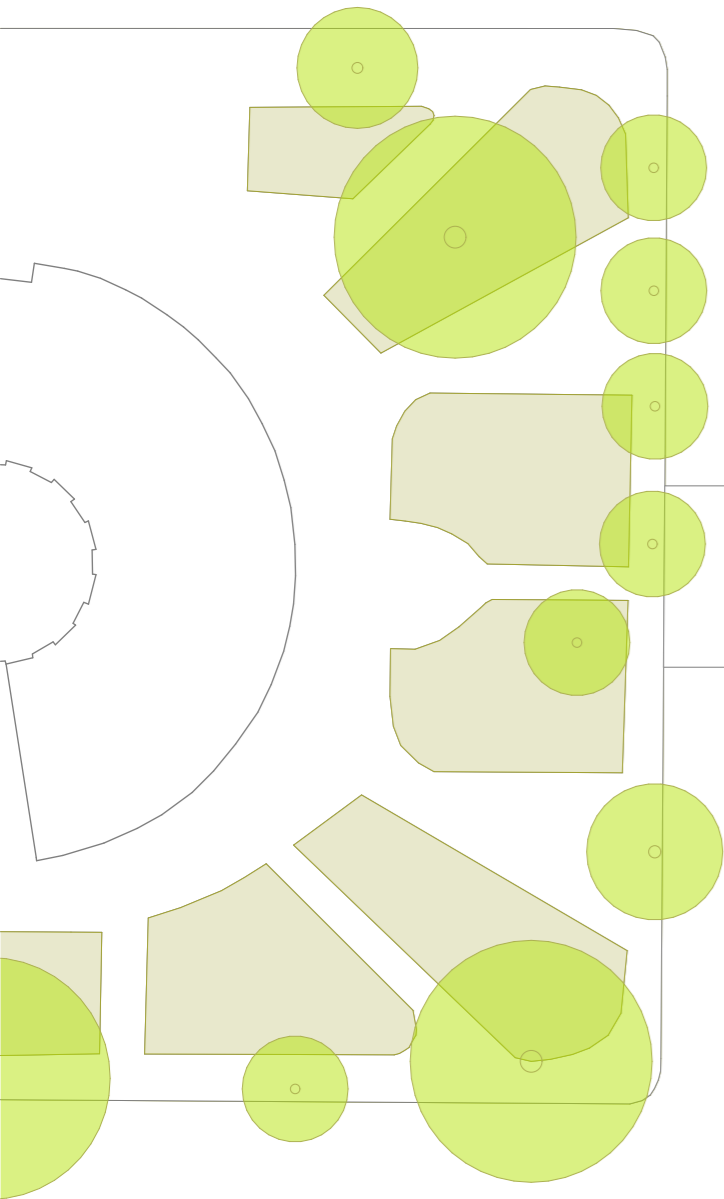


Avenida Jovita Feitosa

Rua Professor Lino Encarnação

Rua Pedro de Queirós

Rua General Bernardo Figueiredo



Pavimento térreo



CONVIVÊNCIA

1. recepção/ acesso
2. espaço ecumênico
3. biblioteca/midioteca
4. wc feminino
5. wc feminino acessível
6. wc masculino
7. wc masculino acessível
8. circulação 200m
9. espaço multifuncional
10. auditório
11. pátio interno
12. vestiário feminino
13. vestiário feminino acessível
14. vestiário masculino
15. vestiário masculino acessível
16. refeitório
17. repouso 1
18. wc repouso 1
19. repouso 2
20. wc repouso 2
21. redário
22. estar livre

ATIVIDADES/OFICINAS

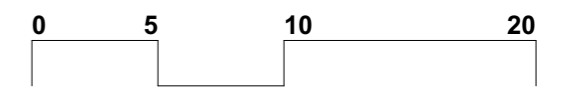
23. academia/fisioterapia
24. sala de yoga/dança
25. sala de música/teatro
26. sala de oficinas 1
27. sala de oficinas 2
28. espaço de beleza
29. cozinha coletiva
30. deck piscina

CUIDADO

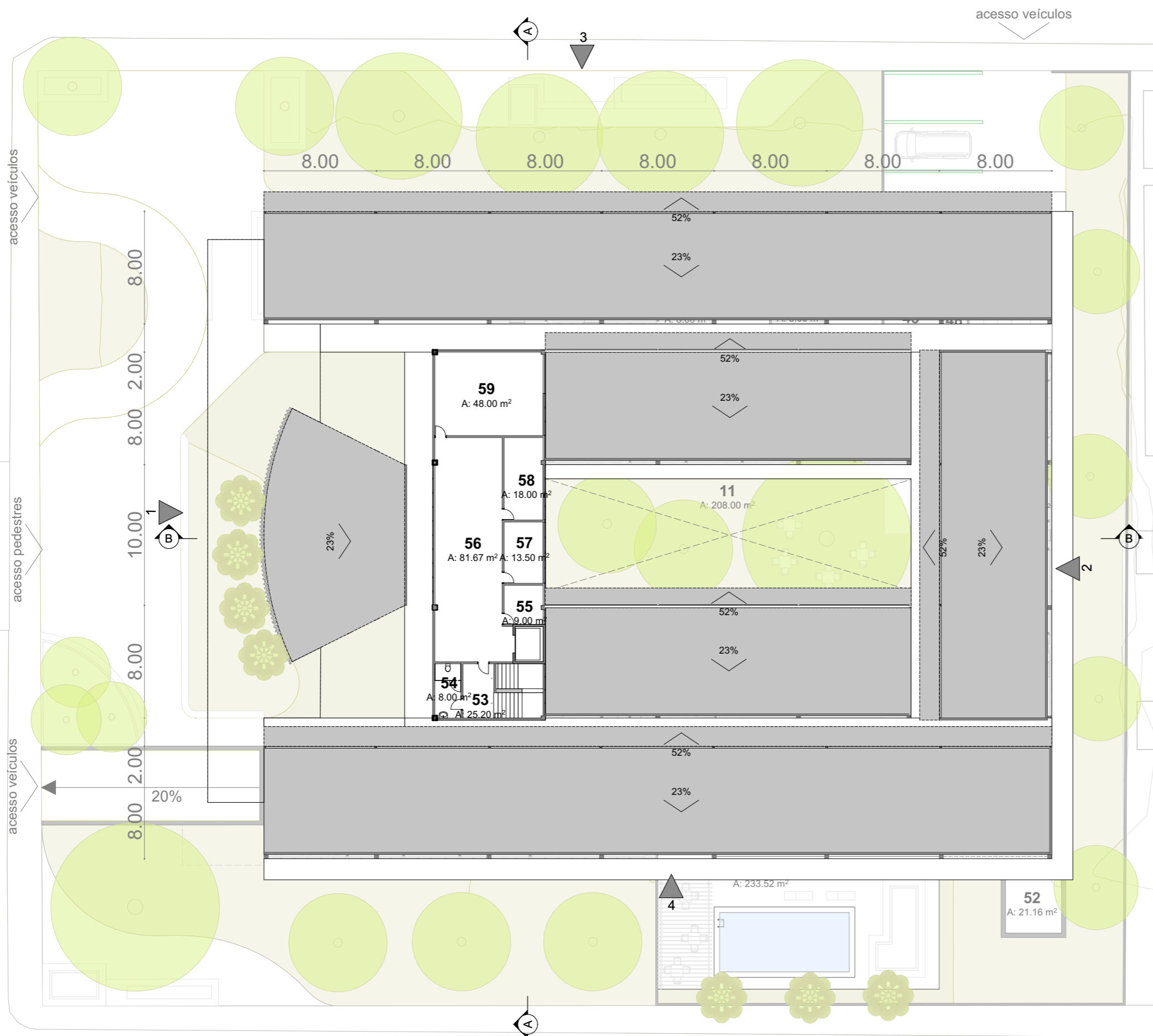
31. espera
32. assistência social
33. geriatria
34. fonoaudiologia
35. avaliação neurológica
36. nutrição
37. psicoterapia
38. avaliação psiquiátrica
39. terapia ocupacional e estimulação cognitiva
40. circulação
41. enfermaria/ambulatório

SERVIÇO

42. acesso de serviço/guarita
43. DML
44. sala de apoio
45. copa
46. vestiário feminino serviço
47. vestiário masculino serviço
48. circulação
49. cozinha
50. depósito
51. lavanderia
52. reservatório

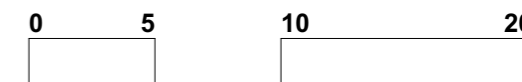
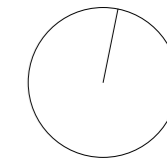


Primeiro Pavimento

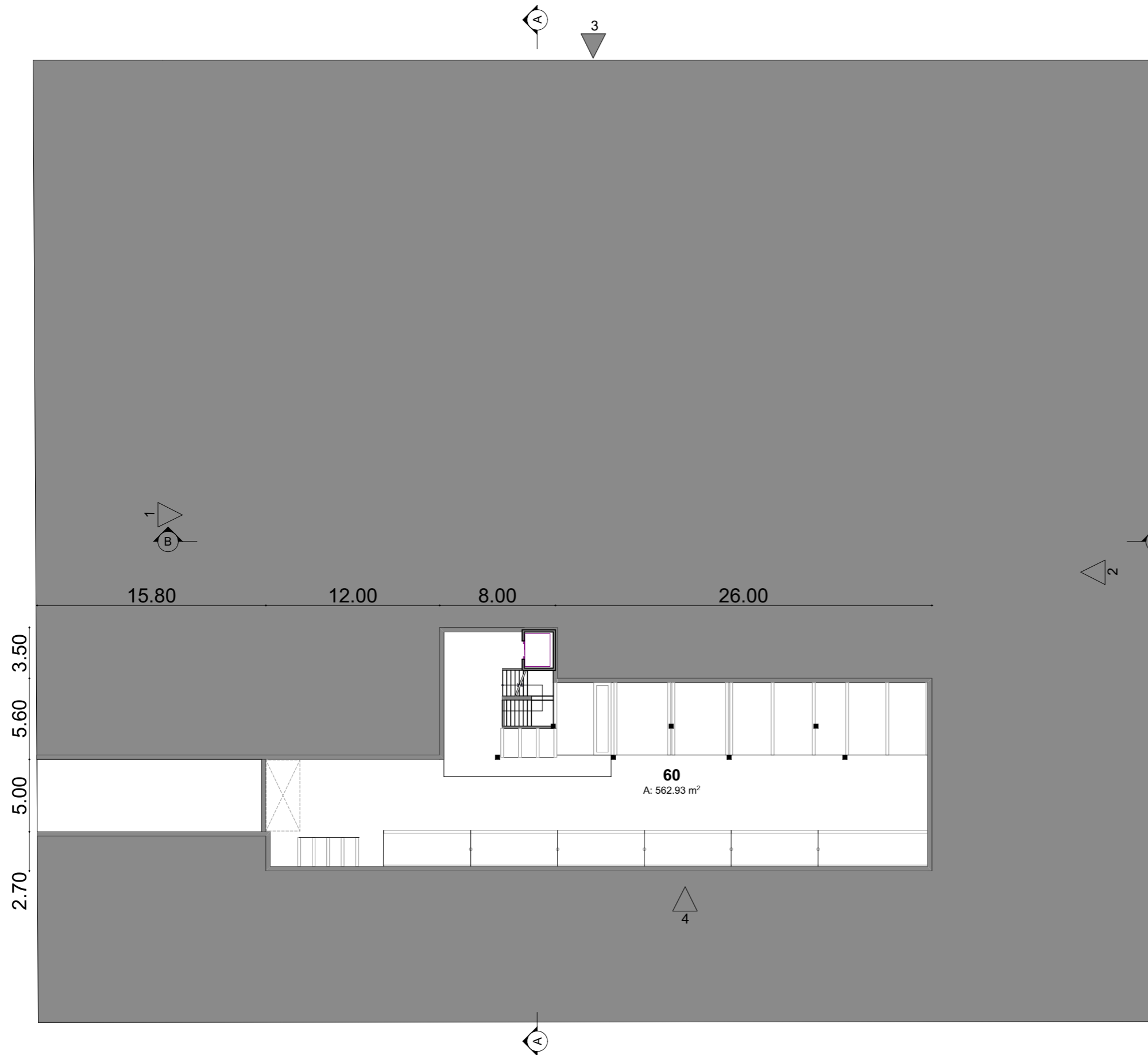


ADMINISTRAÇÃO

- 53. acesso adm
- 54. wc
- 55. almoxarifado
- 56. sala administrativa
- 57. pesquisa
- 58. diretoria
- 59. sala de reuniões

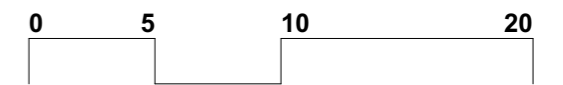
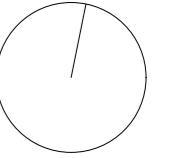


Subsolo

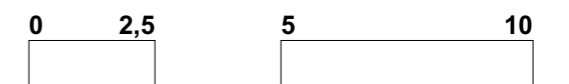
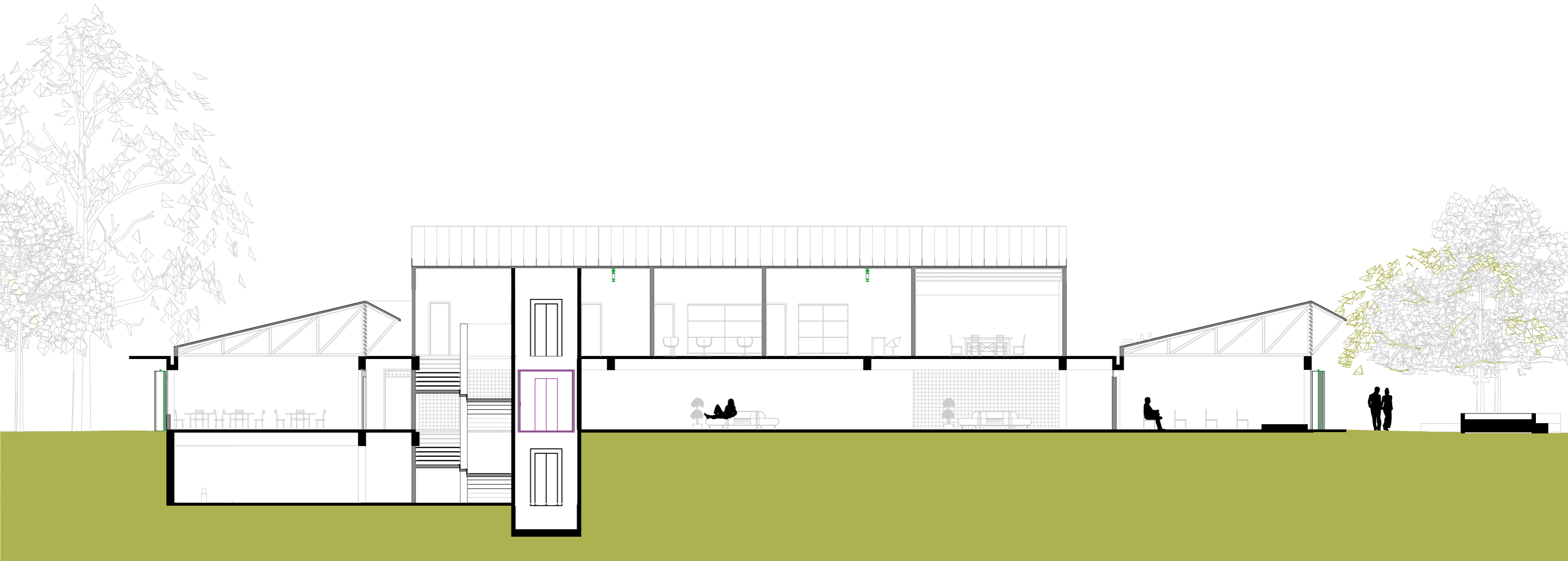


SUBSOLO

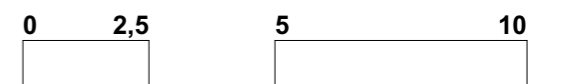
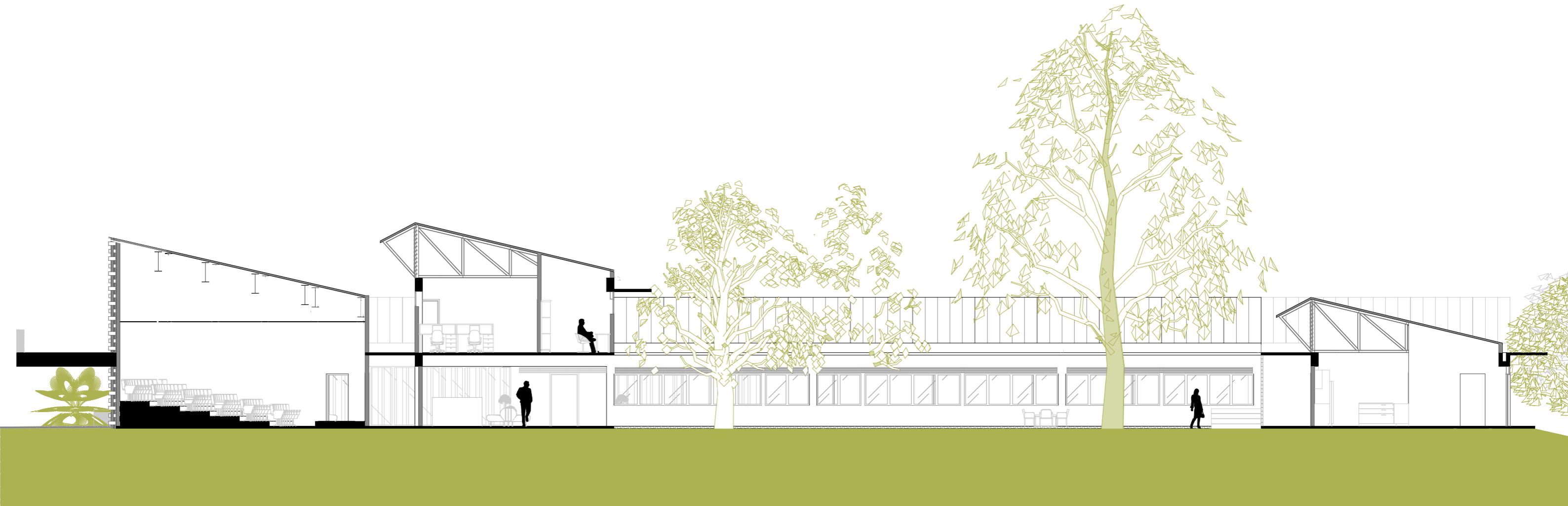
60. estacionamento



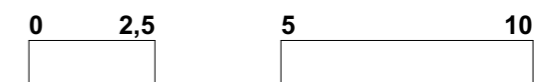
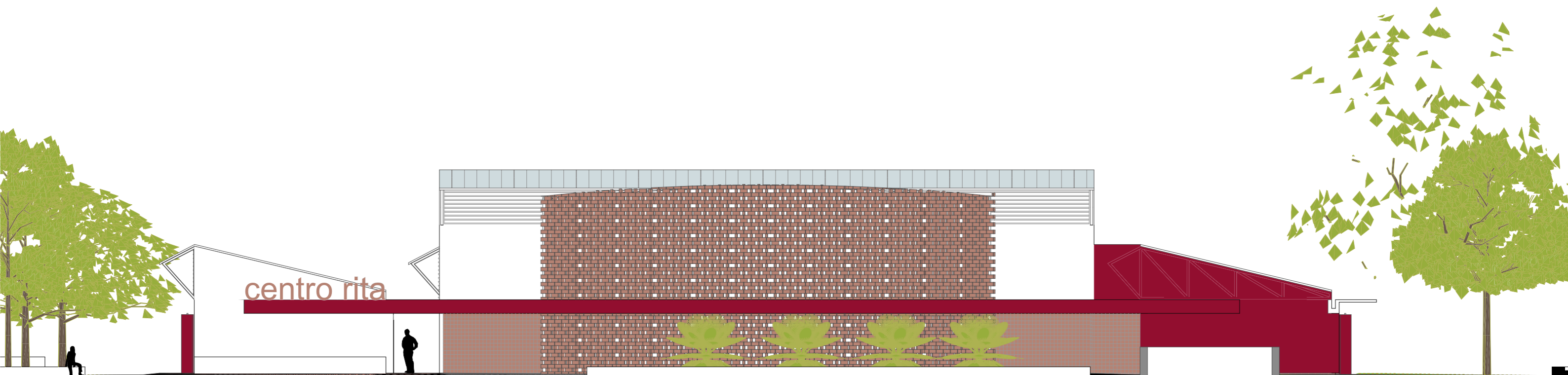
Corte A



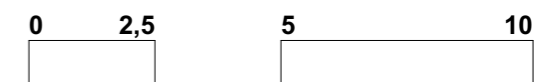
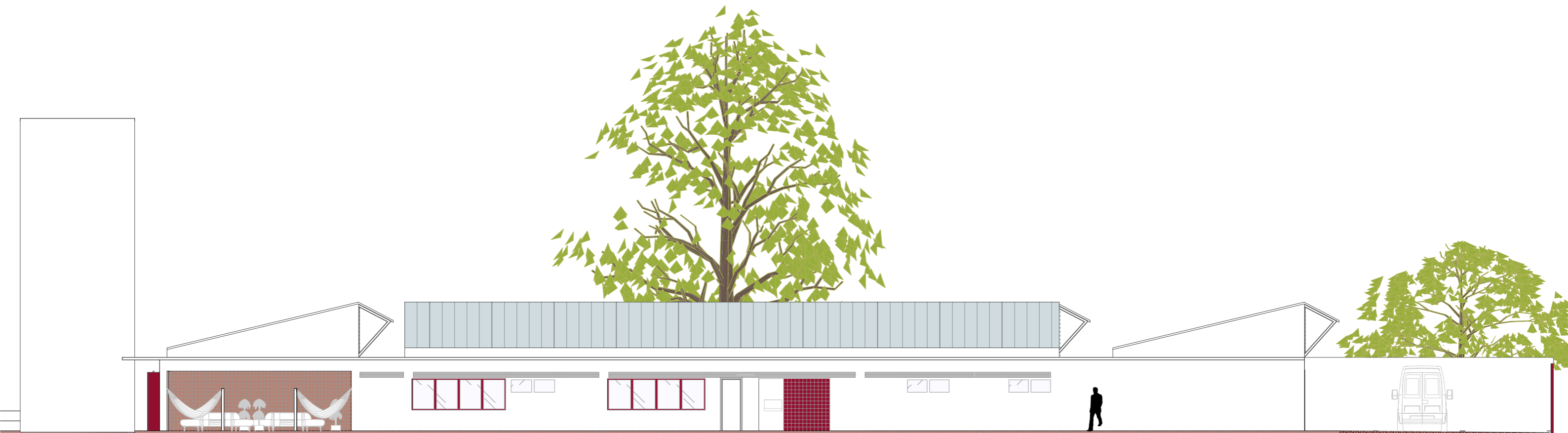
Corte B



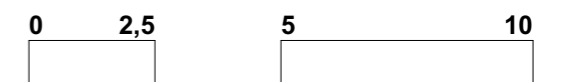
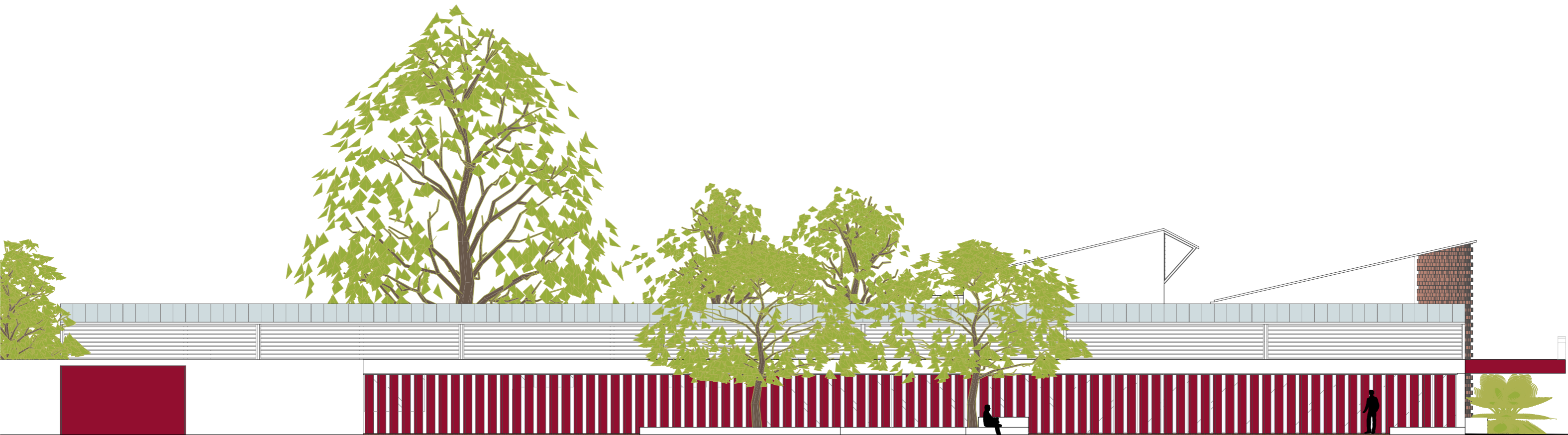
Fachada 1 - Oeste



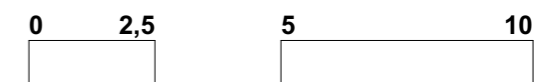
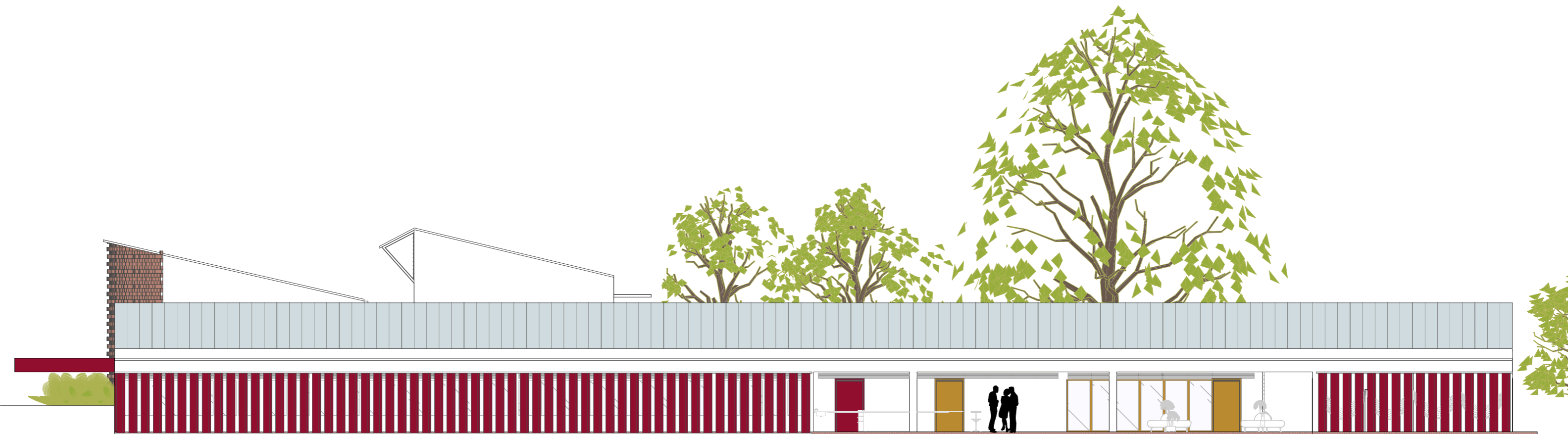
Fachada 2 - Leste



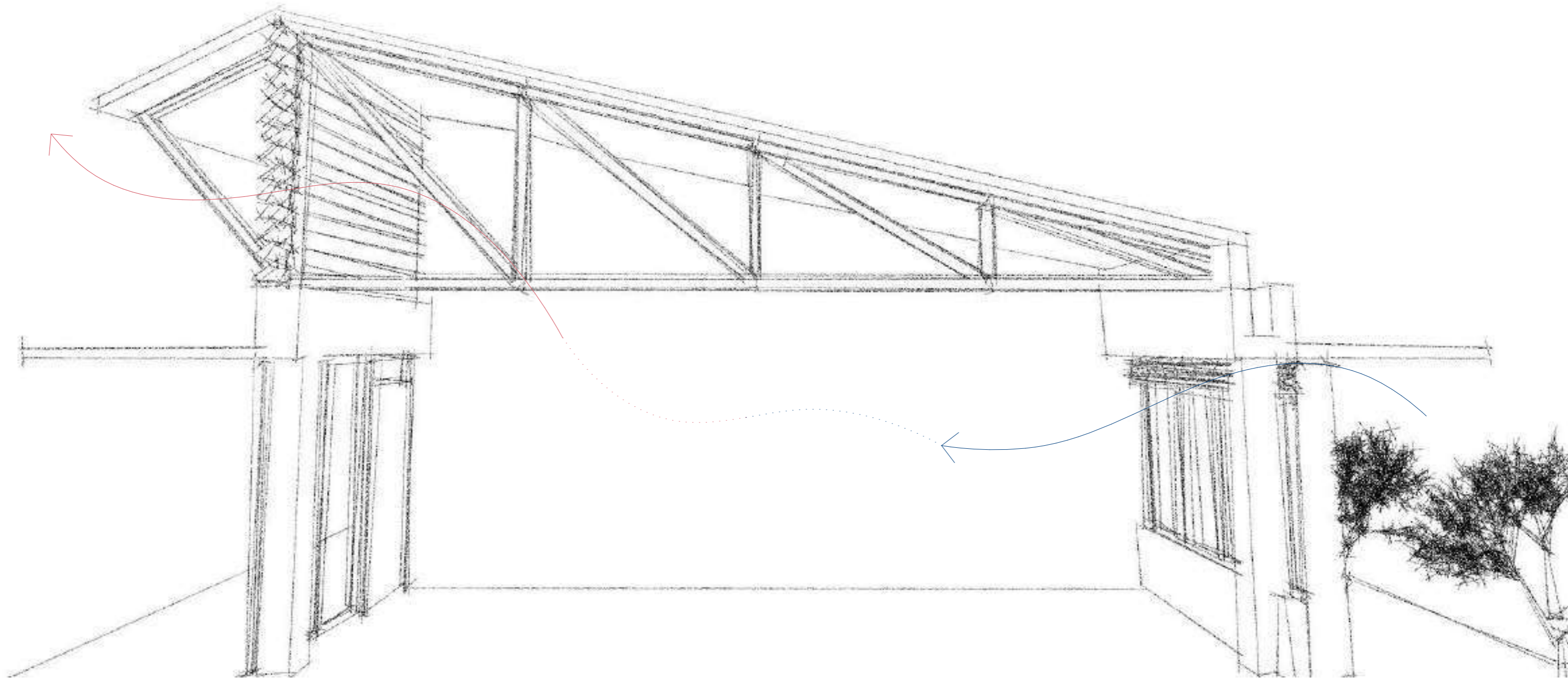
Fachada 3 - Norte



Fachada 4 - Sul



Croqui Esquemático



centro rita





centro rita



centro rita









centro rita









Conclusão

9. Conclusão

O estudo evidenciou que a população idosa com Doença de Alzheimer e outras demências enfrenta desafios significativos relacionados à autonomia, socialização e bem-estar, amplificados pela escassez de equipamentos públicos especializados no Brasil. A análise das diretrizes normativas, das políticas de atenção ao idoso e das referências projetuais internacionais demonstrou que a arquitetura pode exercer papel ativo na melhoria da qualidade de vida desses indivíduos, indo além da simples funcionalidade dos espaços.

Ao explorar conceitos como Neuroarquitetura, Design Baseado em Evidências e Biofilia, tornou-se claro que fatores como iluminação, conforto ambiental, cores, acessibilidade e integração com áreas externas influenciam diretamente o comportamento, a orientação espacial e a segurança dos usuários. A combinação desses elementos em um projeto de Centro de Convivência com programa de Centro-dia mostrou-se capaz de promover estímulo cognitivo, interação social e suporte multidisciplinar sem comprometer a permanência comunitária e familiar do idoso.

Portanto, conclui-se que a arquitetura, quando planejada com sensibilidade às necessidades cognitivas, emocionais e físicas da população idosa, transcende o aspecto estético e funcional, tornando-se uma ferramenta estratégica para apoiar a saúde, a autonomia e a dignidade dos indivíduos com demência.