



CONVIDA

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E ACOLHIMENTO PARA
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

LIANA CÂNDIDO MARTINS

DEZEMBRO / 2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
CENTRO DE TECNOLOGIA
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO
TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO



CONVIDA

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E ACOLHIMENTO PARA
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

LIANA CÂNDIDO MARTINS

sob orientação de
PROF. DR. RICARDO ALEXANDRE PAIVA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pela autora

- M344c Martins, Liana Cândido.
ConVIDA: Centro de Convivência e Acolhimento para Idosos com Doença de Alzheimer
Liana Cândido Martins. - 2017.
90 f.: il. color.
- Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade Federal do Ceará, Centro de Tecnologia, Curso de Arquitetura e Urbanismo, Fortaleza, 2017.
Orientação: Prof. Dr. Ricardo Alexandre Paiva.
1. ILPI. 2. Centro de Convivência. 3. Idosos. 4. Doença de Alzheimer. I. Título.

CDD 720

LIANA CÂNDIDO MARTINS

CONVIDA

Centro de Convivência e Acolhimento para
Idosos com Doença de Alzheimer

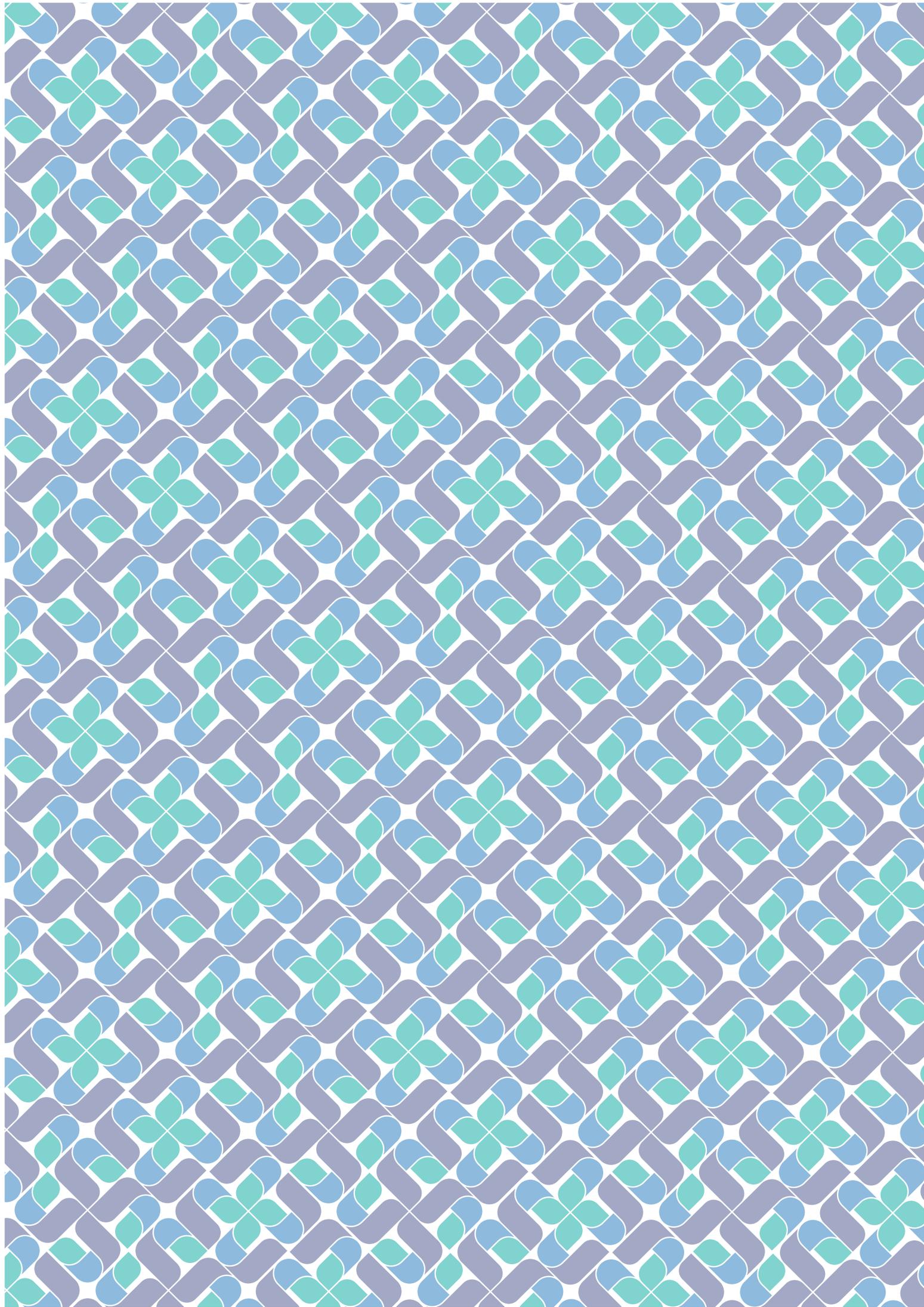
BANCA EXAMINADORA

PROF. DR. RICARDO ALEXANDRE PAIVA
Universidade Federal do Ceará

PROFA. DRA. ZILSA MARIA PINTO SANTIAGO
Universidade Federal do Ceará

PROFA. MA. VLÁDIA BARBOSA SOBREIRA
Universidade de Fortaleza

FORTALEZA
Dezembro, 2017.



AGRADECIMENTOS

Aqui encerro um ciclo importante da minha vida acadêmica, mas não sem antes reconhecer o valor das pessoas que me ajudaram a chegar até aqui. Os meus sinceros agradecimentos a todos vocês que me ajudaram no caminho da formação profissional, e na meu crescimento pessoal.

Aos meus pais, Haroldo e Aurilene, sem os quais eu jamais seria quem eu sou. Aos meus irmãos, Haroldo e Lívia, pela incessante ajuda durante todo o percurso da vida e pela paciência. À minha cunhada, Patrícia, e meus sobrinhos, Letícia, Guilherme e Vinícius, o carinho e as alegrias são imensuráveis.

Ao Diego, meu querido noivo, que enfrentou junto os trabalho incessantes e as noites mal dormidas, mas que também comemorou junto cada pequena vitória.

Aos meus amigos de colégio que ainda seguem comigo, aos amigos de faculdade e aos da vida. À Felipe e Carolyne, sempre derrubando muros. Aos amigos que contribuíram nessa reta final de forma impagável, Duana, Emily, Manel e Sheldon. Aos Friends do coração, Aline, Allana, Bia, Camila, Cinthya, Davi, Guilherme, Heitor, Marina, Natália, Renata, Vitor e Zeh, por aguentar as reclamações e dividirem as ansiedades. À minha turma 2010.2 e, em especial, à ABEBA, por trilharem juntos esse árduo caminho.

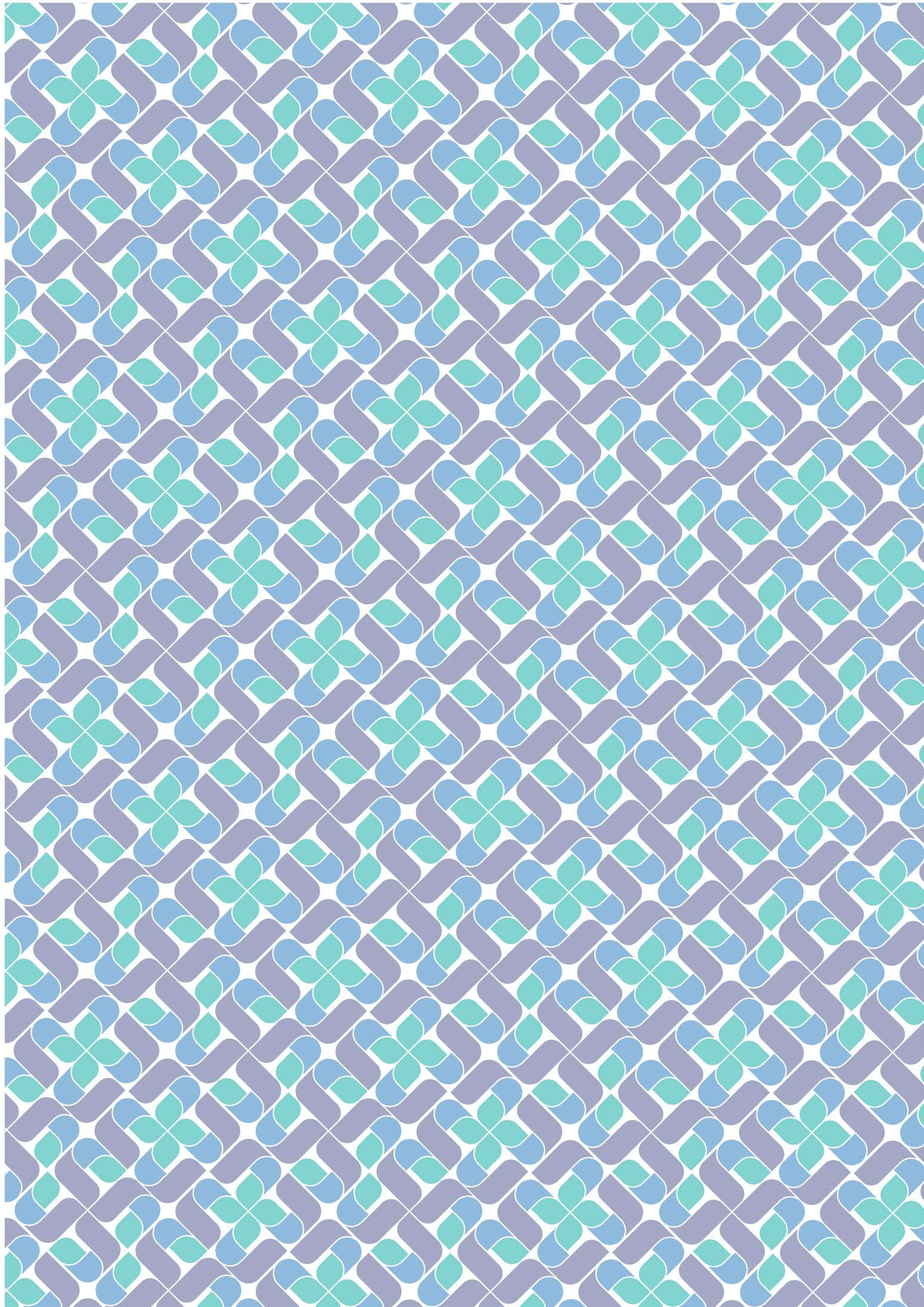
Aos amigos de Salford, que proporcionaram uma experiência sem igual, em especial à Larissa e à Jéssica, minhas eternas housemates.

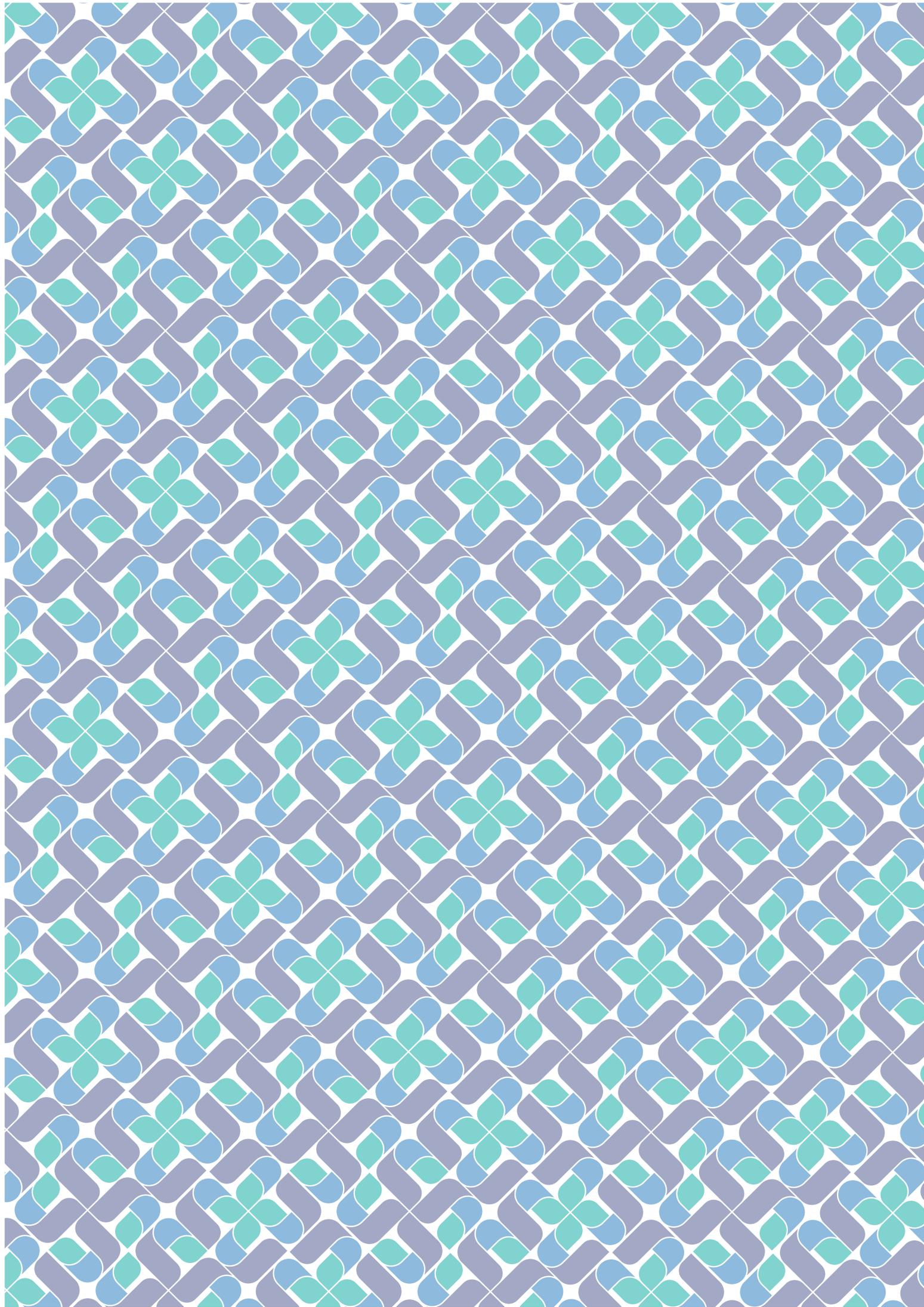
À Ricardo Codinhoto, por todo apoio durante o intercâmbio e pela inspiração deste trabalho.

A todos os professores e funcionários do DAU pelo compartilhamento de experiências e por todo o ensinamento adquirido. Em especial ao meu orientador Prof. Ricardo Paiva, o orientador que eu pedi a Deus. À Profa. Zilsa Santiago, por todo o ensinamento sobre acessibilidade e

sobre como tornar os espaços mais inclusivos e humanizados, e agora, por aceitar fazer parte da minha banca. À profa. Vlória Sobreira, pelo voto de confiança e pela disponibilidade ao aceitar meu convite para a banca.

MUITO OBRIGADA!





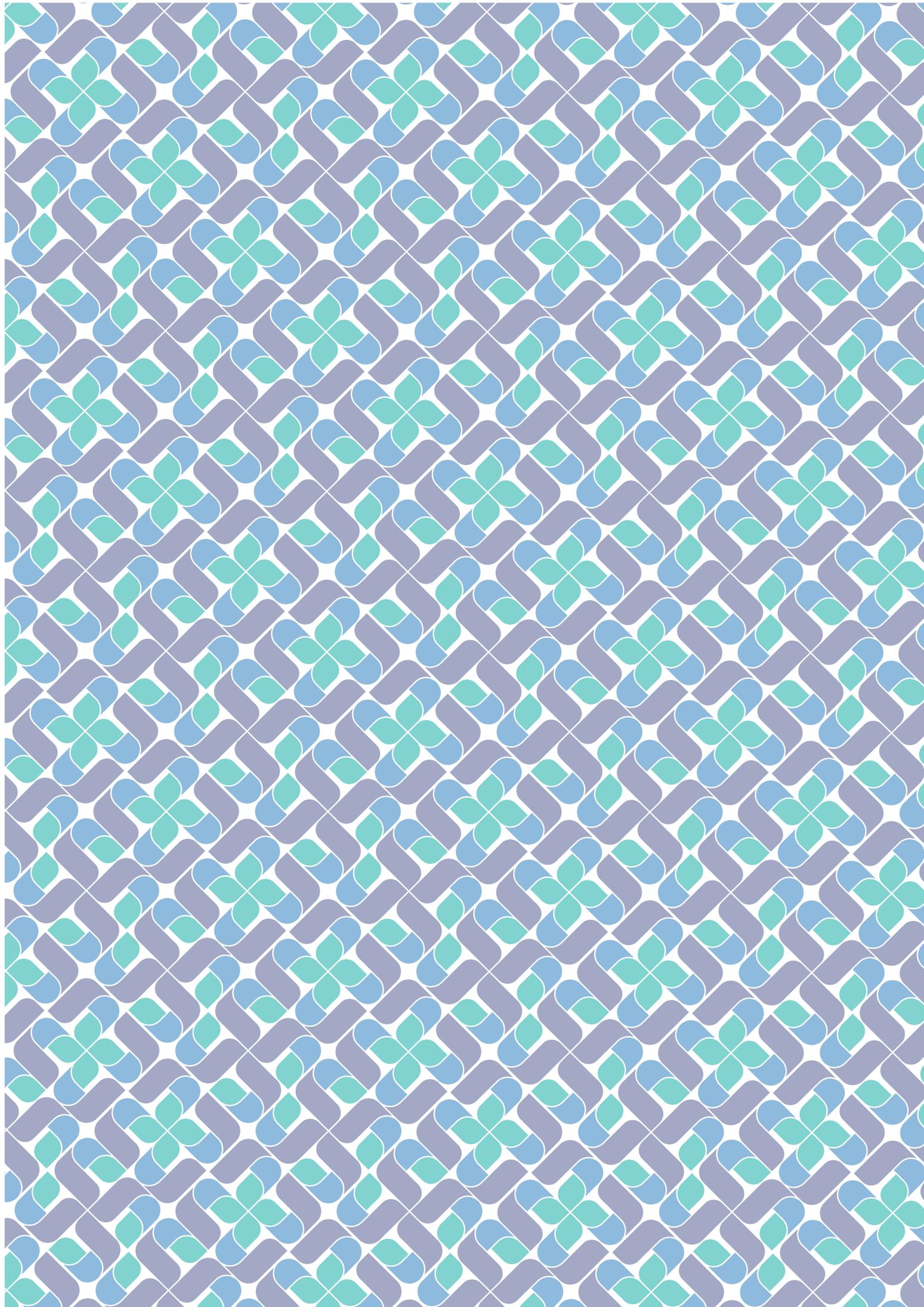
"A arquitetura é uma forma singular de conhecimento, é algo complexo de definir! Porque você convoca história, ternura, memória, realização, e decide: vou fazer, então!"

Paulo Mendes da Rocha

PARTE 1: PRINCIPIAR	CAPÍTULO 1. Introdução	13
	Apresentação	
	Justificativa	
	Objetivo Geral	
	Objetivos Específicos	
	Metodologia	
	CAPÍTULO 2. Velhice e Terceira Idade: Conceitos e Análises	19
	Idoso no Mundo	
	Idoso no Brasil	
	Idoso e as Patologias	
	A Doença de Alzheimer	
PARTE 2: DESENVOLVER	CAPÍTULO 3. Atenção ao Idoso: Equipamentos e Direitos	41
	Políticas Públicas de Atenção ao Idoso	
	Equipamentos de Atenção ao Idoso	
	Instituições de Longa Permanência para Idosos	
	Centros de Convivência	
	CAPÍTULO 4. O Ambiente como Recurso Terapêutico	51
	CAPÍTULO 5. Estudos de Caso e Referências Projetuais	57
	Alzheimer's Respite Centre, Irlanda	
	Lar de Idosos Peter Rosegger, Áustria	
	Lar Torres de Melo, Brasil	
	Biblioteca Brasileira, Brasil	

SUMÁRIO

PARTE 3: ESPACIALIZAR	CAPÍTULO 6. Concepção do Objeto	55
	Conceitos	
	Público- Alvo	
	Programa de Necessidades	
PARTE 4: PROJETAR	CAPÍTULO 7. O Sítio	91
	Escolha do Terreno	
	Análise do Terreno	
PARTE 5: FINDER	CAPÍTULO 8. A Proposta	115
	Memorial Justificativo	
	Índices Urbanísticos	
	Partido	
	Relações Funcionais	
	Sistema Construtivo	
	Desenhos Técnicos	
	CAPÍTULO 9. Considerações Finais	159
PARTE 5: FINDER	ANEXOS	161
	Referências Bibliográficas	
	Lista de Figuras	
	Lista de Gráficos	
	Lista de Mapas	
	Lista de Tabelas	
	Legislação de Fortaleza	



CAPÍTULO 1. INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO

Com base em dados da ONU e do IBGE, a população mundial está envelhecendo, e a evolução populacional brasileira também está vivenciando um rápido processo de envelhecimento populacional, ocasionado pela diminuição da fecundidade e pelo aumento na longevidade da população. Embora o envelhecimento populacional seja um fato celebrável e não um problema, visto que significa um aumento na expectativa de vida resultante do sucesso das políticas de saúde públicas e sociais, acarreta em uma série de desafios relacionados à previdência social, à saúde, à assistência social, ao cuidado e à integração social da população crescente de idosos.

O aumento da população idosa tem como consequência um grande número de indivíduos atingindo uma idade crítica para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, sendo a Doença de Alzheimer a mais comum. No entanto, no Brasil, apesar do grande número de anciãos acometidos pela doença, ainda há uma carência na assistência especializada para os mesmos.

Considerando tais fatos, e também ausência de investimento público em equipamentos de moradia, lazer e integração social de idosos no Brasil, configura-se como o objetivo principal deste trabalho de graduação a concepção de uma solução arquitetônica voltada a essa parcela da população desassistida.

Assim, trata-se de um Centro de Convivência e Acolhimento para Idosos com Alzheimer, no Bairro Messejana, em Fortaleza, com o objetivo de atender às necessidades específicas de idosos portadores da doença, proporcionando um espaço físico adequado às diversas funções relacionadas ao cuidado e tratamento destas pessoas. O equipamento propõe abrigar uma equipe interdisciplinar de saúde, com médicos geriatras, psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas,

nutricionistas e assistentes sociais, assim como, ambientes voltados ao lazer e convívio social, e às atividades educativas e recreativas apropriadas às necessidades dos mesmos.

JUSTIFICATIVA

O interesse em abordar essa temática é fruto direto da pesquisa feita durante o intercâmbio acadêmico realizado por meio do Programa Ciência sem Fronteiras no Reino Unido. A pesquisa abordou os efeitos que o ambiente construído tem sobre o cuidado e tratamento de pessoas com Alzheimer. No Reino Unido, a preocupação atual dos pesquisadores e da saúde pública, em relação ao Alzheimer, tem crescido de forma significativa em decorrência do aumento da expectativa de vida da população; no Brasil, tal incremento não é diferente, mas ainda não se vê a mesma preocupação da saúde pública com relação a esta doença, acarretando numa escassez de equipamentos públicos especializados em lidar com os desafios da doença.

O Alzheimer é o tipo mais comum de demência, uma doença degenerativa e progressiva que não tem cura e atinge cerca de 18 milhões de pessoas no mundo, e mais de 1 milhão de brasileiros. Devido ao seu caráter degenerativo, a doença leva à necessidade de assistência constante, tendendo a uma completa dependência. Apesar de não haver cura, é possível fazer uso de tratamentos que contribuam para uma desaceleração do processo degenerativo, diminuindo os sintomas da doença e melhorando a qualidade de vida do indivíduo. No entanto, no Brasil, de acordo com a Associação Brasileira de Alzheimer, apenas 14% da população com a doença recebe tratamento adequado. Em Fortaleza, apesar de haver um certo número de grupos de apoio e iniciativas que beneficiem familiares e cuidadores de idosos portadores de demência, o suporte ainda é insuficiente frente ao grande número

de idosos acometidos por Alzheimer, caracterizando a necessidade de um equipamento com esta finalidade.

Tendo em vista tais fatos, buscou-se, neste trabalho de graduação, oferecer alternativa para implantação de um equipamento público que possa suprir essa carência de tratamento e suporte para indivíduos afetados por essa doença. Devido à alta incidência do Alzheimer na população idosa, optou-se pelo desenvolvimento de um equipamento voltado à esta parcela da população. Para isso, optou-se pela combinação de dois programas arquitetônicos, a Instituição de Longa Permanência para Idosos e o Centro de Convivência, ambos voltados para o cuidado de idosos acometidos por Alzheimer.

A escolha do terreno, no bairro Messejana, partiu de uma série de condicionantes relativos à cidade e ao programa, como o número de possíveis usuários em cada Secretaria Executiva Regional, a carência de equipamentos públicos voltados a idosos, a facilidade no acesso a área, o estudo da renda da população, a fim de propiciar um melhor acesso à população de baixa renda, e por fim, os condicionantes ambientais, de forma a atender às especificidades do projeto.

| 15

OBJETIVO GERAL

O desenvolvimento do projeto de um centro de convivência e acolhimento para idosos com Alzheimer, que contemple as funções residencial e de assistência médica e social, proporcionando um ambiente seguro que promova integração social e uma melhor qualidade de vida a idosos acometidos pela Doença de Alzheimer.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver um programa de necessidades que contemple os anseios de pessoas portadoras da Doença de Alzheimer, visando suas necessidades específicas e promovendo o Desenho Universal;
- Projetar espaços integrados com o entorno e com a natureza, propondo jardins terapêuticos e contemplativos, promovendo um ambiente mais confortável e humanizado;
- Seguir a normativa da legislação vigente no desenvolvimento do projeto, para que se possa elaborar um projeto executável na realidade existente.

METODOLOGIA

16 |

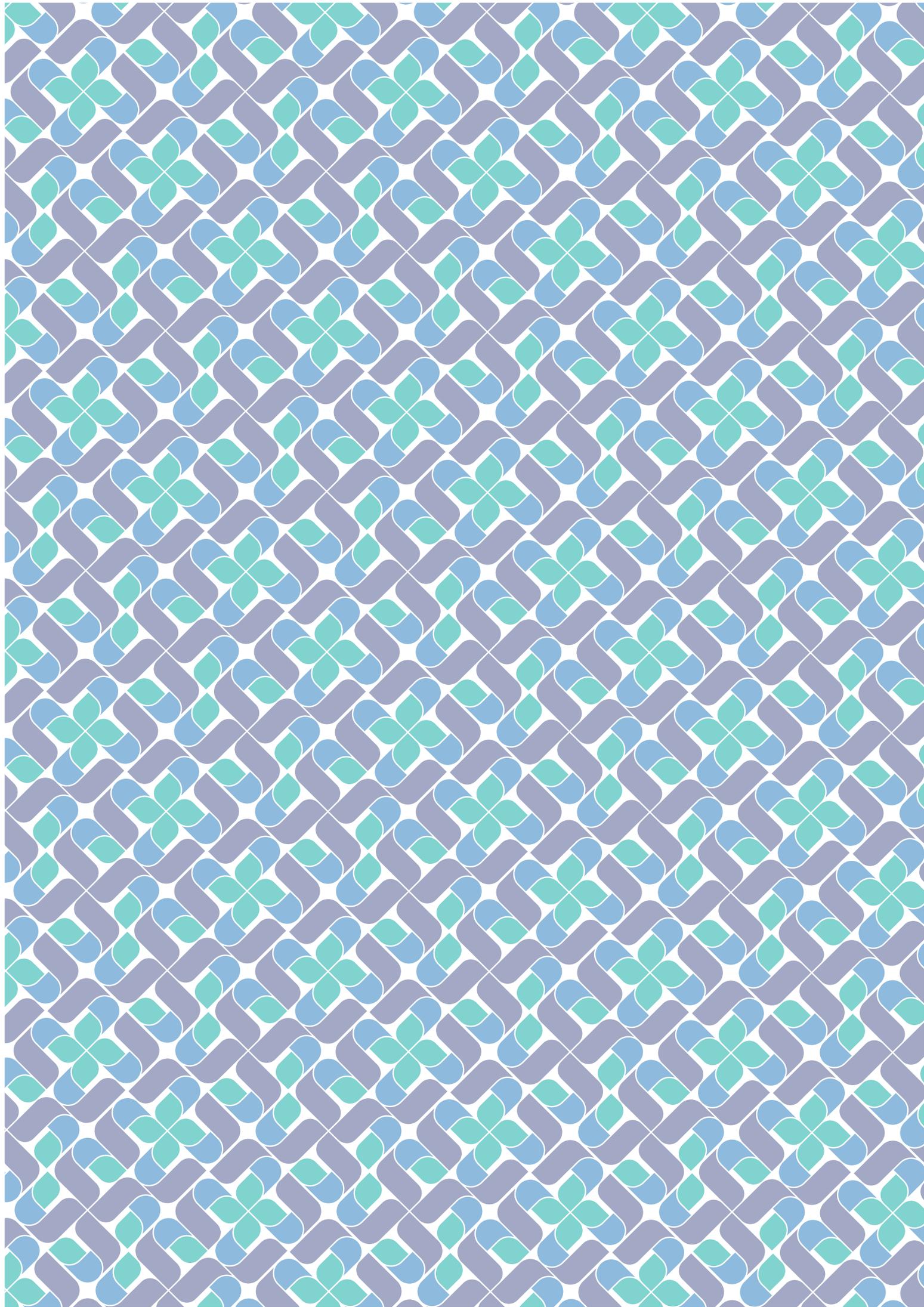
Antes da escolha do tema, durante o intercâmbio acadêmico, foram realizados estudos sobre os efeitos do ambiente construído no cuidado de pessoas com Alzheimer, considerando o funcionamento de instituições voltadas a essa função, e resultando numa compilação de instruções para o projeto dessas instituições. O relatório final dessa pesquisa foi de suma importância para a concepção deste projeto.

Em seguida, já com o tema deste trabalho definido, procurou-se entender a situação do idoso no Brasil, por meio de uma bibliografia relacionada, buscando compreender os embates referentes à integração social e à saúde, especificamente no que diz respeito à Doença de Alzheimer. Definiu-se, portanto, o caráter residencial do equipamento a ser projetado, proporcionando uma necessidade de conhecimento sobre a legislação vigente com relação a instituições residenciais para idosos.

Buscando-se, então, colocar em prática os ensinamentos obtidos no curso e o conhecimento adquirido nas etapas anteriores, propôs-se

a escolha de um terreno na cidade de Fortaleza, que contemplasse as diretrizes estabelecidas frente às necessidades provenientes do tema e da cidade, para, então, iniciar-se o processo de projeto do equipamento.

A etapa de projeto teve início na definição do programa de necessidades e das diretrizes projetuais, estipulados a partir do estudo de casos semelhantes a temática proposta e do resultado da pesquisa feita no intercâmbio acadêmico. O desenvolvimento da proposta arquitetônica foi, então, avançando, respeitando-se as normas técnicas e a legislação estabelecidas nas leis vigentes.



CAPÍTULO 2. VELHICE E TERCEIRA IDADE: CONCEITOS E ANÁLISES

O mundo está envelhecendo. O envelhecimento populacional é uma conquista da sociedade moderna em decorrência da melhoria na nutrição, no saneamento, na medicina e na educação de forma geral. No entanto, apesar de significar uma maior longevidade, nem sempre significa que esses anos a mais de vida serão saudáveis. Essa mudança no perfil populacional acarreta em uma série de desafios importantes, especialmente os relacionados com a viabilidade financeira dos sistemas de pensões, a prestação de cuidados de saúde adequados e a longo prazo, e a plena integração das pessoas idosas como agentes ativos do desenvolvimento social.

Quando nos referimos a velhice, consideramos a mesma como uma fase de declínio das funções biológicas, da resiliência e da plasticidade. No entanto, esta fase ocorre de forma diferente em cada indivíduo, resultado do estilo de vida de cada um e de seus condicionantes genéticos. Desta forma, podemos reconhecer uma série de perdas significativas, como o surgimento de doenças crônicas-degenerativas, a perda de entes queridos, a perda de um papel social valorizado, dificuldades financeiras, dentre outras; contudo, o envelhecimento pode ser uma experiência positiva, desde que acompanhado de oportunidades contínuas de saúde, participação e seguridade, caracterizando um envelhecimento saudável e proporcionando qualidade de vida.

Considera-se, portanto, que não há uma idade universalmente aceita como limiar da velhice. As opiniões divergem de acordo com a classe econômica e o nível cultural, e mesmo entre os estudiosos não há consenso. No olhar demográfico, a velhice está focalizada, prioritariamente, pelos limites numéricos. (FREITAS, 2010, p. 408).

Desta forma, podemos afirmar que a caracterização da velhice varia entre 60 a 65 anos; segundo as Nações Unidas (UNITED NATIONS, 2007, p. 1), para países em desenvolvimento, o limite entre velho e jovem é de 60 anos de idade, e, para países desenvolvidos, 65 anos; essa diferença busca uma classificação mais adequada para cada tipo de

situação econômica e social em cada país. Para o Brasil, segundo a Lei Nº 10.741/2003, que dispõe sobre o Estatuto do Idoso, são considerados idosos pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (BRASIL, 2003, p.1).

Compreende-se ainda que a velhice e o envelhecimento são dois conceitos complementares; onde temos a velhice como uma fase da vida, e o envelhecimento como o processo que acompanha o curso da existência culminando na velhice. Para se ter uma velhice saudável, é preciso que o envelhecimento também o seja, e para isso, fazem-se necessárias mudanças significativas nos sistemas de saúde, educação e transporte, e também no planejamento dos ambientes, como moradias e espaços públicos, evitando que os mesmos tornem-se barreiras para funcionalidade dos indivíduos.

Reconhecemos, portanto, que a velhice saudável é responsabilidade de todos, dos gestores, da sociedade e do próprio indivíduo:

20 |

A velhice seria o momento em que, ao prevalecer um determinado enfraquecimento do tempo presente – variável para cada sujeito – devido ao afrouxamento dos laços afetivos e sociais e a inúmeras perdas, seria imposta ao sujeito a criação de novas formas de atualizar seu passado, enlaçando-o ao futuro. Ela demanda um novo enodar do tempo, importando, sobretudo, que nessa atualização haja um sujeito responsável por sua própria história. (MUCIDA, 2006, apud Santana, 2012, p.102).

Já o conceito de Terceira Idade, criado na França, traz consigo uma tentativa de rompimento com as imagens negativas da velhice. Enquanto a velhice é vista como algo pejorativo, uma degeneração; a terceira idade é tida como

[...] uma fase da vida em que as pessoas aproveitariam intensamente o seu tempo, na busca de realizações pessoais. O lazer, os cuidados com o corpo e a saúde, a ampliação do círculo social e até mesmo o exercício da sexualidade parecem estar presentes nessas novas representações sociais do

envelhecimento. (GROISMAN, 1999, p. 84)

Desta forma, substituindo termos como “velhice” por “terceira idade”, e “velho” por “idoso”, busca-se um contraste entre estereótipos negativos e positivos, de maneira que essa substituição “parece negar os problemas físicos ou mentais decorrentes do envelhecimento avançado” (GROISMAN, 1999, p. 84).

No entanto, para que o envelhecimento seja visto de forma benéfica e possa acarretar em mudanças positivas e adequadas para essa faixa etária da população, “[...] não pode fechar o espaço para a velhice abandonada e dependente, nem transformá-la em consequência do descuido pessoal” (DEBERT, 1997, p. 51, apud GROISMAN, 1999, p. 84), e sim considerá-la como uma fase da vida na qual os indivíduos se comportam de forma heterogênea, influenciados por fatores culturais, sociais e hábitos de vida, não apenas por questões de saúde.

Estudar a forma de propiciar qualidade de vida a idosos é fundamental para atingirmos um patamar de preparo para o futuro. Qualidade de vida pode significar inúmeras condições, dependendo de cada indivíduo, mas, com a finalidade de identificarmos estas condições para estabelecer critérios para o projeto, recorreremos ao apontamento de Rauchbach (2001, apud MARQUES, 2004, p. 67), que afirma que “envelhecer com qualidade de vida é: conviver com grupos; ter boa alimentação, boa moradia, tratamento médico e disposição de ser atuante”.

| 21

IDOSO NO MUNDO

O processo de envelhecimento populacional, apesar de em diferentes estágios, pode ser percebido em todas as partes do mundo. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, p. 3), em países de baixa e média rendas, esse

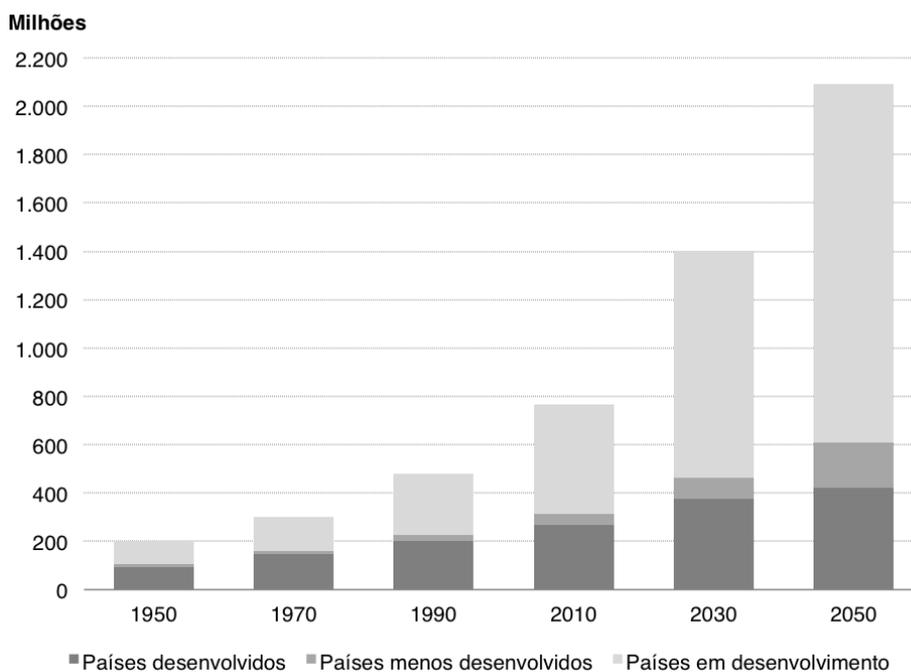
processo é resultado das reduções das taxas de mortalidade infantil e de doenças infecciosas; e em países de alta renda, o aumento na expectativa de vida se dá em função do declínio da mortalidade entre os idosos.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (UNITED NATIONS, 2007, p. v), em um nível mundial, a esperança de vida aumentou de 47 anos, em 1950-1955, para 65 anos, em 2000-2005; e a fecundidade total caiu de 5,0 para 2,6 filhos por mulher – espera-se que continue caindo até atingir 2,0 filhos por mulher, em 2045-2050. Esse perfil do índice de fertilidade pode ser identificado não só em países desenvolvidos, como também em países em desenvolvimento, e resulta em um nível abaixo do necessário para a reposição da população a longo prazo.

No entanto, ainda de acordo com relatório da ONU (2007, p. v), essa transição demográfica envolve três etapas; na primeira, há um rejuvenescimento da distribuição etária, com o aumento da proporção de crianças devido ao aumento da sobrevivência em idades mais jovens; seguida de uma redução de fertilidade, resultando no início do declínio da proporção de crianças acompanhada por um aumento na proporção de pessoas em idade potencialmente ativa, de 15 a 59 anos; culminando na terceira etapa, geralmente atingida após longos períodos de queda de fertilidade e mortalidade, a proporção de crianças e adultos em idade potencialmente ativa diminui e apenas a proporção de idosos aumenta.

De modo geral, países desenvolvidos encontram-se no último estágio da transição, e a grande maioria dos países em desenvolvimento encontra-se no segundo estágio. No entanto, a maioria das pessoas idosas do mundo vive nestes países em desenvolvimento e, em 2050, espera-se que a população idosa destes países irá compor 79% da população mundial com 60 anos ou mais (UNITED NATIONS, 2007, p. iv) (Gráfico 1).

Gráfico 1. Tamanho e distribuição da população mundial com idade igual ou superior a 60 anos por grupos de países, 1950 a 2050.



Fonte: United Nations (2007).

Além disso, países em desenvolvimento estão passando por um processo de envelhecimento de forma mais rápida que os países desenvolvidos. Segundo relatório de 2015 da ONU (UNITED NATIONS, 2015a, p. 226 e 227), espera-se que o número de idosos nos países em desenvolvimento e menos desenvolvidos atinja 1,6 bilhões em 2050, população idosa três vezes maior que em 2010, quando eram quase 500 milhões de idosos; essa estimativa é bem superior aos 421 milhões de idosos esperados em 2050 nos países desenvolvidos (Tabela 1).

Portanto, essa parcela da população mundial exige uma série de ações a fim de propiciar um ambiente adequado aos cuidados de saúde e à integração social. Para isso, faz-se necessária uma mudança nos sistemas de saúde e de assistência social, uma vez que muitas vezes são concebidos de forma dissociada, abordando cada problema separadamente, e, muitas vezes, apenas para curar condições agudas, e não para gerir e minimizar as consequências dos estados crônicos prevalentes na idade avançada.

Por exemplo, em 2015, foi estimado que em um dos maiores hospitais da França, 20% de todos os pacientes com mais de 70 anos eram significativamente menos capazes de realizar as tarefas básicas necessárias à vida diária no momento da alta do que quando entravam no hospital. Contudo, a

Tabela 1. População por faixa etária para o mundo e grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 e 2050.

Fonte: United Nations (2015a).

Faixa Etária	População (milhões)						Percentual					
	1950	1970	1990	2010	2030	2050	1950	1970	1990	2010	2030	2050
Mundo												
0-14	867	1.385	1.746	1.850	2.010	2.073	34,3%	37,6%	32,9%	26,7%	23,6%	21,3%
15-24	460	665	1.007	1.223	1.286	1.330	18,2%	18,1%	19,0%	17,6%	15,1%	13,7%
25-59	995	1.331	2.075	3.092	3.802	4.230	39,4%	36,1%	39,1%	44,6%	44,7%	43,5%
60+	202	302	482	765	1.402	2.092	8,0%	8,2%	9,1%	11,0%	16,5%	21,5%
Total	2.525	3.682	5.310	6.930	8.501	9.725	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Países desenvolvidos												
0-14	223	261	235	202	204	202	27,4%	25,9%	20,5%	16,4%	15,9%	15,7%
15-24	139	168	168	158	144	137	17,1%	16,6%	14,7%	12,8%	11,2%	10,7%
25-59	357	432	539	603	561	526	43,9%	42,9%	47,1%	48,9%	43,7%	40,9%
60+	94	147	202	270	375	421	11,6%	14,6%	17,7%	21,9%	29,2%	32,8%
Total	813	1.008	1.144	1.233	1.284	1.286	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Países em desenvolvimento												
0-14	563	987	1.284	1.297	1.333	1.293	37,2%	41,7%	35,1%	26,8%	22,6%	19,8%
15-24	284	441	740	896	886	856	18,7%	18,6%	20,2%	18,5%	15,0%	13,1%
25-59	571	798	1.378	2.205	2.733	2.908	37,7%	33,7%	37,7%	45,5%	46,4%	44,5%
60+	98	140	254	451	939	1.485	6,5%	5,9%	6,9%	9,3%	15,9%	22,7%
Total	1.516	2.366	3.655	4.849	5.891	6.542	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Países menos desenvolvidos												
0-14	81	137	228	350	473	579	41,2%	44,2%	44,7%	41,3%	35,7%	30,5%
15-24	37	57	99	168	256	337	19,0%	18,4%	19,4%	19,8%	19,3%	17,8%
25-59	67	101	158	284	509	796	34,5%	32,6%	30,9%	33,5%	38,4%	41,9%
60+	10	15	25	45	89	186	5,3%	4,8%	5,0%	5,3%	6,7%	9,8%
Total	196	309	510	847	1.326	1.897	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

condição de saúde explicava esta queda na capacidade em menos de metade desses casos. Nos demais, o declínio da capacidade funcional relacionou-se com limitações nos cuidados que os pacientes receberam. Em 80%, o problema era evitável, geralmente através do uso de modelos de cuidados alternativos fáceis e acessíveis, como incentivar a mobilização ou melhor gerenciar a incontinência (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015, p. 6, tradução nossa).

Nem nos países de alta renda os serviços de saúde estão adequadamente integrados aos sistemas de cuidados de longo prazo, acarretando em serviços caros para condições agudas sendo usados para atender necessidades de cuidados crônicos. Em países de baixa renda ou em áreas pobres em recursos em todo o mundo, o acesso aos serviços de saúde é ainda mais limitado. Os profissionais de saúde

podem ter pouco treinamento em como lidar com questões comuns na idade avançada, como demência ou fragilidade, dificultando diagnósticos precoces e o gerenciamento adequado de situações como a pressão arterial elevada, uma das maiores causas de mortalidade em pessoas idosas.

Essas falhas nos sistemas de saúde resultam em altas taxas de idosos com limitações de funcionamento. Devido às infraestruturas limitadas ou inexistentes para cuidados de longo prazo, a responsabilidade no cuidado dos idosos é repassada às famílias, que geralmente carecem de treinamento ou apoio para proporcionar adequadamente os cuidados necessários.

Portanto, é necessária uma resposta abrangente e global da saúde pública com relação ao envelhecimento da população. As transformações dos sistemas deverá ser enquadrada de uma forma que altere todos os setores da vida e do espaço públicos, porque a saúde dos idosos é influenciada não só pelos sistemas de saúde e cuidados de longa duração, mas também pelo ambiente em que vivem e viveram ao longo de suas vidas.

IDOSO NO BRASIL

De acordo com análises do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015, 2016), verifica-se que o Brasil está vivenciando um rápido processo de envelhecimento populacional, ocasionado pela diminuição da fecundidade e pelo aumento na longevidade da população. Houve um aumento na população idosa de 9,8%, em 2005, para 14,3%, em 2015; E estima-se que, em 2070, 35% da população brasileira seja composta de idosos, ultrapassando as pessoas de 0 a 29 anos de idade, que corresponderão a 28,3%, acarretando em uma série de desafios

relacionados à previdência social, à saúde, à assistência social, ao cuidado e à integração social dos idosos.

Com base nas projeções da ONU (UNITED NATIONS, 2015b, p. 137), podemos perceber a evolução da pirâmide etária brasileira, onde a base, grupo de crianças e adolescente de 0 a 14 anos, e o corpo, grupo de jovens e adultos de 15 a 64 anos, está reduzindo; e o topo, a população idosa acima de 65 anos, vem crescendo; caracterizando uma mudança na estrutura social brasileira (Figura 1).

O envelhecimento da população brasileira acontece num ritmo acelerado em comparação a outros países mais populosos e, segundo estudos epidemiológicos, em 2025, o Brasil será o sexto maior país do mundo em número de idosos (SANTANA, 2012, p.100). Segundo projeções da ONU (UNITED NATIONS, 2015a, p. 258 e 259), o Brasil, em 2010, possuía uma população idosa de 19,7 milhões de pessoas, 9,9% da população total brasileira, e, em 2050, essa população pode chegar a 69,9 milhões de pessoas, 29,3% da população total brasileira esperada; ou seja, em 40 anos, a população idosa brasileira mais que triplicará, caracterizando um crescimento rápido ao compararmos com

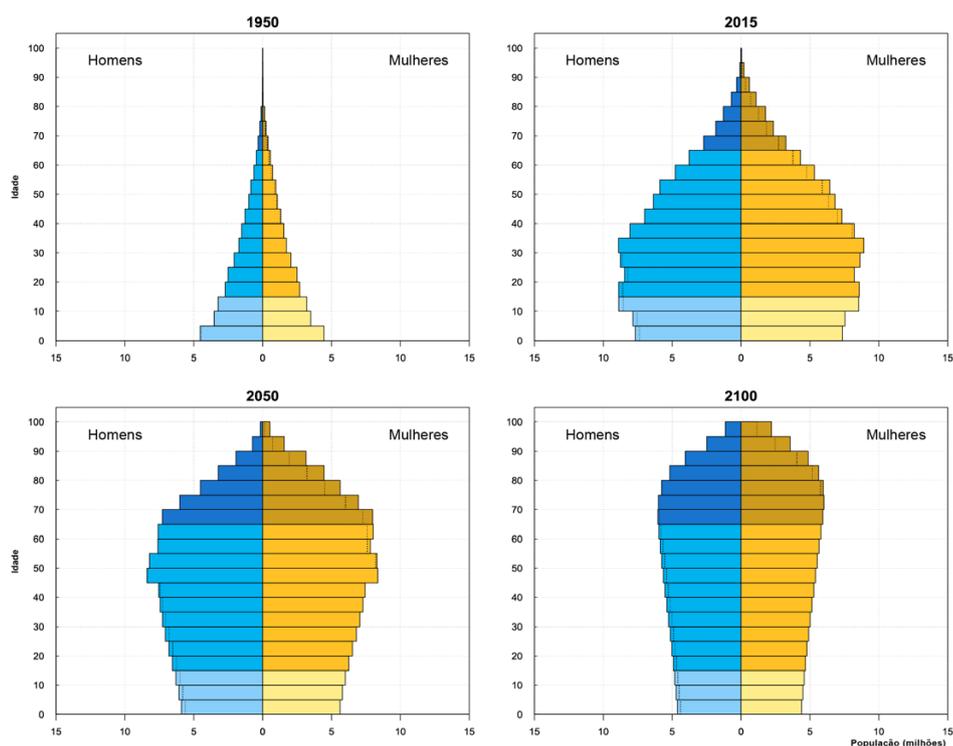


Figura 1. População brasileira por grupos etários e sexo (números absolutos).

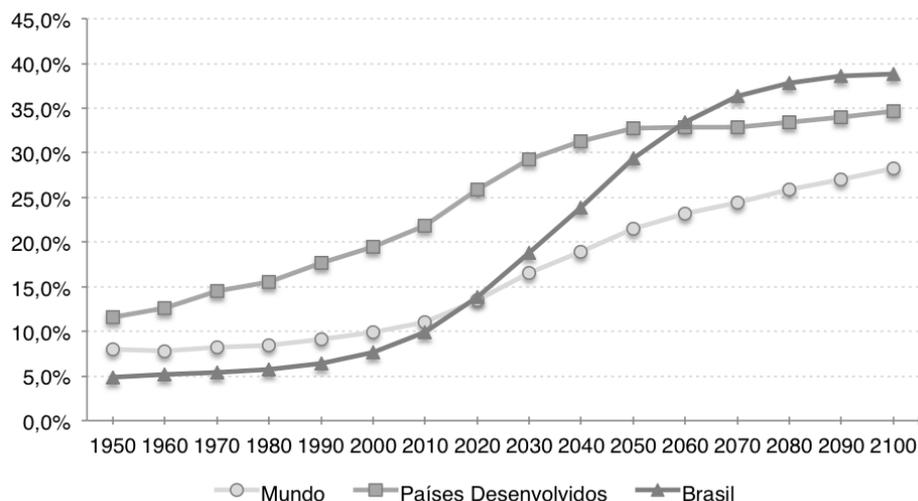
Fonte: United Nations (2015b), tradução nossa.

Nota: As linhas pontilhadas indicam o excesso da população masculina e feminina em uma faixa etária.

Gráfico 2. Proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade na população total – Mundo, Países Desenvolvidos e Brasil – 1950 a 2100

Fonte de dados: United Nations (2015b).

Nota: Os dados de 2020 a 2100 foram projetados na variante média.



a previsão de crescimento da população idosa mundial e de países desenvolvidos, como ilustrado no Gráfico 2.

Esse crescimento representa uma importante conquista social, e resulta da melhoria das condições de vida, com ampliação do acesso a serviços médicos preventivos e curativos, avanço da tecnologia médica, ampliação da cobertura de saneamento básico, aumento da escolaridade e da renda, entre outros determinantes. No entanto, essa transição demográfica brasileira apresenta características peculiares e demonstra grandes desigualdades sociais no processo de envelhecimento. O perfil demográfico e epidemiológico do país foi alterado, resultando em uma série de demandas específicas que requerem mudanças nas políticas públicas, principalmente com relação a saúde, assistência social e previdência social, afim de proporcionar qualidade de vida a essa parcela da população que vem crescendo.

Ao considerarmos as características sociais, o perfil do idoso brasileiro é composto majoritariamente por mulheres (55,7%) e pessoas que se declaram como brancas (52,6%). Em sua grande maioria, residentes de área urbana, correspondendo a 84,3% do total; e, em 64% das residências, a pessoa idosa é responsável pelo domicílio (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015, 2016).

Ainda segundo o IBGE (2015, 2016), ao analisar o padrão de vida com base na Pesquisa Nacional de Saúde – PNS de 2014, com a

atenção voltada para potenciais carências ou vulnerabilidades, foi possível identificar carências relacionadas aos determinantes sociais da saúde e à falta de acesso a direitos assegurados pela Constituição Federal Brasileira. A proporção de pessoas com 60 anos ou mais que não haviam concluído o ensino fundamental era de 70,7%, sendo o grupo etário com menor média de anos de estudo entre a população a partir de 15 anos.

Essa carência de estudos é refletida na inserção em postos de trabalho que exigem menor qualificação, como é o caso de 65,5% dos idosos inseridos no mercado de trabalho. Apesar de 29,1% dos idosos estarem inseridos no mercado de trabalho, a PSN 2014 apontou que a aposentadoria ou pensão foi a principal fonte de renda das pessoas com 60 anos ou mais de idade, correspondendo a 66,4% da população. Mostrando que a concessão de benefícios e a cobertura de programa e serviços direcionados aos idosos é de suma importância frente ao envelhecimento populacional e ao amparo social.

28 |

A PNS 2014 também evidenciou que 6,8% das pessoas com 60 anos ou mais tinham limitação funcional para realizar atividades da vida diária, não conseguindo ou tendo grande dificuldade para realizar, sozinhas, atividades como comer, tomar banho, ir ao banheiro, vestir-se, andar em casa de um cômodo para outro no mesmo andar, e deitar-se; e entre os idosos com alguma limitação funcional, 84% declararam precisar de ajuda para realizar tais atividades.

A pesquisa também apontou o tipo de cuidado recebido por estes idosos, sendo 78,8% cuidados por familiares, 17,8% recebiam cuidados remunerados, e 10,9% não recebiam ajuda para a realização das atividades da vida diária. Essa realidade destaca a grande responsabilidade familiar, em sua grande maioria, recaída sobre as mulheres, geralmente à frente do papel cuidador dentro da família; e também a necessidade de equipamentos públicos que supram a demanda de serviços voltados aos cuidados da pessoa idosa.

No entanto, é importante ressaltar que, de acordo com o IBGE (2015), através de análise da Pesquisa de Informações Básicas Municipais – MUNIC 2014, houve um aumento significativo na proporção de municípios com Conselhos Municipais de Direitos do Idoso, passando de 35,5%, em 2009, para 61,9%, em 2014.

Cotidianamente, os idosos brasileiros convivem com o medo de violências, da falta de assistência médica e de hospitais adequados ao sujeito idoso e escassas atividades de lazer, principalmente nas regiões onde a desigualdade social se impõe; além de angústias com os baixos valores das aposentadorias e pensões. [...] A precariedade de investimentos públicos para atender às necessidades específicas da população idosa, e mesmo de recursos humanos e serviços oferecidos a essa população, tanto em quantidade como em qualidade, associada à desinformação, ao preconceito e ao desrespeito aos cidadãos da terceira idade, requer uma mudança séria e na mesma velocidade com que o país envelhece. (SANTANA, 2012, p. 100 e 101)

A carência de serviços públicos básicos e de melhores condições de vida torna a população idosa vulnerável a diversos problemas psicológicos e de saúde, e com o rápido aumento da mesma, as implicações socioeconômicas para o Brasil serão imensas. Os recursos públicos e os programas de apoio ao idoso precisam ser empregados de forma eficiente a fim de minimizar futuras problemáticas evitáveis, e de garantir renda mínima e assistência médica e social para a manutenção da qualidade de vida da população idosa.

| 29

O IDOSO E AS PATOLOGIAS

Com o aumento da expectativa de vida, temos como consequência uma maior incidência de indivíduos com doenças crônico-degenerativas, como hipertensão, diabetes mellitus, doenças pulmonares obstrutivas crônicas, mal de Alzheimer, dentre outras, que resultam em internações e reinternações hospitalares. No entanto, o perfil epidemiológico

da população idosa brasileira é caracterizado pela tripla carga de doenças, além do forte predomínio das condições crônicas, há uma prevalência elevada de mortalidade e de morbidade por condições agudas decorrentes de causas externas, e o desenvolvimento agudo de condições crônicas, aumentando a demanda por leitos hospitalares por pacientes idosos.

A maioria dos idosos é portadora de doenças ou disfunções orgânicas, mas cabe destacar que esse quadro não significa necessariamente limitação de suas atividades, restrição da participação social ou do desempenho do seu papel social. Segundo Carboni (2007, p. 253), o sujeito idoso é portador, em média, de pelo menos três enfermidades crônicas, aumentando em 20% a probabilidade de internação hospitalar devido às pioras no estado de saúde. De modo geral, as doenças dos idosos são crônicas e múltiplas, perduram por vários anos e exigem acompanhamento médico e multidisciplinar permanentes, além de intervenções contínuas.

30 |

Segundo o IBGE (2016), com base nos dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM, de 2014, a mortalidade dos idosos, analisando causas definidas, estava mais concentrada nas doenças do aparelho circulatório (36,3%), seguida pelas neoplasias (18,6%) e doenças do aparelho respiratório (15,5%), essa análise foi com base nos dados de esperança de vida aos 60 anos de idade; já as causas não definidas, correspondiam a 5,8% do total de óbitos em 2014. Estilos de vida não saudáveis estão diretamente associados a essas doenças, fatores de risco como tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, má alimentação e sedentarismo, são fatores que favorecem o desenvolvimento de tais patologias.

Ironicamente os maiores fatores determinantes de uma saúde melhor estão fora do sistema de saúde. São apontados entre outros: o conhecimento, o meio ambiente limpo, o acesso aos serviços básicos, sociedades equânimes, respeito pelos

direitos humanos, bons governos, a capacidade do povo em decisões relevantes de sua vida. (CARBONI, 2007, p. 252)

As características do entorno do domicílio onde idosos residem são fatores importantes na qualidade de vida dos mesmos, já que, segundo IBGE (2016), 33% dos idosos declararam ter “no mínimo alguma dificuldade permanente para caminhar e/ou subir escadas sem ajuda de outras pessoa, ainda que usando prótese, bengala ou aparelho auxiliar”. A acessibilidade é fator primordial na garantia de espaços públicos seguros, inclusivos e acessíveis, contribuindo para a diminuição de internações e possíveis sequelas resultantes de quedas (um risco constante devido às alterações na capacidade de equilíbrio), e garantindo uma maior participação do sujeito idoso na sociedade.

O Censo Demográfico de 2010 (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010) evidenciou a carência de acessibilidade no entorno dos domicílios onde residem pessoas com 60 ou mais anos de idade, onde 93,8% dos idosos residiam em domicílios sem rampas de acesso em seu entorno. Apontou também uma possível negligência em relação a circulação de pedestres, já que 24,2% dos idosos residiam em domicílios desprovidos de calçadas no entorno, enquanto 13,6%, residiam em domicílios sem pavimentação no entorno. Vale também ressaltar que 27,5% das pessoas idosas declararam que vivem em domicílios sem arborização ou espaços públicos verdes no entorno.

Esses dados sugerem uma insuficiência de investimentos nos espaços públicos voltados ao idoso; muitas conquistas da política de acessibilidade para pessoas com deficiência física têm auxiliado na melhoria desses espaços, já que favorecem as pessoas idosas ou as com a mobilidade reduzida, mas no Brasil ainda há muitas mudanças a serem feitas afim de uma melhor adequação dos espaços, de forma que não se tornem barreiras limitantes à funcionalidade do indivíduo idoso.

A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) considera

envelhecimento o processo sequencial, individual, acumulativo, irreversível, universal, não-patológico, de deterioração do organismo, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte. (ARAÚJO; BRITO; BARBOSA, 2008, p. 123)

Com a deterioração do organismo, a prevalência de doenças neurodegenerativas aumenta; com o crescimento da população idosa, e como consequência, as doenças neurodegenerativas atingem proporções que a colocam com grande importância em termos de saúde pública. As doenças neurodegenerativas são aquelas causadoras de demências, em que ocorre a destruição progressiva e irreversível de neurônios, as células responsáveis pelo sistema nervoso, podendo, gradativamente, acarretar na perda de funções motoras, fisiológicas e/ou capacidade cognitiva (HOLANDA; PONTE; PINHEIRO, 2012, p. 583).

As demências são um conjunto de doenças caracterizadas pela perda de habilidades intelectuais como a memória, a linguagem, o juízo crítico, a racionalidade, associada a transtornos emocionais e de comportamento. A pessoa com demência perde sua independência e não consegue realizar as atividades que anteriormente executava. (HARTMANN; LUCCHESI, 2012, p. 21)

32 |

Segundo Hartmann e Lucchese (2012, p. 23, 24 e 43), existem diversos tipos de demências, mas a Doença de Alzheimer (DA) é a mais comum, constituindo aproximadamente 60% de todos os casos; seguida da Demência Vascular, segunda causa mais frequente de demência, responsável por 10-20% dos casos. A Doença de Alzheimer acomete, usualmente, pessoas com mais de 65 anos; já a Demência Vascular, tem sua incidência aumentada após os 85 anos de idade.

De acordo com o geriatra Márcio Borges (ASILO, 2013), o Brasil possui cerca de 4 milhões de pessoas na categoria de alta dependência, vítimas de Alzheimer, acidentes cardiovasculares e derrames de consequências irreversíveis, ou com problemas ortopédicos sérios e imobilidade. E, de acordo com Fridman et al. (2004, p. 20), nos países

desenvolvidos, a Doença de Alzheimer já é a terceira causa de morte, perdendo apenas para as doenças cardiovasculares e para o câncer.

A DOENÇA DE ALZHEIMER

Segundo Hartmann e Lucchese (2012, p. 32), a Associação Americana de Doença de Alzheimer define DA como “uma doença cerebral irreversível e progressiva que destrói lentamente a memória e a habilidade de raciocinar até limitar a possibilidade de execução de tarefas simples”. Os indivíduos perdem gradualmente a capacidade de executar atividades da vida diária, passando por um período de dependência, no qual não podem cuidar de si mesmos, evoluindo para um estágio final, de total dependência, limitado ao leito hospitalar.

Na DA, ocorre a morte de células nervosas, os neurônios, e perda

| 33

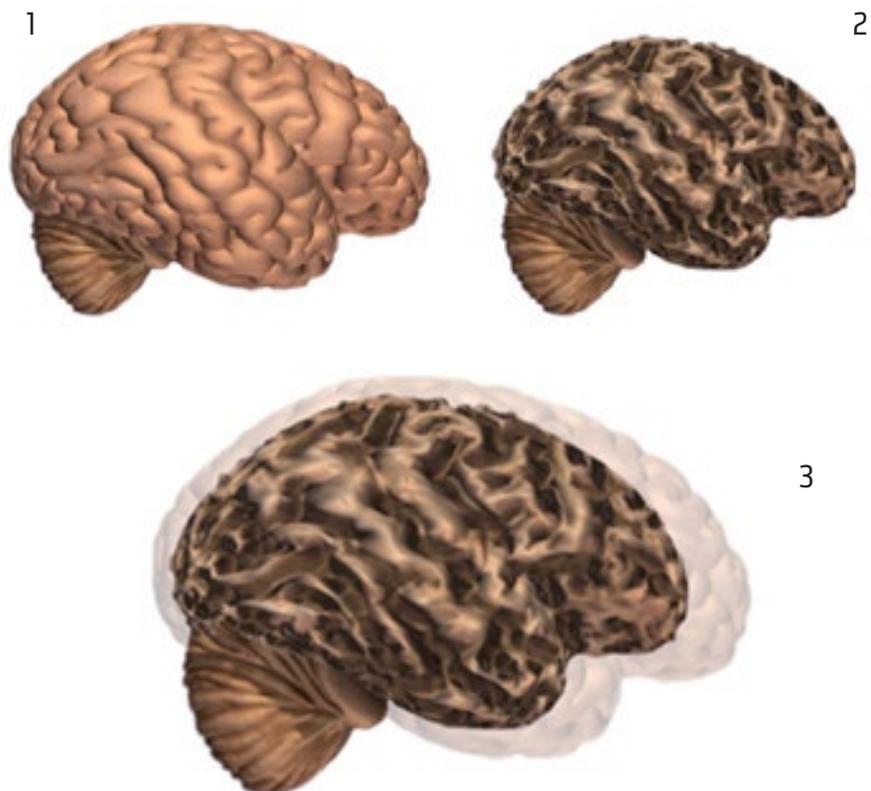


Figura 2. Modificações do cérebro na Doença de Alzheimer.

Fonte: Adaptada de Alzheimer's Association, 2017.

Nota: 1. Cérebro saudável; 2. Cérebro com Alzheimer em estágio avançado; 3. Comparação entre os dois cérebros.

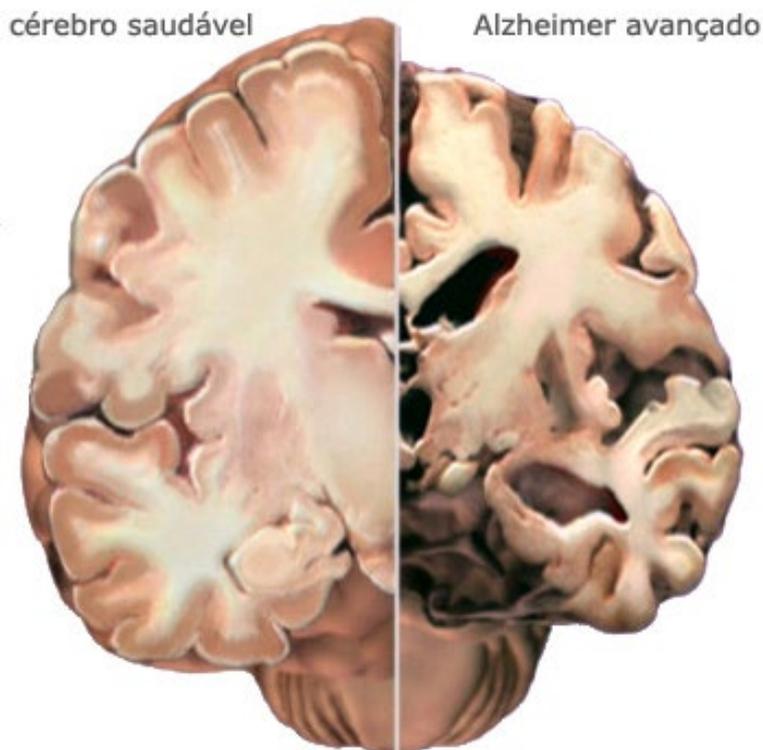


Figura 3. Corte transversal do cérebro, entre os ouvidos

Fonte: Alzheimer's Association, 2017.

Nota: No cérebro com Alzheimer, o córtex encolhe, danificando as regiões envolvidas com os pensamentos, planos e lembranças.

de tecido em todo o cérebro, como é possível ver nas Figuras 2 e 3. Com o passar do tempo, essa diminuição da massa cerebral passa a afetar todas as funções do órgão.

34 |

No cérebro com Alzheimer, o córtex encolhe, danificando as regiões envolvidas com os pensamentos, planos e lembranças. Esse encolhimento é principalmente grave no hipocampo, uma região do córtex que exerce papel importante na formação de novas lembranças. (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2017)

Segundo Hartmann e Lucchese (2012, p. 38 e 39), existem diversas teorias sobre as causas da DA, como por exemplo a teoria genética, onde pelo menos três genes foram associados com a doença em sua forma mais precoce – entre 40 e 60 anos –, no entanto as formas genéticas da doença são em torno de 5% dos casos; a teoria nutricional, na qual as evidências de que pessoas que seguem uma dieta rica em ácidos graxos poli-insaturadas e pobre em gorduras trans e saturadas desenvolvem menos DA, porém ainda não existem evidências científicas sobre isso; a teoria do envelhecimento, onde associa-se a doença à velhice, porém, apesar da incidência de DA aumentar com a idade, nem todo idoso desenvolverá DA.

No entanto, o que se pode afirmar com certeza é que a deposição da proteína precursora amiloide está presente em todos os pacientes com DA, formando placas, mas não se sabe se ela é causa ou consequência da DA. E, segundo Alzheimer's Association (2017), a formação dessas placas se espalham por todo o córtex em um padrão previsível, de acordo com o avanço da doença, como ilustrado na Figura 4.

Segundo Hartmann e Lucchese (2012, p. 32), e Alzheimer's Association (2017), a DA possui estágios com características definidas, e a sobrevivência varia em relação a idade na qual foi diagnosticada, a velocidade de progressão desses estágios e a associação a outros problemas de saúde, com uma média de 8 anos, e uma variação média entre 4 e 10 anos.

Como intuito de relacionarmos as características comportamentais dos idosos com a doença e as dificuldades encontradas no uso do ambiente físico no qual se encontram, identificamos a seguir os estágios da doença e os sinais e sintomas mais comuns de cada:

| 35

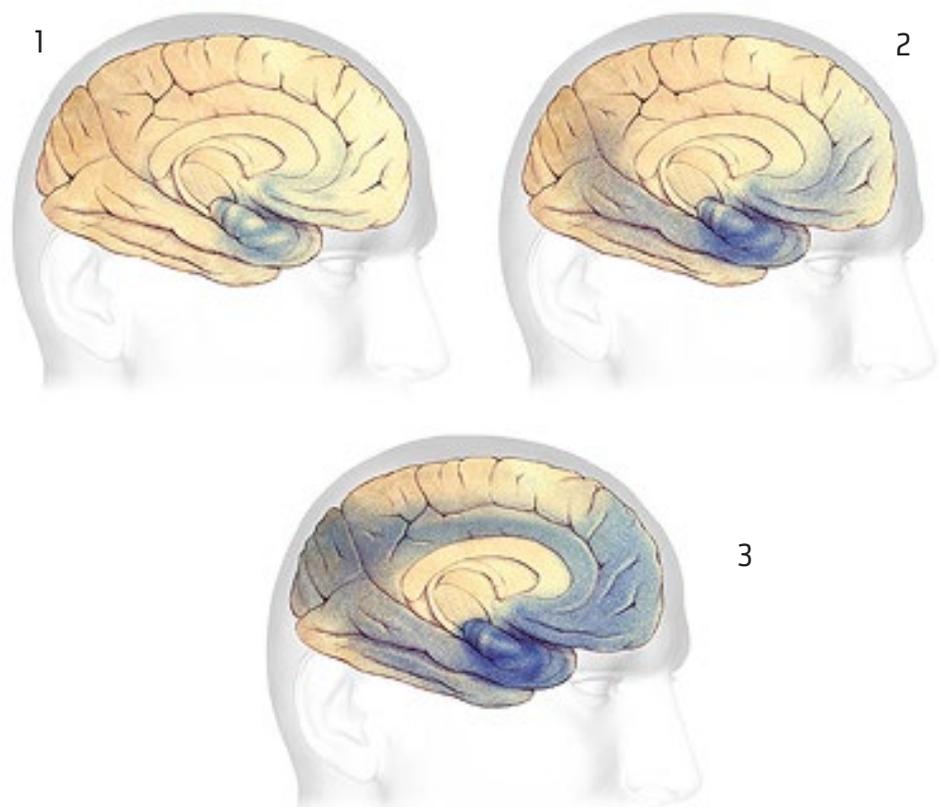


Figura 4. Modificações do cérebro na Doença de Alzheimer.

Fonte: Adaptada de Alzheimer's Association, 2017.

Nota: 1. Estágio inicial;
2. Estágio moderado;
3. Estágio grave.

1. Estágio leve ou inicial: as mudanças no comportamento podem começar 20 anos ou mais antes do diagnóstico. “Os primeiros sinais são difíceis de reconhecer e mesmo que se observem mudanças, não se ligam a problemas de saúde” (HARTMANN; LUCCHESI, 2012, p. 40). “Os depósitos anormais de proteínas começam a se formar nas regiões do cérebro envolvidas na aprendizagem e memória e no pensamento e planejamento” (ALZHEIMER’S ASSOCIATION, 2017), ocasionando o esquecimento de eventos, a incapacidade de concentração, a diminuição da capacidade de aprender nomes novos, dentre outros.

2. Estágio moderado: nesse estágio, as regiões do cérebro importantes para memória e pensamento, e planejamento desenvolvem mais os depósitos de proteínas que estavam presentes nos estágios iniciais, que passam a afetar outras regiões, envolvidas com a fala e compreensão de discurso, e a percepção de onde o corpo está em relação aos objetos ao seu redor. “Como resultado disso, os indivíduos desenvolvem problemas com a memória e o pensamento graves a ponto de interferir no trabalho ou na vida social” (ALZHEIMER’S ASSOCIATION, 2017), levando a comportamentos inapropriados em público, a alucinações e delírios, a perda da capacidade de se comunicar por escrito e de leitura, o esquecimento de medicações, a dificuldade com tarefas que envolvam cálculos, pagamentos, planejamentos, dentre outros. Muitas pessoas com Alzheimer são diagnosticadas durante estes estágios. Indivíduos nesse estágio, em média, possuem uma sobrevivência de 2 a 10 anos.

3. Estágio grave: no estágio avançado, a maior parte do córtex está gravemente danificada, “o cérebro encolhe muito em função da morte de células em todo o órgão” (ALZHEIMER’S ASSOCIATION, 2017). Há perda da capacidade de comunicação, com dificuldade para falar e entender palavras; há pouca ou quase nenhuma memória, tornando difícil o reconhecimento de membros da família; o indivíduo passa a ter incontinência urinária frequente e dificuldade de mastigar e engolir,

necessitando de ajuda para cuidados pessoais como banhar-se, alimentar-se e vestir-se. A sobrevida é de 1 a 5 anos.

4. Estágio terminal: nesta fase, a pessoa pode eventualmente ficar acamada em tempo integral, “com o seu corpo tremendamente enfraquecido, o que aumenta as chances de vir a ter outros problemas de saúde, como pneumonias, e outras infecções graves, que geralmente são a causa da morte” (HARTMANN; LUCCHESI, 2012, p. 42); não há comunicação, verbal e não-verbal, mas ainda há a emissão de sons; o indivíduo desenvolve uma rigidez motora, com dificuldade para caminhar ou até a impossibilidade completa.

DA é fatal e incurável, no entanto, segundo Barreira Filho, Camboim Neto e Maia (2013, p. 260), apesar de não haver medicamentos que possam interromper ou modificar o curso da doença, a DA é tratável. Segundo Hartmann e Lucchese (2012, p. 61), existem medicamentos disponíveis capazes de tornar a evolução da doença mais lenta, diminuindo os sinais e sintomas, normalmente recomendados nos estágios leve a moderado.

A assistência a pessoas com DA demanda uma equipe multiprofissional, com neurologistas, neuropsicólogos, psicólogos, assistente sociais, enfermeiras, terapeutas ocupacionais e fisioterapeutas, além do apoio familiar e, conseqüentemente, espaços adequados para tais fins. Devido ao seu caráter degenerativo, a doença leva à necessidade de assistência constante, tendendo a uma completa dependência.

Com a evolução da doença, os indivíduos afetados sofrem com diversos problemas relacionados à saúde, como infecções urinárias, pneumonias, infecções gastrointestinais, que podem aumentar o nível de confusão do indivíduo; ao ambiente, como ambientes desorganizados, ou espaço muito amplos com falta de informações e orientações; a tarefas, que podem ser complicadas ou inadequadas para o estágio

da doença; à comunicação, com dificuldades de se expressar e formar raciocínios completos; dentre outros.

O ambiente pode ser uma ferramenta terapêutica importante nos estágios iniciais da doença, estimulando de forma controlada as funções cognitivas do indivíduo, e contribuindo para o cuidado protetor, utilizando-se de barreiras físicas para evitar o ato de perambular sem destino, comum às pessoas afetadas pela DA. O espaço voltado às pessoas com DA deve evitar exacerbar a confusão mental, ora ocasionada por um piso polido, ora ocasionada pelo percurso labiríntico, ora ocasionada pelo excesso de portas disponíveis.

O diagnóstico da doença ainda é difícil e se dá por meio de uma avaliação dos sinais e sintomas apresentados pelo indivíduo e um processo de eliminação de outras doenças e condições que possam causar falta de memória. "O único exame que garante 100% de certeza é o exame microscópico do tecido cerebral, que só pode ser feito após a morte do paciente" (HARTMANN; LUCCHESI, 2012, p. 57). É necessária a avaliação de fatores clínicos, neuropsicológicos e funcionais para determinar a intensidade e evolução da doença com o intuito de planejar estratégias de tratamento.

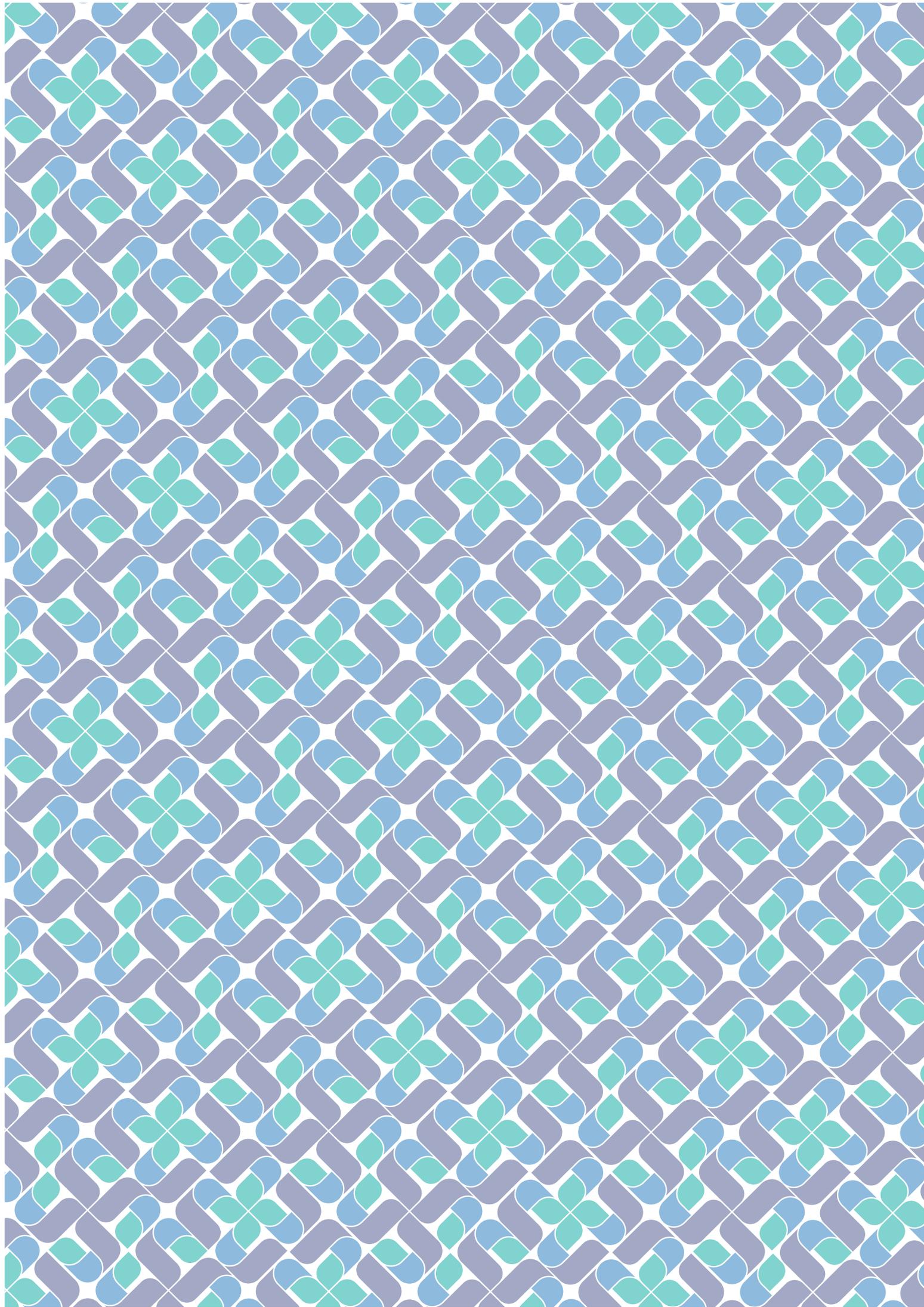
Em 2015, a OMS estimou que existe cerca de 47,47 milhões de pessoas com DA, podendo atingir 75,63 milhões em 2030, e 135,46 milhões em 2050 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2015b, p. 1). De acordo com o Instituto Alzheimer Brasil (INSTITUTO ALZHEIMER BRASIL, [ca. 2012]), não há dados sobre a incidência de Demência no Brasil; entretanto, estima-se que existam cerca de 1,2 milhões de casos de demência no Brasil, cerca de 100 mil novos casos por ano.

Em virtude do aumento da expectativa de vida, o percentual de brasileiros que poderão sofrer com DA aumenta consideravelmente, segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (Abraz), com base em dados fornecidos pela demógrafa Ana Amélia Camarano, do Instituto

de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER, 2016), 54% dos idosos com demências têm Alzheimer, 9% possuem demências vasculares e 14% demências mistas; e os casos de Alzheimer são crescentes ano após ano; se em 2010, 1 milhão de idosos no Brasil tinham Alzheimer, em 2020 serão 1,6 milhão.

A estimativa da Abraz no Ceará é que, em todo o Estado do Ceará, existam 33,6 mil portadores de DA acima de 60 anos (MAIA, J., 2010); e, de acordo com o João Macêdo Coelho Filho, coordenador do Centro de Atenção ao Idoso do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), estima-se que em Fortaleza existam mais de 14 mil pessoas com Alzheimer, número muito superior para a capacidade de uma única unidade de saúde (PETRUCCI, 2011), o que mais uma vez evidencia a carência de uma rede de atendimento especializada e descentralizada para atender toda a população da cidade.

Embora não tenha cura, medicamentos e cuidados gerais são os principais tratamentos para DA. No tratamento não-farmacológico, que visa complementar o tratamento farmacológico, há uma série de técnicas de terapias indicadas afim de aumentar o funcionamento cognitivo e o bem estar do indivíduo, como a reorientação da realidade, a remotivação, a terapia de reforços, a terapia de aptidões, a estimulação sensorial, entre outras. É fundamental uma abordagem multidisciplinar envolvendo profissionais especializados, incluindo o arquiteto, responsável pelo planejamento de espaços mais adequados ao indivíduos afetados por DA. Os principais problemas relacionados ao ambiente que podemos destacar são os ocasionados por ambientes confusos, com estimulação excessiva, com objetos demais e cores não contrastantes, dificultando a assimilação informações, ou em padronizações confusas, como pisos em estilo xadrez e muito polidos, e por ambiente desestruturados, onde não haja uma rotina de fácil assimilação e o uso dos espaços seja desorientador.



CAPÍTULO 3. ATENÇÃO AO IDOSO: EQUIPAMENTOS E DIREITOS

Diante do crescimento da população idosa brasileira, a necessidade de melhorar a vida dos idosos tem influência em diversos setores da sociedade, dentre eles, o público. Neste capítulo, iremos abordar as questões políticas e práticas da influência nesse setor.

POLÍTICAS PÚBLICAS DE ATENÇÃO AO IDOSO

O desenvolvimento de políticas públicas para a pessoa idosa tem sido destaque na agenda de organizações internacionais de saúde com relação à proposição de diretrizes para implantação de programas sociais e assistenciais para atender às necessidades emergentes desse grupo populacional.

Dentre eles, podemos citar o conceito de Envelhecimento Ativo adotado pela Organização Mundial da Saúde, em 1990, e os planos desenvolvidos nas Assembleias Mundiais das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, o Plano de Ação Internacional de Viena, em 1982 e o Plano de Ação Internacional de Madrid, em 2002.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2002, p. 12, tradução nossa), o conceito de Envelhecimento Ativo pode ser definido como “o processo de otimização de oportunidades na saúde, participação e segurança, afim de melhorar a qualidade de vida de pessoas idosas”, e é aplicável tanto para o indivíduo quanto para a sociedade de uma forma geral. Tem como objetivo o desenvolvimento do potencial físico, social e mental dos idosos como agentes participativos na sociedade, considerando seus desejos e necessidades específicas e promovendo a proteção e os cuidados adequados. É firmado em três pilares, participação, saúde e segurança, cada um com diretrizes específicas para a construção de políticas públicas para idosos, são elas:

1. Na saúde: prevenir e reduzir a dificuldade enfrentada por

deficiências, doenças crônicas e mortalidade prematura por meio da definição de metas específicas para melhorias na saúde, da promoção de políticas e programas que abordem os fatores econômicos que influenciam na saúde, da prevenção e tratamentos efetivos com serviços especializados e disponíveis a todos, da criação de ambientes amigáveis à pessoas idosas e seguros, da criação de suporte social para reduzir os riscos advindos da solidão e isolamento social; reduzir os fatores de risco associados às principais doenças e aumentar os fatores que protegem a saúde durante todo o curso da vida; com programas de incentivo à atividades físicas, de nutrição adequada, de saúde bucal, e de conscientização dos efeitos do tabaco, álcool e drogas na saúde da pessoa idosa; desenvolver serviços sociais e de saúde acessíveis, de alta qualidade e adequados à idade, que abordem as necessidades e os direitos das mulheres e dos homens à medida que envelhecem; e fornecer treinamento e educação aos cuidadores formais e informais;

42 |

2. Na participação: fornecer oportunidades de educação e aprendizagem durante todo o curso da vida; reconhecer e permitir a participação ativa das pessoas em atividades de desenvolvimento econômico, trabalho formal e informal e atividades de voluntariado à medida que envelhecem, de acordo com suas necessidades, preferências e capacidades individuais; incentivar as pessoas a participarem plenamente da vida da comunidade, através da imagem positiva do envelhecimento, confrontando estereótipos negativos e idade;

3. Na segurança: assegurar a proteção, a segurança e a dignidade das pessoas idosas, abordando os direitos e necessidades de segurança social, financeira e física dos idosos.

Esse conceito foi base para o desenvolvimento de estratégias globais sobre o envelhecimento populacional, oferecendo uma plataforma para a construção de um consenso que aborde as

preocupações de setores múltiplos e de todas as regiões.

Os Planos de Ação Internacional de Viena e de Madri, firmados nas Assembleias Mundiais das Nações Unidas, em 1982 e 2002, respectivamente, incluem recomendações para ações de pesquisa, coleta e análise de dados; de treinamento e educação; na saúde e nutrição; na proteção de consumidores idosos; na habitação e meio ambiente; no bem-estar social, segurança de renda e emprego; e na educação. Essas recomendações são propostas para diretrizes e princípios gerais sobre as maneiras pelas quais a comunidade internacional, os governos, outras instituições e a sociedade em geral podem enfrentar o desafio do envelhecimento progressivo da sociedade e as necessidades dos idosos em todo o mundo.

No Brasil, as iniciativas de criação de políticas públicas pelo Governo Federal têm início em 1976, quando realizou-se o 1º Seminário Nacional do Idoso, em Brasília, e pode ser considerado um marco de uma nova era nas atenções públicas com relação à pessoa idosa, onde apresentou-se as “linhas básicas de uma política de assistência e promoção social do idoso” (MARQUES, 2004, p. 68). Mas somente em 1994 foi instituída uma política nacional voltada para esse grupo, com a criação da Lei Nº 8.842 de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso – PNI, e o Decreto Nº 1.948 de 1996, que a regulamenta, assegurando “os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” (BRASIL, 1994).

No entanto, é importante destacar que, apesar da PNI ter sido promulgada somente em 1994, antes desta data já haviam mecanismos legais que asseguravam alguns direitos especificamente aos idosos, como a Lei Eloy Chaves, de 1923, que trata do sistema previdenciário; os Códigos Civil, de 1916, Penal, de 1940, e Eleitoral, de 1965, que fazem menções à pessoa idosa; a Lei Nº 6.179 de 1974, que trata da Renda Mensal Vitalícia através do Instituto Nacional de Previdência Social

– INPS; e a Constituição Federal de 1988, que contempla as pessoas idosas nos artigos 14, 40, 201, 203, 229 e 230.

Em 1999, é criada a Política Nacional de Saúde do Idoso – PNSI, com a Portaria Nº 1.395 do Ministério da Saúde, estabelecendo diretrizes essenciais para a definição ou redefinição de programas, planos, projetos e atividades do setor na atenção integral às pessoas idosas e em processo de envelhecimento; e, em 2006, é reformula, sendo então lançada a Portaria Nº 2.528, que aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, tendo como objetivo a permissão do envelhecimento saudável, em consonância com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, que direciona medidas individuais e coletivas em todos os níveis de atenção à saúde. Essa política tem como principais diretrizes o envelhecimento ativo e saudável, a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa, o estímulo às ações intersetoriais, além do fortalecimento do controle social, e do incentivo a estudos e pesquisas, dentre outras.

44 |

Além dessas, é importante destacar a Lei Nº 10.741, de 2003, que institui o Estatuto do Idoso. É uma iniciativa que abrange as dimensões do direito à vida, à liberdade, ao respeito, à dignidade, à alimentação, à saúde e à convivência familiar e comunitária. E, em 2013, para comemorar os 10 anos da criação do Estatuto, foi lançado o Compromisso Nacional para Envelhecimento Ativo, coordenado pela Secretaria dos Direitos Humanos e com a participação de doze ministérios.

Em 2004, é aprovada a Resolução Nº 145, que se refere à Política Nacional de Assistência Social, que tem como objetivo por em prática as diretrizes da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei Nº 8.742/93), culminando na criação da Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB SUAS de 2005, pelo Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. Esses instrumentos asseguram a nível de proteção social básica, o Benefício de Prestação Continuada, provido pelo Governo Federal, consistindo no repasse de 1 salário mínimo mensal ao idoso

que comprove não ter meios para suprir sua sobrevivência ou de tê-la suprida por sua família; e a nível de proteção social especial, a oferta de uma rede de serviços de atendimento domiciliar, albergues, abrigos, moradias provisórias para idosos, garantindo a convivência familiar e comunitária.

EQUIPAMENTOS DE ATENÇÃO AO IDOSO

As instituições assistenciais de atenção ao idoso dividem-se em duas categorias: asilares e não-asilares, estabelecidas pelos artigos 3º e 4º do Decreto Nº 1.948, e tratam-se de alternativas que possibilitam auxílio às famílias que não possuem plenas condições de garantir a qualidade de vida do idoso.

Art. 3º Entende-se por modalidade asilar o atendimento, em regime de internato, ao idoso sem vínculo familiar ou sem condições de prover a própria subsistência de modo a satisfazer as suas necessidades de moradia, alimentação, saúde e convivência social.

Parágrafo Único. A assistência na modalidade asilar ocorre no caso da inexistência do grupo familiar, abandono, carência de recursos financeiros próprios ou da própria família.

Art. 4º Entende-se por modalidade não-asilar de atendimento:

I – Centro de Convivência: local destinado à permanência do idoso, 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 do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;

III – Casa-Lar: residência, em sistema participativo, cedida por instituições públicas ou privadas, destinada a idosos detentores de renda insuficiente para a sua manutenção e sem família;

IV – Oficina Abridada de Trabalho: local destinado ao desenvolvimento, pelo idoso, de atividades produtivas, proporcionando-lhe oportunidade de elevar sua renda, sendo regida por normas específicas;

V – Atendimento Domiciliar: é o serviço prestado ao idoso que vive só e seja dependente, a fim de supriras suas necessidades da vida diária. Esse serviço é prestado em seu próprio lar, por profissionais da área de saúde ou por pessoas da própria comunidade;

VI – Outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade, que visem à promoção e à integração da pessoa idosa na família e na sociedade. (BRASIL, 1996)

Segundo Correa (2011, p. 33), as mais desenvolvidas, atualmente, são os Centros de Convivência, os Centros de Cuidados Diurnos e o Atendimento domiciliar.

Desta forma, podemos classificar o presente trabalho como a junção de dois equipamentos, a Instituição de Longa Permanência para Idosos, na modalidade asilar, devido ao atendimento de forma contínua, em regime de internato, provida pela proteção social especial; e os Centros de Convivência, na modalidade não-asilar.

46 |

INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

De acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, Resolução do Conselho Nacional de Assistência Social 109/2009 (BRASIL, 2009), o atendimento em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) é considerado um serviço de Proteção Social Especial de Alta Complexidade, e pode ser classificado como uma Unidade de Acolhimento; já a NOB/SUAS de 2005 (BRASIL, 2005) determina que o mesmo deverá ser executado em parceria com os estados, municípios e a sociedade civil. Fica estabelecido que os cuidados de longa permanência dirigem-se aos idosos que perderam parte de sua autonomia física ou mental e cuja família não possui meios

financeiros, físicos ou emocionais para prestar o cuidado adequado.

A Resolução da Diretoria Colegiada – RDC Nº 283/2005 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA define as ILPIs como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (BRASIL, 2005); e tem como objetivo estabelecer o diretrizes para funcionamento das ILPIs.

As ILPIs podem abrigar idosos em diferentes níveis de dependência, são eles:

1. Grau de Dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamento de autoajuda, ou seja, 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;

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

3. 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;

4. Grau de Independência ou de autonomia: idosos que detém o poder decisório e controle sobre a sua vida.

Assim, as ILPIs não se destinam somente a idosos carentes de recursos financeiros ou de suporte familiar, mas se definem como um local com condições para atender às demandas específicas das pessoas idosas, promovendo-lhes melhor qualidade de vida e bem-estar.

Por outro lado, as instituições ainda são associadas a uma imagem negativa dos antigos asilos, com a institucionalização sendo vista como o descarte dos indivíduos por não serem mais produtivos, representando o abandono, e a velhice vista como degeneração.

No entanto, de acordo com Rossetto (2012), é importante

[...] diferenciar as instituições asilares, modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso fora de sua família, que têm como inconveniente conduzi-lo ao isolamento e à inatividade física e mental das instituições de longa permanência para idosos (ILPIs). Uma ILPI é um lar especializado, com a dupla função de oferecer assistência gerontogeriatrica, conforme o grau de dependência dos seus residentes, e, ao mesmo tempo, aconchego de um ambiente doméstico, no qual são preservadas a intimidade e identidade dos seus residentes. Estes locais não devem ser marcados pelo isolamento, afastados da vida urbana, nem ser espaço de uniformização da vida de seus usuários.

48 |

Portanto, fica clara a necessidade de espaços especializados para idosos, com o suporte adequado das suas necessidades, principalmente quando consideramos as condicionantes específicas da Doença de Alzheimer.

De acordo com o Censo do Sistema Único de Assistência Social – SUAS 2016 (BRASIL, 2016), existem no Brasil 5.781 Unidades de Acolhimento; destas, 44 sediadas em Fortaleza. E, do total de Unidades de Acolhimento presentes na cidade, apenas 8 destas ofertam serviço para pessoas idosas; 7 na modalidade Abrigo Institucional (ILPI), e 1 na

NOME DA UNIDADE	TIPO DE UNIDADE	NATUREZA DA UNIDADE	RECURSOS PÚBLICOS
ABRIGO DOS IDOSOS	ILPI	GOVERNAMENTAL	-
LAR TORRES DE MELO	ILPI	NÃO GOVERNAMENTAL	MUNICIPAL
CASA DE NAZARÉ AASCL	ILPI	NÃO GOVERNAMENTAL	MUNICIPAL
SOCIEDADE ABRIGO DOS IDOSOS SÃO PEDRO JULIÃO EYMARD	ILPI	NÃO GOVERNAMENTAL	NÃO
ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL CÁTARINA LABOURÉ – RECANTO SAGRADO CORAÇÃO	ILPI	NÃO GOVERNAMENTAL	MUNICIPAL
FRATERNIDADE DE ALIANÇA TOCA DE ASSIS	ILPI	NÃO GOVERNAMENTAL	NÃO
ASSOCIAÇÃO CASA DE ABRIGO AO IDOSO TRÊS IRMÃS	ILPI	NÃO GOVERNAMENTAL	NÃO
ASSOCIAÇÃO REGIONAL DE CARIDADE SÃO VICENTE DE PAULO DO CEARÁ	CASA-LAR	NÃO GOVERNAMENTAL	NÃO

Tabela 2. Unidades de Acolhimento em Fortaleza

Fonte: Censo SUAS 2016 (BRASIL, 2016).

modalidade Casa-Lar. No entanto, apenas 1 é entidade governamental; e das 7 entidades não-governamentais, apenas 3 recebem recursos do poder público visando sua manutenção.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA

Os Centros de Convivência são unidades socioassistenciais que executam o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos, e podem ser de caráter público ou privado. Em conjunto com o Centro de Referência de Assistência Social - CRAS, compõem a Rede de Proteção Social Básica, e ofertam serviços direcionados para grupos específicos, dentre eles crianças, jovens e idosos.

De acordo com o Censo SUAS 2016 (BRASIL, 2016), existem, no Brasil, 8.454 Centros de Convivência, e, em Fortaleza, 91 unidades. Do total de Centros de Convivência existentes na cidade, apenas 34 ofertavam serviços para pessoas idosas, sendo apenas 1 de caráter governamental.

| 49

Ainda segundo o Censo SUAS 2016, em Fortaleza, os Centros de Convivência oferecem uma série de atividades, sendo as mais usuais de teor educativo, como palestras e oficinas, e recreativo.

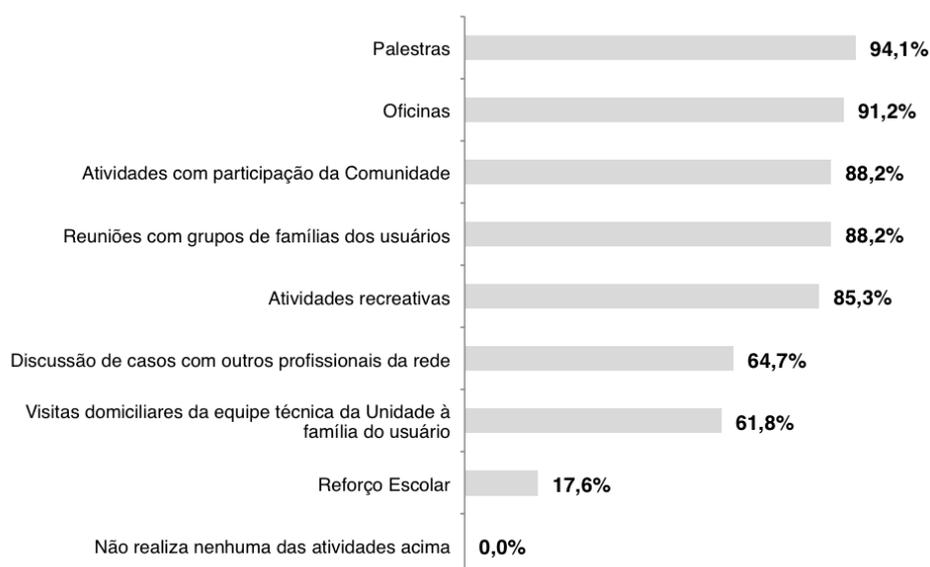
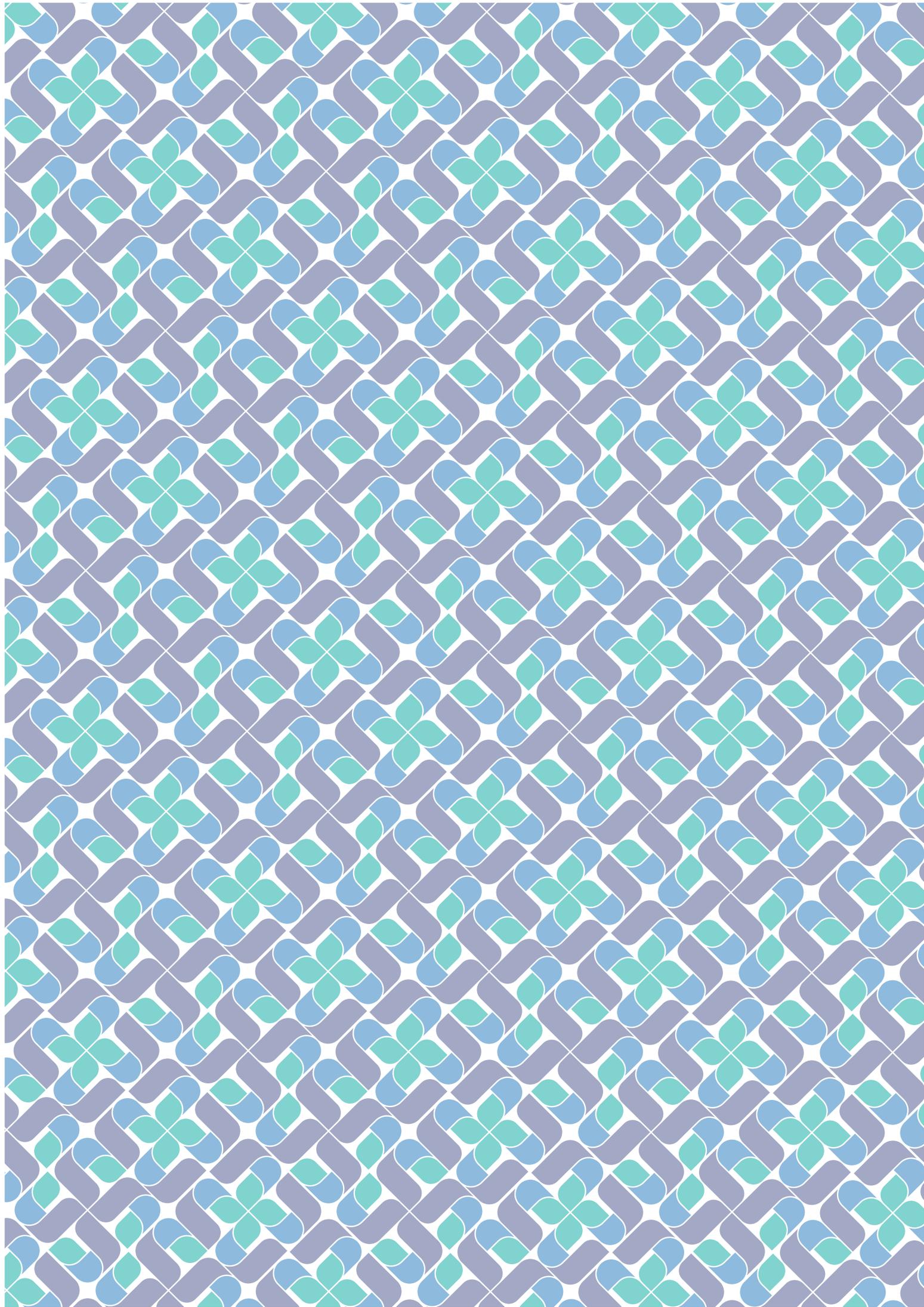


Gráfico 3. Percentual dos Centros de Convivência em Fortaleza por atividade promovida.

Fonte: Censo SUAS 2016 (BRASIL, 2016).



CAPÍTULO 4. O AMBIENTE COMO RECURSO TERAPÊUTICO

Conforme dito anteriormente, é preciso que o processo de envelhecimento seja saudável afim de alcançar uma velhice saudável. No entanto,

o envelhecimento saudável vai muito além da idade cronológica. Representa a capacidade do indivíduo em responder às demandas da vida cotidiana de forma autônoma e independente, e na sua motivação e capacidade para continuar na busca de realização de objetivos e conquistas pessoais e familiares. (CARBONI, 2007, p. 255 e 256)

Podemos então aferir que este processo é influenciado não apenas pela saúde do indivíduo, mas também pelos fatores socioculturais, oportunidades educacionais, políticas econômicas e sociais, e também pelo o espaço físico que o cerca, considerando que estes interferem na capacidade do indivíduo responder às demandas da vida cotidiana.

O desafio do envelhecimento saudável é encontrar ações adequadas, envolvendo governo, sociedade e indivíduo, para o desenvolvimento de políticas públicas de assistência ao sujeito idoso, de forma a integrá-lo na sociedade como um indivíduo ativo e participativo. O resultado destas ações são mudanças na prevenção, promoção e assistência à saúde, adequação de ofertas de serviços educacionais, de lazer, de trabalho, de transporte, de previdência social para os cidadãos idosos, promovendo uma melhor qualidade de vida no estágio final da mesma.

Dito isso, podemos afirmar que a criação de espaços que contribuam com a redução da disfuncionalidade do idoso, levando a um melhor uso destes, e, portanto, uma maior participação da pessoa idosa na sociedade, é de suma importância para o envelhecimento saudável.

No projeto de espaços hospitalares, existe uma preocupação com os aspectos ambientais que influenciam os usuários após a construção dos mesmos. "A abordagem do espaço arquitetônico como um agente

do bem-estar físico e emocional de seus usuários tem sido valorizada nos processos de planejamento em saúde pública” (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p. 59). Com foco principal no usuário, os ambientes de saúde têm sido planejados de forma a promover a saúde mental com a justificativa de que é um fator indissociável da saúde física.

No caso de espaços asilares, o caráter institucional tem influência negativa nos cuidados de seus usuários, e para melhorar isto tem-se adotado o conceito de humanização, definido pelo Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospital – PNHAH (BRASIL, 2001b, p. 52), como a adoção de práticas em que profissionais e usuários enxergam o atendimento à saúde como um conjunto de aspectos físicos, subjetivos e sociais, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido e de reconhecimento dos limites.

É necessário que se estabeleçam parâmetros para a concepção e implantação de EAS (Estabelecimentos de Assistência à Saúde), projetados para oferecerem cuidados de assistência à saúde, utilizando tecnologias adequadas à realidade brasileira, otimizando custos e tempos de construção, flexibilizando seus programas e possibilitando por meio de sua disseminação, aumentar a oferta de serviços e alcançar maiores parcelas de usuários, sempre carentes desse tipo de atenção, na promoção da saúde. (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p. 77)

52 |

Dito isso, a necessidade de diretrizes específicas no projeto de espaços asilares para indivíduos com DA é de suma importância na promoção da qualidade de vida dos usuários, principalmente quando consideramos os espaços como agente ativo no tratamento e cuidado desses indivíduos. “O projeto focado no paciente é uma escola americana que preconiza o foco da atenção do projeto nas necessidades e aspirações do paciente preferencialmente à análise dos processos e das atividades médicas exercidas nesses ambientes” (SANTOS; BURSZTYN, 2004, p. 79), conceito este que é primordial no planejamento de um ambiente com necessidades tão específicas.

O ambiente construído pode contribuir com a prevenção, através da promoção da segurança e redução do nível de

estresse ocasionado pelo ambiente; com a intervenção, através de um bom planejamento de espaços em que se considera as necessidades dos usuários – pacientes, familiares e funcionários; e na recuperação, com o projeto de espaço terapêuticos que contribuam no processo de cura e tratamento. Pacientes com diferentes aflições têm diferentes necessidades; para alguns, é necessário que o ambiente seja estimulante, para outros, a prioridade é a serenidade do espaço. (MARTINS, 2014, p. 16, tradução nossa)

E, no caso de indivíduos com DA, ainda há uma barreira a ser vencida com relação ao planejamento desses espaços, a falta de informação dos pacientes, frente à dificuldade na comunicação dos mesmos em estágios mais avançados da doença.

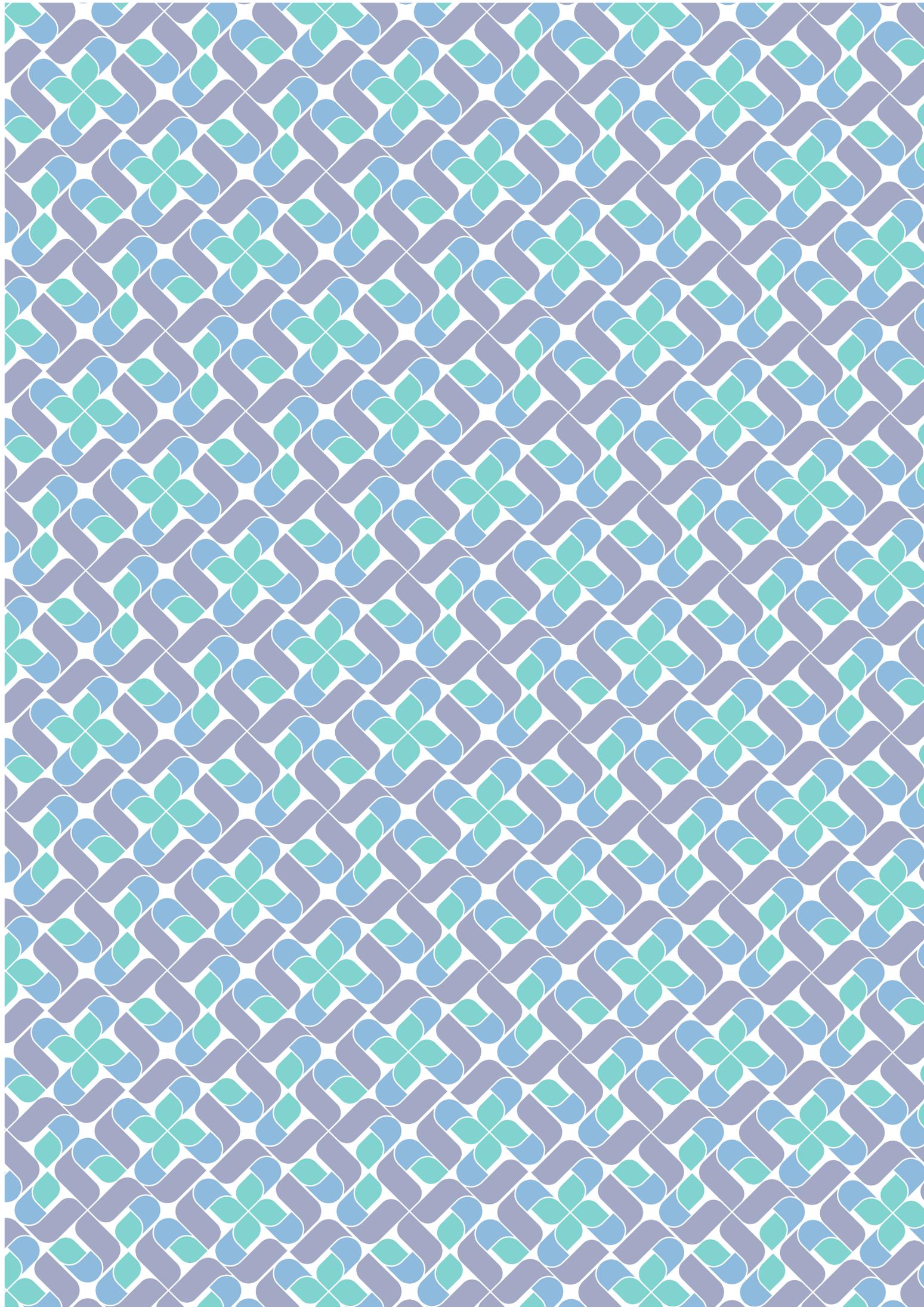
Pesquisas têm tentado identificar os componentes ideais e essenciais para o projeto de equipamentos voltados a indivíduos com DA, no entanto, não há uma só forma de projetar esses espaços. As particularidades do indivíduos devem ser consideradas, principalmente com relação a sua cultura e seus hábitos prévios à institucionalização. É essencial que o espaço de acolhimento não perca seu caráter residencial em detrimento do caráter hospitalar, com o intuito de manter a rotina do indivíduo o mais próximo da sua vida cotidiana.

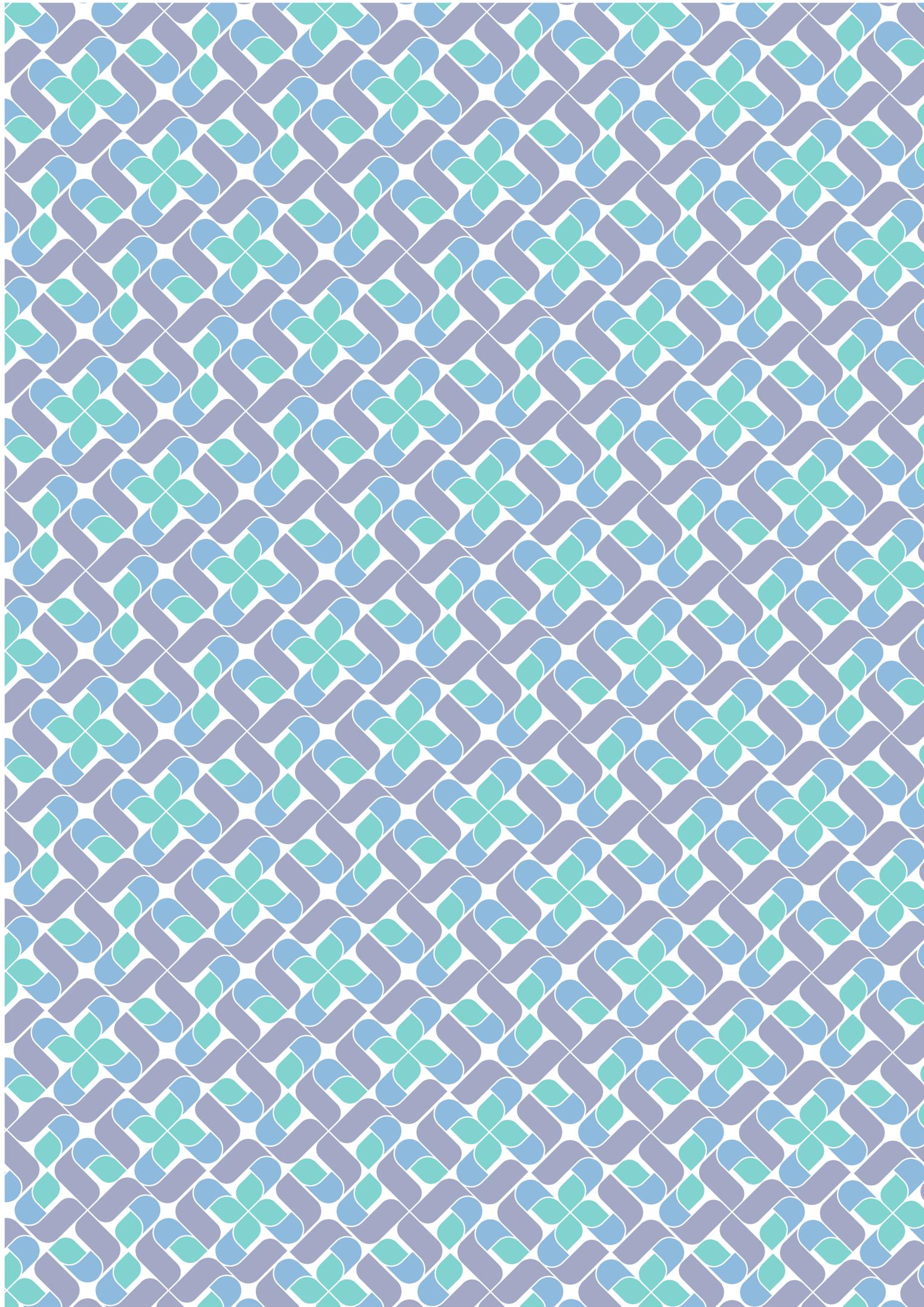
As necessidades básicas para acomodações para pessoas com demência não são diferentes daquelas para o resto da sociedade. Pessoas com demência precisam de segurança e conforto, num ambiente agradável e estimulante. No entanto, para pessoas com demência, existem requisitos adicionais, que refletem suas necessidades de dependência, resultantes dos problemas de memória, aprendizagem e processos de raciocínio. (CANTLEY; WILSON, 2002, p. 49, tradução nossa)

No Brasil existe uma carência de estudos voltados para a relação entre a Arquitetura e os benefícios que ela pode trazer para o tratamento da Doença de Alzheimer, dificultando a busca por referências brasileiras que pudessem auxiliar na produção de um projeto arquitetônico de um equipamento voltado a esse público específico. A mesma carência foi notada no que diz respeito a existência de ILPIs

brasileiras especializadas em idosos com Alzheimer, fator estimulante para o desenvolvimento deste trabalho, tendo em vista a crescente demanda de possíveis usuários.

Entretanto, existem diversas referências internacionais que estabelecem recomendações para tornar o ambiente do idoso com Alzheimer apropriado para a sua moradia, assim como existem instituições em outros países que foram projetadas para os idosos com DA. Desta forma, estas referências também servirão como base para o desenvolvimento desta pesquisa, tendo em vista que as características, sintomas e necessidades do idoso com DA são as mesmas em todo o mundo.





CAPÍTULO 5. ESTUDOS DE CASO E REFERÊNCIAS PROJETUAIS

ALZHEIMER'S RESPITE CENTRE, IRLANDA

O Alzheimer's Respite Centre, ou Centro-Refúgio para Alzheimer, em tradução livre, é um centro de descanso para pessoas com Alzheimer, localizado em Dublin, na Irlanda. O seu projeto foi feito pelo escritório Niall McLaughlin Architects com o intuito de abrigar a Sociedade de Alzheimer da Irlanda, e também de oferecer serviço de moradia temporária e de apoio a cuidadores e familiares.

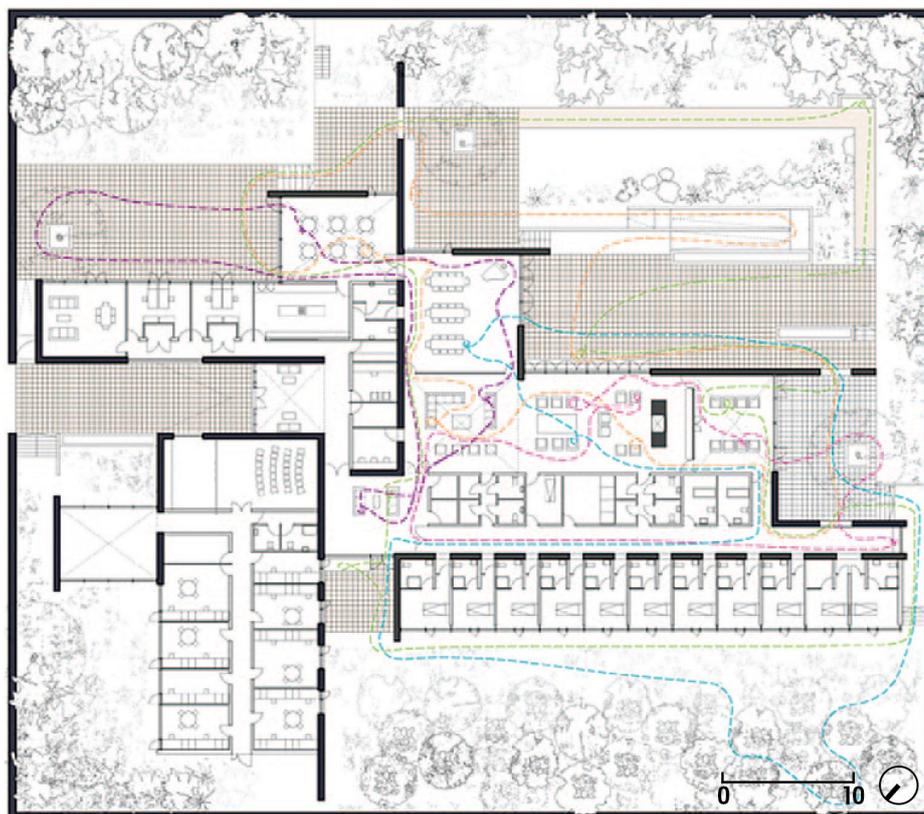
Com a sua obra concluída em Agosto de 2009, o Centro possui 1.392 m² de área construída, e foi construído dentro de um jardim murado, parte existente do convento adjacente, desta forma, foi possível arranjar, dentro deste espaço protegido, uma série de pavilhões interligados, que incorporam espaços sociais, jardins serenos e pátios, através dos quais os pacientes podem vagar livremente, como podemos ver na planta baixa abaixo, na Figura 5.

O centro visa eliminar o caráter institucional e hospitalar através

| 57

Figura 5. Planta baixa do pavimento terreno do Alzheimer's Respite Centre com indicações das rotas de livre caminhar.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.



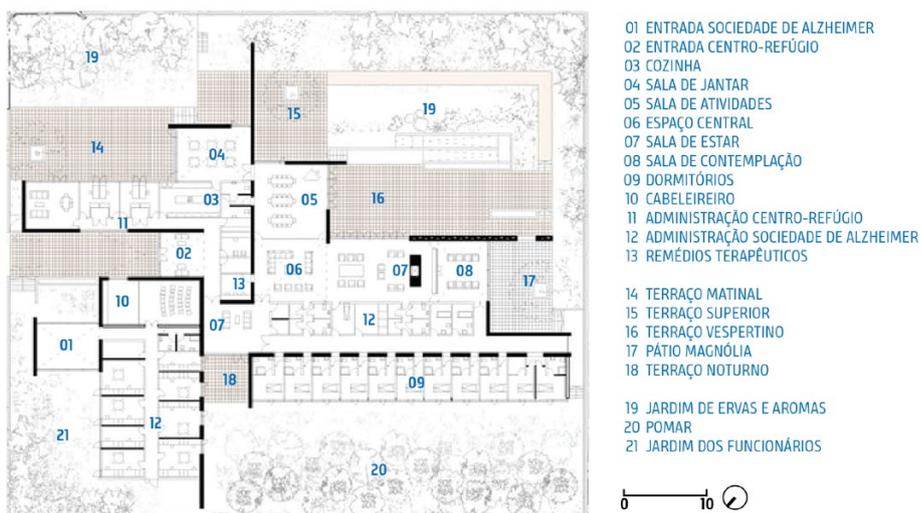


Figura 6. Planta baixa do pavimento terreno do Alzheimer's Respite Centre com indicações dos ambientes.

Fonte: Adaptada de Architizer, 2017. Disponível em: <<https://architizer.com/projects/alzheimers-respite-centre/>>.

do uso da madeira em diversos acabamentos dos ambientes (Figuras 7, 9 e 12), do fluxo descontínuo de espaços internos e externos, e de generosos espaços diurnos (Figura 6). A intenção no projeto do centro é aliviar a desorientação, confusão e agressão nos usuários do prédio, para isso, adotaram o uso de lanternins, facilitando a iluminação natural (Figuras 9 e 10), o que possibilita que os usuários acompanhem o desenrolar do dia através a posição do sol; e promover a interação social com senso de segurança, por meio de pátios internos e externos protegidos (Figuras 7, 8, 10, 14 e 15).

Com a base de conhecimento acumulada a partir deste projeto de pesquisa, o Centro tornou-se um protótipo para a construção de outros lares residenciais para demência na Irlanda, e pode ser de grande ajuda na concepção de projetos similares em outras partes do mundo.

Sendo assim, o Alzheimer's Respite Centre é uma referência projetual no que diz respeito à disposição dos ambientes, aos diferentes usos do equipamento, às relações entre os ambientes internos e externos e a natureza, e à preocupação com o conforto dos usuários, com a utilização de iluminação natural e na escolha dos materiais que compõem o objeto construído. Também serviu como norteador na definição do programa de necessidade do presente trabalho.



Figura 7. Espaços de estar internos com aberturas para iluminação natural.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.



Figura 8. Sala de contemplação com vista para o jardim.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.

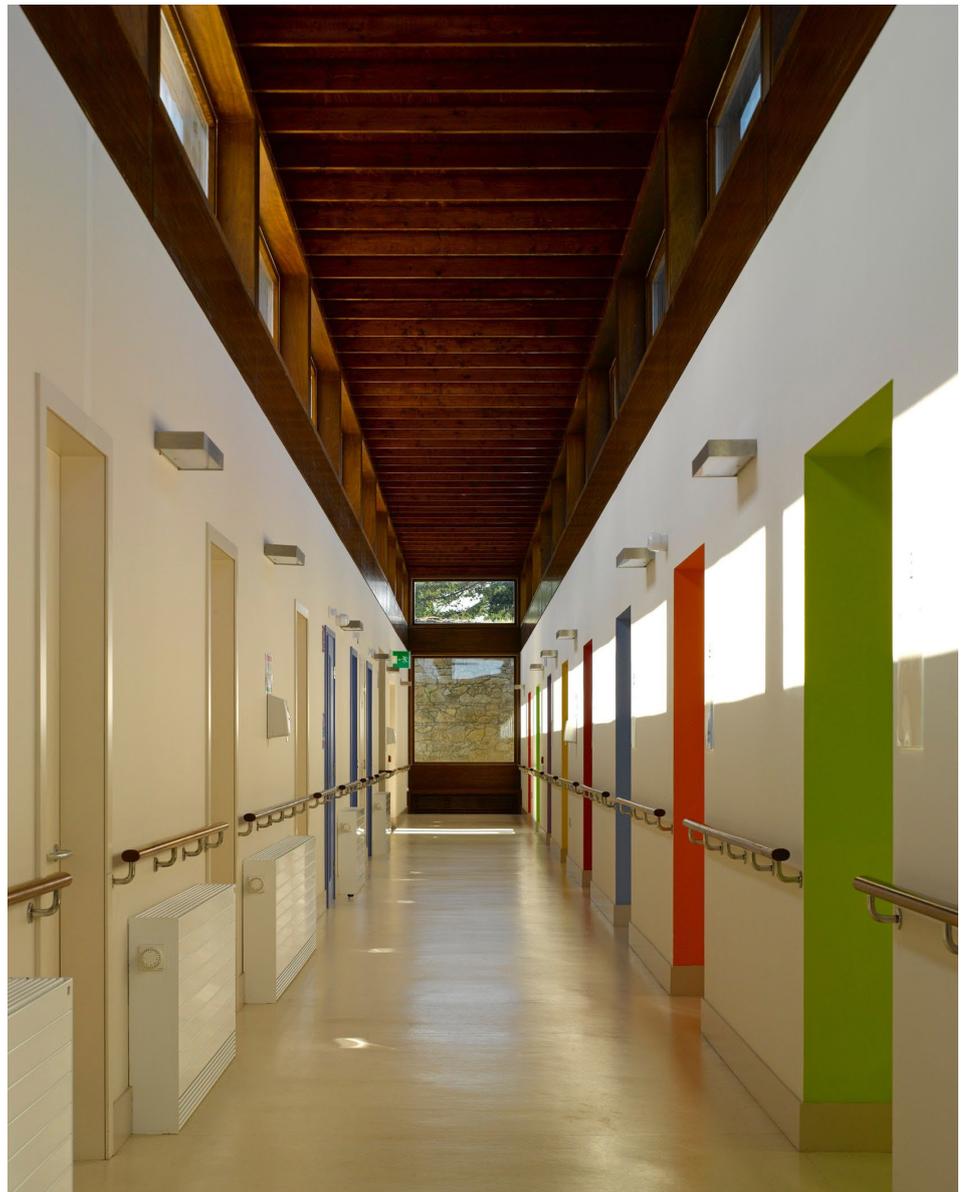


Figura 9. Corredor de acesso aos dormitórios com cores de identificação nas portas de entrada e lanternins para iluminação natural.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.



Figura 10. Espaço central com lanternins facilitando iluminação natural.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.



Figura 11. Vista dos caminhos do jardim de ervas e aromas.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.



Figura 12. Dormitório do idoso.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.



Figura 13. Vista a partir do jardim dos funcionários.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.



Figura 14. Pátio externo.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.



Figura 15. Pátio externo

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.

62 |



Figura 16. Vista do terraço superior.

Fonte: The Bartlett School of Architecture – University College London, [2013]. Disponível em: <https://issuu.com/bartlettarchucl/docs/mclaughlin_02_alzheimers_s07_update>.

LAR DE IDOSOS PETER ROSEGGER, ÁUSTRIA

O Lar de Idosos Peter Rosegger é uma ILPI localizada em Graz, na Áustria, foi construída em 2014 num terreno de um antigo quartel, com o projeto do escritório Dietger Wissounig Architekten.

Divide-se em 2 andares e foi pensado como um conjunto de unidades habitacionais, 4 por andar (Figura 17), em torno de uma área de serviços central. Cada unidade habitacional é composta por 12 dormitórios, dispostos ao redor de um espaço central, onde estão situadas as áreas comuns, cozinha, jardim de inverno e estar (Figura 18). Desta forma, esses agrupamentos mantêm uma atmosfera familiar, na intenção de amenizar o teor da institucionalização. Os corredores formam um circuito interno, estimulando o livre-caminhar com uma variedade de caminhos e vistas, oferecendo uma maior liberdade aos usuários (Figura 19).

Figura 17. Planta Baixa do Térreo com indicações das unidades habitacionais e área de serviços.

Fonte: Adaptada de Dietger Wissounig Architekten. Disponível em: <<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.





Figura 18. Recorte da Planta Baixa do Segundo Pavimento com indicação dos ambientes.

Fonte: Adaptada de Dietger Wissounig Architekten. Disponível em: <<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.



Figura 19. Planta Baixa do Segundo Pavimento com indicação dos corredores.

Fonte: Adaptada de Dietger Wissounig Architekten. Disponível em: <<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.

Os quartos possuem uma grande janela com um parapeito baixo que serve de assento, permitindo uma maior entrada da luz natural (Figura 20). A presença da luz natural e da madeira nos ambientes internos contribuem para que o interior torne-se mais acolhedor e amigável e possua uma atmosfera mais caseira (Figuras 21 a 24).

Desta forma, o Lar de Idosos Peter Rosegger é uma referência projetual que auxilia no processo de disposição dos ambientes e das escolhas dos materiais que compõe o projeto. A utilização da luz natural e dos corredores em forma de circuito também são conceitos importantes na concepção de espaços para pessoas acometidas por DA. A preocupação com o conforto dos usuários e a diminuição dos ares da institucionalização podem também ser consideradas boas práticas em projetos para pessoas com DA.

Figura 20. Vista interna do quarto individual.

Fonte: Paul Ott.
Disponível em:
<<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.





Figura 21. Vista interna da área comunitária de uma unidade habitacional.

Fonte: Paul Ott.
Disponível em: <<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.



Figura 22. Vista interna de uma área de estar.

Fonte: Paul Ott.
Disponível em: <<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.



Figura 23. Vista interna de uma varanda situada no pavimento térreo.

Fonte: Paul Ott.
Disponível em: <<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.

Figura 24. Vista externa das varandas e parte do jardim externo.

Fonte: Paul Ott.
Disponível em:
<<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.



Figura 25. Vista externa enquadrando toda a edificação.

Fonte: Paul Ott.
Disponível em:
<<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.



Figura 26. Vista externa mostrando uma escada de acesso e sua varanda adjacente.

Fonte: Paul Ott.
Disponível em:
<<https://www.archdaily.com/565058/peter-rosegger-nursing-home-dietger-wissounig-architekten/>>.



LAR TORRES DE MELO, BRASIL

O Lar Torres de Melo é uma ILPI que oferece abrigo e assistências médica e social para a população idosa da cidade de Fortaleza. Segundo o Censo SUAS de 2016, a instituição possui 220 vagas para idosos de ambos os sexos, das quais todas estão ocupadas, e possui infraestrutura adequada com base na lei de acessibilidade NBR 9050 de 2015. No entanto, apesar de contar com alguns ambientes internos agradáveis (Figura 27), a edificação que abriga a instituição é um edifício histórico tombado (Figura 28), o que dificultou a distribuição dos ambientes de maneira eficiente, levando a uma série de espaços labirínticos.

Desde de 1979 a instituição atende apenas a população idosa, e conta com um grupo de 110 funcionários, dentre esses, assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, médicos, enfermeiros, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, além de inúmeros voluntários que participam de diversos programas de atividades recreativas, religiosas e outras, caracterizando-se como a maior ILPI da cidade.

Devido ao caráter filantrópico e às diversas reformas, o interior da edificação tem uma série de problemas, por falta de manutenção e de planejamento inadequado (Figuras 29 e 30). O número de usuários por dormitório também é elevado, sendo quatro por cada quarto, o que dificulta no cuidado de pessoas com DA, provocando desorientações e problemas de agressividade; também dificulta na personalização do espaço individual do usuário, por tratar-se de um ambiente muito pequeno (Figuras 31 e 32).

Figura 27. Vista do jardim interno.

Fonte: Grupo O Pão da Vida. Disponível em: <<http://grupopaodauida.blogspot.com.br/2012/12/visita-ao-lar-torres-de-melo.html>>.



Figura 28. Vista da fachada frontal.

Fonte: Blog do Eliomar. Disponível em: <<http://blogdoeliomar.com.br/lar-torres-de-melo-quer-doacoes-de-material-de-higiene-pessoal/>>.



Figura 29. Estrutura da quadra de eventos, com rampa de acesso inadequada.

Fonte: Grupo O Pão da Vida. Disponível em: <<http://grupopaodauida.blogspot.com.br/2012/12/visita-ao-lar-torres-de-melo.html>>.





Figura 30. Espaço de entretenimento, pequeno e com mobiliário inadequado.

Fonte: Sávila Moura. Disponível em: <<http://grandecircular.blogspot.com.br/2012/05/palhaco-figura-ludica-usada-para.html>>.



Figura 31. Vista externa mostrando uma escada de acesso e sua varanda adjacente.

Fonte: Camila de Almeida. Disponível em: <<https://www.opovo.com.br/noticias/fortaleza/2016/09/sobre-transformar-o-lugar-numa-morada.html>>.



Figura 32. Vista externa mostrando uma escada de acesso e sua varanda adjacente.

Fonte: Sávila Moura. Disponível em: <<http://grandecircular.blogspot.com.br/2012/05/palhaco-figura-ludica-usada-para.html>>.

Desta forma, podemos fazer uso do Lar Torres de Melo como uma referência projetual no que diz respeito ao número de usuários atendidos e às diversas carências que a população idosa de Fortaleza sofre ao fazer uso de ambientes inadequados e não planejados inicialmente com a finalidade de acolher de idosos.

BIBLIOTECA BRASILIANA, BRASIL

A Biblioteca Brasileira foi construída em 2013, com projeto de Eduardo de Almeida em conjunto com os escritórios Mindlin Loeb e Dotto Arquitetos, e abriga um acervo de 17 mil livros e 40 mil volumes do bibliófilo José Mindlin.

O edifício possui mais de 20 mil m² e uma volumetria imponente, marcada no seu eixo horizontal (Figura 33). O projeto ilustra a racionalidade construtiva com sua estrutura toda modulada, e com fechamento e elementos estruturais trabalhando de forma

| 71



Figura 33. Vista aérea mostrando a extensão horizontal da Biblioteca Brasileira.

Fonte: Nelson Kon. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/01-107652/biblioteca-brasiliana-slash-rodrigo-mindlin-loeb-plus-eduardo-de-almeida>>.

independente. Faz uso de um grande lanternim central, possibilitando a entrada da iluminação natural no seu interior, tornando seus espaços de estar mais convidativos (Figura 34 a 36).

O tratamento das áreas de estar e da inserção da iluminação natural nos grandes vão da biblioteca foi um importante exemplo no estudo para a proposta do Centro ConVIDA.

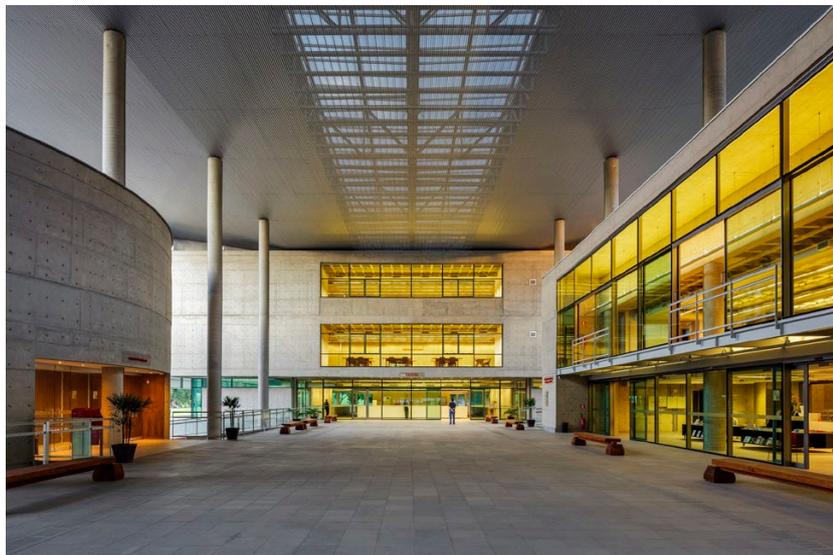


Figura 34. Vista do estar externo da Biblioteca Brasileira.

Fonte: Nelson Kon. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/01-107652/biblioteca-brasiliana-slash-rodrigo-mindlin-loeb-plus-eduardo-de-almeida>>.

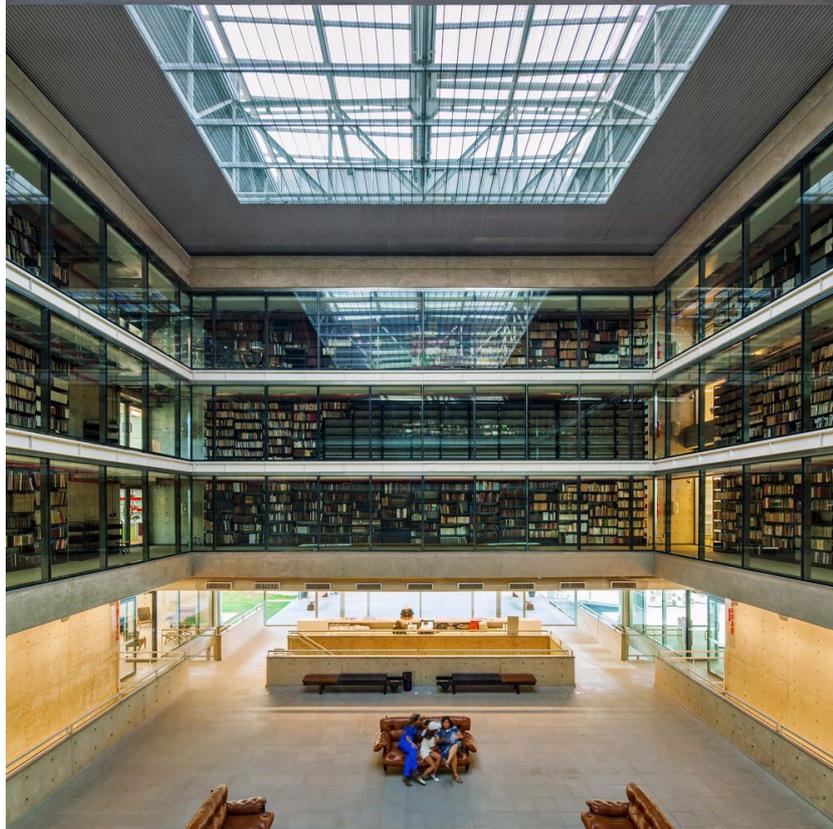


Figura 35. Vista do estar interno da Biblioteca Brasileira e dos pavimentos de acervo.

Fonte: Nelson Kon. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/01-107652/biblioteca-brasiliana-slash-rodrigo-mindlin-loeb-plus-eduardo-de-almeida>>.

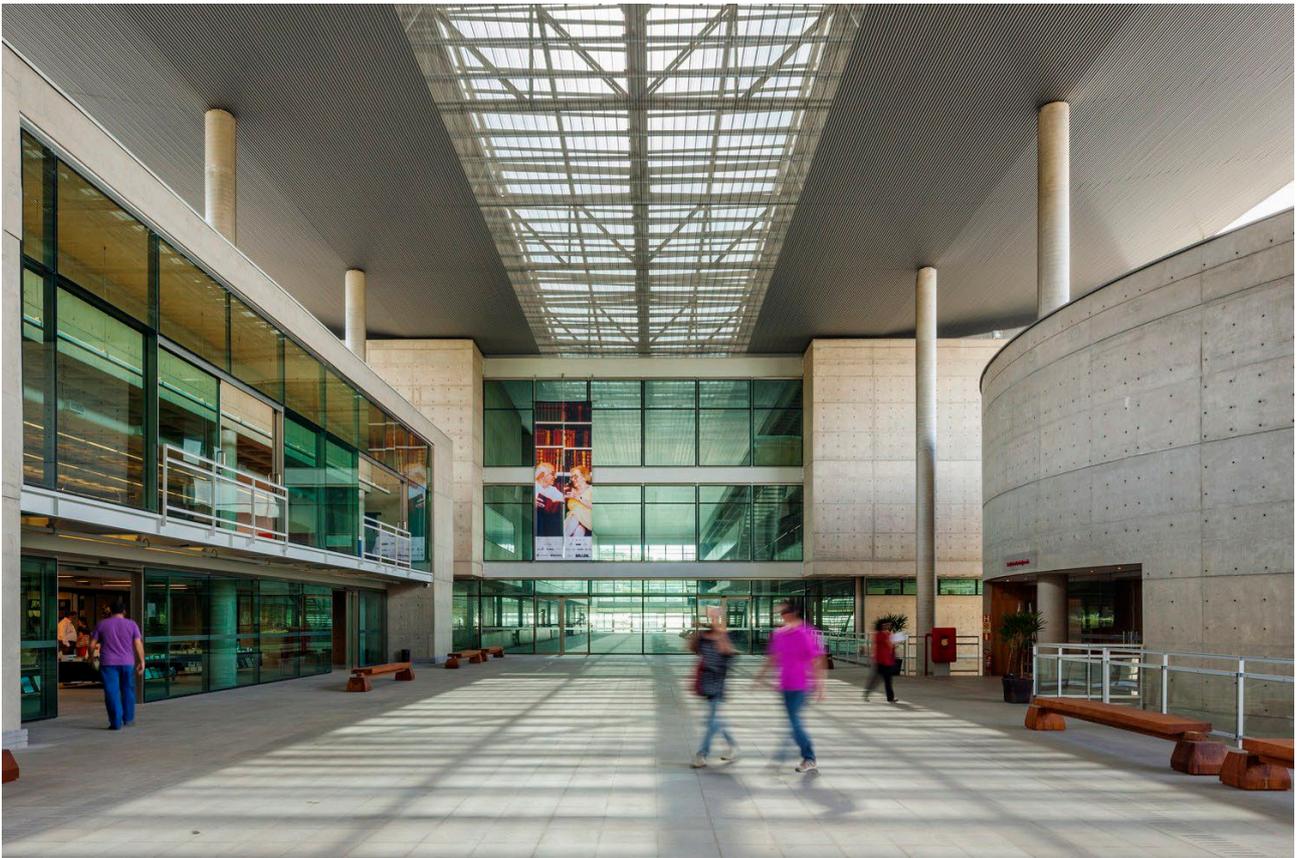
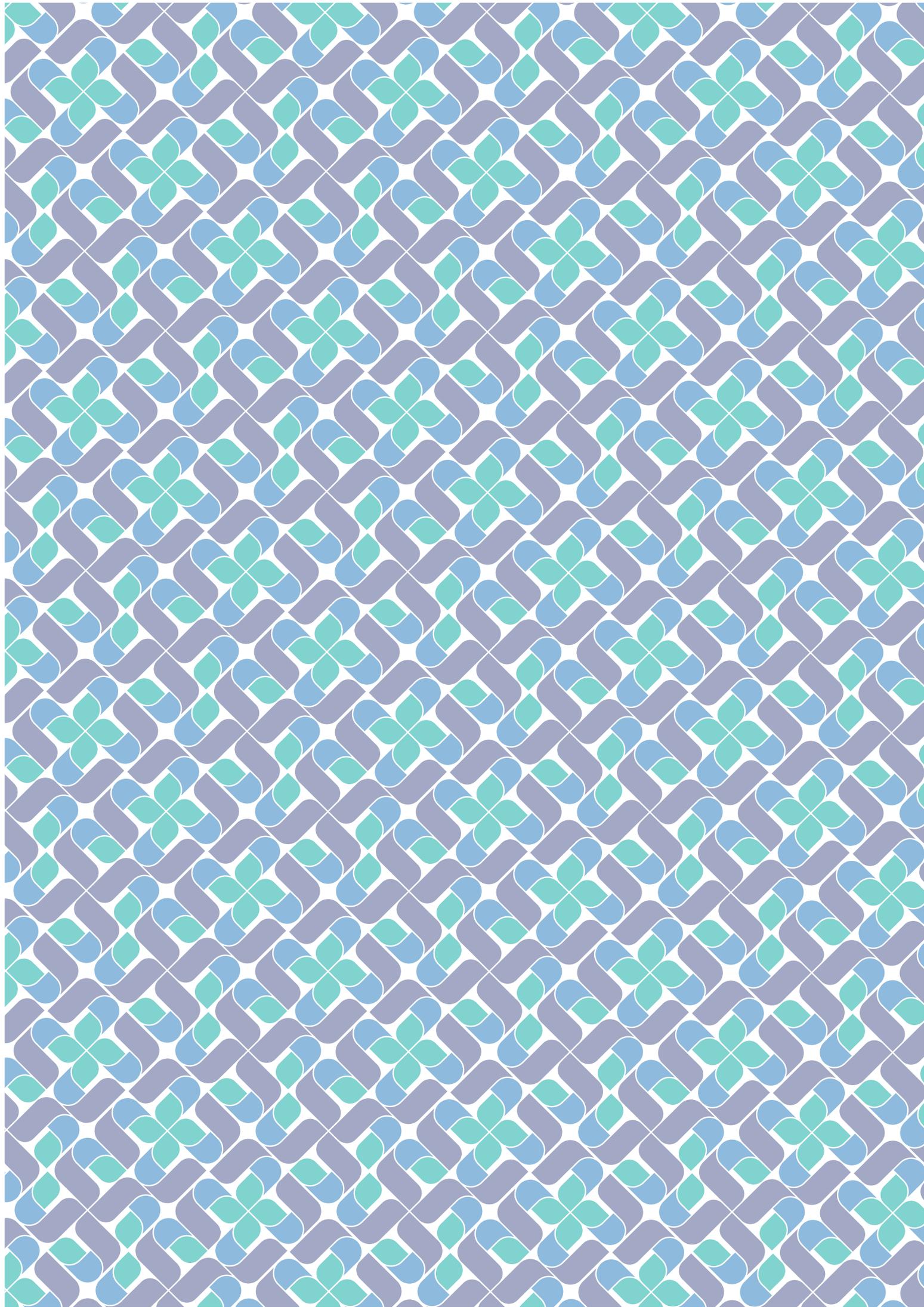


Figura 36. Vista do estar externo da Biblioteca Brasileira.

Fonte: Nelson Kon. Disponível em: <<https://www.archdaily.com.br/br/01-107652/biblioteca-brasiliana-slash-rodrigo-mindlin-loeb-plus-eduardo-de-almeida>>.

Apesar de possuir um programa diferente do projeto que será produzido, a Biblioteca Brasileira serve como exemplo de boas práticas, pelo tratamento do ambientes de convívio coletivo e a clara influência deste tratamento na concepção do objeto formal.

Buscou-se, durante o processo projetual, alcançar espaços de convivência amplos e iluminados como este, e ainda garantir uma identidade formal peculiar e diferenciada.



CAPÍTULO 6. CONCEPÇÃO DO OBJETO

CONCEITOS

A concepção do Centro ConVIDA partiu do enlace dos três eixos essenciais para a preservação da dignidade no último estágio da vida, são eles: a convivência, a saúde e a moradia (Figura 37). É proposto então para um equipamento deste perfil a definição de atividades a serem desenvolvidas em eixos específicos, são eles:

1. Eixo Convivência: ações socioeducativas e culturais, e com atividades físicas e manuais, como danças e ginásticas, jogos diversos, oficinas de artesanato, de pintura e de jardinagem, aulas visando inclusão digital e alfabetização, sessões de cinema e música, de livre participação das pessoas idosas do centro e outras pessoas idosas da comunidade;

2. Eixo Saúde: oferta de serviços ambulatoriais, como consultas periódicas e terapias multidisciplinares envolvendo psicologia, terapia ocupacional e fisioterapia, assim como serviços emergenciais, com ambiente preparados para pronto-atendimento e cuidados imediatos;

| 75

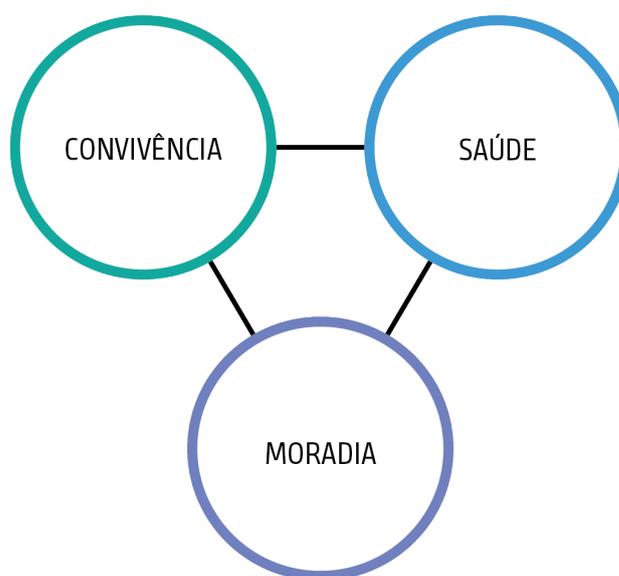


Figura 37. Eixos essenciais do projeto.

Fonte: Elaborado pela autora.

3. Eixo Moradia: promoção da segurança dos indivíduos residentes, oferta de espaços comunitários adequados às atividades e às necessidades especiais dos indivíduos, e de espaços individuais personalizáveis, afim de garantir a dignidade e preservar o caráter particular de cada pessoa.

Para isso, foi preciso identificar o número de pessoas que seriam atendidas pelo Centro ConVIDA, e então, desenvolver um programa de necessidades que contemplasse essas atividades de forma segura, acessível e personalizada.

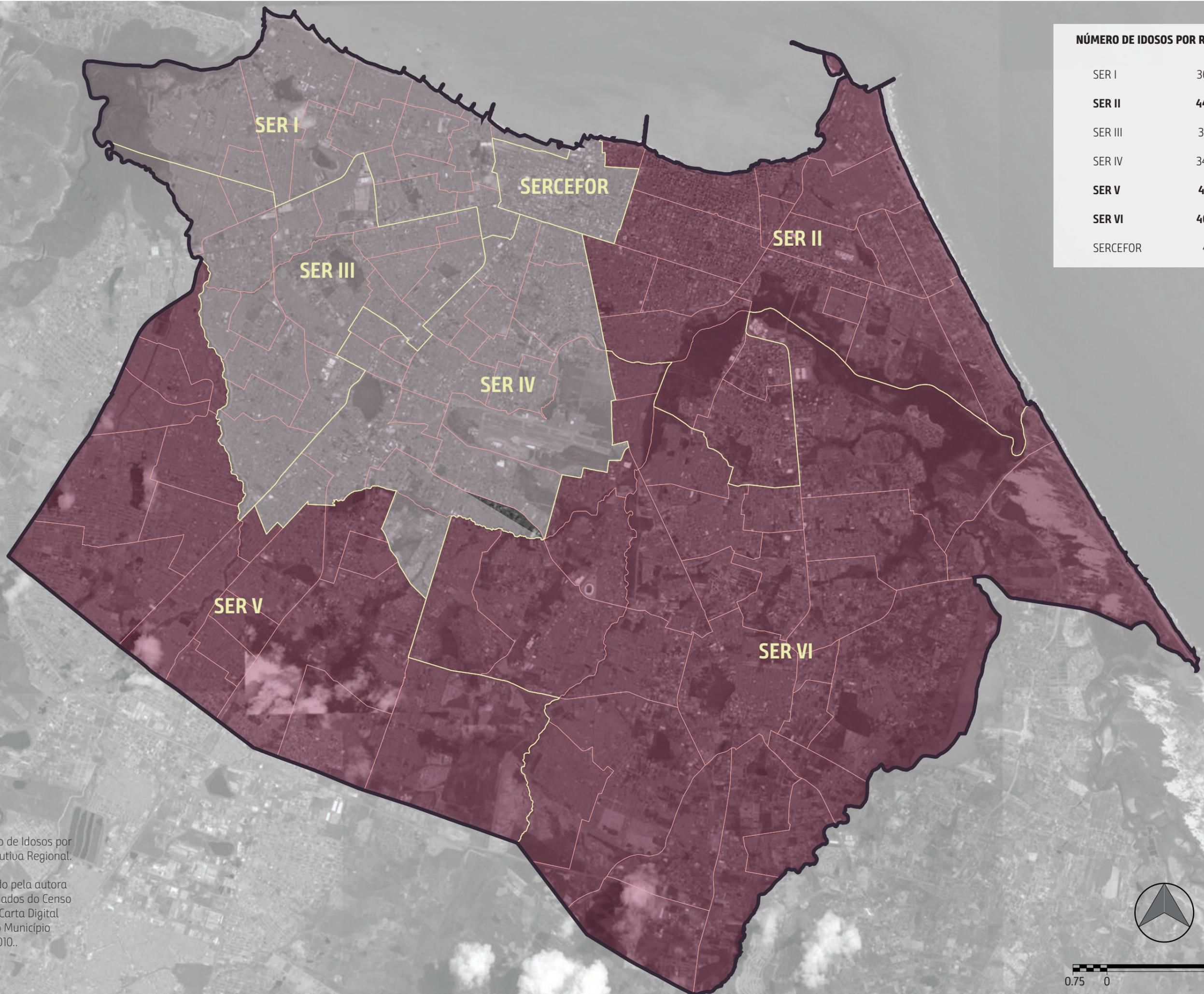
PÚBLICO-ALVO

Ao identificarmos o número de idosos na cidade de Fortaleza foi possível definirmos não só o porte do equipamento, mas também sua localização.

De acordo com o Censo do IBGE de 2010, Fortaleza possui 9,7% da sua população total formada por idosos, correspondendo a quase 240 mil pessoas. Considerando os núcleos das Secretarias Executivas Regionais (SER), podemos dividi-los e identificarmos as áreas com o maior número de idosos (Mapa 1).

Dentre as três Regionais com maior número de idosos, mais de 40 mil pessoas, foi possível identificarmos as características das mesmas com relação à área total, à presença de áreas livres, praças e áreas verdes, e de equipamentos de assistência médica e social, e também, com relação à renda média mensal dos chefes de família (Mapa 2). De forma que identificamos uma carência de equipamentos de assistência social nas regionais V e VI, e um bom suporte na assistência médica na regional VI, revelando-a como ideal para uma primeira implantação de um equipamento deste perfil, servindo de modelo para inserção

NÚMERO DE IDOSOS POR REGIONAL	
SER I	36.296
SER II	44.075
SER III	37.054
SER IV	34.300
SER V	41.439
SER VI	40.225
SERCEFOR	4.265



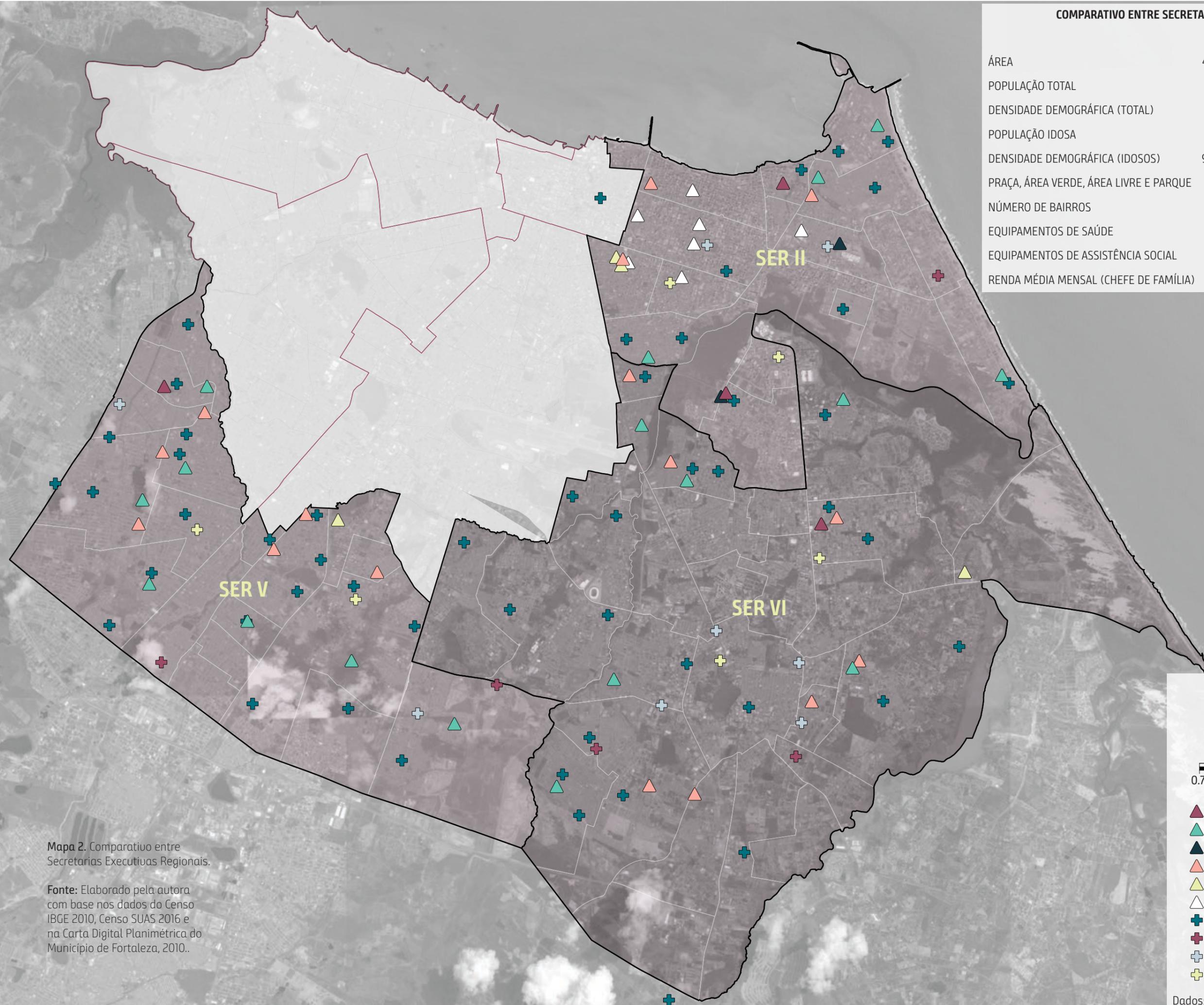
Mapa 1. Número de Idosos por Secretaria Executiva Regional.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Censo IBGE 2010 e na Carta Digital Planimétrica do Município de Fortaleza, 2010..



COMPARATIVO ENTRE SECRETARIAS EXECUTIVAS REGIONAIS

	SER II	SER V	SER VI
ÁREA	4.933,90 ha	6.346,70 ha	13.492,50 ha
POPULAÇÃO TOTAL	364.808	530.175	510.381
DENSIDADE DEMOGRÁFICA (TOTAL)	74 hab./ha	83,5	37,7
POPULAÇÃO IDOSA	44.075	41.439	40.225
DENSIDADE DEMOGRÁFICA (IDOSOS)	9 idosos/ha	7 idosos/ha	3 idosos/ha
PRAÇA, ÁREA VERDE, ÁREA LIVRE E PARQUE	217,94 ha	144,24 ha	246,31 ha
NÚMERO DE BAIRROS	21	18	27
EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	16	26	29
EQUIPAMENTOS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	20	15	15
RENDA MÉDIA MENSAL (CHEFE DE FAMÍLIA)	14,32 S.M.	2,78 S.M.	4,11 S.M.



- ▲ CREAS
- ▲ CRAS
- ▲ Centros-Dia
- ▲ SCFV
- ▲ Unidades de Acolhimento
- △ Entidades Assistenciais
- + Unidades Básicas de Saúde
- + Unidades de Pronto Atendimento - UPA
- + Hospitais e Policlínicas Públicas
- + Centro de Atenção Psicossocial - CAPS

Dados: IBGE, 2010 e Prefeitura de Fortaleza, 2017.

Mapa 2. Comparativo entre Secretarias Executivas Regionais.

Fonte: Elaborado pela autora com base nos dados do Censo IBGE 2010, Censo SUAS 2016 e na Carta Digital Planimétrica do Município de Fortaleza, 2010..

em cada regional. A SER VI possui, segundo o Censo 2010, 40.225 indivíduos idosos, e uma área de 13.492,50 ha, sendo a maior entre as três estudadas, e possui 29 equipamentos de assistência médica, entre Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Pronto Atendimento, Hospitais e Clínicas, estabelecendo uma boa parcela da população idosa com um bom suporte médico, situação favorável para implantação de um equipamento pioneiro na rede pública municipal.

Optou-se pela implantação do equipamento em um bairro de fácil acesso pelo transporte público, que pudesse atender o plano de zoneamento municipal (Mapa 3), e que oferecesse infraestrutura adequada e espaços de lazer contemplativo e de interação com a natureza. Assim, foi escolhido o bairro Messejana, que possui 4.566 idosos, dentre os 40.225 da SER VI, sendo o 6º bairro com maior população idosa em Fortaleza.

De acordo com Moraes et al. (2013, p. 15), podemos considerar o valor de 7,1% como a prevalência de demência no Brasil, o mesmo valor estimado para a América Latina; e admitir que 60% destes são portadores de doença de Alzheimer, o que nos leva a aplicar tais incidências na população idosa do bairro Messejana, definindo o público-alvo do equipamento, como podemos ver na Tabela 3.

No entanto, destas 1.714 pessoas com DA, nem todas precisarão de acolhimento institucional público, já que muitas dessas terão os cuidados necessários no seio familiar e com apoio de equipamentos particulares. Há então a necessidade de mais um fator limitante, optou-se por considerar o percentual de domicílios de baixa renda, com base no Censo IBGE 2010, que diz que 11,2% dos domicílios brasileiros são constituídos pela população de baixa renda, que é todo indivíduo responsável pelo domicílio que possui renda de 0 a ¼ do salário mínimo (Tabela 4).

Tabela 3. Incidência de demência e Doença de Alzheimer na população idosa do bairro Messejana.

POPULAÇÃO IDOSOS MESSEJANA	INCIDÊNCIA DEMÊNCIA (7,1%)	INCIDÊNCIA DOENÇA DE ALZHEIMER (60%)
4.566	2.856	1.714

Fonte de dados:
Censo IBGE, 2010.

IDOSO COM DOENÇA DE ALZHEIMER	INCIDÊNCIA BAIXA RENDA (11,2%)
1.714	192

Tabela 4. Número de indivíduos portadores de Doença de Alzheimer com baixa renda no bairro Messejana.

Fonte de dados:
Censo IBGE, 2010.

Ainda assim, ao consideramos a viabilidade do equipamento ao atender 192 idosos em caráter de internação permanente, o mesmo se torna impraticável. Desta forma, optou-se por mais um fator limitante, sendo este a meta de atendimento de 50% da população idosa de baixa renda em Messejana que poderá ser acometida pela Doença de Alzheimer em caráter de internação permanente, resultando em um número de 96 idosos.

Além destes, espera-se atender a demanda da Regional por oferecer serviços especializados de saúde, onde calcula-se, com base na média de tempo de consulta e na quantidade de consultórios disponibilizados, cerca de 100 pacientes diariamente atendidos pela equipe multidisciplinar.

82 |

PROGRAMA DE NECESSIDADES

O programa de necessidade foi definido através dos estudos de casos e do estabelecimento das atividades que poderiam ser realizadas no equipamento. Além disso, observou-se também o que diz a legislação vigente, no caso das ILPIs, a RDC 283 de 2005 da Anvisa.

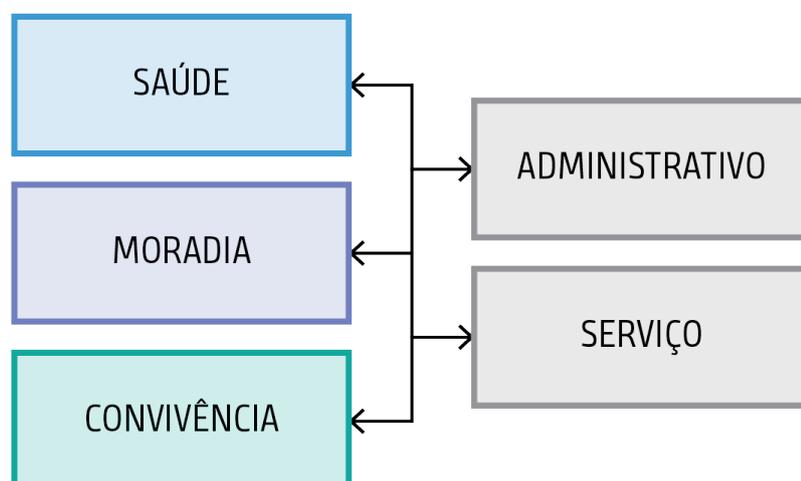


Figura 38. Setorialização do projeto.

Fonte: Elaborado pela autora.

Com o intuito de racionalizar a concepção do programa de necessidades, optou-se pela criação de cinco setores complementares: Moradia, Saúde, Convivência, Administrativo e Serviço (Figura 38).

SETOR DE MORADIA

Este setor é composto por ambientes propostos para os idosos que irão residir no equipamento, e para funcionários e eventuais familiares visitantes.

A RDC 283 estabelece que é obrigatório a existência dos seguintes ambientes:

1. Sala de estar com área mínima de 1,30 m² por pessoa;
2. Dormitórios com área mínima de 5m² por cama e no máximo 4 pessoas por quarto; e equipados com banheiro privativo de no mínimo 3,60 m² de área;

Além destes, com o intuito de propiciar um ambiente mais próximo à atmosfera residencial, propõe-se também os seguintes ambientes:

1. Sala de jantar integrada a cozinha terapêutica, com no mínimo 1m² por pessoa, seguindo a norma para salas de atividades coletivas;
2. Cozinha e lavanderia terapêuticas, que possibilitará a oportunidade de cozinhar, lavar roupa ou qualquer outra atividade relacionada a cozinha ou lavanderia de forma segura e supervisionada, porém de forma a estimular a prática de atividades diárias. Esse ambiente não substitui a cozinha e a lavanderia do equipamento, que deve atender as demandas de todos os usuários independente desse;
3. Sala de televisão, afim de propiciar um ambiente reservado em relação à sala de estar para evitar problemas de ruídos excessivos nesta última. O cálculo será baseado também no recomendado para sala de atividades coletivas;
4. Depósito de material de limpeza.

Embora seja importante o distanciamento do ambiente hospitalar, afim de atender às necessidade específicas dos indivíduos portadores de DA, os seguintes ambientes foram propostos:

1. Enfermaria, com estrutura para o descanso de enfermeiros e cuidadores;

2. Farmácia, adjacente à enfermaria, com o intuito de descentralizar a guarda de medicamentos e facilitando o serviço dos cuidadores.

SETOR DE SAÚDE

Este setor é composto por ambientes propostos para os idosos que irão residir no equipamento e para idosos visitantes que necessitem de atendimento especializado, assim como funcionários.

A RDC 283 estabelece que é obrigatório a existência do seguinte ambiente:

1. Sala para atividades de apoio individual e sócio familiar (consultórios), em que sejam oferecidos serviços de fisioterapia, assistência social e atendimentos médicos, com área acima de 9m².

No entanto, devido às necessidades particulares do indivíduo com DA, optou-se pela criação de mais ambientes voltados à saúde, são eles:

1. Emergência, com pronto-atendimento, sala para reidratação, sala para aplicação de remédios e curativos, e enfermaria;

2. Repouso, para atender os pacientes oriundos da emergência que ainda não possam ser liberados, e residentes que estejam em situação de alerta;

3. Biblioteca e arquivo médico, e sala para capacitação de cuidadores;

4. Área de estar para equipe médica e enfermagem;

5. Dormitório para plantonista da emergência;

6. Rouparia, Depósito de Materiais de Limpeza e Sala de Expurgo, com dedicação exclusiva ao setor garantindo a segurança no fluxos de materiais contaminantes;

7. Farmácia, que atenderá tanto o setor de saúde por completo quanto as enfermarias do setor de moradia;

8. Centro de Materiais Estéreis.

SETOR DE CONVIVÊNCIA

Este setor é composto por ambientes propostos para os idosos que irão residir no equipamento, e para idosos visitantes que queiram participar das atividades do centro, assim como funcionários.

A RDC 283 estabelece que é obrigatório a existência dos seguintes ambientes:

1. Sala para atividades coletivas, com área mínima de 1 m² por pessoa;

2. Espaço ecumênico, com área não estipulada pela RDC.

Além destes, propõe-se também os seguintes ambientes:

1. Salão de beleza;

2. Loja;

3. Sala de aula e de informática;

4. Biblioteca;

5. Café;

6. Auditório acessível com capacidade para 100 pessoas.

SETOR DE ADMINISTRAÇÃO

É composto de ambientes destinados a funcionários e visitantes

do equipamento.

Conforme a RDC 283, toda ILPI deve ter os seguintes ambientes:

1. Salas Administrativas/Reunião: Embora a norma permita que as duas atividades funcionem em uma mesma sala, o projeto permitirá que estas funcionem em ambientes diferenciados visando não interferir na rotina de trabalho dos funcionários da administração quando ocorrerem reuniões de outros setores e até mesmo cursos para os demais funcionários.

2. Sala de Reunião: Será projetada para comportar 8 pessoas, caso haja necessidade de reunir mais pessoas, a reunião poderá acontecer no auditório ou na sala de capacitação do setor de saúde, ambos com fácil acesso a partir da administração;

3. Almoxarifado, para armazenagem de objetos e materiais do setor administrativo;

Além destes ambientes, também fará parte deste setor:

1. Arquivo morto, para guarda de documentos dos residentes atuais e anteriores.

86 |

SETOR DE SERVIÇO

Deverá abrigar as instalações de apoio para o funcionamento e manutenção da instituição. Estes deverão ser de uso exclusivo dos funcionários e seu acesso deverá ser controlado para segurança dos moradores.

Para este setor, a RDC 283 estabelece a necessidade de previsão dos seguintes ambientes:

1. Lavanderia, que, segundo a RDC 283 pode ser um serviço terceirizado, porém devido ao porte do equipamento, optou-se pela criação tendo em vista a alta demanda dos serviços;

2. Depósito de Material de Limpeza;

3. Vestiários e banheiros para funcionários;

4. Cozinha, que, assim como a lavanderia, a RDC 283 também estabelece que serviços de alimentação podem ser terceirizados, mas esta prática também não seria ideal considerando-se a alta demanda do serviço.

5. Lixeira, em abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até o momento da coleta;

Além dos ambientes definidos na RDC, esta proposta também contará com os seguintes ambientes:

1. Almojarifado geral, para guarda de cadeiras de rodas, camas e demais mobiliários, e materiais diversos de apoio aos funcionários;

2. Refeitório para funcionários;

3. Central de segurança, localizado próximo ao acesso principal, para controle de fluxo de pessoas de forma a garantir a segurança dos residentes e não permitir a saída não autorizada dos mesmos;

4. Gerador e Subestação;

5. Gás, em abrigo externo à edificação para armazenamento de gases hospitalares;

6. Estacionamento para funcionários e visitantes.

| 87

QUADRO RESUMO

Considerando as recomendações da RDC 283 e dos estudos de casos, assim como a definição do público-alvo, o equipamento apresenta os seguintes ambientes e suas respectivas áreas:

SETOR DE ADMINISTRAÇÃO		
AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m ²)
Recepção	1	10,14
Sala Reuniões	1	8,37
Salas Diretorias	6	5,40
Almojarifado	1	4,62
Arquivo Morto	1	4,56
Banheiros Públicos	2	4,01
ÁREA TOTAL		68,11 m²

Tabela 5. Programa de Necessidades – Setor Administração.

Fonte: Elaborada pela autora.

Tabela 6. Programa de Necessidades – Setor Moradia.

Fonte: Elaborada pela autora.

SETOR DE MORADIA		
AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m ²)
Sala de Estar	4	33,41
Dormitórios com banheiro privativo	48	26,33
Sala de Jantar	4	28,49
Cozinha e Lavanderia Terapêuticas	4	23,75
Sala de Televisão	4	16,46
DML	2	7,83
Enfermaria	4	72,77
Farmácia	2	4,23
Banheiros Públicos	2	3,29
ÁREA TOTAL		1.994,06

88 |

SETOR DE SAÚDE		
AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m ²)
Recepção e Espera	1	121,57
Consultórios	6	14,35
Pronto Atendimento	1	9,51
Sala pra Reidratação	2	20,41
Sala Remédios e Curativos	1	9,51
Enfermaria	1	11,08
Repouso	1	36,11
Biblioteca Médica	1	20,39
Arquivo Médico	1	11,39
Sala de Capacitação de Cuidadores	1	35,22
Estar Médicos e Enfermeiros	1	17,24
Dormitório Plantonista	1	12,87
Rouparia	2	2,97
DML	1	6,21
Expurgo	1	2,94
Farmácia	1	15,44
Centro de Materiais Estéreis	1	19,30
Banheiros Públicos	2	4,01
Banheiros Funcionários	2	2,93
ÁREA TOTAL		475,52 m ²

Tabela 7. Programa de Necessidades – Setor Saúde.

Fonte: Elaborada pela autora.

SETOR DE CONVIVÊNCIA		
AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m ²)
Sala Multiuso	2	82,77
Espaço Ecumênico	1	54,71
Salão de Beleza	1	30,07
Loja	1	29,49
Sala de Aula	1	54,94
Laboratório de Informática	1	54,94
Biblioteca	1	54,02
Café	1	55,02
Auditório	1	145,04
Estar	1	218,97
Banheiros Públicos	2	23,35
ÁREA TOTAL		909,44 m²

Tabela 8. Programa de Necessidades – Setor Convivência.

Fonte: Elaborada pela autora.

SETOR DE SERVIÇO		
AMBIENTE	QUANTIDADE	ÁREA (m ²)
Lavanderia	1	81,93
DML	1	7,82
Vestiário Funcionários	2	23,48
Cozinha	1	70,60
Refeitório	1	145,04
Almoxarifado	1	29,73
Central de Segurança	1	7,72
Gerador	1	37,90
Subestação	1	37,90
Lixo	1	12,43
Gás	3	3,22
Estacionamento	1	2.537,44
ÁREA TOTAL		3.025,13 m²

Tabela 9. Programa de Necessidades – Setor Serviço.

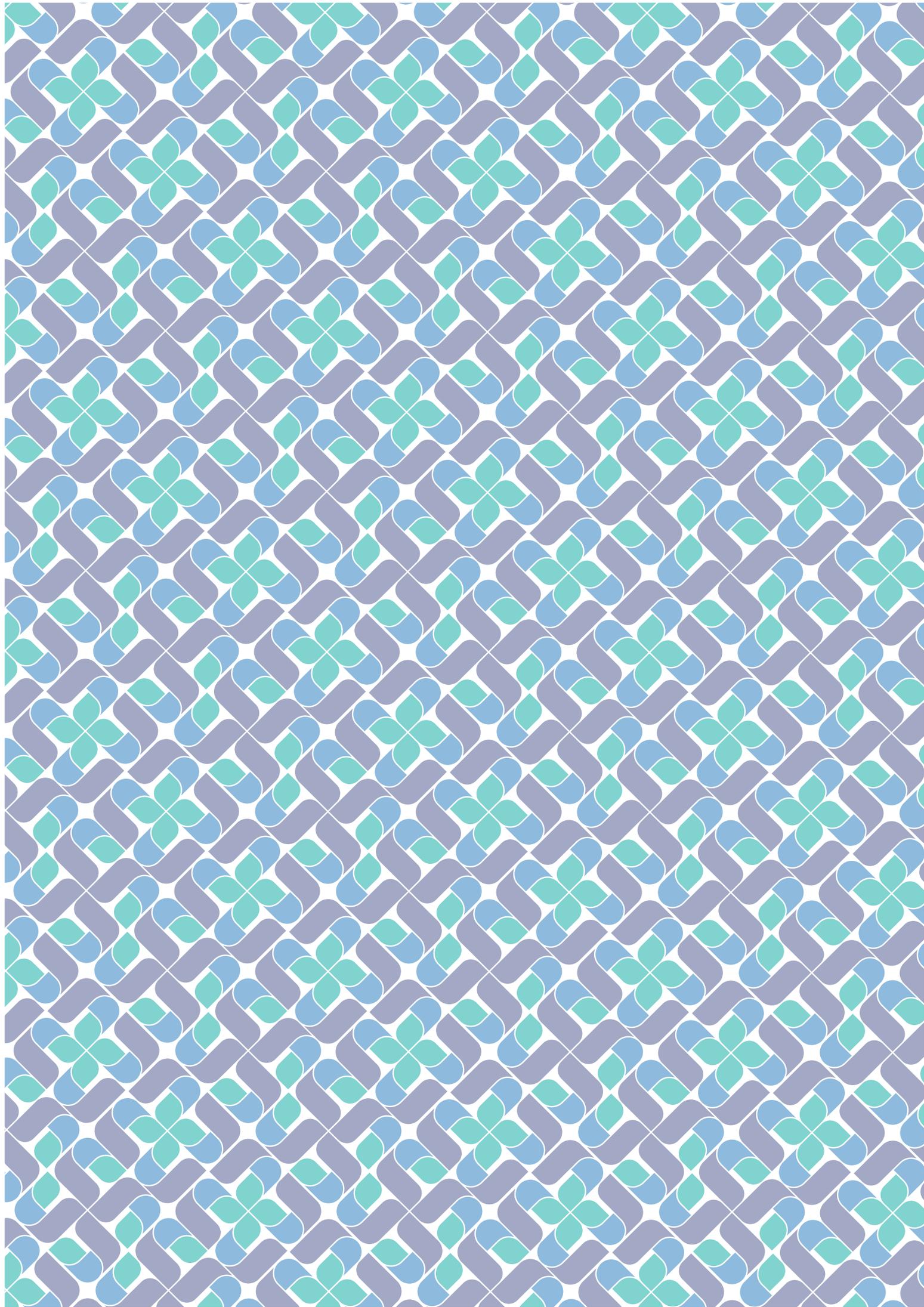
Fonte: Elaborada pela autora.

| 89

SETOR DE MORADIA	1.994,06 m ²
SETOR DE CONVIVÊNCIA	909,44 m ²
SETOR DE SAÚDE	475,52 m ²
SETOR DE ADMINISTRAÇÃO	68,11 m ²
SETOR DE SERVIÇO	3.025,13 m ²
CIRCULAÇÕES	2.526,66 m ²
ÁREA TOTAL	8.998,92 m²

Tabela 10. Programa de Necessidades - Geral.

Fonte: Elaborada pela autora.



CAPÍTULO 7. O SÍTIO

O terreno selecionado para o projeto localiza-se na cidade de Fortaleza, no Ceará. A proposta consiste em um equipamento que prioriza o caráter residencial, para isso, fez-se necessária a implantação do mesmo em uma região da cidade onde predominasse as mesmas características de uso e ocupação do solo. A escolha do bairro Messejana, além de contemplar esse requisito, também atende a necessidade de uma descentralização do eixo de alta renda da cidade, permitindo que o equipamento público tenha seu acesso facilitado no que diz respeito à população de baixa renda.

Ao analisarmos o zoneamento no bairro, podemos perceber que há uma predominância da Zona de Ocupação Moderada 2 (ZOM 2) (Mapa 3), que caracteriza-se pela insuficiência ou ausência de infraestrutura urbana, pela carência de equipamentos públicos, a tendência de intensificação da implantação de equipamentos privados comerciais e de serviços de grande porte, e por áreas com fragilidade ambiental. No entanto, não abordaremos tais características relativas à infraestrutura do bairro, por se tratar da implantação de um equipamento público, onde espera-se que, no momento de planejamento da implantação, haja uma etapa de adequação de tal infraestrutura, principalmente com relação a melhorias nos sistemas de coleta e tratamento de esgotamento sanitário, imprescindíveis no projeto de equipamento voltados à saúde e ao bem estar de pessoas fragilizadas.

| 91

ESCOLHA DO TERRENO

A escolha do terreno no bairro Messejana deu-se por meio de uma série de condicionantes, são eles: Acesso, Uso, Aspectos Naturais, Proximidade à Equipamentos de Saúde, Proximidade à Equipamentos de Lazer, e Propriedade Legal do Terreno, discriminados na Tabela 11.

ACESSO	O acesso deve ser fácil por todos os modais disponíveis, principalmente os de caráter público. É interessante que haja fácil conexão com terminais de ônibus.
USO	O adequado seria um terreno vazio ou subutilizado, para que não houvessem gastos com demolição e para que fosse atribuído uso público a um vazio urbano, contribuindo para na democratização dos espaços e na construção de uma cidade mais igualitária.
ASPECTOS NATURAIS	Terreno com desnível não muito acentuado, próximo a corpos d'água e áreas verdes, com facilidade de implantação do equipamento.
PROXIMIDADE À EQUIPAMENTOS DE SAÚDE	Proximidade a equipamentos públicos já consolidados, que possam oferecer suporte ao centro.
PROXIMIDADE À EQUIPAMENTOS DE LAZER	Proximidade a equipamentos públicos já consolidados, que possam oferecer suporte ao centro.
PROPRIEDADE LEGAL DO TERRENO	Por tratar-se de um equipamento público, o adequado é um terreno que pertença ao poder público, representando menos barreiras legais para a construção do edifício.

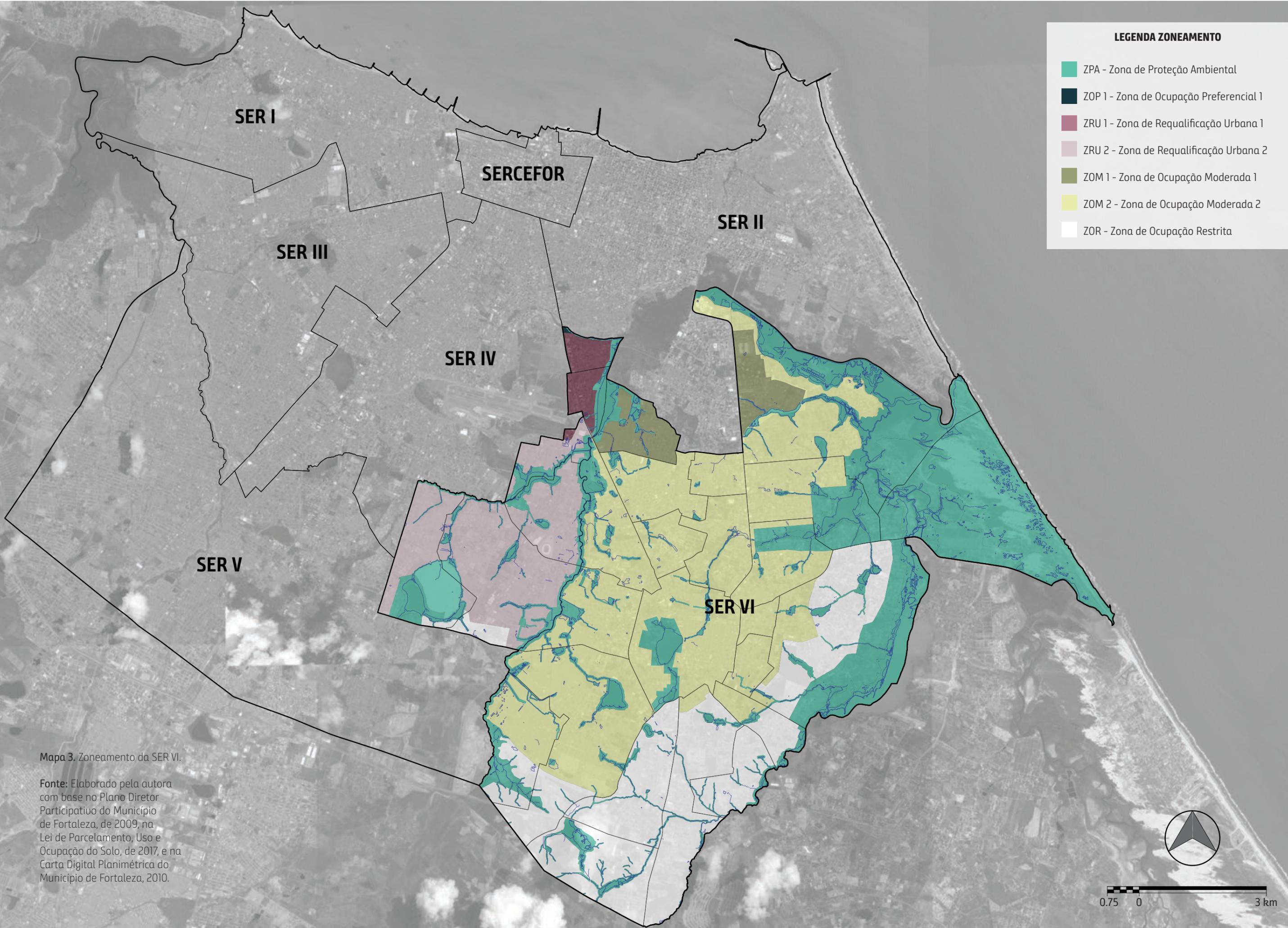
Tabela 11. Critério para Escolha do Terreno.

Fonte: Elaborada pela autora.

Os possíveis terrenos para implantação do equipamento são identificados no Mapa 4, e nas Figuras 39 a 43.

Para a determinar o terreno adequado foi criada uma matriz (Tabela 12), pontuando cada um dos critérios estabelecidos anteriormente. Os critérios Acesso, Aspectos Naturais e Proximidade de Equipamentos de Saúde e Lazer, poderiam ser pontuados de 0 a 3 pontos; os demais critérios, poderiam ser pontuados em 0 ou 1.

Após análise e somatória dos pontos, determinou-se que o terreno T3, localizado na Rua Cel. João de Oliveira, seria o mais propício para a construção do equipamento.



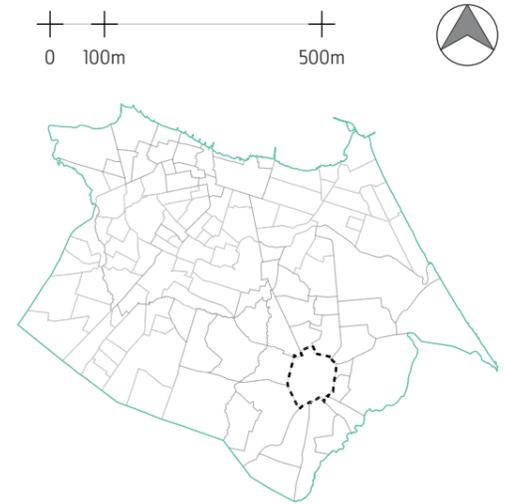
LEGENDA ZONEAMENTO

- ZPA - Zona de Proteção Ambiental
- ZOP 1 - Zona de Ocupação Preferencial 1
- ZRU 1 - Zona de Requalificação Urbana 1
- ZRU 2 - Zona de Requalificação Urbana 2
- ZOM 1 - Zona de Ocupação Moderada 1
- ZOM 2 - Zona de Ocupação Moderada 2
- ZOR - Zona de Ocupação Restrita

Mapa 3. Zoneamento da SER VI.

Fonte: Elaborado pela autora com base no Plano Diretor Participativo do Município de Fortaleza, de 2009, na Lei de Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo, de 2017, e na Carta Digital Planimétrica do Município de Fortaleza, 2010.





- LEGENDA:**
- Equipamentos de Saúde
 - Equipamentos de Lazer
 - Terminal de Messejana
 - Via Expressa
 - Via Arterial I
 - Via Coletora
 - - Limite do Bairro Messejana

MAPA 4. Terrenos analisados e critérios de escolha.
FONTE: Elaborado pela autora com base na Carta Digital Planimétrica do Município de Fortaleza, 2010, e nos dados abertos disponibilizados pela Prefeitura de Fortaleza, 2017.



Figura 39. Terreno T1 – Rua Pedro de Alcântara e Silva.

Fonte: Google Earth
– Sem escala.



Figura 40. Terreno T2 – Rua Tomás Ildefonso.

Fonte: Google Earth
– Sem escala.



Figura 41. Terreno T3 – Rua Cel. João de Oliveira.

Fonte: Google Earth – Sem escala.



Figura 42. Terreno T4 – Rua Cel. João de Oliveira.

Fonte: Google Earth – Sem escala.

Figura 43. Terreno T5 – Rua Padre Pedro de Alencar.

Fonte: Google Earth – Sem escala.



	T1	T2	T3	T4	T5
ACESSO (0-3)	2	2	3	3	1
USO (0-1)	1	1	1	1	1
ASPECTOS NATURAIS (0-3)	1	2	3	2	1
EQUIPAMENTOS SAÚDE (0-3)	1	1	3	3	0
EQUIPAMENTOS LAZER (0-3)	1	1	2	2	3
PROPRIEDADE LEGAL (0-1)	0	0	1	0	0
TOTAL	6	7	13	11	6

Tabela 12. Matriz de Pontuação dos Terrenos.

Fonte: Elaborada pela autora.

ANÁLISE DO TERRENO

O terreno, de aproximadamente 25.345 m², é delimitado ao Sul, pela Rua Cel. João de Oliveira; ao Leste, por uma rua projetada ainda sem nome; ao Norte, pelo terreno institucional que engloba o Hospital de Saúde Mental de Messejana e o Regimento de Polícia Montada (Cavalaria) da Polícia Militar do Ceará; e, por fim, a Oeste, pelo terreno no qual hoje está sendo erguido dois edifícios residenciais com doze pavimentos pela construtora Muza.

No momento da escolha do terreno, não foram identificadas construções no local, no entanto, ao fazermos uma visita ao local, foi possível verificar a construção de uma Escola de Tempo Integral Municipal em uma pequena área do terreno (Figura 44). A proposta, então, parte da premissa de que o terreno está sendo subutilizado, e que seu potencial paisagístico, assim como a dimensão da sua totalidade, poderiam ser melhor aproveitados com a implantação do equipamento proposto.

100 |



Figura 44. Esquina do terreno da proposta, com a construção de uma Escola de Tempo Integral.

Fonte: Acervo Pessoal.

Ao analisarmos a inserção do terreno na vizinhança, podemos perceber que atualmente trata-se de um vazio na malha urbana, influenciando de forma negativa o seu entorno, devido a uma carência de um tratamento paisagístico das calçadas do mesmo e a subutilização de um espaço tão extenso (Figura 45). O abandono de imóveis em frente ao terreno, também contribui para a sensação descuido percebida naquela área (Figura 46).



| 101

Figura 45. Vista do terreno da proposta, a partir do lado oposto da via.

Fonte: Acervo Pessoal.



Figura 46. Imóveis abandonados, lado oposto da via do terreno da proposta.

Fonte: Google Street View, 2017.

No entanto, foi possível apreender que, apesar de fragilizadas, as relações de vizinhança entre o terreno e seu entorno imediato possui grande potencial (Mapa 5), se for possível fortalecer laços entre os diversos equipamentos públicos no entorno e o equipamento aqui proposto. Espera-se que com o tratamento das áreas do espaço público adjacentes ao terreno, assim como a cessão de faixas do terreno para a criação de praças e áreas arborizadas de uso público, possamos revitalizar a área e trazer novos usos para a mesma.

USO DO SOLO

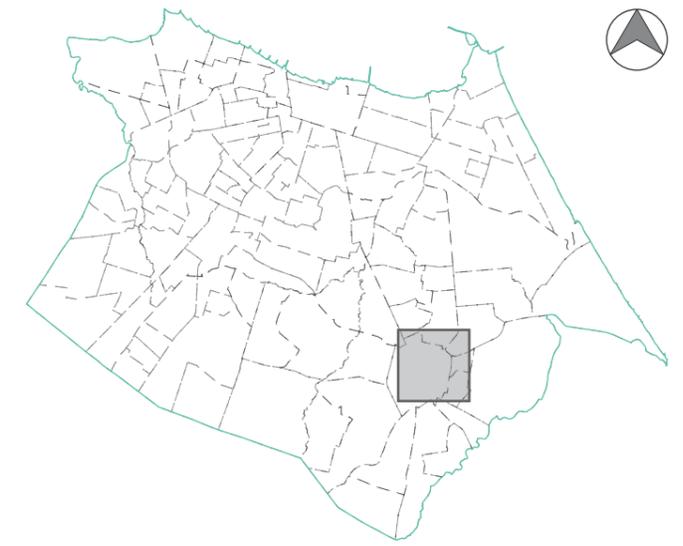
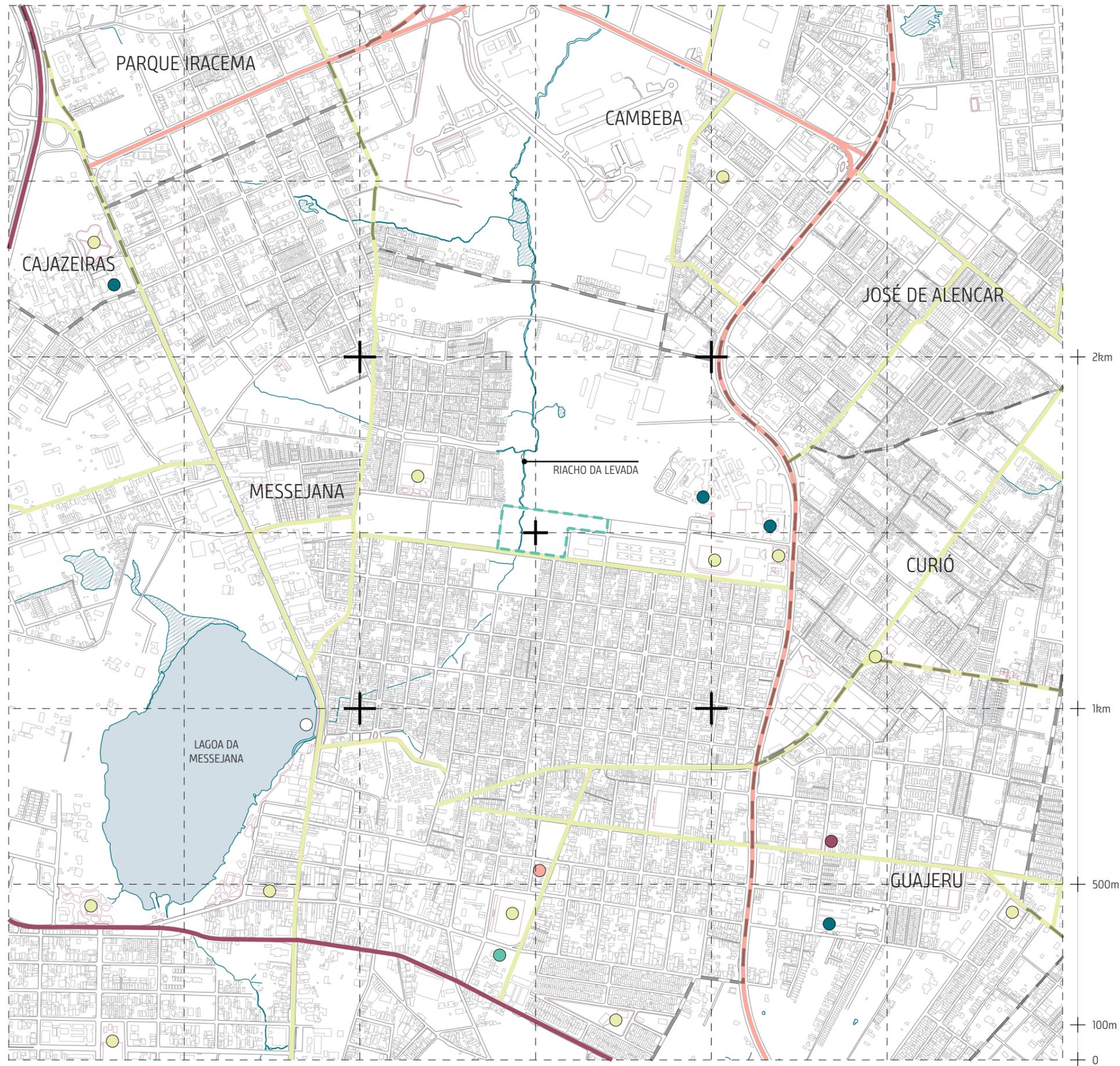
Através da elaboração do Mapa de Usos (Mapa 6), foi possível constatar que de fato existe uma predominância do caráter residencial no entorno do terreno escolhido, o que contribuirá com uma vizinhança mais calma e com menos ruído, características importantes para o contexto urbano do equipamento proposto.

102 |

MEIO FÍSICO

O terreno possui um desnível suave ao considerarmos sua extensão (Figura 47), o que facilitará na implantação do equipamento sem muitos desníveis, que poderiam acarretar em barreiras físicas para usuários com mobilidade reduzida.

A presença do Riacho da Levada atravessando o terreno oferece grande potencial paisagístico, possibilitando a criação de uma área arborizada e amenizando as temperaturas altas comuns da nossa região. No entanto, a carência de infraestrutura, principalmente de um sistema de tratamento de esgoto, contribui para a degradação ambiental dos recursos hídricos da área, resultando em uma situação de completo abandono do riacho e de sua vegetação nativa, como podemos ver nas Figuras 48 e 49.



LEGENDA:

- Praças e Áreas de Lazer
- Monumento (Estátua de Iracema)
- Hospitais
- Unidade Básica de Saúde
- Centro de Atenção Psicossocial
- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
- Via Expressa
- Via Arterial I
- Via Coletora
- Limite dos Bairros
- Terreno da Proposta

MAPA 5. Entorno do terreno e relações de vizinhança.
FONTE: Elaborado pela autora com base na Carta Digital Planimétrica do Município de Fortaleza, 2010, e nos dados abertos disponibilizados pela Prefeitura de Fortaleza, 2017.



LEGENDA:

- Uso Residencial
- Uso Comercial
- Uso Misto
- Uso Institucional
- Vazios
- Terreno da Proposta

MAPA 6. Mapa de Usos nas edificações.

FONTE: Elaborado pela autora com base na Carta Digital Planimétrica do Município de Fortaleza, 2010.

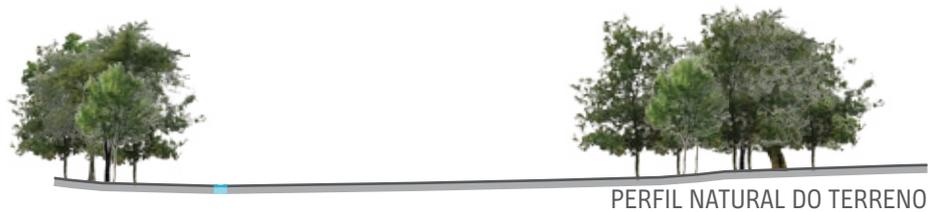
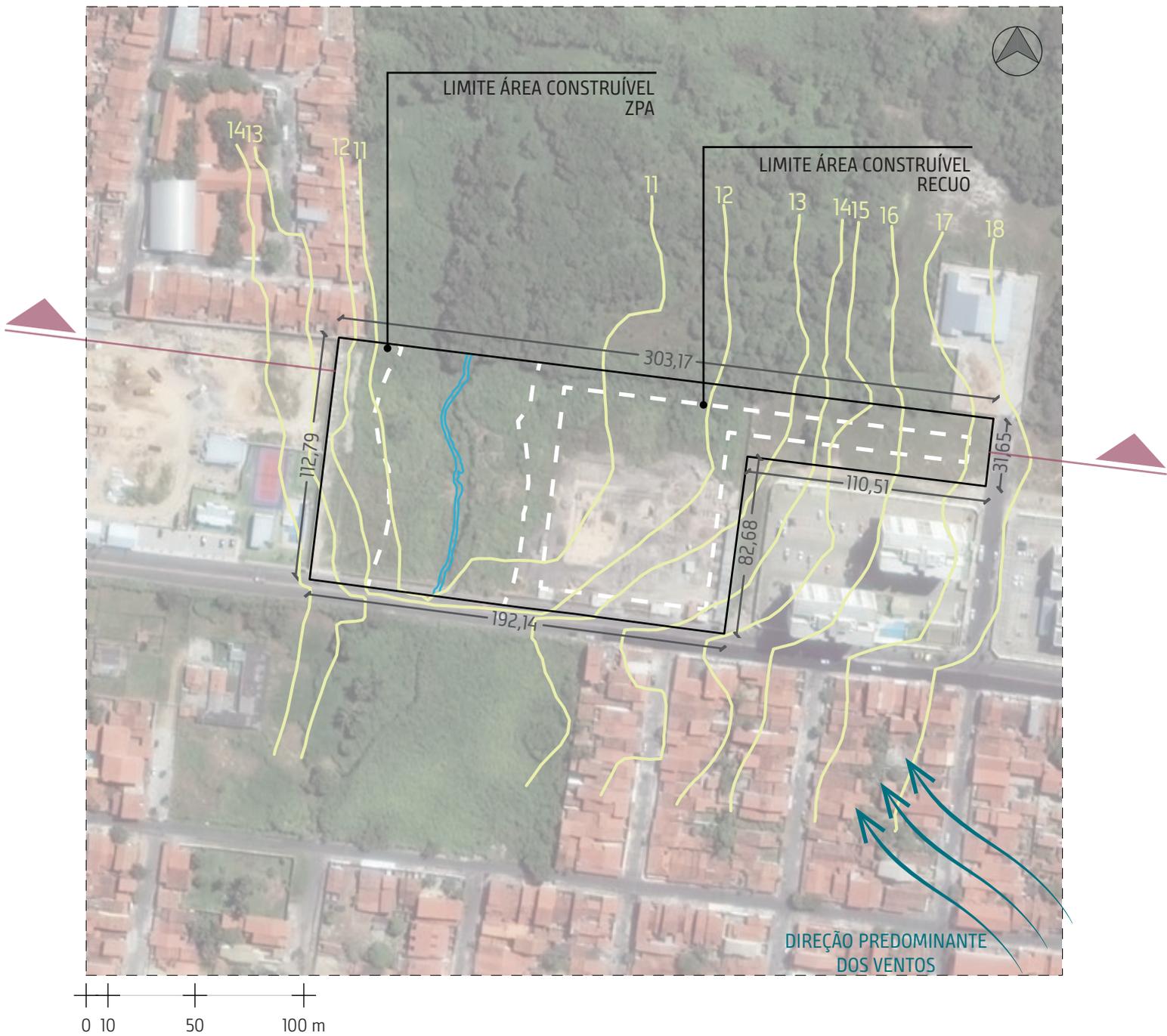


FIGURA 47. Fatores ambientais do sítio.

FONTE: Elaborado pela autora com base na Carta Digital Planimétrica do Município de Fortaleza, 2010, e imagem do Google Earth, 2017.



Figura 48. Vista do Riacho da Levada a partir da calçada do terreno da proposta.

Fonte: Google Street View, 2017.



Figura 49. Vista do Riacho da Levada no lado oposto da via, ausência de calçada.

Fonte: Google Street View, 2017.

MORFOLOGIA URBANA

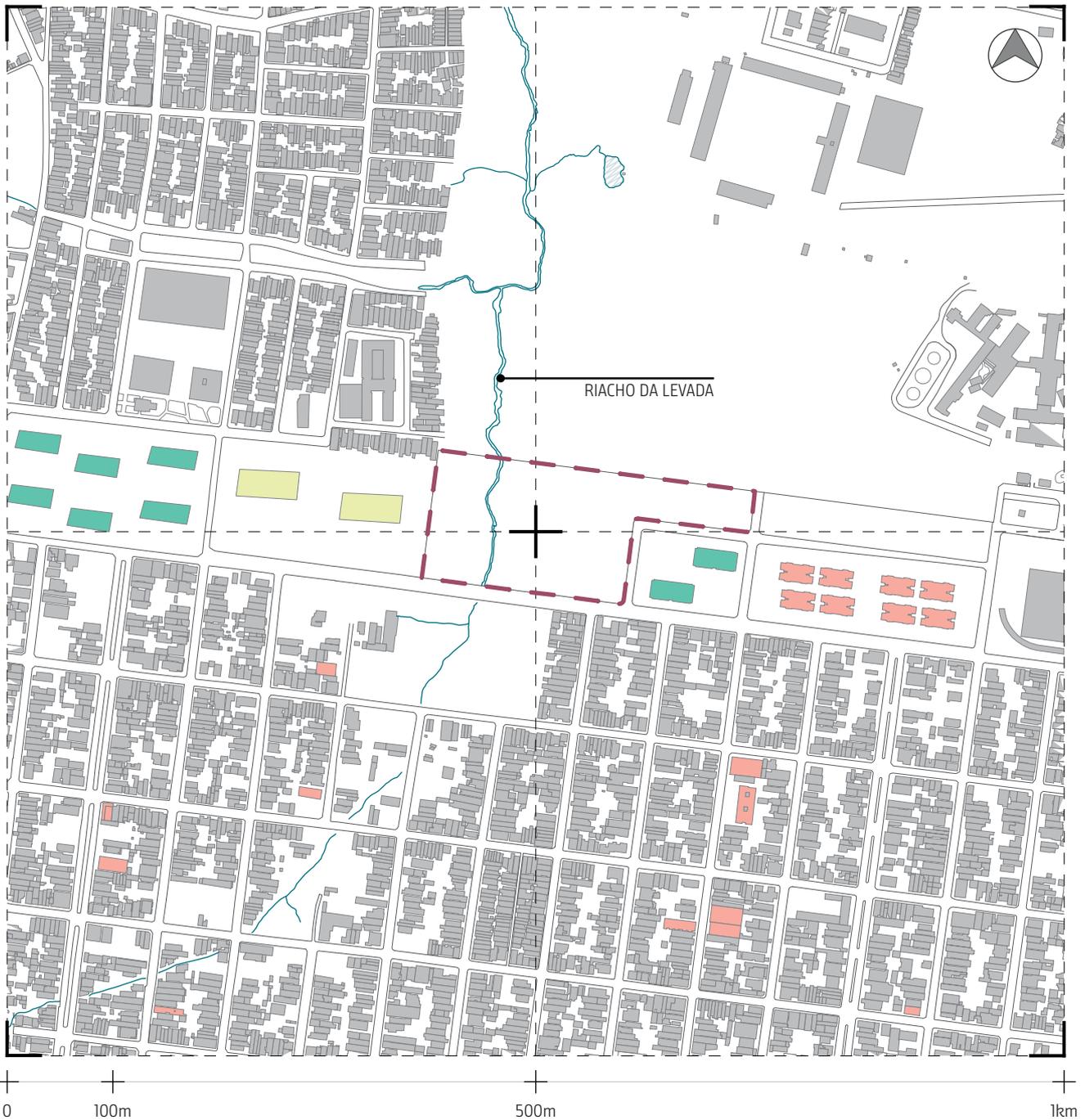
O terreno está situado numa área de ainda pouca verticalização, com as edificações de seu entorno tendo entre 1 e 2 pavimentos (Mapa 7), o que contribuirá para a fluidez dos ventos, proporcionando uma ambiente agradável na áreas externas do equipamento proposto.

A via principal de acesso ao terreno, uma via coletora de dois sentidos, passou recentemente por manutenção e readequação, momento no qual foi inserida uma ciclofaixa de duplo sentido (Figura 50).

Figura 50. Via coletora de dois sentidos, recém reformada, com ciclofaixa duplo sentido.

Fonte: Acervo pessoal.





LEGENDA:

- 1-2 pavimentos
- 3-5 pavimentos
- 6-10 pavimentos
- Acima de 11 pavimentos
- Terreno da Proposta

MAPA 7. Mapa de Gabarito das edificações.

FONTE: Elaborado pela autora com base na Carta Digital Planimétrica do Município de Fortaleza, 2010.

LEGISLAÇÃO

O terreno está situado, segundo o Plano Diretor Municipal de Fortaleza (2009), em uma ZOM 2 - Zona de Ocupação Moderada 2, mas possui também uma faixa de ZPA - Zona de Proteção Ambiental, protegendo o recurso hídrico, o Riacho da Levada. Sendo assim, ainda segundo o Plano Direito, temos os seguintes parâmetros para cada zona:

Art. 66. São parâmetros da ZPA:

- I - índice de aproveitamento básico: 0,0;
- II - índice de aproveitamento máximo: 0,0;
- III - índice de aproveitamento mínimo: 0,0;
- IV - taxa de permeabilidade: 100%;
- V - taxa de ocupação: 0,0;
- VI - altura máxima da edificação: 0,0.

Art. 105 - São parâmetros da ZOM 2:

- I - índice de aproveitamento básico: 1,0;
- II - índice de aproveitamento máximo: 1,5;
- III - índice de aproveitamento mínimo: 0,1;
- IV - taxa de permeabilidade: 40%;
- V - taxa de ocupação: 50%;
- VI - taxa de ocupação de subsolo: 50%;
- VII - altura máxima da edificação: 48m;
- VIII - área mínima de lote: 150m²;
- IX - testada mínima de lote: 6m;
- X - profundidade mínima do lote: 25m.

Os demais parâmetros urbanístico foram definidos após consultarmos a Lei de Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo do Município de Fortaleza – LPUOS (2017), que, conforme informações dos Anexos 5, 7 e 8, onde temos:

1. Anexo 5, Tabela 5.12:

A classificação do projeto como subgrupo Serviço de Saúde e classe 4PE, por exercer a atividade Lar de Idosos, e, portanto, com qualquer porte, depende de estudos para estimativa do número de vagas.

2. Anexo 7, Tabela 7.4:

A classificação da via principal de acesso, a Rua Cel. João Oliveira, como uma via coletora;

3. Anexo 8, Tabela 8.12:

Quanto às normas e adequação do uso ao sistema viário, temos que a classificação do subgrupo Serviço de Saúde, com a classe 4PE, em uma via coletora, também depende de estudos para estimar adequação de uso e dimensões de recuos mínimos.

| iii

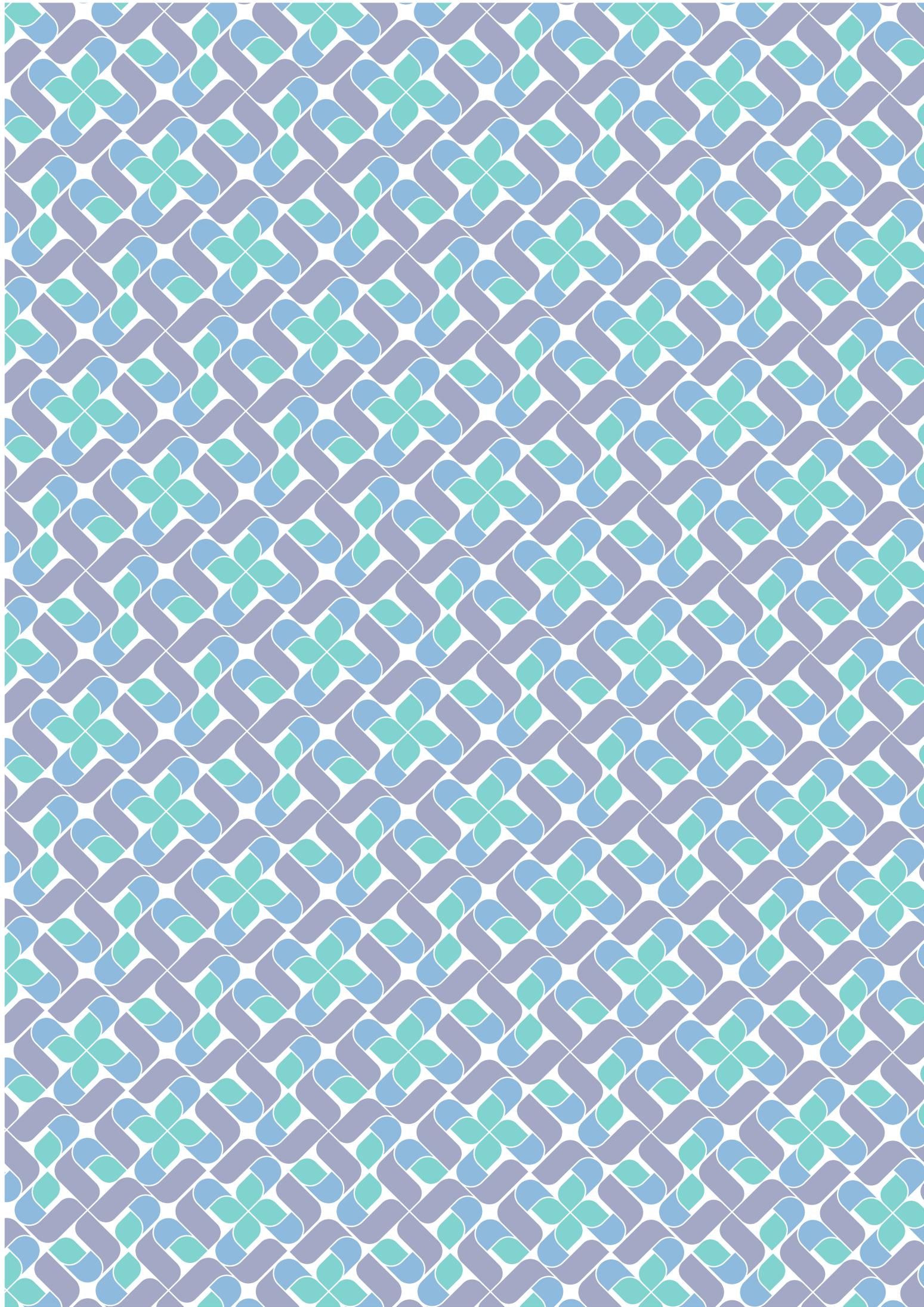
ESTACIONAMENTO

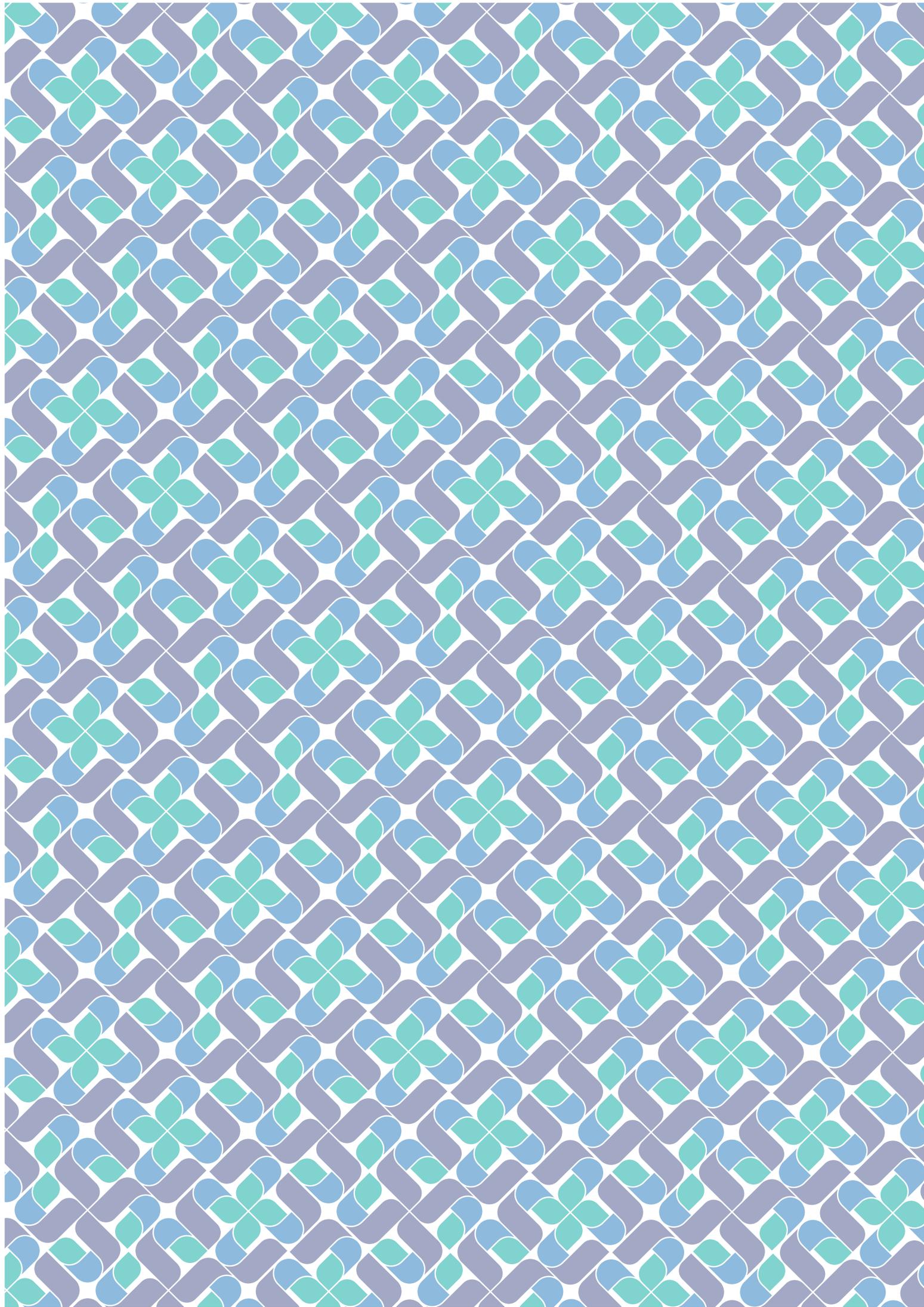
Conforme recomendação da LPUOS (2017), a quantidade de vagas para estacionamento é determinada com estudos sobre os impactos do equipamento no sistema viário. Para isso, foi feita uma pesquisa nos códigos de obra dos municípios de São Paulo, Brasília e Salvador, afim de encontrarmos parâmetros legais replicáveis em Fortaleza.

Encontrou-se então, os seguintes parâmetros, todos aplicados sobre a Área de Construção Computável - ACC:

1. Vagas para automóveis: 1 vaga para cada 50m² de ACC;
2. Vagas para motocicletas: 1 vaga para cada 300 m² de ACC;
3. Vagas para bicicletas: 1 vaga para cada 250 m² de ACC.

Com os cálculos aplicados ao projeto, seriam então necessárias, no mínimo, 81 vagas para automóveis, 13 vagas para motocicletas, e 16 vagas para bicicletas. Entre as vagas de automóveis, segundo as resoluções 303 e 304 do Conselho Nacional de Trânsito – CONTRAN (2008), um mínimo de 2 vagas deverão ser destinadas a pessoas portadoras de deficiência e com dificuldade de locomoção; e 4 vagas destinadas exclusivamente a pessoas idosas.





CAPÍTULO 8. A PROPOSTA

MEMORIAL JUSTIFICATIVO

A ideia de conceber um projeto destinado a um público tão específico originou-se a partir de pesquisas que discutem quais influências o espaço construído possui sobre a vida dos indivíduos, principalmente aqueles que possuem alguma característica de fragilidade. Então, pôde-se perceber a carência de espaços planejados com a finalidade de influenciar de forma positiva a vida de um público com esse perfil. Em Fortaleza, não há somente a carência de espaços dedicados, mas também nos falta diretrizes para a produção destes.

Tendo isso em mente, propõe-se então a criação de um equipamento público que pudesse atender indivíduos fragilizados, afim de amenizar suas dificuldades, com a ajuda de um espaço construído para ser eficiente e adequado às necessidades específicas de seus usuários. E, também, um programa que pudesse ser replicado na cidade, com o intuito de democratizar o acesso a serviços públicos por meio da arquitetura. Deste conceito, nasce o princípio usado na escolha do bairro: descentralizar o serviço, leva-lo para a periferia da cidade, no intuito de permitir o acesso de pessoas, que, em outras condições de localidade, não o fariam.

Desta forma, o equipamento aqui proposto localiza-se na cidade de Fortaleza, no bairro Messejana. O terreno origina-se da esquina entre a Rua Coronel João de Oliveira e uma rua já planejada, mas sem denominação. O acesso principal do Centro encontra-se nesta esquina, na parte sudeste do terreno, e dá-se por meio de uma praça de chegada arborizada, possibilitando usos diversos e tornando a esquina do terreno, que antes encontrava-se abandonada e servia como lixão, convidativa, incentivando novos usos àquela região.

A implantação pode ser entendida como uma sobreposição de usos, onde os ambientes abertos ao público externo encontram-se no

pavimento térreo, de fácil acesso, e os ambientes reservados somente a residentes encontram-se resguardados nos pavimentos superiores.

A locação do edifício no terreno buscou privilegiar os espaços de maior estadia, os dormitórios dos residentes, considerando as condições que garantiriam um melhor conforto térmico e ambiental, para isso, elegeu-se o eixo Norte-Sul para as principais aberturas de portas e janelas, e para o posicionamento das sacadas. A partir disso, foi possível perceber a necessidade da elaboração de uma planta espelhada, com aberturas simultâneas, tanto para norte quanto para sul, utilizando-se do eixo Leste-Oeste como base de simetria.

ÍNDICES URBANÍSTICOS

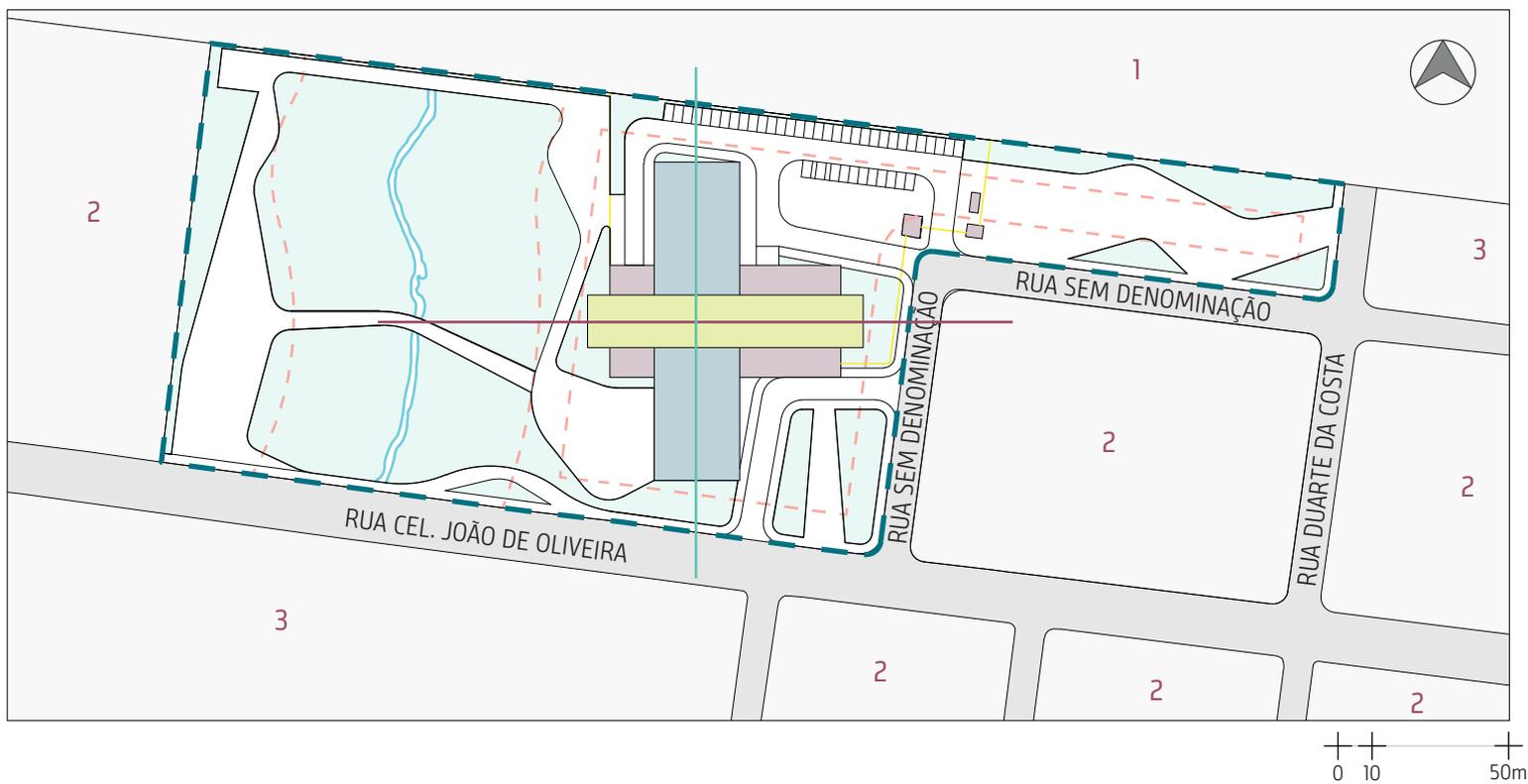
A legislação vigente estipula uma série de índices urbanísticos aplicáveis à região onde localiza-se o terreno. O sítio possui dois tipos de zoneamento, a ZPA – Zona de Proteção Ambiental e a ZOM 2 – Zona de Ocupação Moderada 2. Na ZPA, não é possível construir, por se tratar de área de preservação; portanto, para fins de cálculos de Índice de Aproveitamento e Taxas de Ocupação e Permeabilidade, somente foi utilizada a área do terreno estabelecida na ZOM 2 (Tabela 13 e 14).

116 |

PAVIMENTO	ÁREA CONSTRUÍDA DO PAVIMENTO ¹	ÁREA COMPUTÁVEL ²
Subsolo	2.466,64 m ²	164,04 m ²
Térreo	2.817,64 m ²	1.831,47 m ²
1º Pavimento	1.857,32 m ²	1.207,26 m ²
2º Pavimento	1.857,32 m ²	1.207,26 m ²
ÁREA CONSTRUÍDA TOTAL³	8.998,92 m²	4.410,03 m²

Tabela 13. Quadro de Áreas.

Fonte: Elaborada pela autora.



LEGENDA:

Setorização:

- Térreo - Administração, Saúde, Convivência e Serviço
- Primeiro e Segundo Pavimento - Moradia
- Coberta/Empena

- - Limites Recuo e Zona de Proteção Ambiental
- Eixo Norte-Sul
- Eixo Leste-Oeste
- - Terreno Proposta

Entorno:

- 1 Terreno Institucional
- 2 Terreno Residencial
- 3 Terreno Vazio

Figura 51. Estudo esquemático da implantação

Fonte: Elaborada pela autora.

INDICADORES	ZPA	ZOM2	PROJETO
Área do Terreno	7.370 m ²	17.974 m ²	25.344,33 m ²
Índice de Aproveitamento ⁴	0,0	1,0	0,24
Altura Máxima	0,0	48 m	15,28 m
Área Permeável ⁵	100%	40%	48,83%
Recuos	-	Objeto de Estudo	10 m
Taxa de Ocupação ⁶	0,0	50%	15,68%
Taxa de Ocupação Subsolo ⁷	0,0	50%	13,72%
Área Construída Total ³	-	-	8.98,92 m ²
Área Computável ²	-	-	4.410,03 m ²

Tabela 14. Comparativo - Índices Urbanísticos

Fonte: Elaborada pela autora.

Notas: Definições segundo a Lei de Parcelamento, Uso e Ocupação do Solo do Município de Fortaleza (2017):

1. É a área de piso do pavimento, inclusive as ocupadas por paredes e pilares, incluindo-se as áreas comuns e excluindo-se os vazios de poços de ventilação e iluminação;
2. Corresponde a 65% da área total construída, excluídas as sacadas com largura total máxima de 1.05 m e as áreas destinadas a estacionamento;
3. É o somatório das áreas dos pisos de uma edificação, inclusive as ocupadas por paredes e pilares.
4. Número que multiplicado pela área do terreno, resulta na área de construção computável, estabelecendo as condições de utilização dos instrumentos urbanísticos, jurídicos e tributários;
5. É a relação entre a soma de todas as áreas permeáveis do lote ou gleba e a área total do lote ou gleba, permanecendo totalmente livre de qualquer edificação e a área total dos mesmos;
6. É o percentual utilizado pela edificação em relação a área total do terreno, considerando apenas sua projeção horizontal, não sendo computados nesta projeção os elementos componentes das fachadas, tais como: brises, jardineiras, marquises, pérgolas e beirais;
7. É o percentual do terreno utilizado pela maior área de pavimento de subsolo em relação a área total do terreno;

TIPO	MÍNIMO NECESSÁRIO	PROJETO
Vagas Automóveis Total	88	93
Vagas Automóveis – Deficientes	2	4
Vagas Automóveis – Idosos	4	6
Vagas Motocicletas	14	14
Vagas Bicicletas	18	20

Tabela 15. Quantitativo vagas estacionamento.

Fonte: Elaborada pela autora.

PARTIDO

Para definirmos as formas gerais básicas do projeto, levamos em consideração todos os condicionantes e aspectos até então discutidos. O projeto adequado de um equipamento para idosos com Alzheimer é fundamental para o bom funcionamento do mesmo, e para isso, é importante que o partido seja consciente e comprometido, sabendo que as decisões tomadas podem se tornar soluções ou problemas para os usuários.

| 119

VERTICALIZAÇÃO X HORIZONTALIDADE

De acordo com os estudos de caso citados anteriormente, a horizontalidade é presente na concepção de projeto para idosos, afim de evitar a criação de barreiras e dificuldades de acessos aos usuários. No entanto, por se tratar de uma edificação com múltiplos usos, buscou-se, através da verticalização, uma setorização que priorizasse a privacidade dos indivíduos residentes.

Desta forma, a verticalização, apesar de possibilitar barreiras e dificuldades de acesso, foi usada de forma positiva, afim de garantir

uma separação dos usos; e para evitar consequências negativas dessa escolha, foi tomado como partido concentrar os usos diários de um residente em um mesmo pavimento, assim evitando a necessidade de intenso deslocamento vertical.

Existe ainda, a partir da verticalização, um melhor aproveitamento dos potenciais paisagístico e de conforto ambiental, e da implementação de um livre caminhar, garantindo liberdade aos usuários, mas com segurança, por isolar os acessos à rua no pavimento térreo.

HUMANIZAÇÃO

Buscou-se a criação de espaços mais humanizados a partir de jardins e pátios internos, proporcionando espaços livres convidativos, promovendo uma melhor socialização dos usuários, fator de notável importância para a saúde destes, e para a formação de um ambiente com características mais residenciais.

Além da criação dos jardins e praças no pavimento térreo, optou-se também por implementar tetos-jardins acima deste, com o intuito de trazer a natureza para mais próximo do setor de moradia, proporcionando uma vista agradável a partir dos ambientes de estar internos.

RELAÇÕES FUNCIONAIS

DEFINIÇÃO DOS USOS DOS NÍVEIS

Pelas características da topografia do terreno, que, no espaço escolhido para implantação do edifício, tem um caimento de cerca de

2 metros no sentido Sudeste-Noroeste, optou-se pela criação de um platô no mesmo, possibilitando o acesso dos usuários de forma livre e sem barreiras.

Desta forma, foi necessária a criação de um guarda-corpo por toda a extensão da calçada, servindo de proteção aos pedestres, e também como divisa entre o público e privado do equipamento.

A espacialização do programa partiu dos diferentes usos do equipamento, de forma que, no volume térreo, encontram-se o programa dos setores de convivência, administrativo, de serviços e de saúde; nos volumes de primeiro e segundo pavimento encontra-se o setor de moradia, visando promover a privacidade dos usuários; o volume contendo a circulação vertical foi dividido e locado nas duas extremidades da edificação de forma a facilitar o controle dos acessos aos pavimentos superiores. Além disso, foi criada uma empena na forma de pórtico, conectando visualmente os dois volumes de circulação vertical e permitindo a criação de lanternins no espaço central da edificação propiciando a utilização da iluminação natural nos ambientes internos.

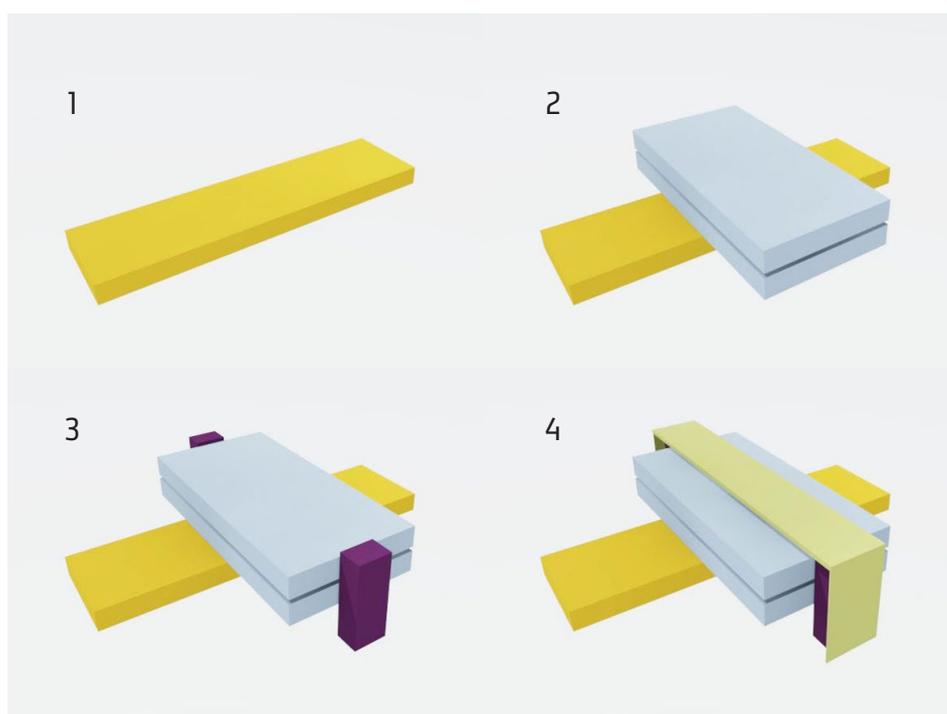


Figura 52. Volumetria Esquemática.

Fonte: Elaborada pela autora.

Nota: 1. Volumetria Pavimento Térreo; 2. Volumetria 1º e 2º Pavimentos sobreposta ao Pavimento Térreo. 3. Volumetria da circulação vertical; 4. Empena.

ZONEAMENTO

No pavimento térreo, os usos foram divididos de forma a possibilitar um melhor controle dos ambientes. O setor de saúde foi locado ao Norte com acesso externo individualizado e acessos internos social e de serviço. Na porção central da edificação foram locados os usos administrativo e de serviço possibilitando um melhor fluxo dos mesmos com os demais setores. Ao Sul, foi locado o setor de convivência, possibilitando acesso ao lado oeste do terreno, onde encontra-se o estar externo e o acesso à praça pública. Desta forma, somente no pavimento térreo, temos todo os ambientes com uso aberto ao público externo, garantindo uma melhor privacidade aos residentes.

Tanto no primeiro como no segundo pavimento, temos o setor de moradia, com os dormitórios locados nas extremidades Norte e Sul da edificação, e os ambientes de estar coletivo e a enfermaria na porção central, o que possibilita uma visão mais ampla e eficiente no cuidado dos residentes.

122 |

ACESSOS

Os acessos foram divididos conforme necessidade de uso (Figura xx), com o acesso ao setor de saúde funcionando de forma independente em relação às demais áreas do equipamento; e o acesso ao setor de serviço segregado das áreas frontais do equipamento, com a intenção de separar a área de carga e descarga dos demais usos, e permitir um melhor controle dos fluxos gerados pelos ambientes de almoxarifado, central de materiais estéreis e medicações.

No setor de convivência foi criado um acesso ao pátio externo, localizado numa altura acima do nível da calçada, permitindo que o uso do mesmo seja seguro e resguardado do fluxo público.

SISTEMA CONSTRUTIVO

Com o intuito de garantir a viabilidade e construtibilidade da edificação, por se tratar de equipamento de grande porte, o sistema construtivo foi pensado de forma a assegurar a facilidade de implantação e a racionalização dos processos. Para isso, partimos do princípio de que forma e função devem ser pensadas simultaneamente, afim de possibilitar uma melhor compatibilização dos processos construtivos.

MODULAÇÃO

Por se tratar de uma tipologia com uso hospitalar, a modulação da construção se faz necessária na criação de módulos básicos para a racionalização do projeto. Dentre as suas vantagens, é possível apontar a simplificação da compatibilização dos projetos complementares, e a possibilidade de proporcionar menor gasto com mão-de-obra e menor desperdício de materiais.

Foi proposto, então, a utilização da modulação básica de 1,25m, com os seus múltiplos e submúltiplos, com base nos projetos da rede de hospitais Sarah Kubitschek, projetada pelo arquiteto João Filgueiras Lima, Lelé. Dito conceito de modulação sobrepassa as medidas recomendadas pelas normas para a criação de estabelecimentos assistenciais de saúde, que é de 1,20m e se utiliza da justificativa antropométrica de que a largura para a passagem de uma pessoa é de 60cm. Porém, a modulação básica de 1,25m aplicada por Lelé, vem provando ser mais eficiente no aproveitamento de materiais de revestimento de piso, especificamente o prensado melamínico, que possui modulação de 1,25m, e cerâmicas do tipo porcelanato, com modulação de 62,5cm.

A coordenação modular serve de guia dimensional oferecendo

uma serie limitada de dimensões para a produção do objeto arquitetônico, priorizando a funcionalidade e tratando de forma uniforme os componentes construtivos.

SISTEMA ESTRUTURAL

O sistema estrutural é composto pelo conjunto viga-pilar de concreto armado, e lajes também de concreto, funcionando de forma independente das vedações.

A concepção do sistema estrutural foi baseada na modulação de 7,5m, múltiplo de 1,25m, visando a distribuição dos pilares de forma eficiente na acomodação de dois quartos, e principalmente no subsolo, área que abriga o estacionamento. A modulação possibilitou a colocação de três vagas de 2,40m entre pilares.

124 |

Com a escolha da modulação de 7,5m para eixo dos pilares, as vigas passam a ter altura 60cm podendo suportar as lajes maciças de 20cm de altura. O pré-dimensionamento dos pilares foi feito a partir de análises de sua área de influência, resultando em pilares de 20x60cm.

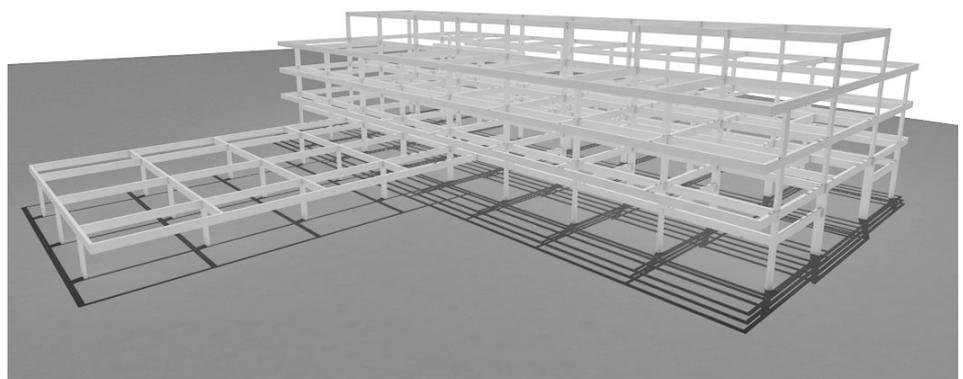


Figura 53. Volumetria Esquemática do Sistema Estrutural.

Fonte: Elaborada pela autora.

SISTEMA DE VEDAÇÃO

O sistema de vedação foi pensado considerando o conforto térmico e acústico da edificação, optando-se por blocos cerâmicos, que contribuem para um melhor isolamento acústico e com o barateamento dos custos de materiais e mão-de-obra.

A parede divisória entre dormitórios foi projetada com blocos de 19cm, com o intuito de preservar a privacidade dos residentes, e diminuir possíveis ruídos externos ao quarto, que poderiam causar desconforto e desorientação.

BRISES SOLEIL

Como todos os quartos possuem varanda, optou-se pela utilização de Brise Soleil como proteção das mesmas, possibilitando a personalização do ambiente interior do dormitório, onde o residente pode escolher o grau de insolação/iluminação que deseja no quarto. Estes elementos também contribuem para a formação de uma fachada dinâmica, já que possibilitam diferentes posições de abertura.

Os brises são de estrutura metálica, com pintura em tom amadeirado, o que garante uma maior durabilidade e menor custo de manutenção, além de proporcionar um tom mais residencial ao ambiente do dormitório.

LANTERNINS

A utilização de lanternins nas cobertas dos ambientes de estar foi resultado direto dos estudos de caso, onde pudemos perceber que a iluminação natural é primordial para garantir uma humanização de ambientes institucionais, gerando ares mais convidativos.

Os lanternins são compostos por esquadrias de alumínio e vidro, na cobertura do estar da moradia; e de alumínio com aberturas fixas,

no estar da convivência, contribuindo também com a ventilação natural deste espaço.

MATERIAIS

Com base nos estudos de caso, foi possível perceber que o uso da madeira e de materiais com tons amadeirados nos ambientes de moradia contribuem para a diminuição do caráter institucional, aproximando-se de ares residenciais e proporcionando um melhor conforto aos residentes.

Portanto, foi escolhido para revestimento do piso dos ambientes de moradia o prensado melamínico com textura amadeirada, altamente recomendado para ambientes com usos hospitalares por ser um material de alta resistência com proteção antimicrobiana, e forros de PVC que imitam a madeira. Ambos revestimentos exigem pouca ou nenhuma manutenção, atendendo a necessidade de baixos custos em equipamentos públicos, e possuem um bom acabamento, tornando-se a melhor escolha ao se considerar custo-benefício.

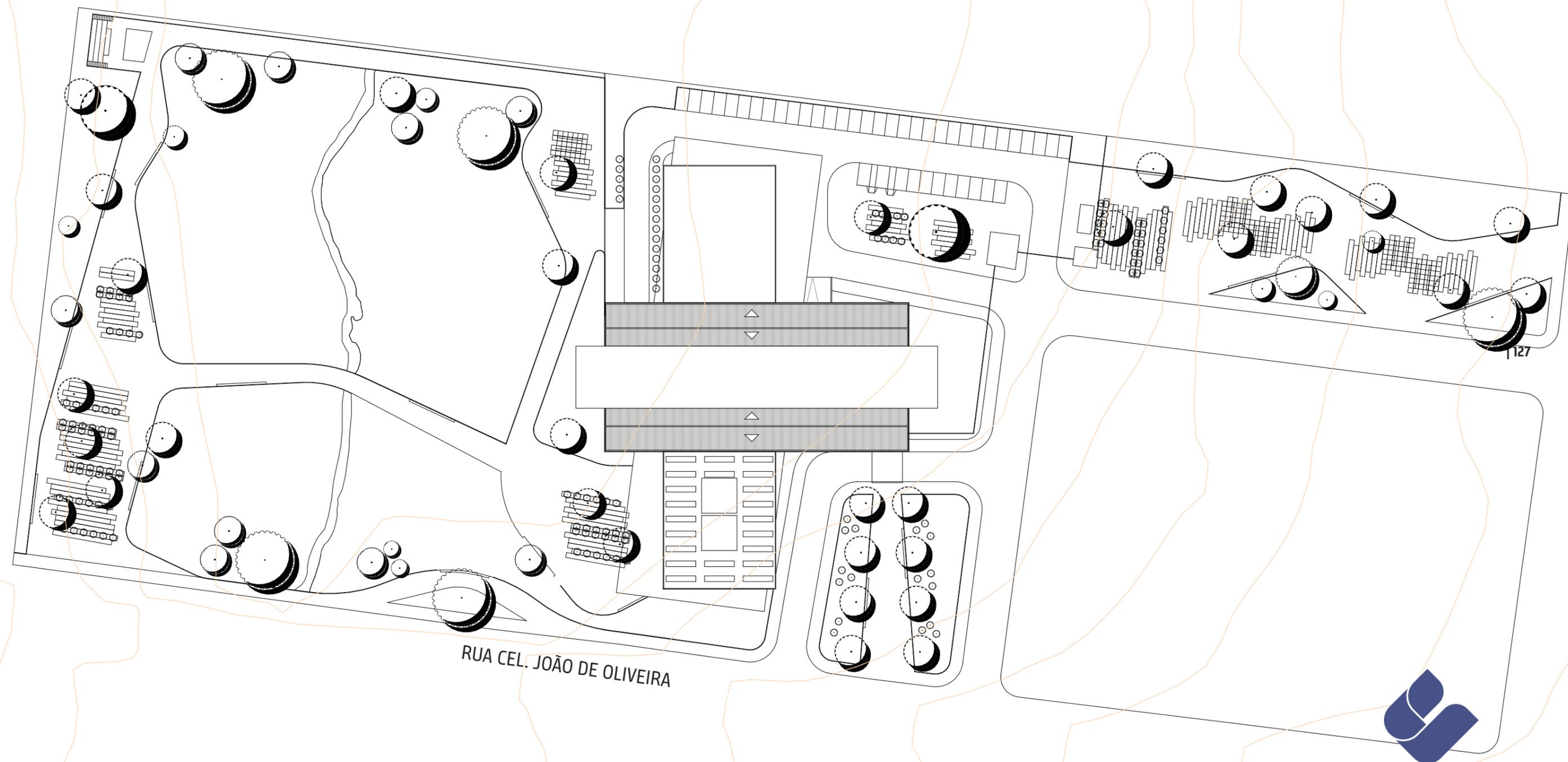


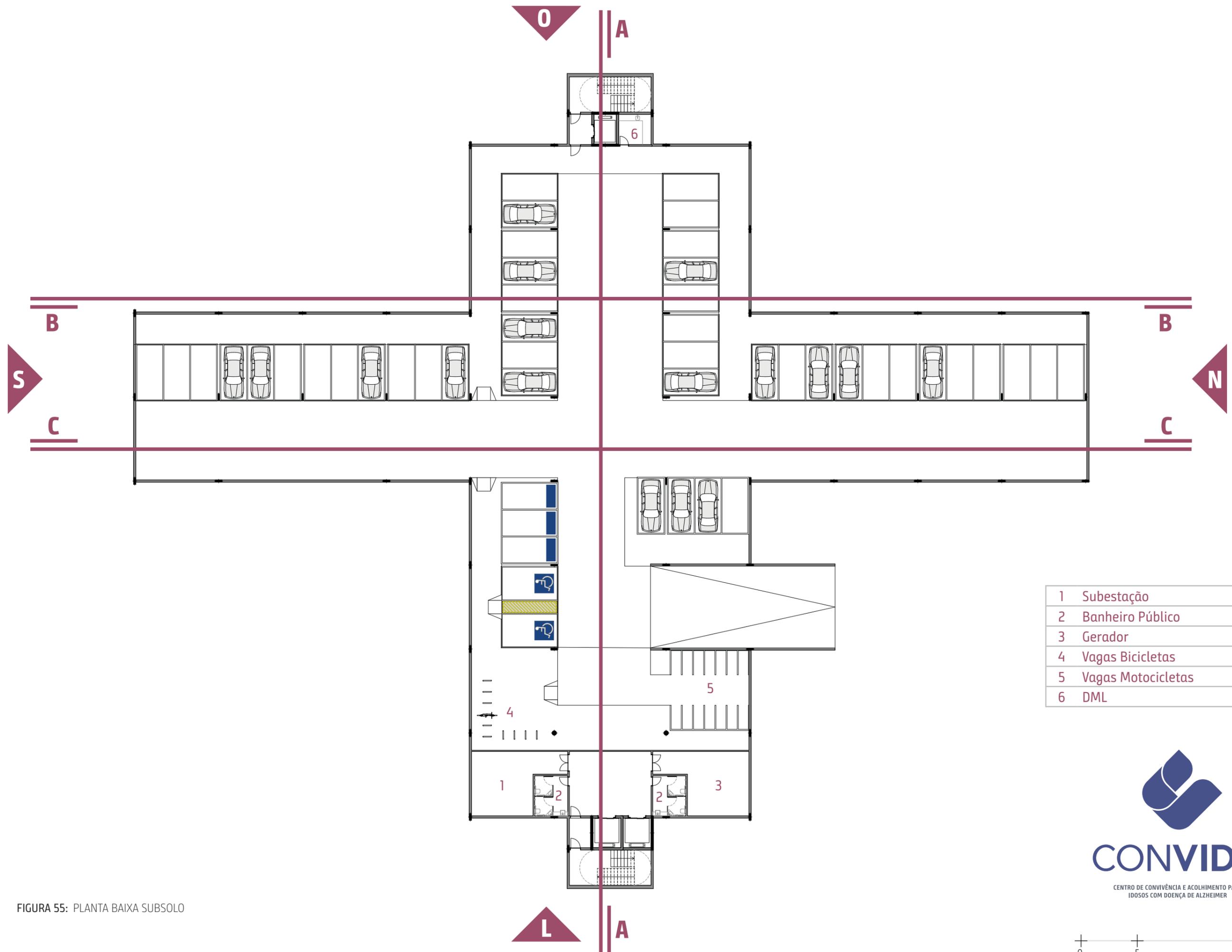
FIGURA 54: IMPLANTAÇÃO



CONVIDA

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E ACOLHIMENTO PARA
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER





1	Subestação
2	Banheiro Público
3	Gerador
4	Vagas Bicicletas
5	Vagas Motocicletas
6	DML



FIGURA 55: PLANTA BAIXA SUBSOLO

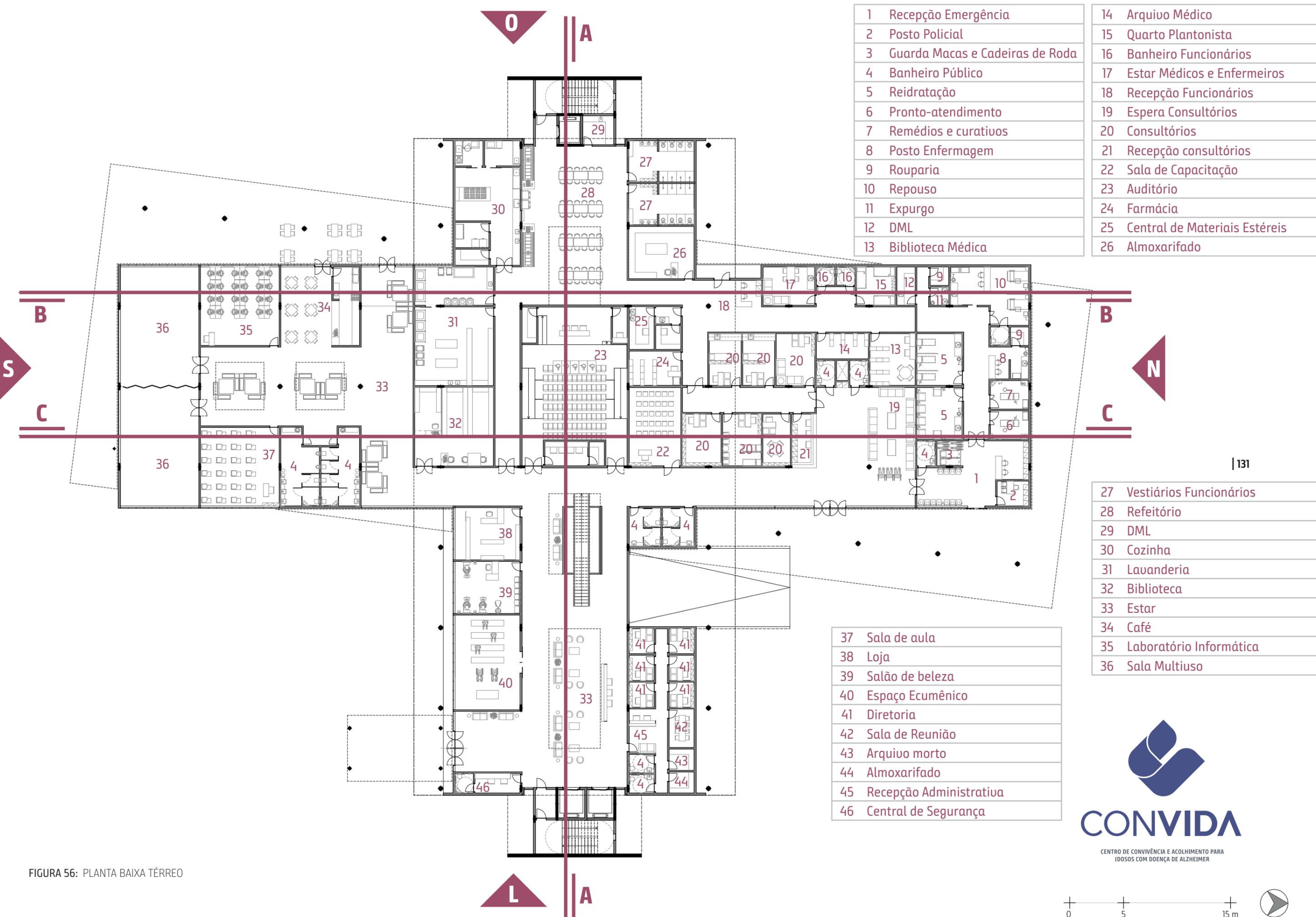
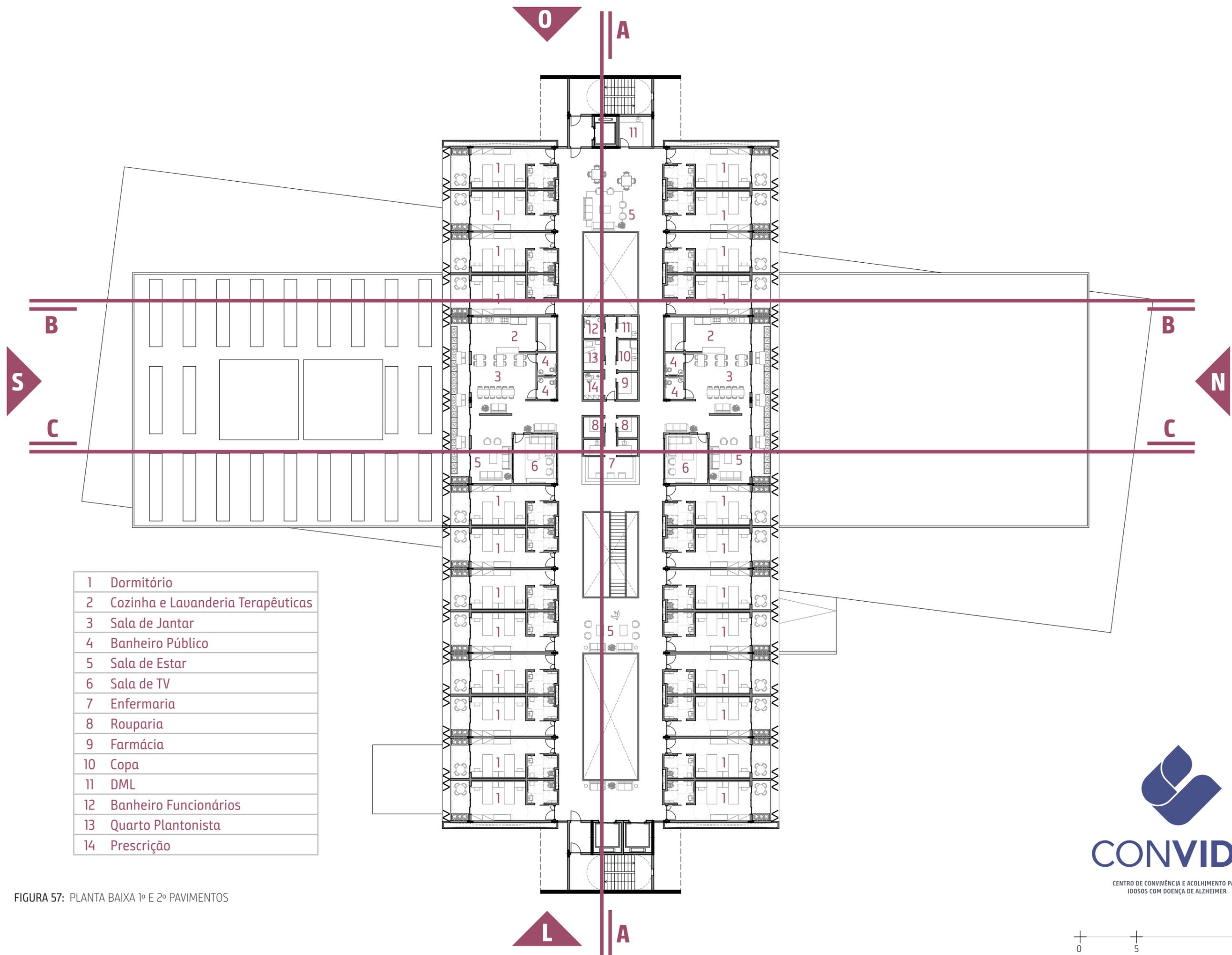


FIGURA 56: PLANTA BAIXA TÉRREO



1	Dormitório
2	Cozinha e Lavanderia Terapêuticas
3	Sala de Jantar
4	Banheiro Público
5	Sala de Estar
6	Sala de TV
7	Enfermaria
8	Rouparia
9	Farmácia
10	Copa
11	DML
12	Banheiro Funcionários
13	Quarto Plantonista
14	Prescrição

FIGURA 57: PLANTA BAIXA 1º E 2º PAVIMENTOS

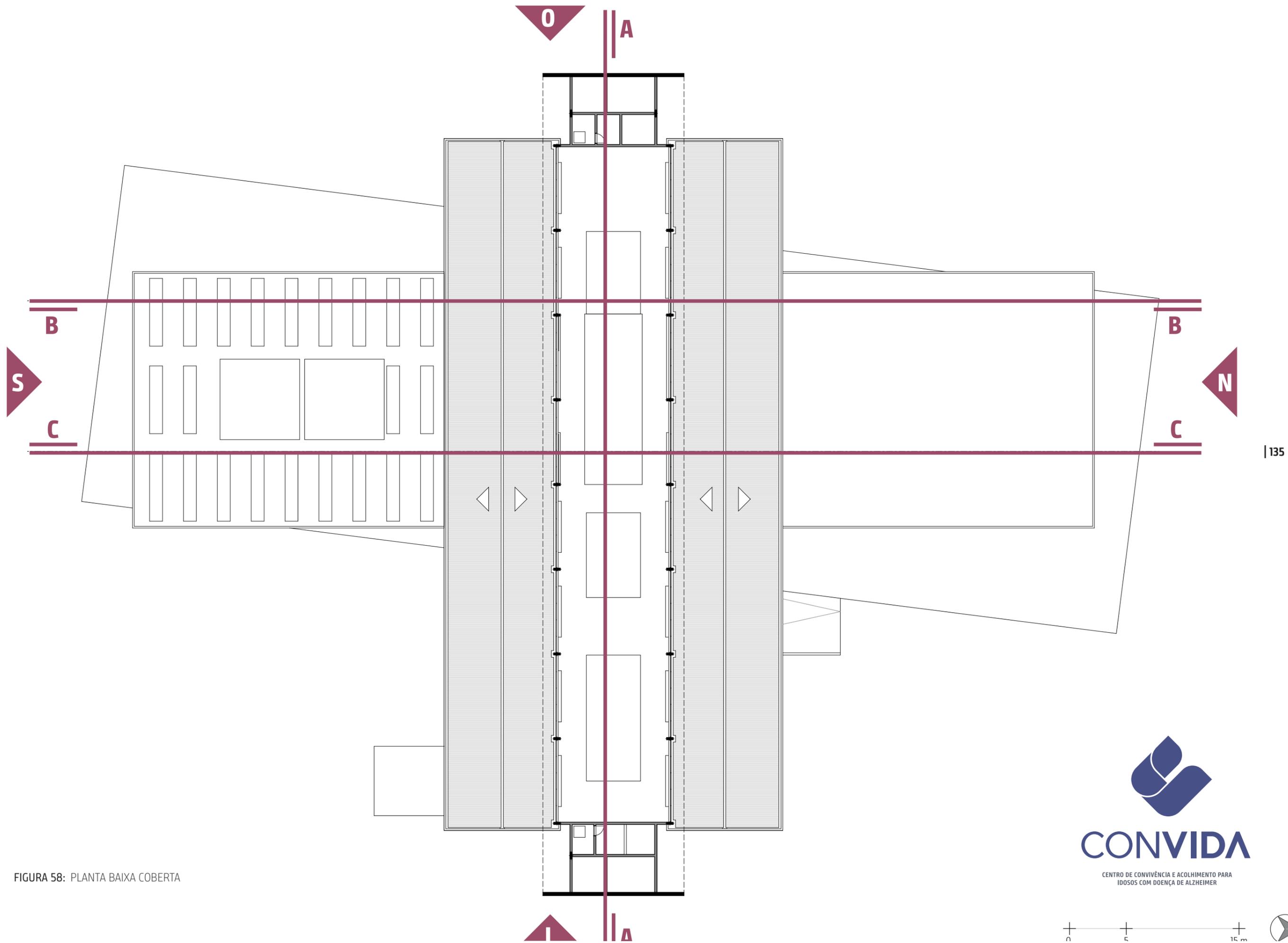


FIGURA 58: PLANTA BAIXA COBERTA

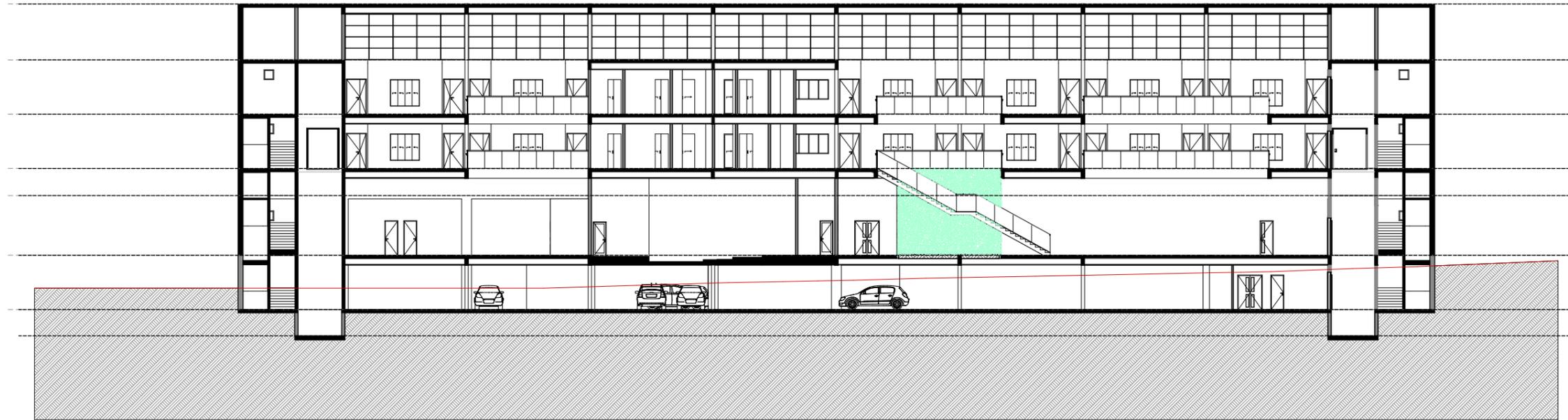


FIGURA 59: CORTE A

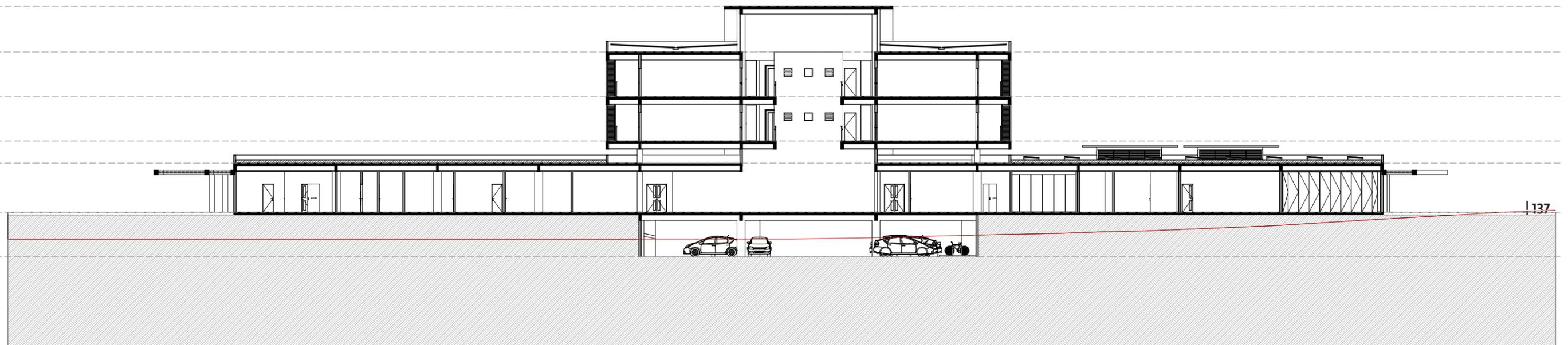


FIGURA 60: CORTE B

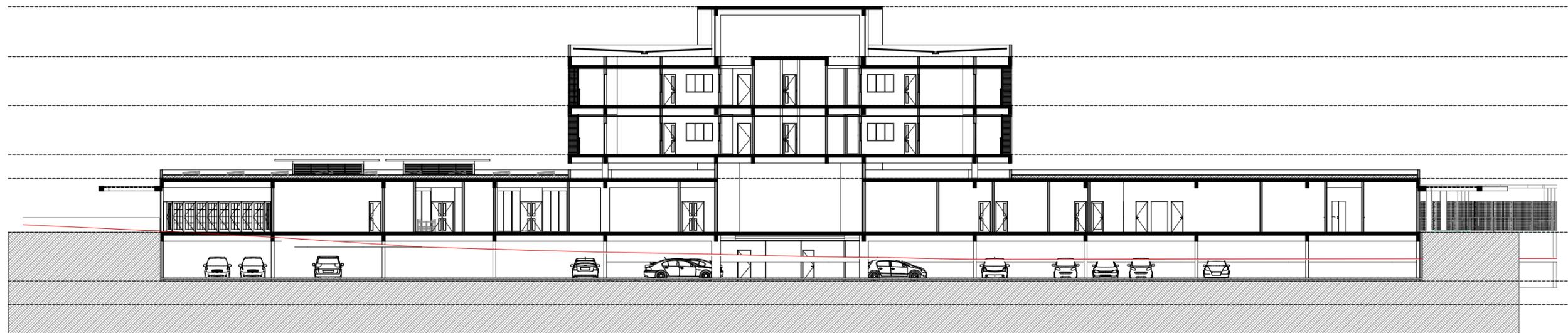


FIGURA 61: CORTE C



FIGURA 62: FACHADA NORTE



FIGURA 63: FACHADA SUL



CONVIDA

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E ACOLHIMENTO PARA
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER





FIGURA 64: FACHADA LESTE

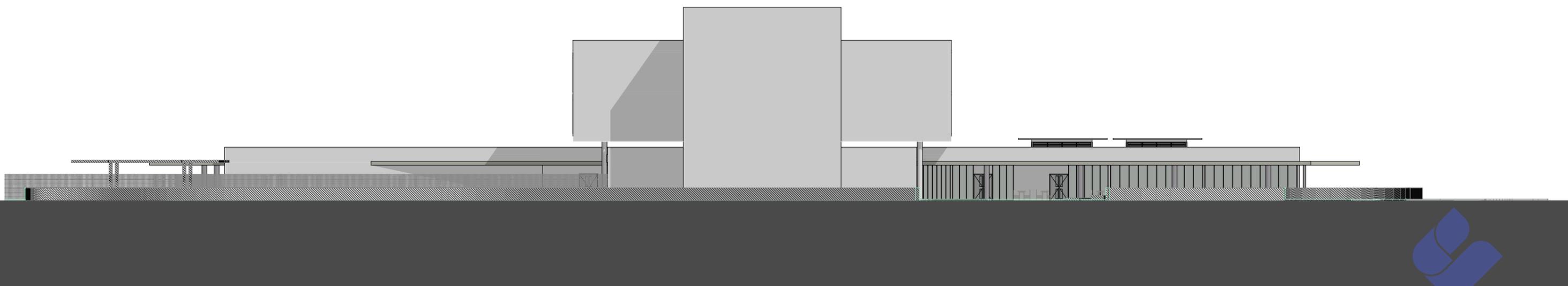


FIGURA 65: FACHADA OESTE



CONVIDA

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E ACOLHIMENTO PARA
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER





FIGURA 66: PLANTA BAIXA HUMANIZADA - QUARTO



FIGURA 67: VISTA INTERIOR - QUARTO



FIGURA 68: VISTA EXTERIOR - ESTAR FUNCIONÁRIOS



FIGURA 69: VISTA EXTERIOR - ESTAR EXTERNO



FIGURA 70: PRAÇA DE CHEGADA - ACESSO PRINCIPAL

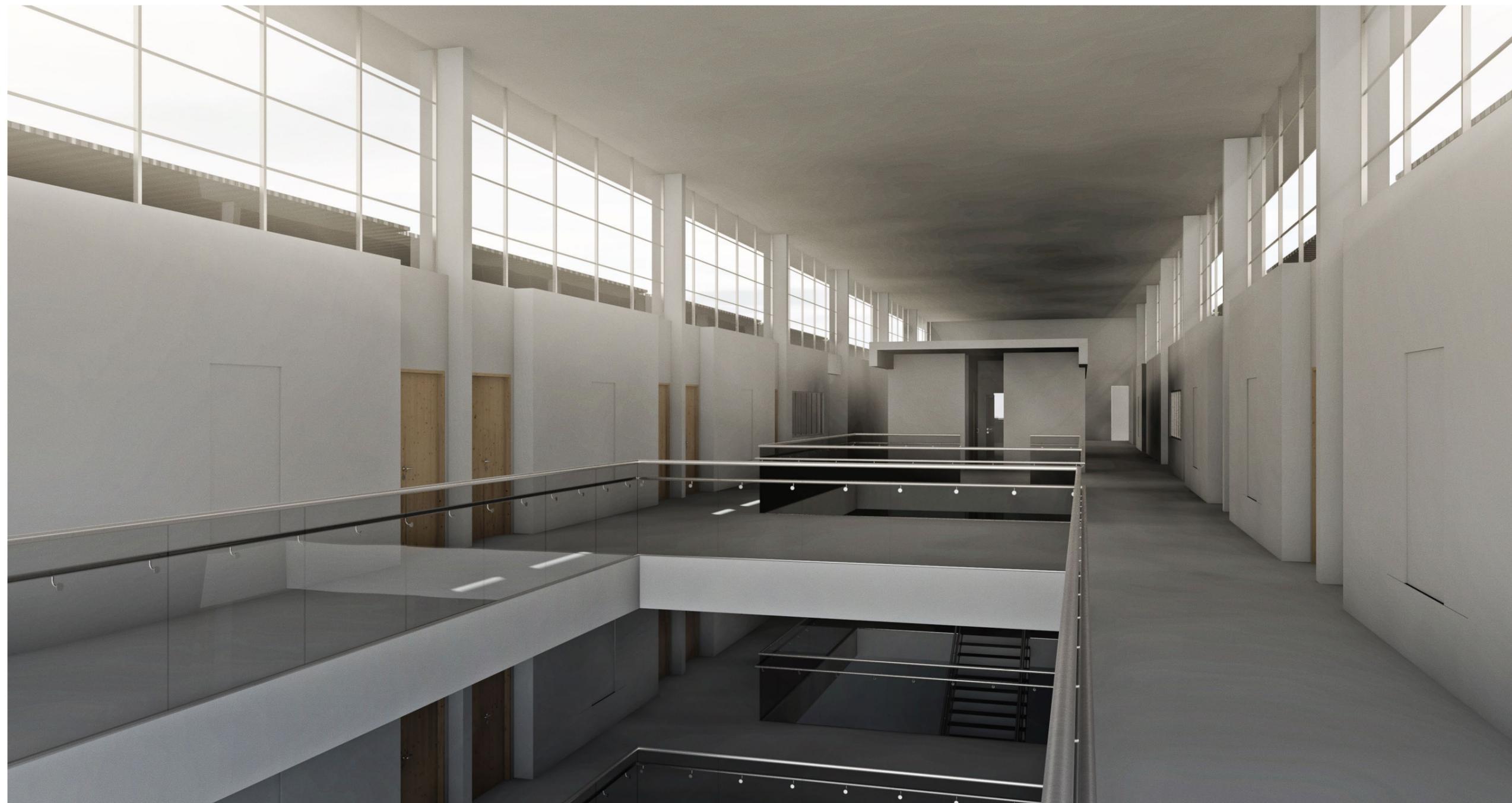


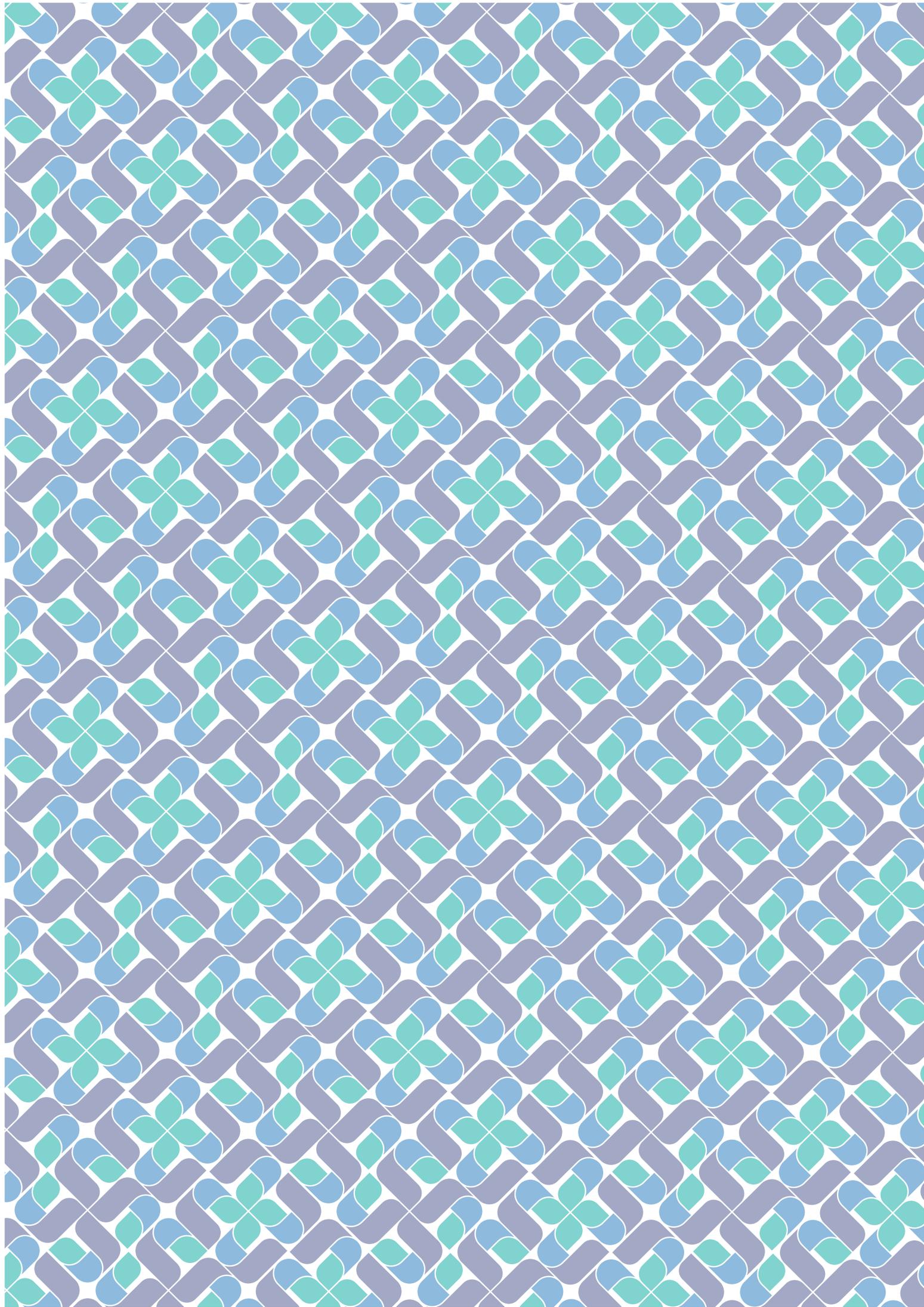
FIGURA 71: VISTA INTERIOR - LANTERNINS SETOR DE MORADIA

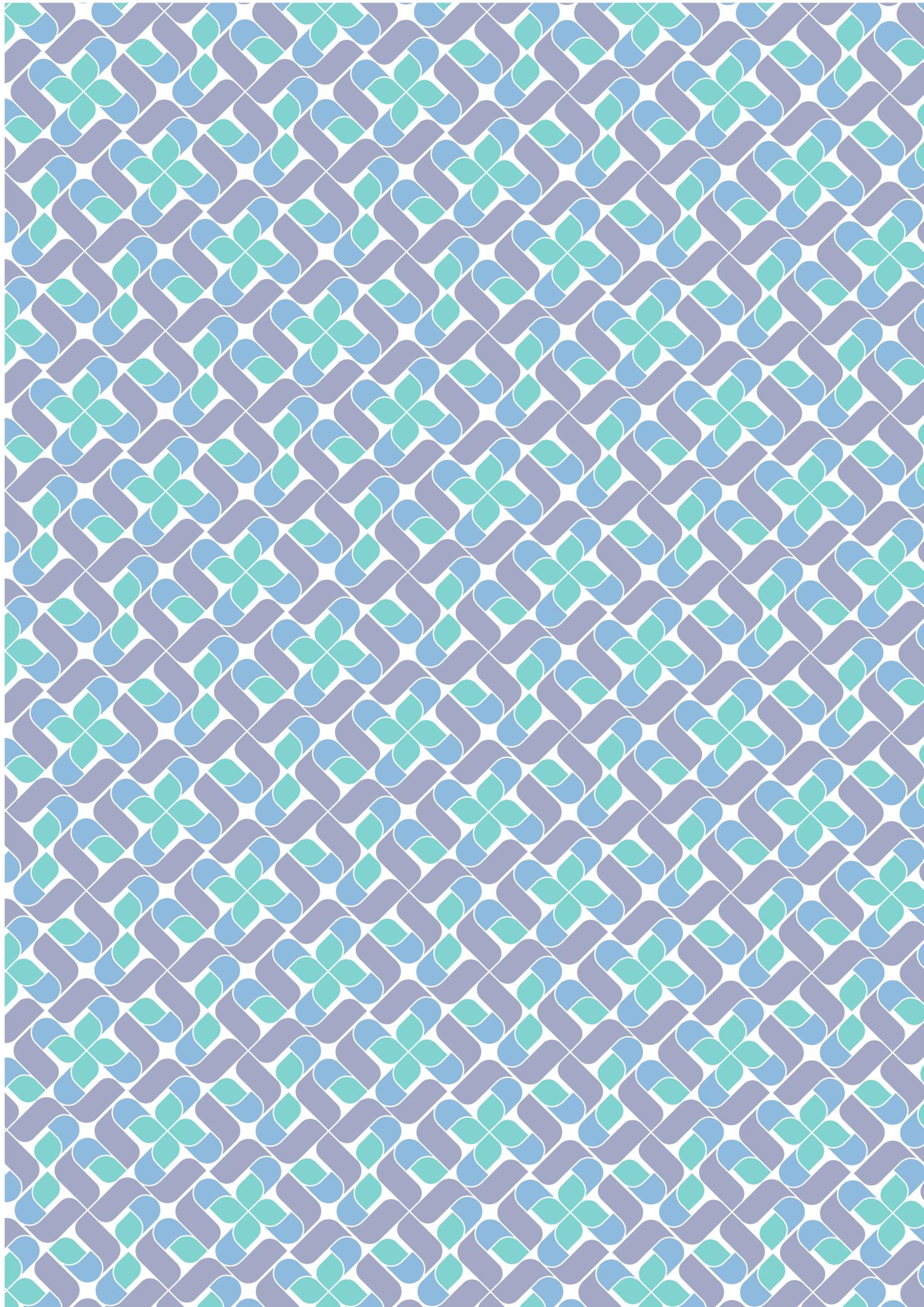


FIGURA 72: VISTA AÉREA



FIGURA 73: VISTA A PARTIR DO ESTACIONAMENTO DO SETOR DE SAÚDE





CAPÍTULO 9. CONSIDERAÇÕES FINAIS

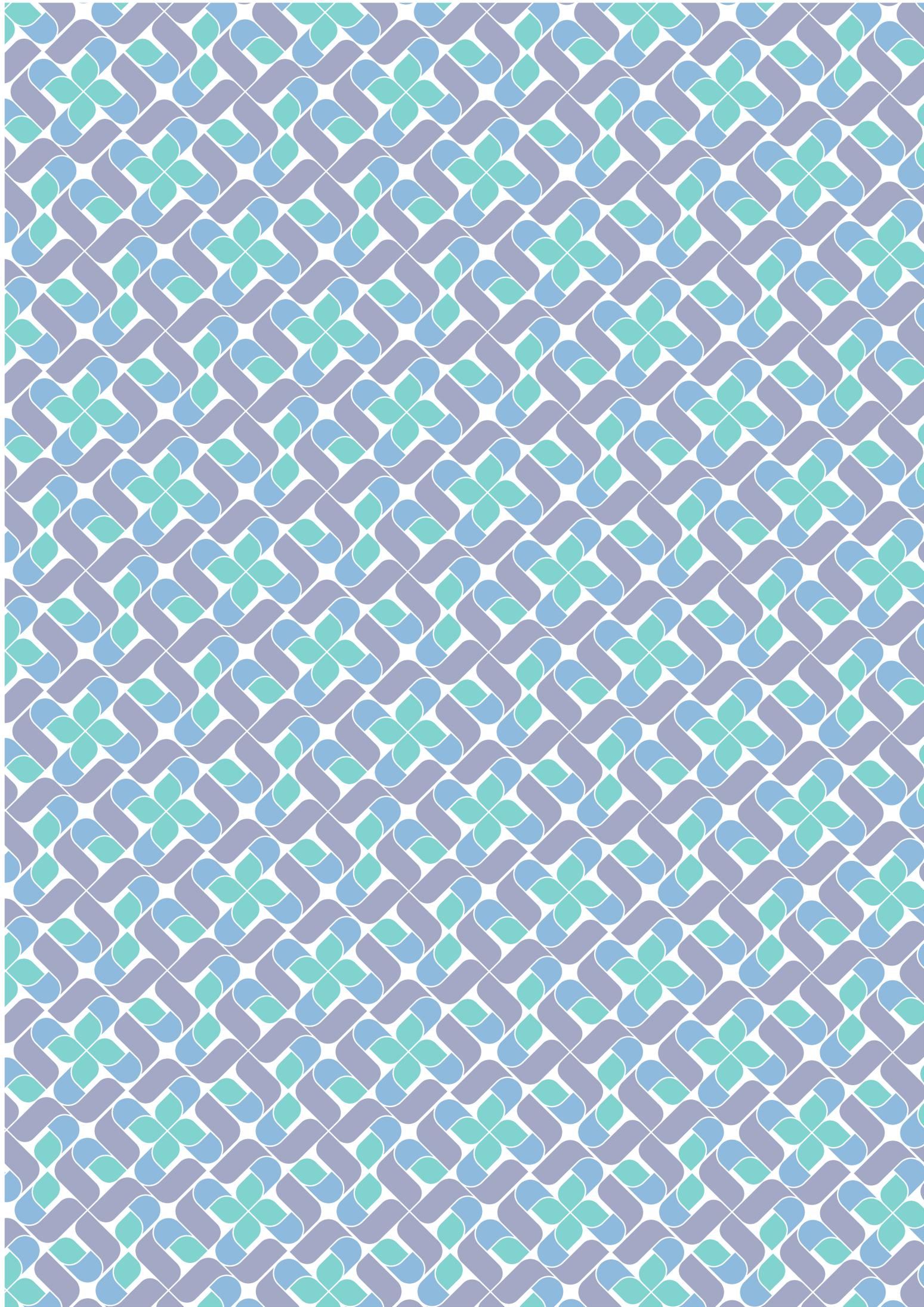
Como aumento da expectativa de vida da população brasileira, o perfil populacional está mudando, no entanto, as cidades e o planejamento das mesmas não estão acompanhando esta mudança. As necessidades específicas dos idosos ainda são negligenciadas na construção dos ambientes públicos e privados, e ao se tratar de idosos com Alzheimer, essas necessidades têm particularidades ainda mais importantes na concepção do espaço construído devido as contribuições que o mesmo pode ter nos cuidados desse público. Faz-se necessária uma reflexão sobre o papel do arquiteto na construção de espaço verdadeiramente inclusivos, e até que ponto a adaptação desses espaços é suficiente para atender as demandas em crescimento.

O trabalho se configura, principalmente, como um alerta para a existência desta demanda. Projetos como o aqui apresentado podem contribuir para um envelhecimento saudável e para a amenização dos problemas gerados por doenças crônicas, como é o caso da Doença de Alzheimer, mas ainda não são práticas encontradas no Brasil.

| 159

As inquietações geradas pelas pesquisas, ainda que deem para muitos questionamentos, foram enriquecedoras para a formação de uma visão mais humanista, algo que é fundamental para o exercício da arquitetura.

Acredita-se que os objetivos iniciais foram alcançados, e que os espaços projetados podem ser aplicados para a criação de um equipamento que possa oferecer serviços de acolhimento de forma digna e adequada. No entanto, a necessidade de determinações legais para estabelecimentos desse porte e com esse tipo de público ainda precisa ser atendida pelo poder público, o que foi um grande empecilho na concepção deste trabalho. Espera-se que as contribuições aqui apresentadas sirvam de incentivo para futuras aplicações práticas e para um estudo mais aprofundado do tema.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **Dentro do Cérebro: uma viagem interativa**. 2017. Disponível em: <https://www.alz.org/alzheimers_disease_4719.asp>. Acesso em: 5 abr. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **A cada três segundos, um idoso é diagnosticado com algum tipo de demência no mundo**. 2016. Disponível em: <<http://www.abraz.org.br/node/760>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

BARREIRA FILHO, R.P.; CAMBOIM NETO, L.F.; MAIA, C.S.C. Doença de Alzheimer: um perfil diagnóstico dentro da estratégia de saúde da família. **Geriatrics, Gerontology and Aging**, v. 7, n. 4, p. 259-263, 2013. Disponível em: <<http://ggaging.com/details/123/pt-BR>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, Senado, 1988.

_____. Decreto Nº 4.227, de 13 de Maio de 2002. Cria o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI, e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, v. 139, n. 91, p. 5-6, 14 maio 2002a. Seção 1.

_____. Decreto Nº 4.287, de 27 de Junho de 2002. Dá nova redação a dispositivo do Decreto Nº 4.227, de 13 de maio de 2002, que Cria o Conselho Nacional do Idoso - CNDI. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, v. 139, n. 123, p. 6-7, 28 maio 2002b. Seção 1.

_____. Lei Nº 8.842, de 4 de Janeiro de 1994. Dispões sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**,

Poder Legislativo, Brasília, DF, v. 132, n. 3, p. 77-79, 5 jan. 1994. Seção 1.

_____. Lei Nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003. Dispões sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Poder Legislativo, Brasília, DF, v. 140, n. 192, p. 1-6, 3 out. 2003a. Seção 1.

_____. Portaria Nº 73, de 10 de Maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social, Brasília, DF, v. 138, n. 92-E, p. 174-186, 14 de maio de 2001a. Seção 1.

_____. Portaria Nº 1.395, de 10 de Dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, v. 137, n. 237-E, p. 20-24, 13 de dez. de 1999. Seção 1.

_____. Portaria Nº 2.528, de 19 de Outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Gabinete do Ministro, Brasília, DF, v. 143, n. 202, p. 142-145, 20 out. 2006b. Seção 1.

_____. Resolução - RDC Nº 283, de 26 de Setembro de 2005. Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. **Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil**, Ministério da Saúde, Agência Nacional de Vigilância Sanitária, Diretoria Colegiada,

Brasília, DF, v. 142, n. 286, p. 58-59, 27 de set. de 2005. Seção 1.

_____, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Departamento de Proteção Social Básica. **Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas: Orientações Técnicas**. Brasília: MDS, 2012b. Versão Preliminar. Disponível em: <<https://craspsicologia.files.wordpress.com/2013/09/orientacoes-tecnicas-do-scfu-para-pessoas-idosas.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

_____, Ministério da Previdência Social. **Idoso - cidadão brasileiro: informações sobre serviços e direitos**. Brasília: MPS, 2008b. Disponível em: <http://busms.saude.gov.br/bus/publicacoes/idoso_cidadao_brasileiro.pdf>. Acesso em: 26 maio 2017.

_____, Ministério da Saúde. **PNHAH – Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b. Disponível em: <<http://busms.saude.gov.br/bus/publicacoes/pnhah01.pdf>>. Acesso em 6 jun. 2017.

| 163

BRUNO, C. T. S. **A linha de cuidado do idoso nas redes assistenciais de Fortaleza-CE: visão dos gestores**. Fortaleza, UFC, 2009. 123p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Curso de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal do Ceará, 2009. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/1017>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

CAMARANO, A. A.; KANSO, S. As instituições de longa permanência para idosos no Brasil. **Revista brasileira de estudos de população**, v. 27, n. 1, p. 232-235, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepop/u27n1/14.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

CANTLEY, C.; WILSON, R. C. **“Put yourself in my place”: Designing and managing care homes for people with dementia**. Bristol: The Policy Press, 2002.

CARBONI, R. M.; REPPETTO, M. A. Uma reflexão sobre a assistência à

saúde do idoso no Brasil. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 1, 2009. Disponível em: <<https://www.revistas.ufg.br/fen/article/view/7152/5064>>. Acesso em: 26 maio 2017.

CESAR, I. D. et al. Functional Ability in Institutionalized Elders in Northeastern Brazil. **Sci-Afric Journal of Scientific Issues, Research and Essays**, v. 3, n. 3, p. 639-644, mar. 2015. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/18131>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

CORRÊA, J. C. **O envelhecimento pela ótica de residentes em instituições de longa permanência para idosos**. Juiz de Fora, UFJF, 2011. 108 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-graduação em Psicologia, Universidade Federal de Juiz de Fora, 2011. Disponível em: <<https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/2497>>. Acesso em: 18 abr. 2017.

164 |

FERNANDES, M. T. O.; SOARES, S. M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1494-1502, dez. 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n6/29.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

FREITAS, M. C.; QUEIROZ, T. A.; SOUSA, J. A. V. O significado da velhice e da experiência de envelhecer para os idosos. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 2, p. 407-412, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/24.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

FRIDMAN, C. et al. Alterações genéticas na doença de Alzheimer. **Rev. Psiq. Clín.**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 19-25, 2004. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0101-60832004000100004>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

GOMES, S.; MUNHOL, M. E.; DIAS E. **Políticas públicas para a pessoa idosa: marcos legais e regulatórios**. São Paulo: SEADS/Fundação Padre

Anchieta, 2009. Disponível em: <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/biblioteca/publicacoes/volume2_Politicass_publicas.pdf>. Acesso em: 26 maio 2017.

GROISMAN, D. Asilos de Velhos: passado e presente. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 2, p. 67-87, 1999. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/5476/3111>>. Acesso em: 5 jun. 2017.

HOLANDA, I. T. A.; PONTE, K. M. A.; PINHEIRO, M. C. D. Idosos com Alzheimer: um estudo descritivo. **Rev Rene**, Fortaleza, v. 13, n. 3, p. 582-589, 2012. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/12245>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

INSTITUTO ALZHEIMER BRASIL. **Entendendo a Doença de Alzheimer (DA) através de estudos realizados com populações (Epidemiologia)**. [ca.2012]. Disponível em: <http://www.institutoalzheimerbrasil.org.br/demencias-detalhes-Instituto_Alzheimer_Brasil/33/entendendo_a_doenca_de_alzheimer__da__atraves_de_estudos_realizados_com_populacoes__epidemiologia_>. Acesso em: 5 abr. 2017.

| 165

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, **Coordenação de População Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liu95011.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

_____, **Coordenação de População Indicadores Sociais. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2016. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liu98965.pdf>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

JUSTO, J. S.; ROZENDO, A. S. A velhice no Estatuto do Idoso. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 471-489, 2010. Disponível em: <<http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/>>

article/view/8969/6854>. Acesso em: 26 maio 2017.

MAIA, J. Alzheimer atinge 14 mil idosos em Fortaleza. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 21 set. 2010. Cidade Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/alzheimer-atinge-14-mil-idosos-em-fortaleza-1.534914>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

MAIA, S. M. P. **Avaliação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa na gestão municipal de Fortaleza-CE**. Fortaleza, UFC, 2010. 141 p. Dissertação (Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas). Curso de Mestrado em Avaliação de Políticas Públicas, Universidade Federal do Ceará, 2010. Disponível em: <<http://repositorio.ufc.br/handle/riufc/3257>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

MARQUES, A. M. Velho/Idoso: construindo o sujeito da terceira idade. **Esboços-Revista do Programa de Pós-Graduação em História da UFSC**, Florianópolis, v. 11, n. 11, p. 65-71, jan. 2004. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/esbocos/article/viewFile/336/9870>>. Acesso em: 26 maio 2017.

MARTINS, L. C. **The Design of Healthcare Facilities for People with Dementia**. 2014. 47 p. Relatório de Pesquisa (Intercâmbio Acadêmico Ciência sem Fronteiras – Reino Unido) – School of the Built Environment, University of Salford, Salford, 2014.

NERI, M. L. Velhice bem-sucedida: aspectos afetivos e cognitivos. **Psico-USF**, Itatiba, v. 9, n. 1, p. 109-110, jun. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusf/v9n1/v9n1a15.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

PETRUCCI, J. Centro de Atenção ao Idoso dispensa 600 pacientes. **Diário do Nordeste**, Fortaleza, 27 jan. 2011. Cidade. Disponível em: <<http://diariodonordeste.verdesmares.com.br/cadernos/cidade/centro-de-atencao-ao-idoso-dispensa-600-pacientes-1.761211>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

RODRIGUES, L.S; SOARES, G.A. Velho, idoso e terceira idade na sociedade contemporânea. **Revista Ágora**, Vitória, n.4, p.1-29, 2006. Disponível em: <<http://www.portaldepublicacoes.ufes.br/agora/article/view/1901/1413>>. Acesso em: 26 maio 2017.

ROSSETTO, F. **Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs): uma tendência para sustentabilidade da Saúde no Brasil**. 2012. Disponível em: <<http://www.diagnosticoweb.com.br/blogs/fabio-rossetto/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-ilpis-uma-tendencia-para-sustentabilidade-da-saude-no-brasil.html>>. Acesso em: 5 abr. 2017.

ROZENDO, A. S.; JUSTO, J. S. “Fundo Nacional do Idoso” e as políticas de gestão do envelhecimento da população brasileira. **Revista Psicologia Política**, São Paulo, v. 12, n. 24, p. 283-296, ago. 2012. Disponível em <<http://pepsic.busalud.org/pdf/rpp/u12n24/u12n24a07.pdf>>. Acesso em: 26 maio 2017.

SANTANA, C. S. Velhice ou melhor idade? Dilemas éticos. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 98-102, mar. 2012. Disponível em: <http://busms.saude.gov.br/bus/artigos/mundo_saude/velhice_melhor_idade_dilemas_eticos.pdf>. Acesso em: 26 maio 2017.

SANTOS, M.; BURSZTYN, I. (Org.). **Saúde e arquitetura: caminhos para a humanização dos ambientes hospitalares**. Rio de Janeiro: Senac Rio, 2004. 108 p.

TAYLOR, L. O.; DELLAROZA, M. S. G. A realidade da atenção a idosos portadores da doença de Alzheimer: uma análise a partir de idosos atendidos em serviços públicos. **Semina: Ciências Biológicas e da Saúde**, Londrina, v. 31, n. 1, p. 71-82, jun. 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/seminabio/article/view/6607/5995>>. Acesso em: 25 abr. 2017.

TUNE, P.; BOWIE, P. The quality of residential and nursing-home

care for people with dementia. **Age and Ageing**, v. 29, n. 4, p. 325-328, jul. 2000. Disponível em: <<https://academic.oup.com/ageing/article/29/4/325/10124/The-quality-of-residential-and-nursing-home-care>>. Acesso em: 5 maio 2017.

UNITED NATIONS, Department of Economic and Social Affairs. **World Economic and Social Survey 2007: development in an ageing world**. Nova York: United Nations, 2007. Disponível em: <http://www.un.org/en/development/desa/policy/wess/wess_archive/2007wess.pdf>. Acesso em: 21 abr. 2017.

_____, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume I: Comprehensive Tables**. New York: United Nations, 2015a. Disponível em: <https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2015_Volume-I_Comprehensive-Tables.pdf>. Acesso em: 08 mai. 2017.

168 |

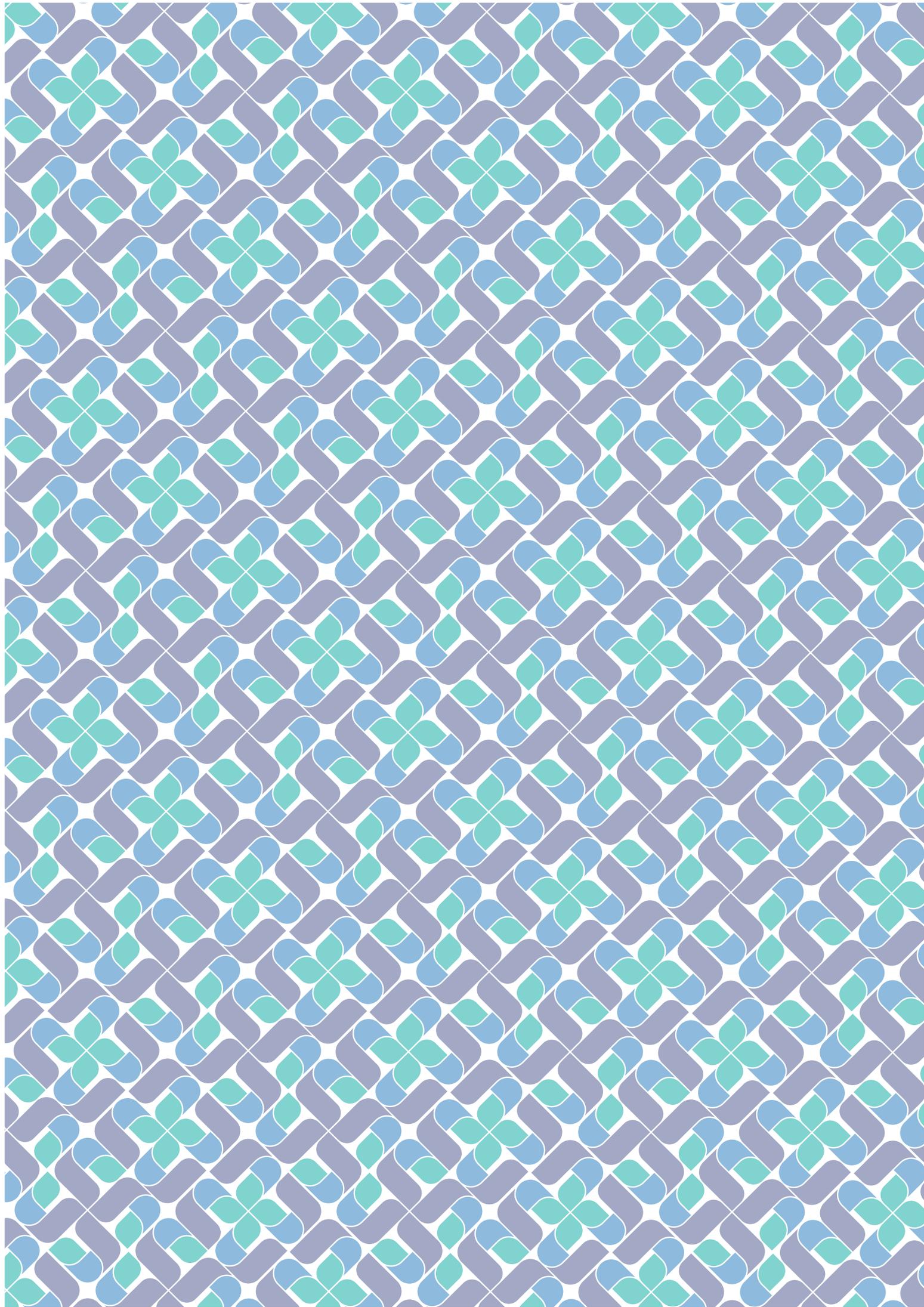
_____, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. **World Population Prospects: The 2015 Revision, Volume II: Demographic Profiles**. Nova York: United Nations, 2015b. Disponível em: < https://esa.un.org/unpd/wpp/publications/Files/WPP2015_Volume-II_Demographic-Profiles.pdf >. Acesso em: 08 mai. 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Report on Ageing and Health**. Genebra: World Health Organization, 2015a. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2017.

_____, WHO Ageing and Health Programme e Milbank Memorial Fund. **Towards an International Consensus on Policy for Long-Term Care of The Ageing**. Genebra: World Health Organization, 2000. Disponível em: <http://www.who.int/ageing/publications/long_term_care/en/>. Acesso em: 07 mai. 2017.

_____, WHO Ministerial Conference on the Global Action Against

Dementia. **The Epidemiology and Impact of Dementia - Current State and Future Trends**. Londres: Global Observatory for Ageing and Dementia Care, King's College, 2015b. WHO Thematic Briefing. Disponível em: <http://www.who.int/mental_health/neurology/dementia/dementia_thematicbrief_epidemiology.pdf>. Acesso em: 07 mai. 2017.

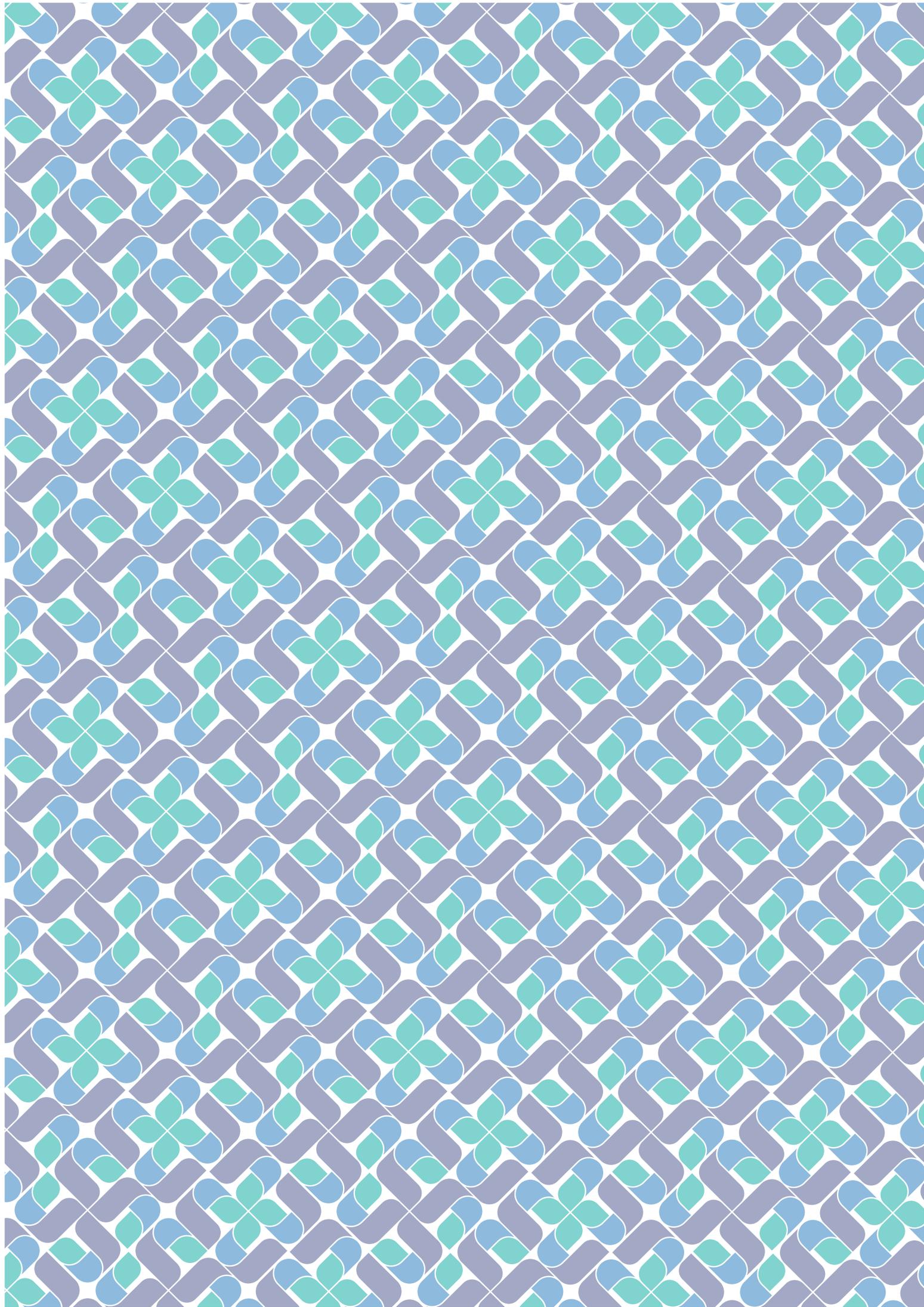


LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	População brasileira por grupos etários e sexo (números absolutos).	26
FIGURA 2	Modificações do cérebro na Doença de Alzheimer.	33
FIGURA 3	Corte transversal do cérebro, entre os ouvidos	34
FIGURA 4	Modificações do cérebro na Doença de Alzheimer.	35
FIGURA 5	Planta baixa do pavimento terreno do Alzheimer's Respite Centre com indicações das rotas	57
FIGURA 6	Planta baixa do pavimento terreno do Alzheimer's Respite Centre com indicações dos ambientes.	58
FIGURA 7	Espaços de estar internos com aberturas para iluminação natural.	59
FIGURA 8	Sala de contemplação com vista para o jardim.	59
FIGURA 9	Corredor de acesso aos dormitórios com cores de identificação nas portas de entrada e lanternins para iluminação natural.	59
FIGURA 10	Espaço central com lanternins facilitando iluminação natural.	60
FIGURA 11	Vista dos caminhos do jardim de ervas e aromas.	60
FIGURA 12	Dormitório do idoso.	60
FIGURA 13	Vista a partir do jardim dos funcionários.	61
FIGURA 14	Pátio externo.	61
FIGURA 15	Pátio externo	62
FIGURA 16	Vista do terraço superior.	62
FIGURA 17	Planta Baixa do Térreo com indicações das unidades habitacionais e área de serviços.	63
FIGURA 18	Recorte da Planta Baixa do Segundo Pavimento com indicação dos ambientes.	64
FIGURA 19	Planta Baixa do Segundo Pavimento com indicação dos corredores.	64
FIGURA 20	Vista interna do quarto individual.	65
FIGURA 21	Vista interna da área comunitária de uma unidade habitacional.	66
FIGURA 22	Vista interna de uma área de estar.	66
FIGURA 23	Vista interna de uma varanda situada no pavimento térreo.	66

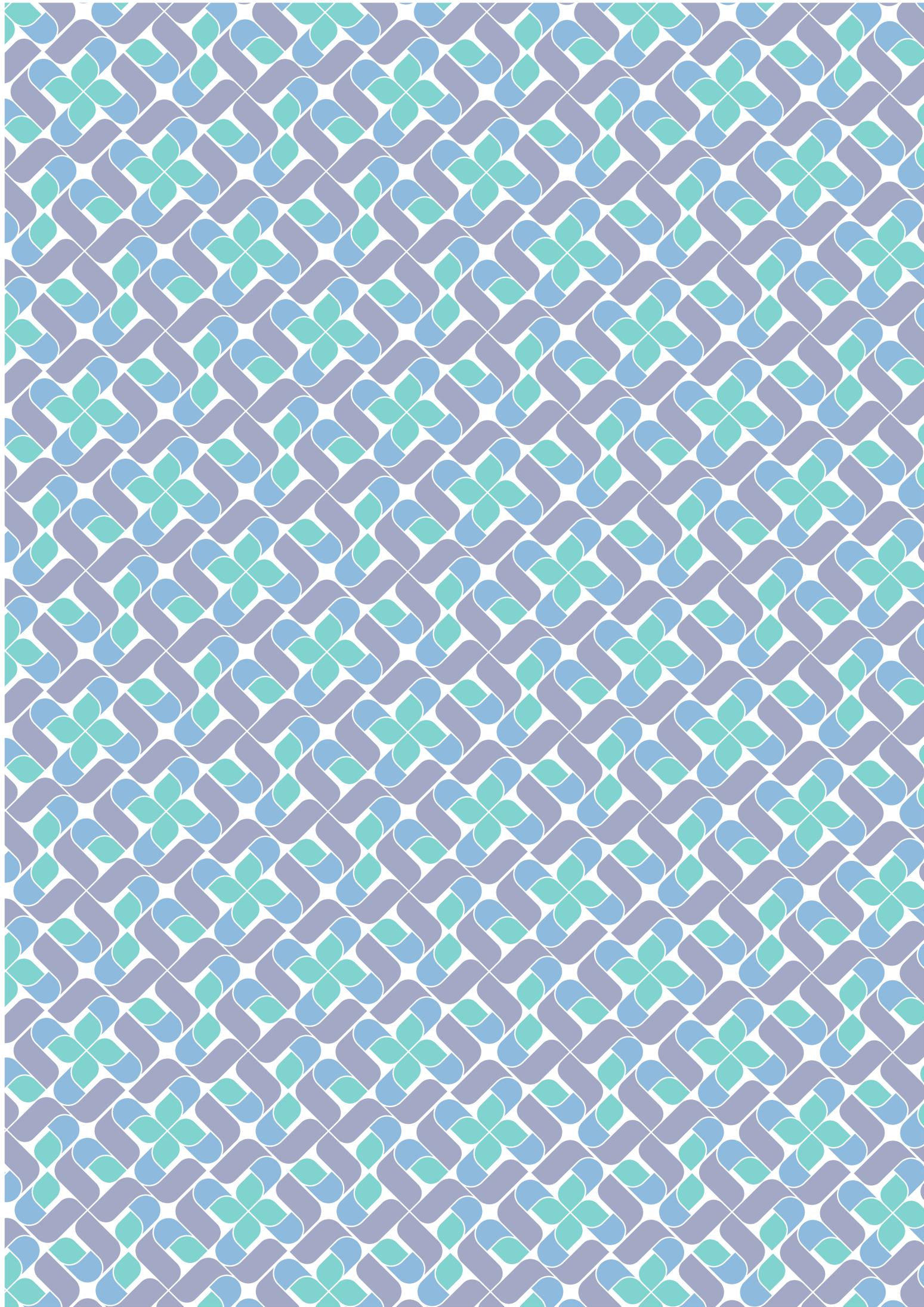
FIGURA 24	Vista externa das varandas e parte do jardim externo.	67
FIGURA 25	Vista externa enquadrando toda a edificação.	67
FIGURA 26	Vista externa mostrando uma escada de acesso e sua varanda adjacente.	67
FIGURA 27	Vista do jardim interno.	69
FIGURA 28	Vista da fachada frontal.	69
FIGURA 29	Estrutura da quadra de eventos, com rampa de acesso inadequada.	69
FIGURA 30	Espaço de entretenimento, pequeno e com mobiliário inadequado.	70
FIGURA 31	Vista externa mostrando uma escada de acesso e sua varanda adjacente.	70
FIGURA 32	Vista externa mostrando uma escada de acesso e sua varanda adjacente.	70
FIGURA 33	Vista aérea mostrando a extensão horizontal da Biblioteca Brasileira.	71
FIGURA 34	Vista do estar externo da Biblioteca Brasileira.	72
FIGURA 35	Vista do estar interno da Biblioteca Brasileira e dos pavimentos de acervo.	72
FIGURA 36	Vista do estar externo da Biblioteca Brasileira.	73
FIGURA 37	Eixos essenciais do projeto.	75
FIGURA 38	Setorização do projeto.	82
FIGURA 39	Terreno T1 – Rua Pedro de Alcântara e Silva.	97
FIGURA 40	Terreno T2 – Rua Tomás Ildefonso.	97
FIGURA 41	Terreno T3 – Rua Cel. João de Oliveira.	98
FIGURA 42	Terreno T4 – Rua Cel. João de Oliveira.	98
FIGURA 43	Terreno T5 – Rua Padre Pedro de Alencar.	99
FIGURA 44	Esquina do terreno da proposta, com a construção de uma Escola de Tempo Integral.	100
FIGURA 45	Vista do terreno da proposta, a partir do lado oposto da via.	101
FIGURA 46	Imóveis abandonados, lado oposto da via do terreno da proposta.	101
FIGURA 47	Fatores ambientais do sítio.	106
FIGURA 48	Vista do Riacho da Levada a partir da calçada do terreno da proposta.	107

FIGURA 49	Vista do Riacho da Levada no lado oposto da via, ausência de calçada.	107
FIGURA 50	Via coletora de dois sentidos, recém reformada, com ciclofaixa duplo sentido.	108
FIGURA 51	Estudo esquemático da implantação	117
FIGURA 52	Volumetria Esquemática	121
FIGURA 53	Volumetria do Sistema Estrutural	125
FIGURA 54	Implantação	127
FIGURA 55	Planta Baixa Subsolo	129
FIGURA 56	Planta Baixa Térreo	131
FIGURA 57	Planta Baixa 1º e 2º Pavimento	133
FIGURA 58	Planta Baixa Cobertura	135
FIGURA 59	Corte A	137
FIGURA 60	Corte B	137
FIGURA 61	Corte C	137
FIGURA 62	Fachada Norte	139
FIGURA 63	Fachada Sul	139
FIGURA 64	Fachada Leste	141
FIGURA 65	Fachada Oeste	141
FIGURA 66	Planta Baixa Humanizada - Quarto	143
FIGURA 67	Vista Interior - Quarto	143
FIGURA 68	Vista Exterior - Estar Funcionários	145
FIGURA 69	Vista Exterior - Estar Externo	147
FIGURA 70	Praça de Chegada - Acesso Principal	149
FIGURA 71	Vista Interior - Lanternins Setor de Moradia	151
FIGURA 72	Vista Aérea	153
FIGURA 73	Vista a partir do estacionamento do Setor de Saúde	155



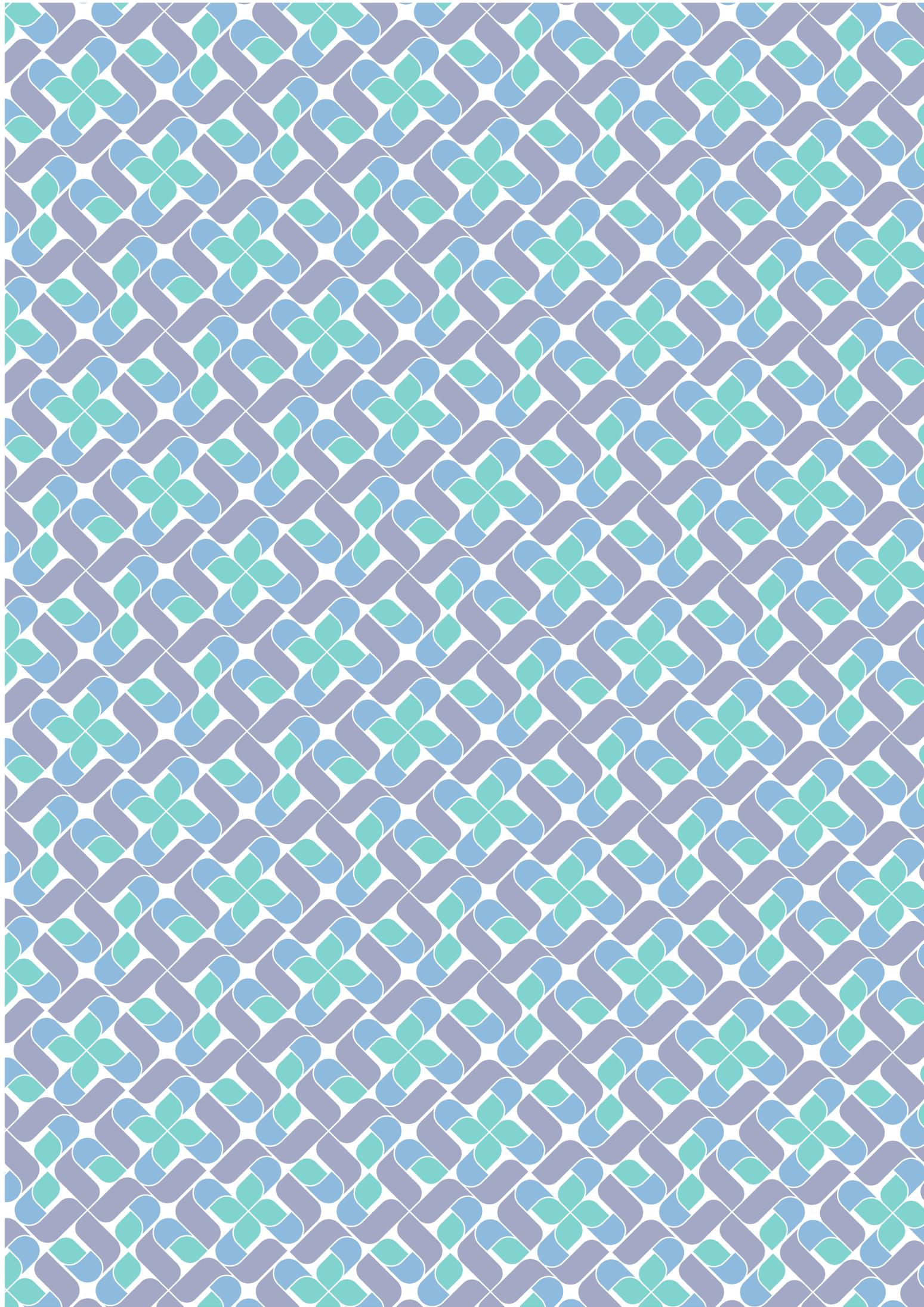
LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	Tamanho e distribuição da população mundial com idade igual ou superior a 60 anos por grupos de países, 1950 a 2050.	23
GRÁFICO 2	Proporção de pessoas com 60 anos ou mais de idade na população total – Mundo, Países Desenvolvidos e Brasil – 1950 a 2100	27
GRÁFICO 3	Percentual dos Centros de Convivência em Fortaleza por atividade promovida.	49



LISTA DE MAPAS

MAPA 1	Número de Idosos por Secretaria Executiva Regional	77
MAPA 2	Comparativo entre Secretarias Executivas Regionais	79
MAPA 3	Zoneamento da SER VI.	93
MAPA 4	Terrenos analisados e critérios de escolha.	95
MAPA 5	Entorno do terreno e relações de vizinhança.	103
MAPA 6	Mapa de Usos nas edificações	105
MAPA 7	Mapa de Gabarito das edificações.	109



LISTA DE TABELAS

TABELA 1	População por faixa etária para o mundo e grupos de países, 1950, 1975, 2005, 2025 e 2050.	24
TABELA 2	Unidades de Acolhimento em Fortaleza	48
TABELA 3	Incidência de demência e Doença de Alzheimer na população idosa do bairro Messejana.	81
TABELA 4	Número de indivíduos portadores de Doença de Alzheimer com baixa renda no bairro Messejana.	82
TABELA 5	Programa de Necessidades– Setor Administração.	87
TABELA 6	Programa de Necessidades – Setor Moradia.	88
TABELA 7	Programa de Necessidades– Setor Saúde.	88
TABELA 8	Programa de Necessidades – Setor Convivência.	89
TABELA 9	Programa de Necessidades – Setor Serviço.	89
TABELA 10	Programa de Necessidades - Geral.	89
TABELA 11	Critério para Escolha do Terreno.	92
TABELA 12	Matriz de Pontuação dos Terrenos.	99
TABELA 13	Quadro de Áreas.	117
TABELA 14	Comparativo - Índices Urbanísticos.	118
TABELA 15	Quantitativo vagas estacionamento.	119



CONVIDA

CENTRO DE CONVIVÊNCIA E ACOLHIMENTO PARA
IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER

TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
DEPARTAMENTO DE ARQUITETURA E URBANISMO