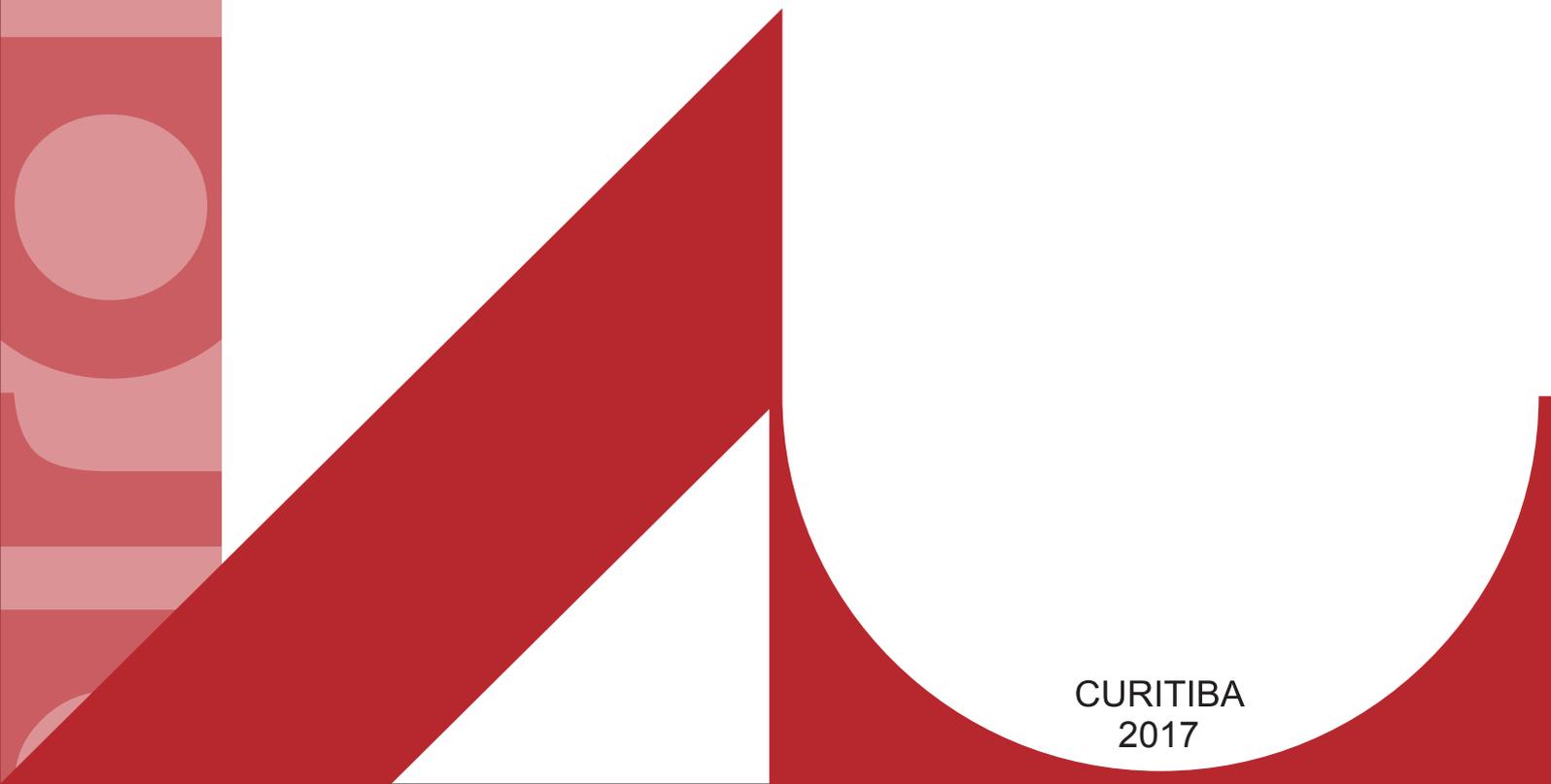


HALLANA MARINHO DE SOUZA

**CENTRO INTEGRADO DE CONVÍVIO
E ASSISTÊNCIA AO IDOSO EM
CURITIBA PR**

Tema Final de Graduação
Curso de Arquitetura e Urbanismo
Universidade Federal do Paraná

Prof. Orientador: Dr. Antonio M. Nunes Castelnou Nt.



CURITIBA
2017

HALLANA MARINHO DE SOUZA

CENTRO INTEGRADO DE CONVÍVIO E ASSISTÊNCIA AO IDOSO EM CURITIBA PR

Monografia apresentada à disciplina Orientação de Pesquisa (TA059) como requisito parcial para a conclusão do curso de graduação em Arquitetura e Urbanismo, Setor de Tecnologia, da UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR.

ORIENTADOR:

Prof. Dr. Antonio Manoel Nunes Castelnou Nt.

CURITIBA

2017

FOLHA DE APROVAÇÃO

Orientador(a):

Examinador(a):

Examinador(a):

Monografia defendida e aprovada em:

Curitiba, _____ de _____ de 20__.

**Dedico este trabalho primeiramente a Deus,
por ser a minha fonte de sabedoria e inspiração;
À minha família, principalmente aos meus pais, Tito e
Elenice, pelas orações, apoio e carinho incondicional;
Ao André, por ter se tornado o melhor companheiro;
E aos meus amigos, em especial à Camila e Nicolie,
que deram leveza e ânimo durante
esses anos de graduação.**

***Agradeço a todos os professores
que compartilharam seu tempo e conhecimento
na construção da minha formação profissional.
E ao meu orientador, Prof. Dr. Antonio Castelnou,
por seus ensinamentos, paciência e incentivo.***

RESUMO

Esta pesquisa compreende o embasamento teórico do anteprojeto para um *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso* a ser implantado no Município de Curitiba PR, com o objetivo de propiciar um espaço que promova a integração e convivência, além da assistência à saúde voltada especificamente aos idosos. Primeiramente, procura conceituar e caracterizar o processo de envelhecimento, assim como definir quais seriam as necessidades particulares dessa população. Em seguida, por meio do estudo de obras correlatas, abrangendo as escalas internacional, nacional e local, busca subsídios que contribuam com parâmetros de projeto. Na sequência, apresenta um panorama geral da realidade da população idosa em Curitiba, para, ao final, definir as principais diretrizes projetuais em termos locais, funcionais e estéticos.

Palavras-chave: *Gero-Arquitetura. Idosos. Envelhecimento Ativo.*

ABSTRACT

This research comprises the theoretical basis of the draft to a convivial and Integrated assistance to the Elderly to be deployed in the city of Curitiba PR, aiming to provide a space that promotes the integration and coexistence, beyond healthcare geared specifically to the elderly. First, it seeks to conceptualize and to characterize the process of aging, as well as define what are the particular needs of this population. Then, through the study of related works, including the international, national and local scales, searching subsidies that contribute to project parameters. As a result, it presents a general overview of the reality of the elderly population in Curitiba, to the end, set the main project guidelines in accordance with aesthetic, functional and locational.

Key-words: *Gero-Architecture. Elderly. Active Aging.*

LISTA DE FIGURAS, QUADROS E TABELAS

FIGURA	LEGENDA	PÁG.
2.1	Evolução do envelhecimento da população brasileira, através da comparação das pirâmides etárias de 1960, 2000 e 2010.	17
2.2	Distribuição percentual das pessoas com mais de 60 anos de idade por domicílio e por sexo segundo as regiões brasileiras (2013).	19
2.3	Proposta de casa segura para o idoso.	30
2.4	Módulo de dimensão referencial para deslocamento de pessoas em pé, portando próteses para auxílio locomotor.	32
2.5	Dimensões do módulo de referência para usuário de cadeira de rodas.	32
2.6	Condições para manobra de cadeira de rodas com deslocamento.	32
2.7	Gráfico da população total de jovens e idosos entre 1940 e 2050 no Brasil.	33
3.1.1	Vista geral do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	38
3.1.2	Vista aérea de localização do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	39
3.1.3	Implantação do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	39
3.1.4	Fachada Sul do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	40
3.1.5	Outra vista da fachada Sul do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	40
3.1.6	Plantas do segundo [A] e primeiro subsolo [B] do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	41
3.1.7	Plantas do pavimento térreo [C] e superior [D] do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	42
3.1.8	Cortes transversal [A] e longitudinal [B] do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	43
3.1.9	Vistas do terraço [A] e sacadas [B] do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	43
3.1.10	Fachada Norte do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	44
3.1.11	Vista de um dos átrios do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	44
3.1.12	Vista interiores do <i>Lar Residencial Torre Sênior</i> (Santo Tirso, Portugal).	45
3.2.1	Vista geral do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	48
3.2.2	Vista aérea das proximidades do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben	48
3.2.3	Inserção urbana do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	49
3.2.4	Vista externa do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	49
3.2.5	Fachada principal do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	50
3.2.6	Implantação sem escala do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	50
3.2.7	Plantas do pavimento térreo [A], primeiro pavimento [B] e segundo pavimento [C] do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	51
3.2.8	Corte longitudinal do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	52
3.2.9	Vista interna do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	52
3.2.10	Iluminação natural e integração espacial do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	53
3.2.11	Dormitório do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	54
3.2.12	Vista do entorno imediato do <i>Lar de Repouso e Cuidados Especiais</i> de Leoben (Áustria).	54
3.3.1	Vista do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	58
3.3.2	Vista aérea <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	58

3.3.3	Inserção urbana do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	59
3.3.4	Tratamento externo do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	59
3.3.5	Plantas do pavimento térreo [A] e do primeiro pavimento [B] do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	60
3.3.6	Vista do restaurante do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	61
3.3.7	Vista da sala de terapia ocupacional do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	61
3.3.8	Vistas da área especial para idosos com Alzheimer do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	62
3.3.9	Planta do pavimento-tipo do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	63
3.3.10	Corte longitudinal do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	63
3.3.11	Vista do acesso do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	64
3.3.12	Vista de um quarto do <i>Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos</i> (São Paulo SP).	64
3.4.1	Vista aérea da localização do <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR).	67
3.4.2	Vista geral do <i>Terminal Boqueirão</i> , onde se situa o <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR).	67
3.4.3	Vista interna do <i>Terminal Boqueirão</i> , onde se situa o <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR).	68
3.4.4	Corredor de acesso ao <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR).	68
3.4.5	Plantas esquemáticas do <i>Terminal Boqueirão</i> [A] e do <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR), que funciona em seu interior [B].	69
3.4.6	Desnível entre o corredor de acesso e a entrada do <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR).	70
3.4.7	Fachada envidraçada do <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR).	70
3.4.8	Vista do <i>hall</i> do <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR).	71
3.4.9	Apresentação musical no <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba, PR).	71
3.4.10	Exposição de artesanato desenvolvido no <i>CATI Boqueirão</i> (Curitiba PR).	72
4.1	Localização geográfica do Município de Curitiba PR.	76
4.2	Mapa com a delimitação das administrações regionais do Município de Curitiba PR.	78
4.1.1	Comparação das pirâmides etárias do Brasil, Paraná e Curitiba no ano de 2010.	80
4.1.2	Pirâmide da população residente, por sexo e grupos de idade, em Curitiba nos anos de 2000 e 2010 (em %).	80
4.1.3	Gráfico da população residente por posição no domicílio, segundo faixa etária, em Curitiba no ano de 2010.	81
4.1.4	Tabela da população residente por condição de atividade e de ocupação, segundo faixa etária, em Curitiba no ano de 2010.	82
4.1.5	Tabela das pessoas maiores de 10 anos de idade, segundo rendimento real médio mensal e rendimento real mediano mensal, por faixa etária em Curitiba no ano de 2010.	82
4.1.6	Tabela do perfil da população curitibana, dividida por sexo e faixas etárias nas regionais do Município de Curitiba PR.	83
4.1.7	Gráfico dos bairros curitibanos que possuem 20% ou mais da população com mais de 60 anos.	84
4.1.8	Mapa do Município de Curitiba com indicação dos 10 (dez) bairros com o maior percentual de idosos.	85
4.1.9	Gráfico da evolução da expectativa de vida ao nascer em Curitiba, nos anos de 1991, 2000 e 2010.	86
4.1.10	Gráfico de comparação do IDH (ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO) entre Curitiba, Paraná e Brasil no ano de 2010.	86

4.1.11	Mapa da localização dos CRAS's e CATI's no Município de Curitiba PR.	87
4.1.12	<i>Casa da Acolhida Toca de Assis</i> , situado no bairro Guaíra, Curitiba PR.	90
4.1.13	<i>Albergue São João Batista</i> , situado no bairro Rebouças, Curitiba PR.	91
4.1.14	<i>Confederação Evangélica da Assistência Social do Paraná</i> situada no bairro Bigorriho, Curitiba PR.	91
4.1.15	<i>Lar dos Idosos Recanto do Tarumã</i> , situado no bairro Tarumã, Curitiba PR.	92
4.1.16	<i>Lar Iracy Dantas de Andrade</i> , situado no bairro Xaxim, Curitiba PR.	92
4.1.17	<i>Asilo São Vicente de Paulo</i> , situado no bairro Juvevê, Curitiba PR.	93
4.1.18	<i>Hospital do Idoso Zilda Arns</i> , situado no bairro Pinheirinho, Curitiba PR.	93
4.1.19	Mapa de distribuição das ILPI's no Município de Curitiba PR em 2014.	94
5.1.1	Mapa de situação do bairro Cabral no Município de Curitiba PR [superior] e mapa com seu arruamento e limites urbanos [inferior]	97
5.1.2	Mapa de localização do lote selecionado, o qual se situa no bairro Cabral (Curitiba PR).	98
5.1.3	Mapa do terreno para implantação do projeto, com dimensões e orientação.	99
5.1.4	Vista do lote com testada para a rua Luciano Cardinale (Cabral, Curitiba PR).	99
5.1.5	Vista do lote a partir da esquina da rua Luciano Cardinale com a rua dos Funcionários (Cabral, Curitiba PR).	100
5.1.6	Vista do lote com testada para a rua dos Funcionários (Cabral, Curitiba PR).	100
5.1.7	Vista do lote a partir da esquina da rua dos Funcionários com a rua Belém (Cabral, Curitiba PR).	101
5.1.8	Vista do lote com testada para a rua Belém (Cabral, Curitiba PR)	101
5.2.1	Organograma funcional do Setor Administrativo.	107
5.2.2	Organograma funcional do Setor de Habitação Temporária	107
5.2.3	Organograma funcional do Setor de Convivência.	108
5.2.4	Organograma funcional do Setor de Assistência.	108
5.2.5	Organograma funcional do Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso.	109

QUADRO	LEGENDA	PÁG.
3.1	Quadro Comparativo das Obras Correlatas.	75

TABELA	LEGENDA	PÁG.
5.1	Programação e Pré-Dimensionamento: Setor de Administração.	104
5.2	Programação e Pré-Dimensionamento: Setor de Habitação Temporária.	104
5.3	Programação e Pré-Dimensionamento: Setor de Convivência.	105
5.4	Programação e Pré-Dimensionamento: Setor de Assistência.	105
5.5	Previsão da Quantidade de Vagas para Garagem (Estacionamento de Veículos).	106
5.6	Previsão de Áreas do Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso.	106

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Delimitação do tema	12
1.2	Objetivos	12
1.3	Justificativas	13
1.4	Metodologia de Pesquisa	14
1.5	Estrutura do Trabalho	14
2	PANORAMA GERAL SOBRE ENVELHECIMENTO E ARQUITETURA PARA A TERCEIRA IDADE	16
2.1	A terceira idade e suas necessidades especiais	20
2.2	Espaços arquitetônicos voltados à população idosa	26
3	ANÁLISE DE OBRAS CORRELATAS	35
3.1	Lar Residencial Torre Sênior (Portugal)	36
3.2	Lar de Repouso e Cuidados Especiais (Áustria)	46
3.3	Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos (São Paulo, SP)	55
3.4	Centro de Atividades para a Pessoa Idosa – CATI Boqueirão (Curitiba, PR)	65
3.5	Análise Comparativa dos Casos	73
4	INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE: CURITIBA PR	76
4.1	Panorama da situação do idoso em Curitiba PR	80
5	DIRETRIZES GERAIS DE PROJETO	95
5.1	Definição e Características do Terreno	95
5.2	Programa Básico de Necessidades e Pré-Dimensionamento ..	102
5.3	Pressupostos de Partido Arquitetônico	109
6	CONCLUSÃO	112
7	REFERÊNCIAS	113
8	FONTES DE ILUSTRAÇÕES	120

1 INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional, tanto no mundo como no Brasil, corresponde a um aspecto positivo do desenvolvimento humano, pois é resultado do avanço do conhecimento científico e tecnológico, da ampliação dos recursos de assistência e tratamento médico e também da melhoria das condições e qualidade de vida das pessoas. Em praticamente todo o planeta, verifica-se que o crescimento da quantidade de idosos vem se acentuado nas últimas décadas, o que comprova um aumento considerável da expectativa de vida¹, o qual, ao mesmo tempo, significa novos desafios para a humanidade.

Em recente relatório divulgado pela ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS, afirma-se que o número de pessoas com mais de 60 anos será duas vezes maior em 2050, o que exigirá uma mudança social radical. O órgão contabiliza atualmente cerca de 900 milhões de idosos, o que corresponde a aproximadamente 12,3% da população total. A expectativa é de que, em 2050, essa fatia represente cerca de 21,5%, ou seja, mais de um quinto da população do planeta (2 bilhões). Logo, a OMS propõe três grandes mudanças: tornar os lugares em que vivemos em ambientes amigáveis para as pessoas mais velhas; realinhar sistemas de saúde às necessidades dos idosos; e os governos desenvolverem sistemas de cuidados de longo prazo que possam reduzir o uso inadequado dos serviços de saúde agudos, garantindo a dignidade nos últimos anos de vida. (OMS, 2015)

De uma forma inédita na história, a maior porcentagem de pessoas acima de 60 anos de idade entre a população conduz a importantes mudanças na estruturação da sociedade como um todo, com o surgimento de novas preocupações com relação ao bem-estar desses indivíduos, os quais, vivendo em família ou isoladamente, possuem necessidades especiais que vão desde locomoção e acessibilidade até aspectos relacionados ao desenvolvimento ativo de habilidades físicas, aptidões mentais e condições sociais. Como garantir que os idosos tenham possibilidade de se adaptarem ao uso de novas tecnologias, de maneira satisfatória, além de terem níveis adequados de conforto, lazer e saúde, tanto em seu ambiente de moradia como nos espaços de convivência?

¹ Segundo a OMS, a expectativa de vida global é de 66 anos e, em 2050 será de 72 (O GLOBO, 2016). No Brasil, entre 1940 e 2015, o índice teve um aumento de 30 anos e passou de 45,5 para 75,5 anos de idade. (PORTAL BRASIL, 2016)

Tendo isso em vista, esta pesquisa tem por cerne buscar e fornecer as bases teóricas que fundamentem critérios de projeto de arquitetura destinado aos idosos. Com base em coleta de fontes e estudo de casos, procura-se reunir elementos arquitetônicos que colaborem para o desenvolvimento de diretrizes projetuais, de forma geral, para um conjunto de espaços humanizados, integrando as necessidades do idoso ao ambiente urbano e ao contexto social em que ele se insere; e promovendo melhorias na sua qualidade de vida.

1.1 Delimitação do tema

O tema do presente TRABALHO FINAL DE GRADUAÇÃO – TFG em arquitetura e urbanismo da UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR consiste no desenvolvimento do anteprojeto de um espaço de convívio e assistência às pessoas idosas, localizado na capital paranaense, o qual reúna condições adequadas para hospedagem temporária, atendimento, aprendizado e desenvolvimento físico-artístico (assistido). Voltado à convivência social, ao acolhimento provisório e à atenção prioritária, trata-se basicamente de um complexo arquitetônico a ser projetado conforme condicionantes funcionais, técnicas e estéticas voltadas àquele público-alvo específico.

1.2 Objetivos

O objetivo principal desta monografia é desenvolver uma pesquisa teórico-conceitual na área de conhecimento da arquitetura para idosos, a qual fundamente a proposição de espaços que consigam integrar os aspectos básicos de moradia, saúde e convivência, levando em consideração as necessidades especiais desse tipo específico de usuário, ou seja, pessoas idosas.

De modo específico, pretende-se com esta pesquisa:

- ✓ Introduzir e descrever a situação dos idosos no país, destacando suas principais necessidades de assistência e convivência; e identificando possíveis limitações e potenciais desdobramentos na concepção de ambientes de moradia, saúde e convívio social;

- ✓ Definir e caracterizar quais são os espaços arquitetônicos voltados à terceira idade, analisando-os em seus aspectos funcionais, técnicos e estéticos, a partir de, no mínimo, 03 (três) casos correlatos de arquitetura nessa área;
- ✓ Apresentar e interpretar a realidade da população idosa de Curitiba PR, levantando a infraestrutura existente, suas deficiências e potencialidades; e
- ✓ Propor diretrizes gerais para o desenvolvimento de uma proposta em nível de anteprojeto de um espaço integrado que atenda as necessidades específicas desse público-alvo, o que inclui a definição locacional (escolha e descrição do terreno), o programa funcional com pré-dimensionamento e os pressupostos de partido arquitetônico.

1.3 Justificativas

Em termos gerais, o envelhecimento populacional – um fenômeno contemporâneo que se tornou evidente não somente no panorama mundial como também no país – vem exigindo uma nova atenção dos pesquisadores – incluindo arquitetos e urbanistas – para essa nova realidade da sociedade. Esse fato despertou interesse pessoal na área específica de arquitetura para idosos, por considerá-la de grande relevância para a atual situação brasileira, que requer novas posturas diante do desafio que representa o aumento da população de idosos.

A proposta temática também se justifica pela direta observação da falta de coerência nos espaços que existem para os mesmos fins – tanto de acolhimento e residência como de atendimento e convivência de pessoas idosas –, sejam eles adaptados ou projetados, tanto na cidade de Curitiba PR como em outras localidades. Soma-se a isto, a constatação de uma carência de edificações na área de arquitetura para idosos, as quais tenham como preocupação a interação social do idoso com a comunidade, incorporando atividades que proporcionem o estímulo e o desenvolvimento biopsicossocial dos indivíduos.

Por fim, justifica-se este TFG pela insuficiência de oferta de vagas para idosos em diversas instituições curitibanas, o que, como consequência, não atende a uma demanda crescente, assim como a inexistência de edificações com a mesma proposta integradora que se procura desenvolver com este trabalho.

1.4 Metodologia de Pesquisa

Como método de desenvolvimento do presente trabalho foi empregado o estudo exploratório, de cunho teórico-conceitual, baseado na seleção, coleta e consulta de fontes bibliográficas (livros, teses, artigos, etc.) e webgráficas (*sites*, portais eletrônicos, etc.), as quais tratem direta ou indiretamente do tema e similares, com o desenvolvimento de estudo de casos específicos e a realização de visitas *in loco* e entrevistas.

1.5 Estrutura do Trabalho

Em termos gerais, esta monografia está estruturada em 08 (oito) capítulos, introduzindo-se com uma breve explanação sobre o contexto acadêmico em que a pesquisa está inserida, o que inclui: delimitação temática, objetivos, justificativas, metodologia e estruturação do presente volume. No segundo capítulo, desenvolve-se a conceituação por meio de uma revisão web-bibliográfica sobre algumas considerações a respeito do processo de envelhecimento, além de aspectos relacionados à arquitetura para a Terceira Idade devido às necessidades especiais que esta parcela da população apresenta, já que se encontra em situação de maior fragilidade e menor vigor físico. Em seguida, realiza-se um estudo descritivo e comparativo de casos, os quais foram abordados em nível internacional, nacional e local, tendo sido escolhidos conforme sua similaridade ao que se pretende trabalhar e de forma a buscar parâmetros para o desenvolvimento da proposta em questão.

A interpretação da realidade do Município de Curitiba PR foi feita no quarto capítulo, por meio de um estudo geral sobre as condições em que se encontra a sua população idosa. Foi nessa fase que se observou a carência de equipamentos e espaços curitibanos que agreguem com qualidade os ambientes de convivência social, assistência à saúde e habitação temporária voltada a esse público-alvo específico. No capítulo seguinte, definiu-se as principais diretrizes projetuais, com caracterização do terreno escolhido, além do programa básico de necessidades e seu pré-dimensionamento. Após a apresentação de alguns pressupostos para o partido arquitetônico de um *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso*, fez-se a conclusão do trabalho no sexto capítulo, seguido de todas as referências de pesquisa e as fontes de ilustrações consultadas.

2 PANORAMA GERAL SOBRE ENVELHECIMENTO E ARQUITETURA PARA A TERCEIRA IDADE

Processo natural ao qual estão sujeitos todos os seres que existem, “envelhecer” provém da palavra “velho”, que tem origem no latim *vetulus* e significa aquilo que existe há muito tempo (antigo) ou que tem idade avançada (idoso). A velhice corresponde ao último período da vida normal, que se caracteriza pelo enfraquecimento das funções vitais; e o envelhecimento implica algo que é associado à idade cronológica, embora não seja idêntico a ela, pois o termo pode ser utilizado como uma variável independente para explicar outros fenômenos não propriamente relacionados aos seres vivos. (STOPPE JUNIOR, 1999)

Convertida em matéria de interesse público, a velhice vem sendo cada vez mais tematizada. De acordo com Jordão Netto (1997), a *gerontologia*, em sua totalidade, consiste no conjunto de conhecimentos científicos aplicados ao estudo do envelhecimento humano, nos aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Enquanto “envelhecimento” é usado em geral de maneira inespecífica, outras palavras como “senescência” e “senectude” são empregadas na tentativa de definições mais precisas, embora sejam menos frequentes. Como o conceito cronológico está intimamente relacionado ao de envelhecimento, Schroots *et* Birren *apud* Stoppe Junior (1999, p.26-27) procuraram definir diferentes conceitos de tempo e suas relações com o processo de envelhecer, a saber:

- *Tempo físico*: é chamado tempo objetivo, medido em calendários, relógios, data de nascimento e outros. É mensurável e quantificável, podendo ser relacionado à idade do organismo; e não corresponde ao tempo biológico, já que faz sentido apenas na perspectiva cronológica;
- *Tempo biológico*: é aquele que se refere aos relógios biológicos, ritmos circadianos¹ e metabólicos de sincronização individual, refletindo as variações entre indivíduos com a mesma idade cronológica. Define-se como a posição do indivíduo em relação à sua expectativa de vida, podendo o envelhecimento, neste caso, refletir modificações ou dessincronização dos relógios internos; e
- *Tempo psicológico*: é definido como a experiência subjetiva do tempo, ou seja, o modo como este é percebido e vivenciado pelo indivíduo. No idoso, encontra-se uma

¹ Define-se como ritmo ou ciclo circadiano – do latim *circa*; “cerca de” + *diem*; “dia” – o período de aproximadamente 24 horas sobre o qual se baseia o ciclo biológico de quase todos os seres vivos, sendo influenciado principalmente pela variação de luz, temperatura, marés e ventos entre o dia e a noite. É ele que regula todos os ritmos materiais bem como muitos dos ritmos psicológicos do corpo humano, influenciando, por exemplo, a digestão ou os estados de vigília e sono; a renovação das células e o controle da temperatura do organismo. (N. autora)

vivência interna de lentificação da passagem do tempo, enquanto o tempo externo parece acelerado.

Por sua vez, *idade social* refere-se, ainda segundo Stoppe Junior (1999), à posição e hábitos sociais adquiridos; estes sentidos pelo indivíduo como pertencentes ao seu papel sociocultural e esperado para determinada faixa etária. Com este parâmetro, o envelhecimento passa a ser avaliado de acordo com a posição social e econômica ocupada pelas pessoas em determinada sociedade.

A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS vem promovendo a adoção da expressão “envelhecimento ativo”, a fim de divulgar um processo de envelhecimento que tem por experiência uma vida ao idoso com possibilidades de acesso à saúde, à participação e à segurança. Deste modo, passaria este a ser definido como um “[...] processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”. (OPAS, 2005, p. 14)

Essa política pública de saúde, conforme a ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE – OPAS (2005), procura oferecer um bem-estar biopsicossocial, buscando a participação ativa dos idosos na sociedade, respeitando suas limitações, carências e direitos. Tem por objetivo melhorar a qualidade de vida das pessoas mais velhas, preservando sua autonomia e independência e ampliando suas relações sociais com a implantação de programas que envolvem a participação ativa do idoso, por meio de grupos comunitários, interação entre gerações, programas de alfabetização, aprendizado e desenvolvimentos de novas habilidades.

O envelhecimento da população de um país se dá principalmente pela medição da sua taxa de fertilidade, ou seja, o primeiro fator que colabora para que um povo envelheça é que haja diminuição da fertilidade. Em paralelo, ocorrendo uma queda também na taxa de mortalidade, isto acaba favorecendo para que a expectativa de vida aumente, resultando em um relevante processo de envelhecimento. (KALACHE, 1987)

Segundo Anselmi (2014), recentes pesquisas realizadas revelam que a população mundial está envelhecendo em um ritmo acelerado – o que está forçando todos os governos a repensarem um modelo de sociedade ideal para essa nova população. Para o FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS – UNFPA (2012), este envelhecimento constitui-se em um fenômeno observado praticamente em todo o

mundo, embora tenha ocorrido mais acentuadamente nos países em desenvolvimento.

A expectativa de vida ao nascer aumentou substancialmente [...] Em 2010-2015, a expectativa de vida ao nascer passou a ser de 78 anos nos países desenvolvidos e 68 nos das regiões em desenvolvimento. Em 2045-2050, os recém-nascidos podem esperar viver até os 83 anos nas regiões desenvolvidas e 74 naquelas em desenvolvimento. (UNFPA, 2012, p. 3)

A UNFPA constata ainda que o avanço da esperança de vida representa um reflexo do desenvolvimento humano, através da implantação de medidas de saúde pública e melhoria nas condições de nutrição, além do desenvolvimento da medicina. Para Assis (2006), esse processo de envelhecimento da população tem reflexos diretos em todos os âmbitos da coletividade, como econômicos, sociais, ambientais, previdenciários, de saúde e outros. Além disso, segundo Veras (2009), o envelhecimento populacional já é um fato nos países mais pobres.

O envelhecimento populacional brasileiro, conforme o Portal G1 (2012), tem se configurado de forma crescente e acelerada. Segundo o Censo Demográfico 2010, a população brasileira, ao longo dos últimos 50 anos, quase triplicou, passando de aproximadamente 70 milhões, em 1960, para cerca de 190,7 milhões, em 2010. Deste total, 10,8% eram compostos por idosos. Comparativamente, em 1960, os habitantes com mais de 65 anos representavam apenas 4,7%, enquanto que, em 2000, já chegavam a 8,5%. Entre as regiões do país, Sul e Sudeste concentravam o maior contingente de idosos, representando juntos 8,1%. (PORTAL BRASIL, 2011)

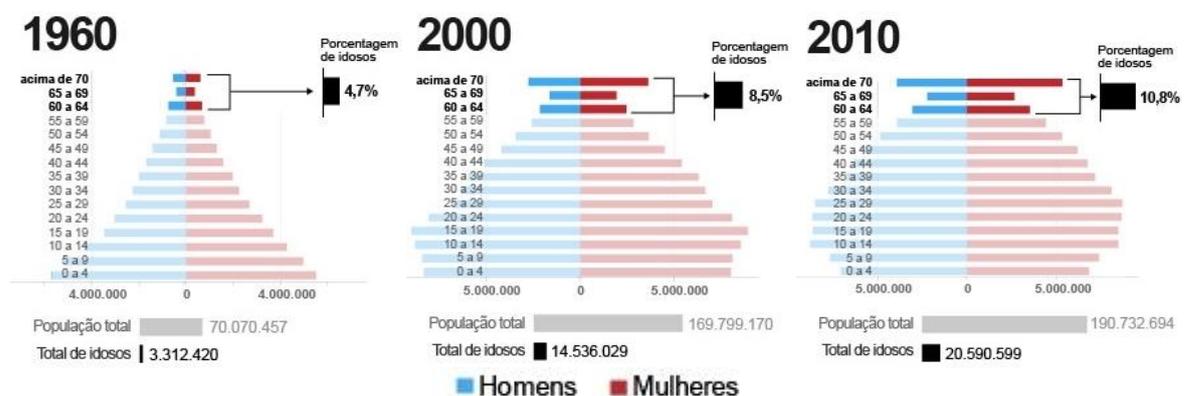


Figura 2.1 – Evolução do envelhecimento da população brasileira, através da comparação das pirâmides etárias de 1960, 2000 e 2010. **Fonte:** Portal G1 (2012), adaptada.

Essa evolução tem resultado em modificações na pirâmide etária nacional, tanto em sua base quanto no topo (Figura 2.1). Devido a isto, o país atualmente está

em um processo de transição demográfica, no qual há a alteração em sua pirâmide etária, uma vez que a quantidade de idosos está passando a ser igual ou maior que a população de jovens.

Atualmente, estima-se que as pessoas idosas constituem cerca de 12,5% da população brasileira total. De acordo com recente *Relatório Mundial de Saúde e Envelhecimento*, o número de pessoas com mais de 60 anos no país deverá crescer muito mais rápido do que a média internacional. Enquanto a quantidade de idosos vai duplicar no mundo até o ano de 2050, ela quase triplicará no Brasil. Por aqui, a porcentagem de idosos deve alcançar os 30% até a metade do século. Ou seja, logo seremos considerados uma nação envelhecida, já que, conforme a OMS, essa classificação é dada aos países com mais de 14% da população constituída de idosos, como são, atualmente, França, Inglaterra e Canadá, por exemplo. (SORDI, 2015)

A Projeção da População por Sexo e Idade, realizada pelo IBGE (2013), indica tendência de aumento da proporção de idosos na população, como consequência do processo de transição demográfica. Em 2030, esta proporção seria de 18,6%, e, em 2060, de 33,7%, ou seja, a cada três pessoas na população uma terá ao menos 60 anos de idade. Dadas as diferenças na dinâmica demográfica regional, observa-se que, em 2014, este indicador foi mais elevado para as Regiões Sul (15,2%) e Sudeste (15,1%) e menos expressivo na Região Norte (9,1%) (IBGE, 2015, s.p.)

No caso brasileiro, segundo Vasconcelos *et Gomes* (2012), está também ocorrendo uma transição epidemiológica. Tal mudança é observada nos dados de morbimortalidade, os quais demonstram que os indivíduos têm morrido mais por incidência de doenças crônicas ou degenerativas do que por enfermidades infectocontagiosas. Essa transformação é um reflexo do desenvolvimento do tratamento médico no país, por meio de medidas de promoção e prevenção da saúde, desenvolvimento de tratamentos mais efetivos e aumento das chances de cura, além da difusão de medidas de higiene e políticas públicas de saúde. Isto, por sua vez, causa um impacto na assistência à saúde, já que cria uma nova necessidade de atender de forma alternativa a população, pois as doenças crônico-degenerativas são de extensa duração.

Observa-se ainda no Brasil uma grande feminização da velhice (Figura 2.2), sendo que inúmeros fatores influenciam nesse quadro, como biológicos, sociais e

culturais. Em média, as mulheres brasileiras vivem sete anos a mais que os homens. Mesmo se caracterizando por uma conquista no desenvolvimento humano, tal fato traz consequências sociais preocupantes, pois a maioria das mulheres idosas são viúvas e, portanto, possuem uma renda menor (ALMEIDA *et al.*, 2015). Isto é complementado pela informação de que, em 2014, 55,7% das pessoas com idade acima de 20 anos eram mulheres e 52,6% da população de pessoas em idade avançada se declararam brancas. (IBGE, 2015)

Regiões	Situação de domicílio (%)		Sexo (%)	
	Urbana	Rural	Homem	Mulher
Brasil	83,9	16,1	44,5	55,5
Norte	72,5	27,5	49,5	50,5
Nordeste	71,9	28,1	44,7	55,3
Sudeste	92,6	7,4	46,3	56,7
Sul	80,9	19,1	44,7	55,3
Centro Oeste	88,3	11,7	46,5	53,5

Figura 2.2 – Distribuição percentual das pessoas com mais de 60 anos de idade por domicílio e por sexo segundo as regiões brasileiras (2013). **Fonte:** Cochmanski (2016)

De acordo com Ujikawa (2010), as características da população idosa no país passaram por três etapas, sendo a primeira, de 1945 a 1960, instituída através da implantação do sistema de aposentadoria para as pessoas com idades mais avançadas. Na segunda etapa, que correspondeu ao período de 1959 a 1967, observou-se uma mudança de comportamento dos idosos, que passaram da vida profissional ativa à vida de aposentadoria, tendendo ao sedentarismo e à solidão. Foi nessa fase em que começam a surgir estudos e programas sobre qualidade de vida do idoso. Por fim, a terceira etapa, que dura desde finais dos anos 1960 até hoje, abrange o período de instituição da idade do idoso para 60 anos, com efetivas melhorias de suas condições de vida no Brasil.

Ainda que a maior parte da população brasileira pareça ser ainda muito jovem, o número de pessoas idosas vem ganhando destaque com o passar das décadas. A esperança de vida nacional vem aumentando em ritmo acelerado nos últimos anos, de modo parecido aos países desenvolvidos, mas, mesmo assim, o processo de envelhecimento no país tem suas características próprias, devido aos contrastes geográficos, socioculturais e educacionais que caracterizam a sociedade brasileira. (ASSIS, 2006)

O acelerado envelhecimento da população no Brasil traz consigo mudanças importantes quanto às questões socioeconômicas e culturais do país. Essa transição está ocorrendo em um período no qual nossa nação ainda não oferece condições suficientes para um envelhecimento saudável, pois o contexto é de desigualdade social e privação de acesso a serviços básicos por parte da população mais pobre e vulnerável. Resta questionar como o Brasil irá lidar com essa parcela crescente de pessoas com idade avançada e que, cada vez mais, requer assistência e necessidades especiais? Nestes termos, um dos maiores desafios nesse atual e contínuo desenvolvimento da população brasileira é o de criar uma nova percepção do idoso não mais como um indivíduo inativo, mas como sujeito ativo de uma sociedade que possibilita a integração de gerações e beneficiários desse próprio desenvolvimento. (OPAS, 2005)

2.1 A terceira idade e suas necessidades especiais

De modo geral, os estudos sobre o envelhecimento não conseguem definir uma explicação exata e única para essa fase da vida, mas permitem colaborar para o auxílio do entendimento das alterações que ocorrem na vida do idoso (ASSIS, 2006). Desde a implantação da POLÍTICA NACIONAL DO IDOSO – PNI, instituída por meio da Lei federal n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994, o Ministério da Saúde tem se pautado na estruturação do atendimento integral e humanizado ao idoso, com o intuito de prevenção de doenças, além da promoção e reabilitação da saúde, buscando uma melhor qualidade de vida. (BRASIL, 1996)

Segundo a Lei federal n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o *Estatuto do Idoso*, considera-se uma pessoa idosa aquela que possuir idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos (BRASIL, 2003). Contudo, apesar de pertencerem a um grupo etário específico, esses indivíduos apresentam divergências entre si, já que pode haver uma disparidade de idade de até 20 ou 30 anos de diferença. No caso brasileiro,

[...] indicadores demográficos de envelhecimento, como o publicado pelo Observatório sobre Iniquidades em Saúde, da Fiocruz, que tem como base a *Pesquisa Nacional de Domicílios* (PNAD), apontam para a existência de determinantes sociais que implicam o aparecimento de desigualdades em termos de saúde durante o envelhecimento. Para muitos pesquisadores, além das condições biológicas individuais que favorecem a longevidade, é relevante questionar quais fatores podem estar associados aos

anos adicionais de vida para uns, e não para outros. Entre esses itens está a diferença regional, que, para muitos, transpõe as questões básicas e fundamentais relacionadas ao aumento de oferta e acesso aos serviços de saúde. (PORTAL TERCEIRA IDADE, 2013, p. 1)

De acordo com os mais recentes estudos da OMS (2015), não há como definir uma única tipologia para todos os idosos do mundo, pois estes possuem grande diversidade de capacidades e necessidades, o que é produto de fatos ao longo da vida de cada pessoa, que vive em diferentes regiões do planeta. Mesmo assim, Trindade *et al.* (2010) sugere a subdivisão dos idosos em 03 (três) grupos, considerando sua idade cronológica, a saber: o *idoso-jovem*, o qual compreende entre 65 e 75 anos; o *idoso* propriamente dito, que teria mais de 76 anos; e o *idoso centenário*, que, como a própria denominação já diz, corresponderia aos indivíduos acima dos 100 anos de idade. Por sua vez, os geriatras, sob o ponto de vista biológico, dividem a nossa vida em: *Primeira idade* (0 - 20 anos); *Segunda idade* (21 - 49 anos); *Terceira idade* (50 - 77 anos) e *Quarta idade* (78 - 105 anos). (PORTAL SIGNIFICADOS, 2017)

Conforme La Rosa (2003), a expressão *troisième âge* (“terceira idade”) foi cunhada pelo médico e gerontólogo francês Jean-Auguste Huet (1900-1986), em 1956, de modo a amenizar a conotação negativa associada à velhice, assim como para produzir uma nova ideologia a respeito do tema. Ao mesmo tempo, para Cochmanski (2016), é comum relacionar a pessoa da terceira idade àquela que não faz parte da população economicamente ativa, devido ao fato de estar aposentada.

De acordo com Dorneles, Ely *et* Pedroso (2006), o número de idosos habitando nas cidades vem aumentando gradativamente e isto se deve pelo fato de que as cidades acabam proporcionando melhor acesso aos serviços dos quais eles mais necessitam, como, por exemplo, assistência à saúde. Por característica etária, as pessoas mais velhas tendem a apresentar restrições que influenciam na sua interação com o meio ambiente, exigindo desta forma necessidades especiais.

As limitações nos idosos são, conforme Zimerman (2007), naturais e gradativas, sendo influenciadas pela característica genética de cada indivíduo, mas principalmente, pelo modo de vida de cada idoso. Destacam-se, entre elas: a diminuição do tônus muscular, o enrijecimento das articulações que reduzem a habilidade nos movimentos e a mudança no equilíbrio e no caminhar, além da

diminuição dos reflexos, o que acaba prejudicando a mobilidade corporal. Soma-se a essas alterações, o fato de alguns apresentarem dificuldade em enxergar e em ouvir.

Em termos gerais, o processo de envelhecimento humano pode ser entendido como um conjunto de alterações biológicas que o organismo sofre ao longo dos anos, o qual tem por consequência a diminuição crescente de habilidades biológicas, físicas, psíquicas e sociais. Esse processo não é homogêneo, pois tende a ser influenciado pelo contexto em que o indivíduo se insere, seja ele familiar e/ou socioambiental. (MOSCI, 2014)

Segundo Assis (2006), o envelhecimento pode provocar várias transformações psicológicas no indivíduo, como a dificuldade de se adaptar a novos papéis na família e também na sociedade, além da falta de motivação, baixa autoestima, depressão e outras. Cada idoso é um usuário único, pois cada alteração fisiológica pode ocasionar uma restrição distinta em cada indivíduo.

Para Dorneles, Ely *et* Pedroso (2006), as alterações às quais os indivíduos estão suscetíveis ao longo da vida, sejam elas externas ou internas, tornam o idoso mais vulnerável, dificultando a sua adaptação ao meio em que ele vive e sua relação com outras pessoas. Em sua maioria, as principais necessidades dos idosos são de esferas espaciais, que abrangem ambientes adequados, os quais respeitem as limitações físicas do indivíduo. Tais necessidades podem ser classificadas em 03 (três) categorias, a saber: necessidades físicas, informativas e sociais. (HUNT, 1991; *apud* DORNELES, ELY *et* PEDROSO, 2006)

Ainda segundo os mesmos autores, as carências mais facilmente percebidas são aquelas de caráter físico. Estas estão intimamente ligadas ao estado físico-biológico do idoso, pois essas deficiências podem provocar a diminuição do reflexo adaptativo ao ambiente, podendo ser suprimidas através de medidas que facilitem o deslocamento e a mobilidade da pessoa. Tais carências são decorrentes do desgaste no desenvolvimento do envelhecer ou ocasionadas por uma enfermidade crônica – ou ainda, por doença degenerativa.

Portanto, um ambiente projetado para suprir as *necessidades físicas* do idoso deve estar livre de obstáculos e ser de fácil manutenção, para evitar acidentes.

Além disso, deve ser atrativo para todos e estar de acordo com as características biomecânicas e antropométricas da população usuária.

Por exemplo: a presença de rampas, em circulações com desníveis, facilita o deslocamento de idosos com problemas musculares; bancos com encostos, apoios e assentos com altura de no mínimo 45 cm, diminuem o esforço do idoso ao sentar-se e levantar-se; bebedouros com dispositivos ou comandos de pressão auxiliam os idosos com problemas de coordenação e força; entre outros. (DORNELES, ELY *et* PEDROSO, 2006, p. 2734)

Quanto às *necessidades informativas* do idoso, estas estão ligadas à sua percepção sobre o meio ambiente. Nessa fase da vida, é comum a diminuição no funcionamento cognitivo. Logo, a dificuldade em perceber e processar as informações acabam interferindo no funcionamento dos sentidos. Nessa categoria, é relevante a promoção do estímulo de mais de um sentido, de modo que o idoso tenha mais possibilidades em reconhecer as informações emitidas. Hunt (1991), citado por Dorneles, Ely *et* Pedroso (2006), identifica dois aspectos principais para a informação ser processada pelo idoso: a *percepção*, que é o processo de obter ou receber a informação do ambiente; e a *cognição*, que representa como a pessoa organiza e relembra a informação recebida do ambiente.

Assim, deve-se procurar projetar espaços legíveis e, ainda, estimular todos os sentidos, para que, no caso de haver restrição em algum deles, o ambiente possa suprir a informação através dos demais. No caso de um idoso com restrição visual, por exemplo, a utilização de elementos com cores contrastantes, odores e/ou texturas diferenciadas servem como referencial para sua orientação.

Outro exemplo, é o projeto de ambientes padronizados ou temáticos, com uso repetitivo de cores ou elementos que indiquem a mesma função ou atividade, [o que] contribui com idosos que possuem dificuldade [para] lembrar as informações adquiridas. (DORNELES, ELY *et* PEDROSO, 2006, p. 2734)

Por fim, segundo a mesma fonte, as *necessidades sociais* do idoso estão relacionadas com a promoção do controle da privacidade e da relação social. Deve-se, então, ter cuidado com a aparência dos locais projetados para pessoas mais velhas, para que estes pareçam familiares. E, também, proporcionar um senso de comunidade, onde a vizinhança e a camaradagem ocorram naturalmente (HUNT, 1991; *apud* DORNELES, ELY *et* PEDROSO, 2006).

Esse é o caso, por exemplo, da existência de sacadas nas residências de idosos, que oferecem a oportunidade de controle da interação com a vizinhança. Logo, deve-se procurar projetar ambientes que proporcionem uma relação de familiaridade, primando pela independência do idoso e procurando promover o contato social de forma segura e confortável. (PEREIRA, 2004)

Ao longo de sua vida, de acordo com Costa *et Monego* (2003), os idosos podem ficar susceptíveis a uma grande variedade de riscos, deficiências e limitações. Devido à grande possibilidade de alteração da marcha e da postura, correm um risco maior de quedas, as quais estão ligadas a altos índices de morbimortalidade, diminuição da capacidade funcional e institucionalização precoce. A própria residência da pessoa idosa pode provocar esse tipo de intercorrência, como a presença de escadas, pisos escorregadios, tapetes soltos e iluminação inadequada. (BRASIL, 2006)

Ainda, as deficiências sensoriais dos idosos – auditivas e visuais –, podem limitar a sua habilidade para atividades cotidianas, ampliando as chances de risco para a confusão mental e quedas.

O processo natural de envelhecimento associa-se a uma redução da acuidade visual devido às alterações fisiológicas das lentes oculares, déficit de campo visual e doenças de retina. Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam do uso de lentes corretivas para enxergar adequadamente [...] Cerca de um terço das pessoas idosas referem algum grau de declínio na acuidade auditiva. A presbiacusia – perda progressiva da capacidade de diferenciar os sons de alta frequência – é uma das causas mais comuns relacionadas a essa queixa. (BRASIL, 2006, p. 34)

Além disso, conforme Araújo *et Barbosa* (2014), um sentimento de perda social é experimentado pelo indivíduo que se encontra nessa fase da vida. Com a chegada da aposentadoria, os idosos não possuem mais tantas obrigações familiares, o que em sua nova rotina, provavelmente, ganham novas oportunidades de conhecer e vivenciar novas experiências. Entretanto, observa-se que por possuírem limitações físicas ou de coordenação, tendem a se isolarem e diminuir seus laços com a sociedade.

Devido ao fato de que seus sentidos estarem comprometidos, os idosos podem passar a interagir menos com o ambiente que os cerca, tendo sua percepção

comprometida por informações complicadas, o que contribui para alimentar uma sensação de incompetência. (ARAÚJO *et* BARBOSA; 2014)

Um dos graves problemas que pode atingir a população idosa refere-se à incidência de sintomas depressivos frequentemente associados com alto risco de desenvolvimento de depressão maior, doença física, maior procura pelos serviços de saúde e maior consumo de medicamentos.

A presença de depressão entre as pessoas idosas tem impacto negativo em sua vida. Quanto mais grave o quadro inicial, aliado à não existência de tratamento adequado, pior o prognóstico. As pessoas idosas com depressão tendem a apresentar maior comprometimento físico, social e funcional afetando sua qualidade de vida. Evidências sugerem que é necessário instituir precocemente o tratamento. (BRASIL, 2006, p. 36)

Finalmente, outro ponto a ser destacado em relação ao envelhecimento consiste no aparecimento da fragilidade ou fragilização que, segundo o caderno de atenção básica ao ENVELHECIMENTO E SAÚDE DA PESSOA IDOSA, publicado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), constitui-se em uma síndrome multidimensional, que envolve uma interação complexa dos fatores biológicos, psicológicos e sociais no curso de vida individual, o qual culmina com um estado de maior vulnerabilidade, associado ao maior risco de ocorrência de desfechos clínicos adversos – declínio funcional, quedas, hospitalização, institucionalização e morte.

Alguns profissionais de saúde consideram fragilidade como uma condição intrínseca do envelhecimento, atitude essa que pode ocasionar intervenções tardias, com potencial mínimo de reversão das consequências adversas da síndrome, o que inclui a redução da expectativa de vida saudável ou livre de incapacidades. Assim, torna-se necessário o estabelecimento de critérios que identifiquem as pessoas idosas que se encontram em uma condição subclínica da síndrome e, portanto, passíveis de intervenções preventivas, com o objetivo de evitar ou postergar ao máximo a ocorrência das respostas adversas à mesma. (BRASIL, 2006)

Entre aqueles indivíduos cuja síndrome já foi instalada, a adoção de critérios de avaliação específicos contribuirá para o adiamento ou a amenização de tais respostas, permitindo preservar por mais tempo a autonomia e independência funcional dos idosos. Estima-se que de 10 a 25% das pessoas acima dos 65 anos e 46% acima dos 85 anos que vivem na comunidade sejam frágeis, conferindo-lhes alto risco para desfechos clínicos adversos. Percebe-se que, a idade mais avançada

parece assim estar associada ao maior risco de ocorrência da síndrome, o que torna os grupos de pessoas idosas em velhice avançada prioritários na organização dessa atenção. No entanto, fragilidade é um fenômeno clínico distinto do envelhecimento, com potencial para reversibilidade por meio de intervenções clínicas.

2.2 Espaços arquitetônicos voltados à população idosa

Como visto anteriormente, por se diferirem das demais faixas etárias, as pessoas mais velhas possuem necessidades especiais, mesmo havendo, entre o próprio grupo definido como idoso, diferenças de limitações. Em consequência disso, há implicações na concepção e previsão dos espaços a serem frequentados por essa população específica. Da mesma forma, prevê-se em lei diversos serviços destinados às pessoas da terceira idade, os quais exigem soluções arquitetônicas mais adequadas.

A portaria n. 73, de 10 de maio de 2001, da Secretaria de Estado de Assistência Social, define regras de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no país (BRASIL, 2001). Segundo esta legislação, as diferentes formas de atenção ao idoso podem ser classificadas em 09 (nove) categorias, a saber: Residência temporária; Família natural; Família acolhedora; República; Centro de convivência; Centro-dia; Casa-lar; Assistência domiciliar; e Atendimento integral institucional. O primeiro tipo, designado como *Programa Residência Temporária*, tem por caráter ofertar um serviço de internação temporária para idosos que não tem condições de retorno à sua casa após alta hospitalar, mas que ainda precisam de cuidados especializados. Também abrange casos onde a família está temporariamente impossibilitada de cuidar do idoso.

A segunda modalidade de atendimento ao idoso corresponde ao cuidado pela própria família e é chamada de *Programa Família Natural*. Esta visa estreitar os vínculos familiares, através da manutenção da autonomia do idoso em seu próprio lar e por meio do acompanhamento por uma equipe de saúde multidisciplinar. Já a modalidade do *Programa Família Acolhedora* procura oferecer alternativas para que o idoso sem vínculo familiar receba cuidado, abrigo e atenção. Esta ação relaciona-se a famílias previamente cadastradas, as quais recebem capacitação para cuidar de determinado idoso. (BRASIL, 2001)

A portaria n. 73/2001 também prevê o modelo de assistência definido como *República*, o qual consiste em uma opção de moradia para idosos independentes, que proporciona a integração social e participação ativa na comunidade. Já o chamado *Centro de Convivência* corresponde a um espaço que se destina a frequência dos idosos e também de seus familiares, sem a opção de permanência para moradia. Tal modalidade procura aumentar a qualidade de vida dos idosos, através de atividades interativas, criando uma rede de socialização com participação e convivência social. Este tipo de espaço promove ações que envolvem as bases para se desenvolver o envelhecimento ativo.

Aquela lei também define o caráter de atendimento do chamado *Centro-dia*, o qual visa a integração dos idosos através de atividades terapêuticas e sociais, procurando ofertar atendimento das necessidades básicas, mas mantendo o idoso junto da sua família, com atividades ocupacionais, assistência à saúde, lazer e integração familiar (BRASIL, 2001). Esse programa é voltado para o atendimento de idosos independentes ou que possuem alguma limitação de grau leve. Por sua vez, a *Casa-lar* tem um modo de atendimento que contribui mais para a participação, interação e autonomia do idoso. Trata-se de uma residência participativa, a qual abriga idosos que estão afastados de suas famílias e que possuem renda para prover seu próprio sustento.

Consistindo no oitavo tipo de serviço ofertado ao idoso no Brasil, o *Programa de Assistência Domiciliar* tem por objetivo prevenir e reabilitar a saúde da pessoa idosa. Constitui-se de um atendimento prestado na própria residência ao idoso que possui dependência, incentivando a hábitos saudáveis e reforçando vínculos sociais. Por fim, denomina-se *Atendimento Integral Institucional* aquele que é oferecido em uma instituição sob regime de internato, durante um período indeterminado de tempo (BRASIL, 2001). Neste caso, procura-se atender idosos sem famílias e vulneráveis, sendo este programa subdividido em 03 (três) modalidades, conforme a especialização do atendimento:

- I. Modalidade I: Instituição destinada a idosos dependentes;
- II. Modalidade II: Instituição que atende idosos dependentes que necessitem de cuidados especializados; e
- III. Modalidade III: Instituição que oferece serviço de atenção integral, com equipe interdisciplinar.

No que se refere à arquitetura para idosos, de acordo com Bestetti (2006), esta deve se preocupar em fornecer dispositivos necessários para se atingir um projeto baseado nos princípios do desenho universal. Voltado às pessoas portadoras de algum tipo de deficiência, *desenho universal*, segundo a ONU, refere-se à “concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou projeto específico”. (BRASIL, 2012, p. 01)

A busca por um dimensionamento modelo e o estabelecimento de medidas consideradas ideais estão intimamente ligados à própria evolução da história da arquitetura. Os modelos de medidas em sua maioria foram desenvolvidos analisando-se as dimensões de um ser humano médio, como é possível observar nos exemplos propostos pela *Seção Áurea* de Euclides (c.300 a.C.), pelo *Homem Vitruviano* de Leonardo da Vinci (1452-1519) e pelo *Modulor* de Le Corbusier (1887-1965). Conforme Ujikawa (2010), os estudos antropométricos consideravam um conjunto de dimensões corporais da população usuária e não trabalhava com variações de possíveis deficiências que podiam acometer esses indivíduos, nem mesmo a população que já possuía alguma limitação.

Foi nas últimas décadas, devido à necessidade de sanar essas questões, que conceitos como acessibilidade e desenho universal surgiram como proposta para possibilitar às pessoas portadoras de alguma necessidade especial as condições de viver de forma segura e autônoma (UJIKAWA, 2010). Com isto, a ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS – ABNT, por meio da norma NBR 9050 (2000; 2004; 2015) – que trata sobre acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos; e se encontra em sua terceira edição – estabelece regras e parâmetros técnicos para projeto e construção de edificações, com o objetivo de proporcionar o acesso de modo indiscriminado, independente da idade, estatura ou limitação de mobilidade, garantindo assim a utilização segura de um ambiente ou equipamento. (ABNT, 2004)

Embora essa norma brasileira trate a população idosa como portadora de deficiência física, ela não é composta necessariamente por pessoas deficientes. O indivíduo que é portador de deficiência tem seu quadro bem definido quando à sua deficiência, enquanto o idoso pode sofrer inúmeras alterações, não sendo possível determinar o grau de limitação e em que momento da velhice isso ocorrerá. Como

visto anteriormente, o envelhecimento do corpo humano acarreta o declínio psicomotor e sensorial, onde as deficiências mais encontradas são a diminuição da visão, a lentidão e dificuldade para realizar movimento de marcha, dificuldade na visão e audição e deficiências ligadas à mente. Porém, isto varia de indivíduo para indivíduo. Independente da legislação e normas vigentes, que obrigam os estabelecimentos a se adequarem às necessidades de acesso, criar espaços acessíveis é primeiramente pensar na segurança e no conforto de todos os usuários, colaborando para a concepção de espaços funcionais e agradáveis (Figura 2.3).

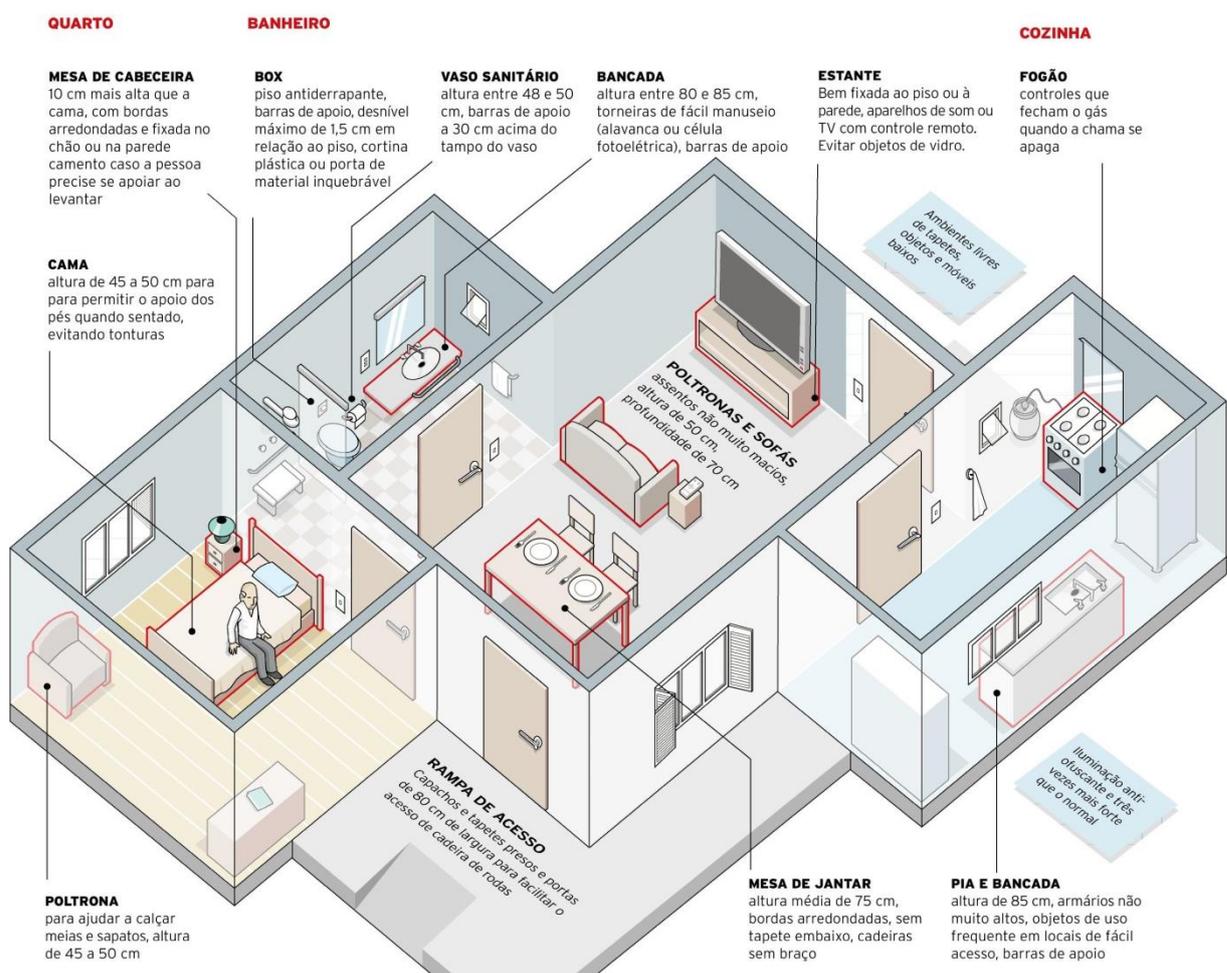


Figura 2.3 – Proposta de casa segura para o idoso. **Fonte:** Fisioterapia SP (2010)

Pode-se dizer que a existência de barreiras extrapola a percepção e também os elementos visíveis. As barreiras invisíveis provocam reflexões sobre os hábitos e a cultura do país que, de forma preconceituosa, intimidam a presença de pessoas com deficiências. De acordo com o Censo 2010, há no Brasil mais de 45,6 milhões de pessoas que possuem algum tipo de deficiência; destes, 67,5% são idosos com mais de 65 anos. (BESTETTI, 2006)

A arquitetura tem como dever desenvolver edificações que permitam que os usuários realizem suas tarefas com conforto e sem grande esforço, contemplando todos os sentidos, incluindo o visual, o olfativo e o tátil (HERTZBERGER, 1999). Conforto é a sensação de estar em harmonia física e emocional com o ambiente, considerando-se os estímulos advindos das condições de clima, sons, texturas e cores. Para cada indivíduo, haverá uma condição diferente de conforto, conforme seu estado orgânico e psicológico. Ele é mais do que a ausência de dor, podendo ser contextualizado em quatro níveis de realização do conforto, sendo os quais: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental. (KOLCABA *et* WILSON *apud* SCHMID, 2005)

Conforme esses mesmos autores, o primeiro nível de ordem física compreende aspectos fisiológicos que podem ter sido alterados devido a procedimentos cirúrgicos, ou seja, são fatores ligados ao equilíbrio biológico do corpo. As necessidades psicoespirituais, de segundo nível, são determinadas pela motivação e pela consciência, incluindo a estima, a existência e a crença em algo superior. No âmbito sociocultural, são fatores ligados às relações sociais e familiares, além dos hábitos, rituais e tradições. Por último – e não menos importante – está o conforto ambiental, intimamente ligado ao contexto, isto é, à experimentação externa de temperatura, cor, textura e som.

Nos ambientes voltados aos idosos, a edificação deverá equilibrar suas limitações visuais, auditivas e motoras, além da redução de sua capacidade física, por meio de adaptações específicas. Alguns detalhes construtivos são citados por Bestetti (2006), Ujikawa (2010) e Cochmanski (2016), os quais podem trazer melhorias significativas na interação e no conforto do idoso com o ambiente, como exemplos:

I. Deficiências visuais

- Previsão de pisos táteis de alerta e direcionais próximos a obstáculos;
- Sensor de presença para acionamento de iluminação em corredores, *halls* e outros ambientes de uso comum;
- Interruptores com teclas iluminadas, para facilitar a identificação noturna;
- Placas de sinalização e identificação com letras grandes e legíveis, utilizando cores contrastantes;
- Maçaneta disposta abaixo da fechadura, para não oferecer obstáculo na utilização da chave;

- Utilização de cores contrastantes, a fim de humanizar e beneficiar a animação do ambiente, diminuindo as consequências causadas pela depressão e sentimento de abandono; e
- Planejamento adequado da iluminação artificial e natural, de forma que não causem incômodo visual.

II. Deficiências auditivas

- Alarmes de emergência que utilizam luzes;
- Aviso visual de chamada telefônica; e
- Alarmes de emergência que utilizem frequências baixas (abaixo de 10.000 Hz) e que tenham sons periódicos (não contínuos), para chamar a atenção de pessoas com perda de audição.

III. Deficiências físicas

- Acionadores do tipo alavanca, meia volta, monocomando para torneiras e registros de pressão;
- Corrimão de apoio em corredores e locais que exijam apoio para a movimentação;
- Ponto de interfone ou telefone em banheiros, cozinhas e próximo à cama, para facilitar o chamado de ajuda;
- Pisos antiderrapantes em áreas molhadas;
- Prateleiras em alturas de alcance que evite o uso de escadas e banquinhos;
- Mobiliário com bordas arredondadas;
- Desníveis de piso inferiores a 1,5 cm;
- Disposição de tomadas a no mínimo 40 cm do piso, evitando o esforço de agachar-se; e altura máxima de interruptores a 1,20 m;
- Gavetas, armários e prateleiras devem ter pouca profundidade; e
- Calçadas e passeios devem ser construídos com declividade adequada, livre de qualquer obstáculo.

IV. Deficiências mentais

- Utilização de fácil linguagem e compreensão nas sinalizações;
- Detectores de gás em cozinhas e banheiros, com sensores para desligamento automático; e
- Diferenciações de superfícies por texturas e cores para ativar a sensibilidade.

Bestetti (2006) reitera que devem ser previstas condições para idosos que se utilizem de cadeiras de rodas, muletas, bengalas ou andadores. Para tanto, a NBR 9050 estabelece dimensões mínimas de projeto para o deslocamento de pessoas apoiados por essas próteses (Figuras 2.4 a 2.6), as quais devem ser observadas por todos aqueles que pretendem projetar espaços destinados às pessoas mais velhas.

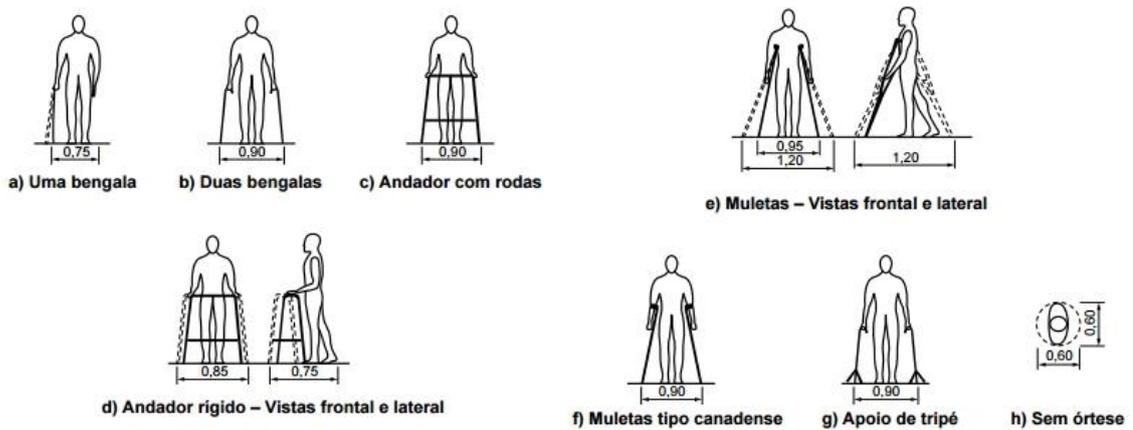


Figura 2.4 – Módulo de dimensão referencial para deslocamento de pessoas em pé, portando próteses para auxílio locomotor. **Fonte:** NBR 9050 (ABNT, 2015; adaptada)

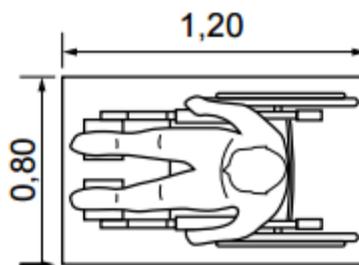


Figura 2.5 – Dimensões do módulo de referência para usuário de cadeira de rodas. **Fonte:** NBR 9050 (ABNT, 2015)

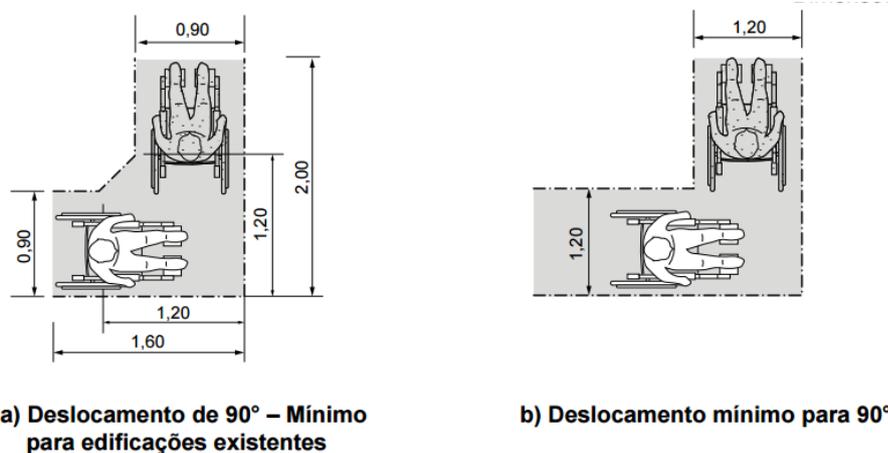


Figura 2.6 – Condições para manobra de cadeira de rodas com deslocamento. **Fonte:** NBR 9050 (ABNT, 2015)

Mesmo que a faixa etária dos idosos tenha por característica a heterogeneidade entre os sujeitos, como outrora foi mencionado, esses parâmetros arquitetônicos tentam, segundo Bestetti (2006), criar um perfil balizador para desenvolver uma sugestão arquitetônica voltada ao idoso. O conforto e a segurança são princípios basais para garantir a qualidade de vida dessa população específica, principalmente devido ao declínio de suas capacidades.

Para finalizar este capítulo, é fundamental que se defina o que seria um CENTRO DE CONVÍVIO E ASSISTÊNCIA AO IDOSO; objeto do presente trabalho. Dentre as variadas categorias de atendimento previstas na Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2001) e na Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994), um *Centro de Convivência* tem por característica ser um espaço designado ao desenvolvimento de ações socioculturais e educativas, oferecendo a oportunidade de participação do idoso na vida cotidiana da comunidade, prevenindo situações de risco pessoal e contribuindo para o envelhecimento ativo.

Basicamente, tem por objetivo propor atividades que aumentem as possibilidades de um envelhecimento com qualidade de vida, por meio do estímulo da autonomia e da sociabilidade, fortalecendo os vínculos familiares. Tal modalidade de serviço à população idosa tem por público-alvo idosos de ambos os sexos, com 60 anos de idade ou mais, independentes e que estão em situação de vulnerabilidade social. (BRASIL, 2001)

As atividades que podem ser desenvolvidas em um centro de convívio incluem aquelas de cunho artístico, educativo e/ou cultural, além daquelas voltadas à sociabilidade, políticas públicas, estímulo físico, aprendizado e desenvolvimento psicomotor. Em paralelo, a proposta deste trabalho incorpora no mesmo espaço do complexo a intenção de ofertar serviços de assistência ao idoso, em nível de atendimento médico-ambulatorial.

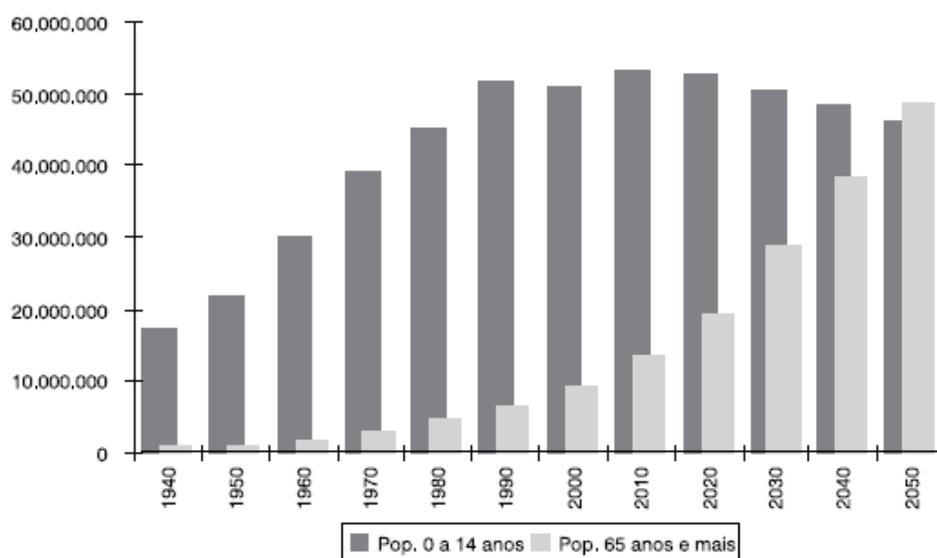


Figura 2.7 – Gráfico da população total de jovens e idosos entre 1940 e 2050 no Brasil.
Fonte: Brito (2008)

Até a década de 1970, de acordo com Rodrigues (2001), as ações realizadas com os idosos no país eram praticamente de cunho caritativo, desenvolvido principalmente por instituições religiosas ou entidades filantrópicas. Foi quando, nessa época, a população idosa no Brasil começou a ganhar destaque, pois teve um crescimento significativo (Figura 2.7) e, com esse aumento do número de idosos, o país começou a desenvolver políticas voltadas à questão social das pessoas mais velhas.

Por meio do PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO IDOSO – PAI, criado em 1976, surgiram os primeiros grupos de convivência, os quais tinham por foco ações voltadas para as pessoas idosas estimulando a discussão de direitos e suas reivindicações; e promovendo a valorização do idoso em sua própria comunidade. Porém, foi apenas nos anos 1980 que houve a efetiva preocupação do Estado em promover atividades ligadas à área da promoção da saúde e do autocuidado. (RODRIGUES, 2001)

Os centros de convívio e assistência ao idoso são uma forma de interação e inclusão social desse público específico, visando o resgate da autonomia e ampliando as chances de uma boa qualidade de vida, por meio da promoção da saúde mental e física, assim como de hábitos saudáveis, lazer, espiritualidade, em paralelo à conservação e desenvolvimento das capacidades biológicas, laborais e psicológicas do indivíduo. (AREOSA *et al.*, 2013)

Com o intuito de minimizar a necessidade de tratamentos, reabilitação e/ou institucionalização dos idosos, Azevedo *et al.* (2008) reiteram que esses centros de convivência visam trazer às pessoas idosas para a condição de envelhecimento ativo. Deste modo, poderão encontrar e conviver com indivíduos que se encontram na mesma condição e, ao mesmo tempo, adquirir, desenvolver e praticar atividades, as quais contribuirão para uma melhoria de qualidade de vida. Em termos arquitetônicos, o complexo deverá reunir espaços para atividades educativas, recreativas e sociais, além de ambientes de assistência especializada. Prevê-se ainda espaços de moradia temporária e/ou esporádica para casos específicos.

Na sequência, busca-se apresentar, descrever e analisar algumas obras de caráter similar, as quais possam contribuir para a tomada de decisões de projeto, que incluem desde aspectos programáticos até questões de partido arquitetônico.

3 ANÁLISE DE OBRAS CORRELATAS

Este capítulo tem por objetivo principal aumentar o repertório de exemplos de edificações análogas, as quais tenham sido executadas e que possuam afinidades com o tema central da pesquisa, de modo a contribuir na elaboração da proposta que se pretende realizar a partir desse trabalho. Para tanto, realizou-se a seleção, descrição e análise comparativa de alguns exemplares arquitetônicos que possuem paralelos formais, funcionais e técnicos ao que será proposto na segunda etapa do TFG, ou seja, um *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso*, a ser implantado em Curitiba PR.

Houve certa dificuldade em encontrar obras que contemplassem simultaneamente os 03 (três) serviços que a princípio busca-se atender com a proposta – convivência social, acolhimento temporário e assistência prioritária –, uma vez que ainda existe uma quantidade limitada de edificações voltadas a essa gama de ações integradas para atendimento da população idosa. De modo geral, prevalecem exemplos de espaços de habitação permanente, como conjuntos de moradia e edifícios de apartamentos; unidades de caráter médico-assistencial (Centros-Dia) ou mesmo centros de lazer para a Terceira Idade.

Como critério de seleção, adotou-se como casos correlatos 04 (quatro) obras contemporâneas, as quais foram realizadas em contextos distintos, sendo uma delas de caráter local. O intuito foi o de perceber particularidades em cada caso, seja este internacional ou não, comparando fatores semelhantes à realidade de Curitiba. Além disso, os correlatos foram escolhidos de forma que pudessem contemplar pelo menos um dos serviços de centro de convívio, assistência à saúde e habitação temporária, ao mesmo tempo ou não. As obras selecionadas foram: o *Lar Residencial Torre Sênior*, localizado em Santo Tirso (Portugal); o *Lar de Repouso e Cuidados Especiais*, que fica em Leoben (Áustria); o *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos*, situado em São Paulo (Brasil) e o *Centro de Atividades para a Pessoa Idosa – CATI*, que funciona no Boqueirão, em Curitiba PR. Estes correlatos arquitetônicos foram abordados e avaliados qualitativamente, em especial nas questões relacionadas à funcionalidade, estrutura, caráter construtivo e composição estética, além de outras peculiaridades que se destacassem em cada projeto, montando-se um quadro comparativo no final.

3.1 Lar Residencial Torre Sénior (Portugal)

Projetado em 2013 pelo *Atelier d'Arquitetura J. A. Lopes da Costa* – escritório formado pelos arquitetos portugueses José Antonio Lopes da Costa e Tiago Meireles, com a colaboração de Rita Gonçalves e Filipe Ribeiro; instalado desde 1989 em Ovar, cidade situada no Distrito de Aveiro, em Portugal (PAIÃO, 2015) – este conjunto residencial voltado à Terceira Idade localiza-se em Santo Tirso, também em Portugal; e possui uma área construída de aproximadamente 10.000 m² (Figura 3.1.1).

Santo Tirso é uma cidade portuguesa pertencente ao Distrito do Porto, ao Norte do país, sendo a sede do Município com uma população de pouco mais de 70.000 habitantes, subdivididos em 14 freguesias (IGP, 2013). Trata-se de uma região de clima predominantemente temperado, com temperaturas médias mínimas de 9°C e máximas de 21°C, cujas principais atividades são agrícolas e de característica gastronomia, destacando-se doces e vinhos verdes, além da tradicional culinária nortenha. A localização do terreno fica a cinco minutos do centro de Santo Tirso, com facilidade de acesso para outros centros urbanos da região.

O edifício fica próximo às margens do rio Ave, em uma área caracterizada por uma paisagem dual, marcada pela proximidade com centros urbanos que concilia a tranquilidade de um ambiente rural (Figura 3.1.2). De acordo com o *site* do empreendimento, o complexo *Torre Sénior Residências Assistidas – Caldas da Saúde* destina-se à habitação permanente ou temporária de idosos, abrigando pessoas com diferentes necessidades de saúde e graus de autonomia; e procurando desenvolver a valorização do idoso na sociedade por meio de projetos de participação ativa nas atividades cotidianas, além de respeitar os princípios de humanização, solidariedade e individualidade da pessoa idosa, oferecendo aos moradores uma velhice ativa, confortável e segura. (TORRE SÉNIOR, 2017)

Conforme Paião (2015), a proposta inicial sofreu drásticas alterações devido à forma triangular do terreno e à sua acentuada inclinação topográfica, além da insolação. Assim sendo, optou-se pelo projeto de um edifício de dois blocos perpendiculares entre si, formando uma espécie de “T” (Figura 3.1.3). O bloco mais longo (Sul) é onde ficam as áreas de uso comum (sociais e de restauração) e zonas administrativas, além do maior número de quartos. Possui 04 (quatro) pavimentos,

tirando partido da exposição solar virada ao Sul – que, no hemisfério Norte, recebe insolação durante o inverno – e a bela vista sobre o rio Ave (Figuras 3.1.4 e 3.1.5). Já o volume com orientação para o Norte, possui 03 (três) pavimentos. (LOPES DA COSTA, 2017)

Segundo o *site* Archdaily (2014), a obra é composta por 60 (sessenta) quartos com 03 (três) tipologias distintas, a saber: suíte, *standard* e de cuidados permanentes, com capacidade para acolher 112 idosos. Todas as unidades habitacionais possuem varanda, com orientação para o sul, exceto as de cuidados permanentes. A edificação possui ainda 02 (dois) subsolos, sendo que no primeiro localizam-se 10 (dez) quartos e 08 (oito) suítes – que possuem dormitório e sala. Ainda há um estacionamento que comporta até 20 (vinte) veículos, além das áreas de estar e de banho assistido, junto a demais áreas de apoio – lavanderia que fica na porção norte e áreas técnicas. (Figuras 3.1.6 e 3.1.7)

O térreo do *Lar Residencial Torre Sênior* está configurado, em sua maior parte, por áreas de uso comum, sendo elas: biblioteca, estar, refeições, salas de atividades, cabeleireiro, clínica médica, oratório, piscina, ginásio e sala para eventos. Também compõem o térreo, as áreas administrativas e de apoio. Uma das estratégias previstas foi o tratamento cuidadoso da comunicação visual, tanto do idoso para com o exterior, quanto entre indivíduos dentro da edificação. Tais peculiaridades são percebidas na composição de vazios no interior da construção, que proporciona contato visual entre os pavimentos (Figura 3.1.8). Também é percebido do exterior (Figura 3.1.9), com grandes aberturas e no tratamento das sacadas, que estão voltadas para o rio e áreas verdes. (ARCHDAILY, 2014)

Todo o edifício foi projetado de modo a possuir espaço suficientemente confortável para a mobilidade de usuário de cadeira de rodas. Todos os ambientes receberam especial tratamento a fim de não se assemelharem com unidades institucionais, aproximando-se das características de um quarto de residência. A utilização de iluminação natural é feita por meio de zenitais, grandes janelas e portas de vidro. Quanto ao sistema estrutural utilizado, adotou-se o tradicional, composto por pilares e vigas em concreto armado. A vedação foi feita de alvenaria, recebendo um revestimento simples em pintura na cor branca. (PAIÃO, 2015)

Sobre a composição estética, o edifício é mais fechado na porção norte, que faz vista para a rua. Esse fechamento ocorre por meio de madeiramento disposto

horizontalmente, dando um aspecto de *brises soleil*, o que diminui a permeabilidade de quem da rua observa, mas sem criar uma barreira de vedação completa (Figura 3.1.10). Voltado para o sul, o edifício é mais aberto, pois tem a vista para o rio Ave, recebendo o tratamento de varandas e aberturas envidraçadas.

O *Lar Residencial Torre Sénior* é cercado por áreas verdes, que colaboram para proporcionar lazer e conforto visual para aqueles que ali estão hospedados, gerando um ambiente agradável e tranquilo para os usuários. Ao mesmo tempo, a utilização de madeira no interior dos ambientes é vista de modo frequente, pois possibilita o aumento do conforto térmico e também visual, contrastando com o acabamento branco das paredes. A maior parte do mobiliário também é em madeira (Figuras 3.1.11 e 3.1.12).

Esse projeto tem características que o destacam dos demais de mesmo gênero, por estar implantado em uma região tranquila, mas não afastada do centro da cidade, o que facilita o acesso por meio do transporte público. Tem a preocupação de proporcionar convívio entre os indivíduos, por meio da ligação visual entre os pavimentos, por meio de átrios, assim como também nas muitas áreas de lazer existentes.

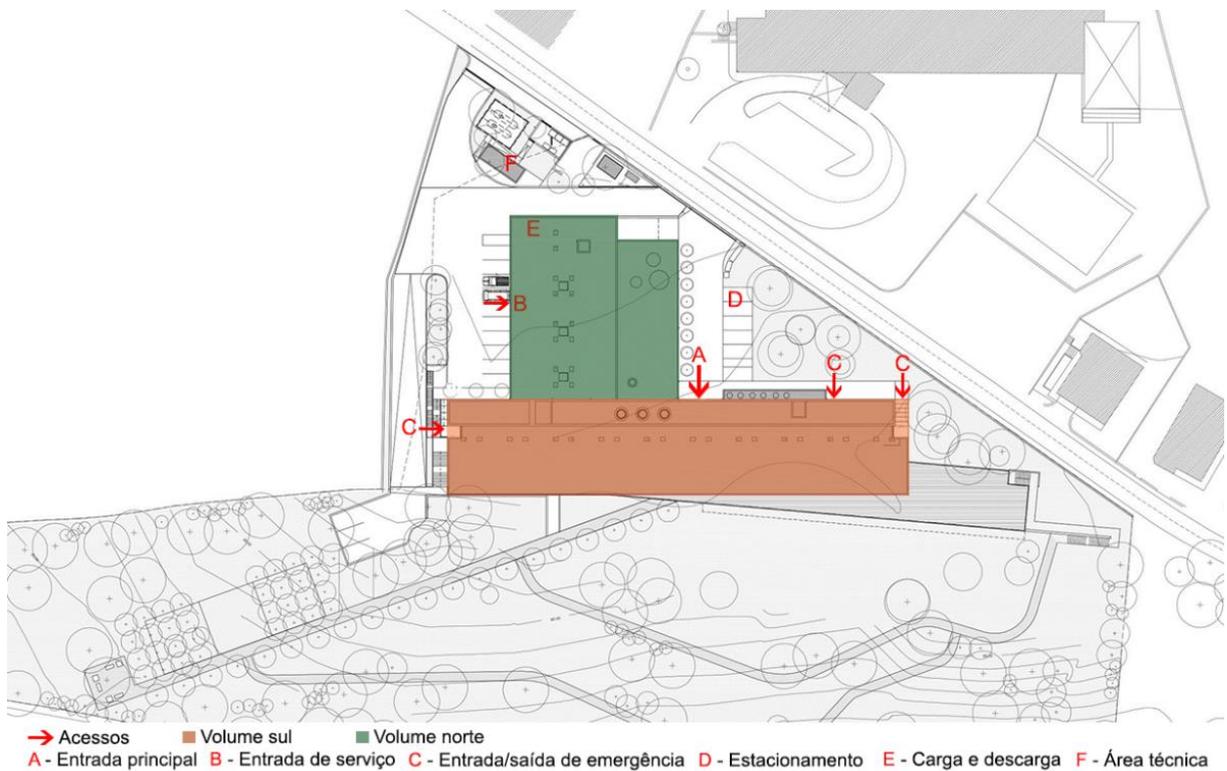


Figura 3.1.1 – Vista geral do *Lar Residencial Torre Sénior* (Santo Tirso, Portugal).

Fonte: Archdaily (2014a)



**Figura 3.1.2 – Vista aérea de localização do Lar Residencial Torre Sênior (Santo Tirso, Portugal).
Fonte: Google Maps (2017a), adaptada.**



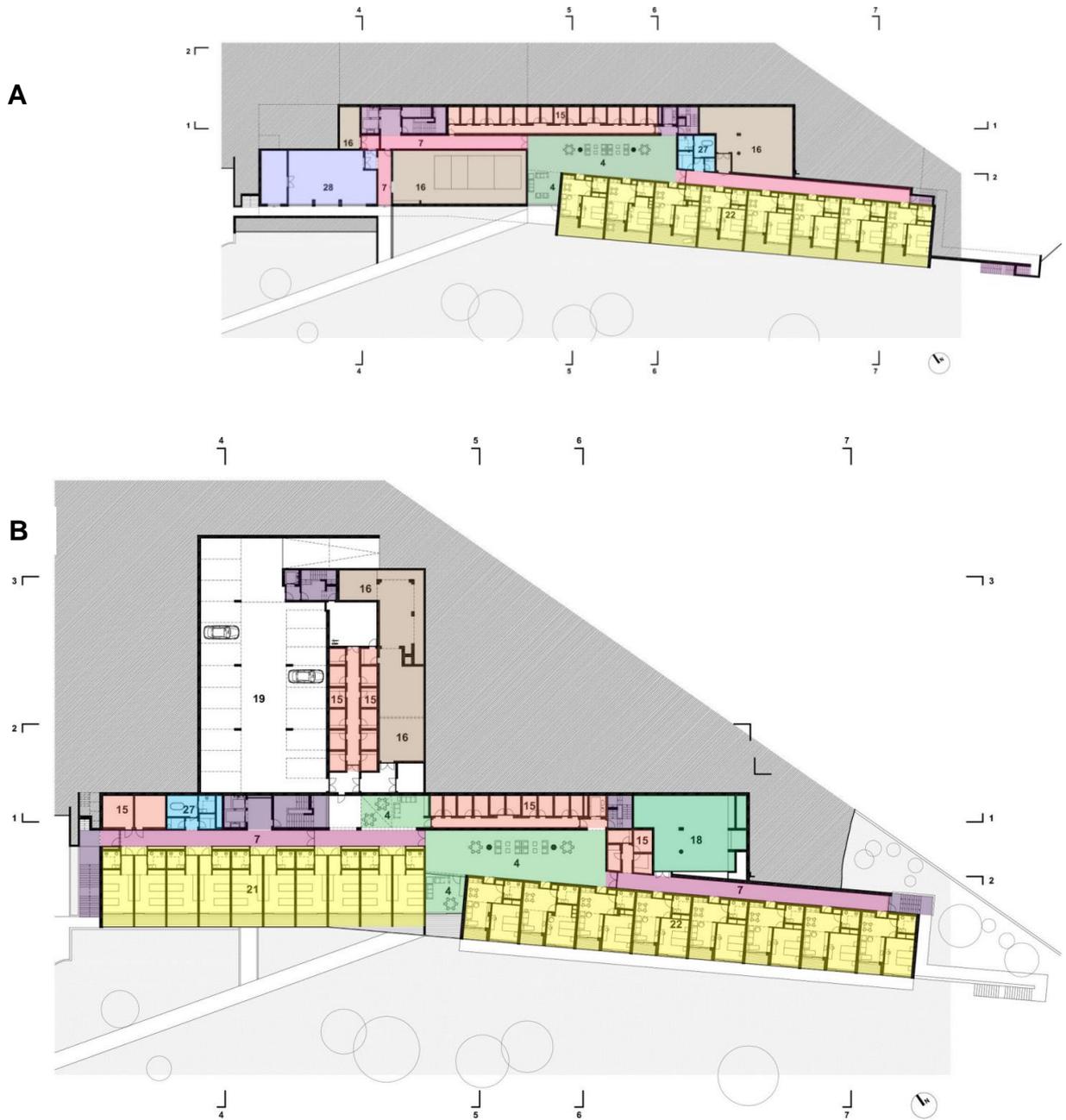
**Figura 3.1.3 – Implantação do Lar Residencial Torre Sênior (Santo Tirso, Portugal).
Fonte: Archdaily (2014b), adaptada.**



Figura 3.1.4 – Fachada Sul do *Lar Residencial Torre Sénior* (Santo Tirso, Portugal).
Fonte: Archdaily (2014c)



Figura 3.1.5 – Outra vista da fachada Sul do *Lar Residencial Torre Sénior* (Santo Tirso, Portugal).
Fonte: Archdaily (2014d)



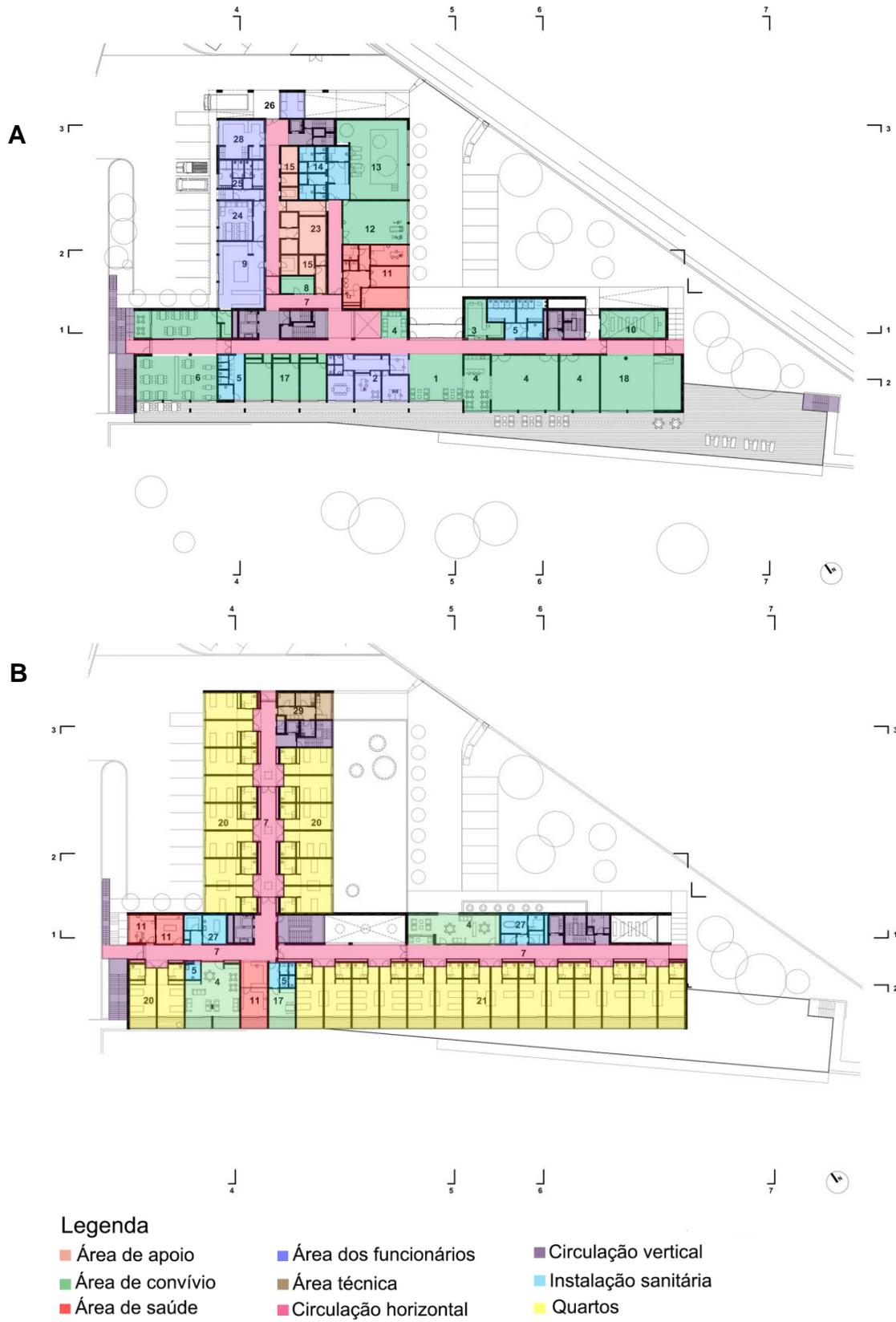
Legenda

- | | | |
|--------------------|-------------------------|------------------------|
| ■ Área de apoio | ■ Área dos funcionários | ■ Circulação vertical |
| ■ Área de convívio | ■ Área técnica | ■ Instalação sanitária |
| ■ Área de saúde | ■ Circulação horizontal | ■ Quartos |



1. ÁTRIO / RECEPÇÃO 2. ZONA DA DIRECÇÃO / SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS 3. LOJA 4. SALA DE CONVÍVIO 5. INSTALAÇÃO SANITÁRIA 6. REFEITÓRIO 7. ZONA DE CIRCULAÇÃO 8. CABELEIREIRO 9. COZINHA
 10. ORATÓRIO 11. CUIDADOS MÉDICOS / ENFERMAGEM 12. GINÁSIO / FISIOTERAPIA 13. PISCINA INTERIOR 14. BALNEÁRIOS 15. ARRUMOS 16. ÁREA TÉCNICA 17. SALA DE ACTIVIDADES 18. SALA POLIVALENTE
 19. GARAGEM 20. QUARTO TIPO 1 21. QUARTO TIPO 2 22. QUARTO TIPO 3 23. DESPENSA 24. ÁREA DO PESSOAL 25. INSTALAÇÃO SANITÁRIA DE FUNCIONÁRIOS 26. CARGAS E DESCARGAS
 27. BANHOS ASSISTIDOS 28. LAVANDARIA 29. ÁREA LOGÍSTICA

Figura 3.1.6 – Plantas do segundo [A] e primeiro subsolo [B] do Lar Residencial Torre Sénior (Santo Tirso, Portugal). Fonte: Archdaily (2014e/f), adaptada.



1. ÁTRIO / RECEÇÃO 2. ZONA DA DIRECÇÃO / SERVIÇOS ADMINISTRATIVOS 3. LOJA 4. SALA DE CONVÍVIO 5. INSTALAÇÃO SANITÁRIA 6. REFEITÓRIO 7. ZONA DE CIRCULAÇÃO 8. CABELEIREIRO 9. COZINHA
 10. ORATÓRIO 11. CUIDADOS MÉDICOS/ ENFERMAGEM 12. GINÁSIO / FISIOTERAPIA 13. PISCINA INTERIOR 14. BALNEÁRIOS 15. ARRUMOS 16. ÁREA TÉCNICA 17. SALA DE ACTIVIDADES 18. SALA POLIVALENTE
 19. GARAGEM 20. QUARTO TIPO 1 21. QUARTO TIPO 2 22. QUARTO TIPO 3 23. DESPENSA 24. ÁREA DO PESSOAL 25. INSTALAÇÃO SANITÁRIA DE FUNCIONÁRIOS 26. CARGAS E DESCARGAS
 27. BANHOS ASSISTIDOS 28. LAVANDARIA 29. ÁREA LOGÍSTICA

Figura 3.1.7 – Plantas do pavimento térreo [A] e superior [B] do Lar Residencial Torre Sénior (Santo Tirso, Portugal). Fonte: Archdaily (2014g/h), adaptada.

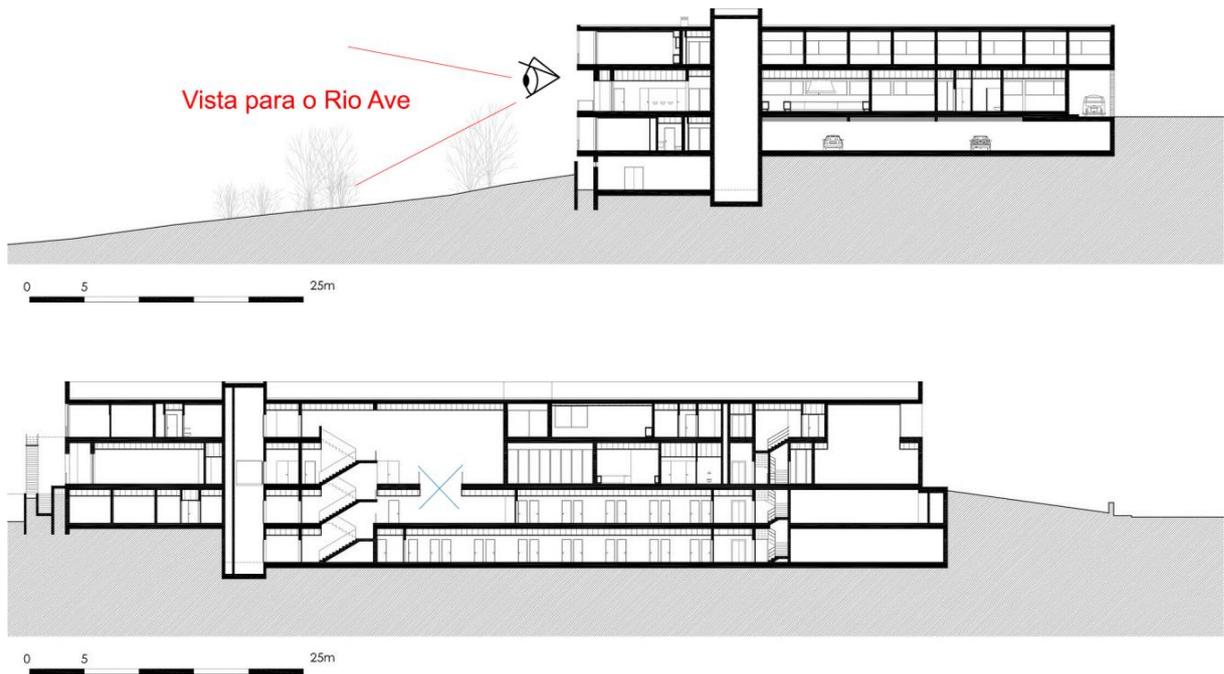


Figura 3.1.8 – Cortes transversal [A] e longitudinal [B] do *Lar Residencial Torre Sénior* (Santo Tirso, Portugal). **Fonte:** Archdaily (2014i/), adaptada.



Figura 3.1.9 – Vistas do terraço [A] e sacadas [B] do *Lar Residencial Torre Sénior* (Santo Tirso, Portugal). **Fonte:** Archdaily (2014k/l).



Figura 3.1.10 – Fachada Norte do *Lar Residencial Torre Sênior* (Santo Tirso, Portugal).
Fonte: Archdaily (2014m)



Figura 3.1.11 – Vista de um dos átrios do *Lar Residencial Torre Sênior* (Santo Tirso, Portugal).
Fonte: Archdaily (2014n)

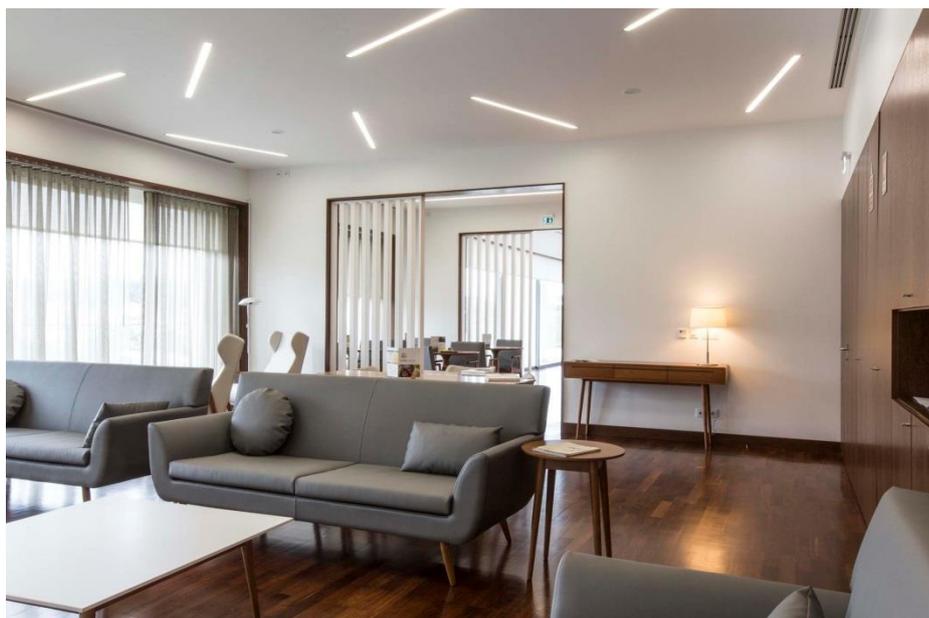


Figura 3.1.12 – Vista interiores do *Lar Residencial Torre Sénior* (Santo Tirso, Portugal).
Fonte: Archdaily (2014o/p/q)

3.2 Lar de Repouso e Cuidados Especiais (Áustria)

Projetado em 2014 pelo escritório austríaco *Dietger Wissounig Architekten* – formado pelos arquitetos Dietger Wissounig, Stephan Brugger, Vojka Mocnik, Patrick Steiner, Nicola Schnabl, Barbara Steindl e Thomas Wadla –, este edifício residencial voltado para pessoas idosas está localizado na cidade de Leoben, situada na Áustria (Figura 3.2.1). Tem uma área construída de cerca de 3.024 m², a qual atende 49 idosos residentes, sendo um empreendimento privado da *Dörfler-Perz-Privatstiftung* e administrado pela *Caritas Graz-Sekau*¹ (SCHOOOF, 2015; WISSOUNING, 2017)

Leoben é uma cidade do Estado de Estíria, na Áustria central, com aproximadamente 25.000 habitantes, sendo mais conhecida pela sua universidade: a *Montanuniversität Leoben*. Trata-se de um pequeno centro regional industrial, de clima frio, localizado às margens do rio Mur, em um vale ladeado pelas montanhas Hochschwab, ao norte; e Eisenerger, ao sul (LEOBEN, 2017).

Conhecida como a “Porta de Entrada para a Ferrovia *Styrian*”, sua praça principal data do século XIII e sua paisagem urbana é marcada por construções – principalmente religiosas – de aspecto barroco, incluindo uma das mais importantes igrejas jesuítas da Áustria, datada do século XVII. O edifício em questão, construído pela *ÖWG Wohnbau*, com sede em Graz (Áustria), foi implantado nas proximidades da *Abadia Göss* ou *Stift Göß* (Figura 3.2.2). (MRPLANOS, 2015)

A configuração espacial do edifício obedece a um formato de “monobloco”, composto por 03 (três) pavimentos e um porão semienterrado (Figuras 3.2.3 e 3.2.4). Segundo o *site* do próprio escritório (WISSOUNING, 2017), o sistema estrutural escolhido para a elaboração do projeto baseou-se em uma estrutura de concreto armado que se mescla com elementos estruturais em madeira, o que

¹ A *Caritas Internationalis* é uma confederação de 162 organizações humanitárias da Igreja católica que atua em mais de 200 países, tendo sido criada no ano de 1897 na cidade de Friburgo, na Alemanha. Outras organizações nacionais da *Caritas* foram formadas mais recentemente, como na Suíça, em 1901; nos EUA, em 1910; ou mesmo no Brasil, cuja *Cáritas Brasileira* foi fundada em 12 de novembro de 1956. Sua missão fundamental é trabalhar, coletiva e individualmente, para construir um mundo melhor, especialmente para as pessoas mais pobres e oprimidas. Trata-se, portanto, de uma instância oficial da Igreja para a promoção da sua ação social. Todas as suas dioceses, espalhadas por todo o mundo, regem-se pela doutrina social católica e orientam a sua ação de acordo com os imperativos da solidariedade, dando resposta às situações mais graves de pobreza, exclusão social e situações de emergência em resultado de catástrofes naturais ou calamidade pública. (CARITAS, 2017)

caracteriza suas fachadas pelo contraste das superfícies brancas e tons de ocres (Figura 3.2.5).

O térreo da edificação contempla as áreas públicas e semi-públicas, sendo estas: espaços de cozinha e serviços, administração, depósitos, rouparia, capela, terapia e salas para palestras, além dos consultórios médicos. Ainda há um espaço para café, que dá acesso a um jardim de inverno. O primeiro pavimento abrange duas áreas específicas para idosos que possuem algum tipo de demência, sendo que cada zona acomoda até 12 (doze) pacientes, os quais usufruem de quartos individuais (MARTINS, 2016). As refeições são realizadas no mesmo pavimento e ocorrem em regiões conectadas por grandes áreas avarandadas. Na porção sul foi proposto um espaço para atividades lúdicas de recreação (Figura 3.2.7).

O segundo andar do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben conta com aproximadamente 150 m², abrigando uma ala para até 25 (vinte-e-cinco) residentes, juntamente com áreas de convivência (Figura 3.2.8). Tanto o primeiro quanto o segundo pavimento possuem varandas voltadas para o jardim interno, enfatizando uma percepção vertical do edifício e promovendo o convívio entre os idosos das duas alas (Figura 3.2.9).

No projeto como um todo, observa-se o uso constante da iluminação natural por meio do emprego de grandes aberturas para o entorno, além de zenitais posicionadas nas circulações horizontais e também o próprio jardim interno (Figura 3.2.10). Destaca-se ainda as amplas áreas livres no entorno do edifício (Figura 3.2.12), as quais, porém, pouco receberam o cuidado de um projeto paisagístico que incorporasse esse espaço como uma possibilidade de área complementar para convívio e/ou lazer dos idosos. (MARTINS, 2016)

As fachadas da construção são compostas por acabamento em cor clara, o qual combina com painéis corrediços de madeira, que são dispostos de forma independente, criando um desenho dinâmico e, ao mesmo tempo, lúdico (Figura 3.2.5). No interior, por sua vez, há a predominância do uso da madeira em contraste às paredes de superfície clara, o que se assemelha ao tratamento das fachadas (Figura 3.2.11).



Figura 3.2.1 – Vista geral do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria).
Fonte: Archdaily (2016a)

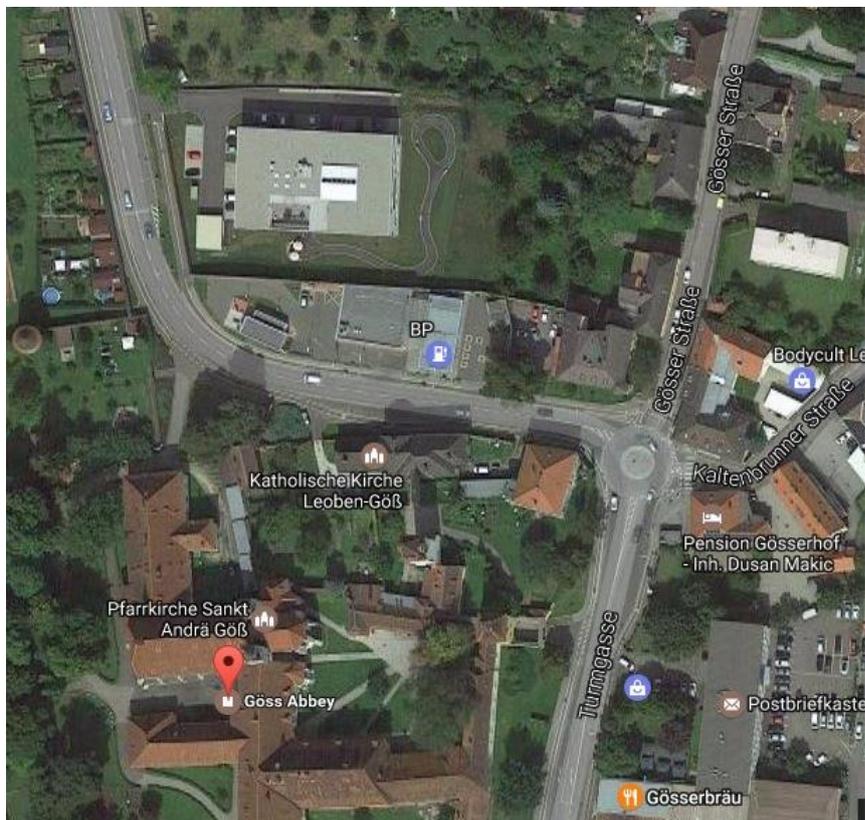


Figura 3.2.2 – Vista aérea das proximidades do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria). **Fonte:** Google Maps (2017b)



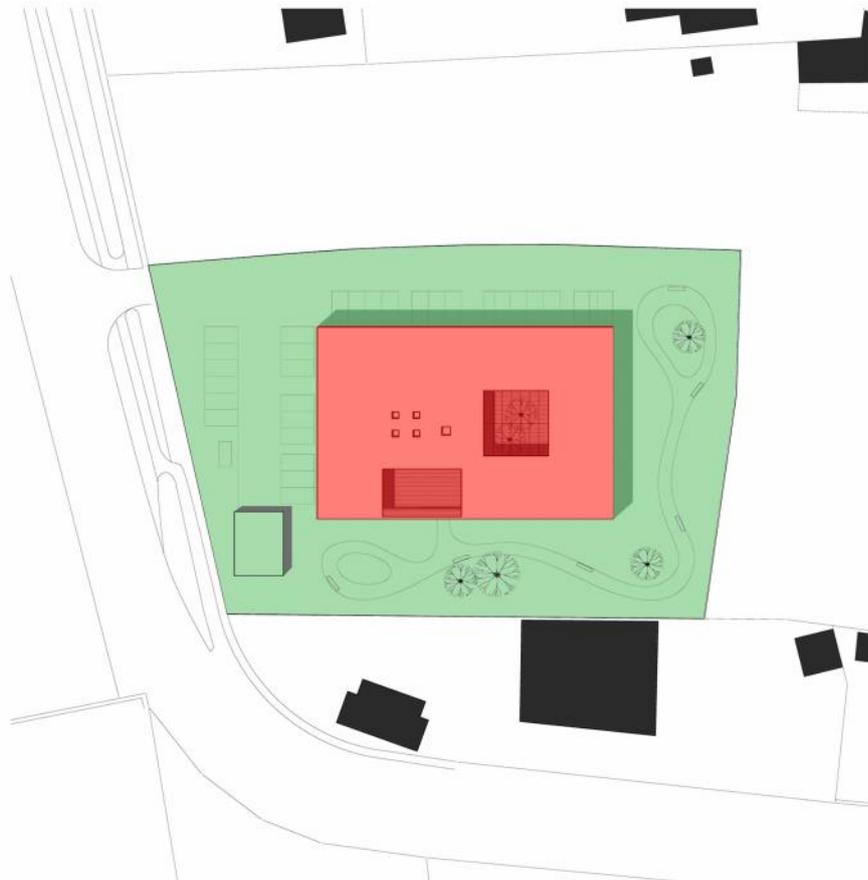
Figura 3.2.3 – Inserção urbana do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria).
Fonte: Archdaily (2016b)



Figura 3.2.4 – Vista externa do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria).
Fonte: Archdaily (2016c)



Figura 3.2.5 – Fachada principal do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria).
Fonte: Archdaily (2016d)



Legenda: ■ Edifício ■ Entorno imediato

Figura 3.2.6 – Implantação sem escala do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria). **Fonte:** Archdaily (2016e), adaptada



Figura 3.2.7 – Plantas do pavimento térreo [A], primeiro pavimento [B] e segundo pavimento [C] do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria). **Fonte:** Archdaily (2016f/g/h), adaptada

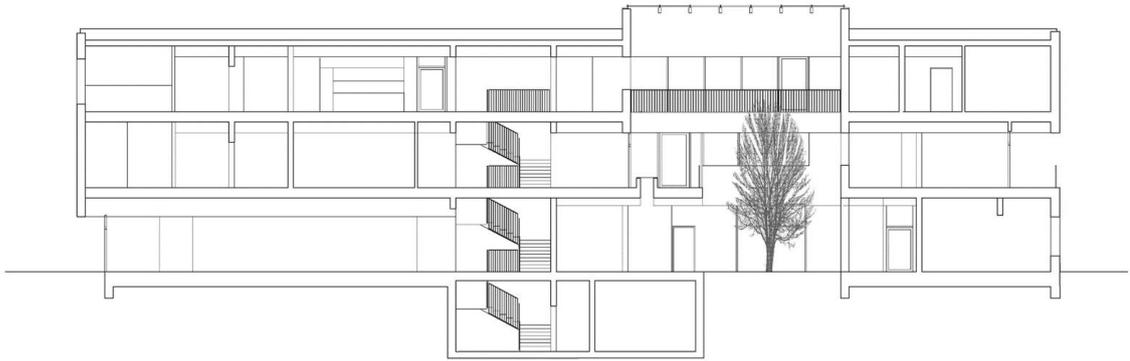


Figura 3.2.8 – Corte longitudinal do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria).
Fonte: Archdaily (2016i)



Figura 3.2.9 – Vista interna do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria).
Fonte: Archdaily (2016j)

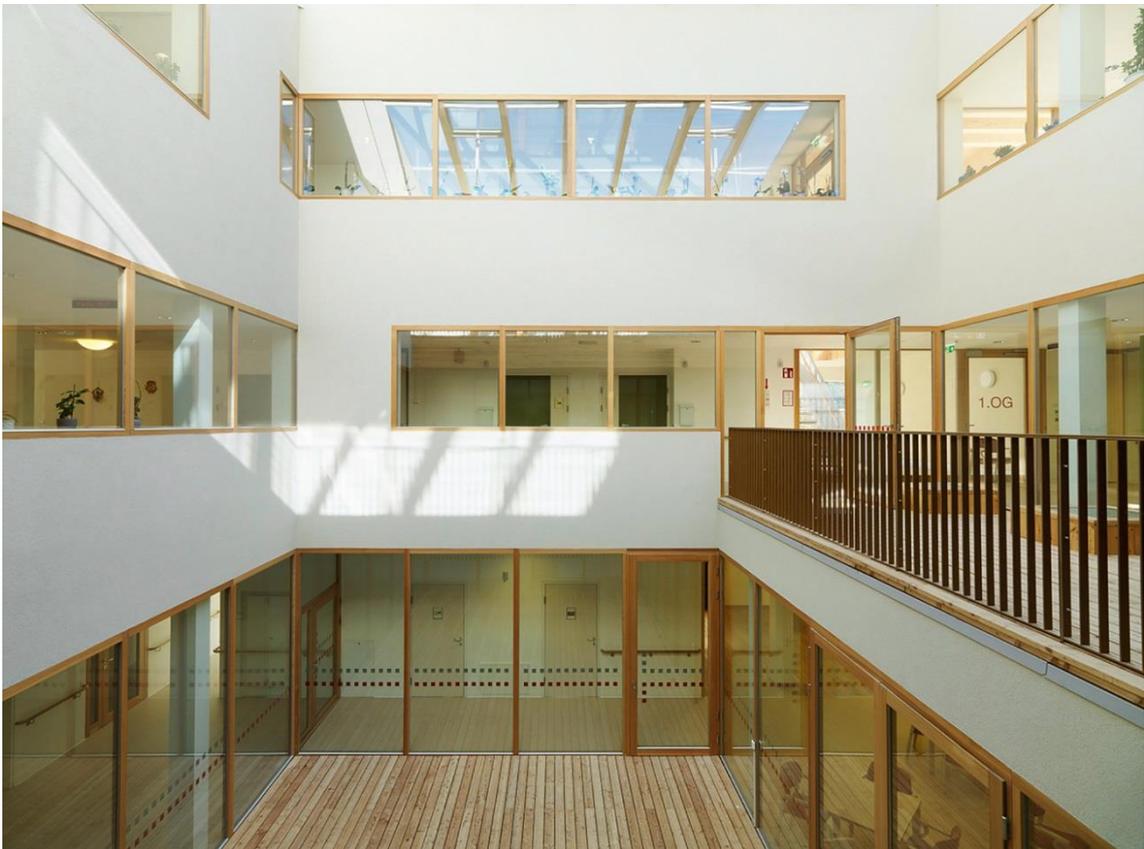


Figura 3.2.10 – Iluminação natural e integração espacial do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria). **Fonte:** Archdaily (2016k/l)



Figura 3.2.11 – Dormitório do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria).
Fonte: Archdaily (2016m)



Figura 3.2.12 – Vista do entorno imediato do *Lar de Repouso e Cuidados Especiais* de Leoben (Áustria). **Fonte:** Archdaily (2016n)

3.3 Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos (São Paulo, SP)

Localizado no bairro Vila Andrade da capital paulista – bem próximo ao bairro Morumbi –, o *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (Figura 3.3.1) foi projetado pelo escritório *Aflalo & Gasperini Arquitetos* em 2003 e executado em 2007. Com mais de 50 anos de existência, esse escritório é um dos mais antigos de São Paulo, tendo sido fundado em 1962 por Plínio Croce (1921-1984), Roberto Aflalo (1926-1992) e – o único sócio ainda vivo – Giancarlo Gasperini (1926-). No fim da década de 1970, o grupo recebeu os arquitetos recém-formados Roberto Aflalo Filho (1954-) e Luiz Felipe Aflalo Herman (1957-); respectivamente filho e sobrinho de Roberto Aflalo. Tal mistura de gerações, segundo os sócios, é um dos ingredientes que mantém a arquitetura apresentada sempre inovadora. (MARTINS et LARSEN, 2010)

Segundo o *site* da construtora responsável pela obra (RFM, 2008), o complexo arquitetônico foi concebido para ser um centro para idosos que incluísse os programas de convivência, hotelaria e atendimento médico-hospitalar, possuindo ao final cerca de 13.400 m² de área construída. Entretanto, o empreendimento funcionou por cerca de dois anos, quando acabou sendo comprado pelo Governo do Estado de São Paulo (GONÇALVES, 2009) e, atualmente, abriga o *Instituto de Reabilitação Lucy Montoro* (Figura 3.3.2), este voltado ao atendimento de pacientes com necessidade de tratamento intensivo e sequencial.

O *Hiléa*, na zona sul de São Paulo, cobrava mensalidades a partir de R\$ 6 mil e, em abril [de 2009] passou a incentivar os moradores a procurar outros centros [...] Por nota, os proprietários informaram que o projeto “está em tratativas comerciais avançadas visando à venda do empreendimento”. Eles alegam que a necessidade de investimento foi maior do que a prevista, inviabilizando o negócio. Para sustentar a instituição, seria preciso gastar mensalmente R\$ 500 mil. (GONÇALVES, 2009, p. 01)

Mesmo com o fim de seu funcionamento para as atividades a que foi proposta a edificação, optou-se aqui por trazer à discussão os aspectos arquitetônicos concernentes ao projeto, de modo a salientar as suas características que possam colaborar para a proposta que se pretende nesse trabalho. Além disso, busca-se destacar os fatos que levaram ao seu fechamento em apenas dois anos de

existência, os quais se relacionaram principalmente ao alto padrão de suas instalações, o que culminou com a limitação de seu público-alvo.

De acordo com Gonçalves (2009), em reportagem do jornal *O Estado de São Paulo*, o *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* foi inaugurado em dezembro de 2007, por meio de uma parceria entre seus idealizadores – uma equipe de médicos e administradores – e um grupo de investidores – *Stan Desenvolvimento Imobiliário*; *Illan Participações*; *RFM Construtora*; *Partage*, ligada ao grupo *Aché*; e dois fundos de *private equity*. Além de moradia e atendimento médico para idosos, a ideia era oferecer igualmente oficinas culturais e atividades físico-recreativas.

Na concepção do projeto, adotou-se o sistema que opta por uma configuração urbana integrada à cidade (Figura 3.3.3), a qual proporcionasse cuidados específicos e envolvesse as ações de prevenção à saúde, desenvolvimento de habilidades muitas vezes desconhecidas pelo indivíduo e, também, a desconstrução de paradigmas sobre os idosos. Considerado o primeiro centro de vivência para a maturidade no Brasil, foi desenvolvido para atender as necessidades dos idosos através de um estilo de vida diferenciado, integrando lazer, hotelaria e saúde em um mesmo lugar¹. Tal inovação acabou rendendo à RFM Construtora o *Prêmio Master Imobiliário 2008* na categoria Empreendimento Comercial/Residencial. (RFM, 2008)

O partido explora uma combinação de volumes sobrepostos, em que o grande volume horizontal é reservado para os espaços de convivência e um volume vertical, sobreposto a esse, é destinado aos quartos privados (Figura 3.3.4). Um dos volumes assemelha-se a uma “caixa” quadrada, localizada na testada do terreno; e o outro, mais recuado, tem característica laminar. Na cobertura, uma proposta de espaço diferenciado para a UTI, com grandes janelas voltadas para um jardim, permite que o paciente internado tenha contato com o exterior. (AFLALO GASPERINI, 2017)

No térreo (Figura 3.3.5), localizam-se as áreas de convivência, tais como um grande salão para o desenvolvimento de atividades como bingo; um restaurante, com salas menores para reuniões familiares (Figura 3.3.6); um auditório para cinema, *shows* e palestras; e uma área de estar com lareira. Já o primeiro pavimento destina-se à ala especial de idosos com *Alzheimer*. Nesta parte, os espaços não

¹ A instituição foi a primeira no Brasil que reunia os serviços de hospedagem de alto padrão, vivência assistida, hospital, consultórios gerontológicos, convivência e lazer, em uma mesma estrutura. (N. autora)

possuem muita transparência, evitando que os pacientes se deprimam conforme o passar do dia. Além disso, elementos arquitetônicos referentes ao passado foram utilizados para estimular a memória (Figura 3.3.8).

O sociólogo, arquiteto e professor norte-americano John Zeisel, consultor do *Hiléa* na área de arquitetura comportamental, disse em entrevista publicada em AU 162 (set/2007), que "em centros de tratamento de portadores de Alzheimer há inúmeras especificidades. Os corredores, por exemplo, devem mostrar um destino claro, que conduza o paciente a andar com objetivo, e não a vagar, ação muito comum em quem sofre dessa doença". Segundo Zeisel, também é importante estimular a identificação do paciente com o local, conferindo ao edifício uma aparência semelhante à de suas residências. (LEAL, 2009, p. 01)

Por fim, nos andares superiores, localizam-se a administração e os dormitórios, além de uma UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA (UTI) na cobertura (Figuras 3.3.9 e 3.3.10). O terreno, que possui área de 2.600 m², tinha por característica topográfica uma declividade acentuada, a qual foi trabalhada em dois níveis de subsolo. No primeiro, localizam-se os consultórios médicos e uma ampla praça (Figura 3.3.11); e, no segundo subsolo, as salas de reabilitação e terapia ocupacional (Figura 3.3.7), junto à piscina e serviços de estética. (AFLALO GASPERINI, 2017)

Uma das estratégias de projeto, ainda segundo o site dos arquitetos, foi o uso da tecnologia de conforto aliada a inovações arquitetônicas que tinham como objetivo auxiliar nos tratamentos e na valorização das potencialidades de cada idoso. A edificação é composta por 119 quartos, atendendo tanto idosos que necessitem de cuidados permanentes quanto indivíduos que precisem de moradia assistida (Figura 3.3.12). Os apartamentos tinham a preocupação de não possuírem chaves, a fim de evitar perdas ou outras intercorrências relacionadas aos idosos. As portas eram abertas com a aproximação de uma pulseira.

Em suma, houve a predominância no uso de madeira, tanto no tratamento de ambientes internos, como no revestimento externo de pilares estruturais, contribuindo para uma composição harmônica e funcional. Como contraste, o volume da frente recebeu um tratamento diferenciado, sendo revestido em placas pré-moldadas de laminado melamínico² em cor clara.

² Também conhecido como *fórmica*, o laminado melamínico é um tipo de revestimento produzido a partir da consolidação por calor e pressão de resinas sobre uma tela de fibra. (N. autora)



Figura 3.3.1 – Vista do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP).
Fonte: Aflalo Gasperini (2015a)

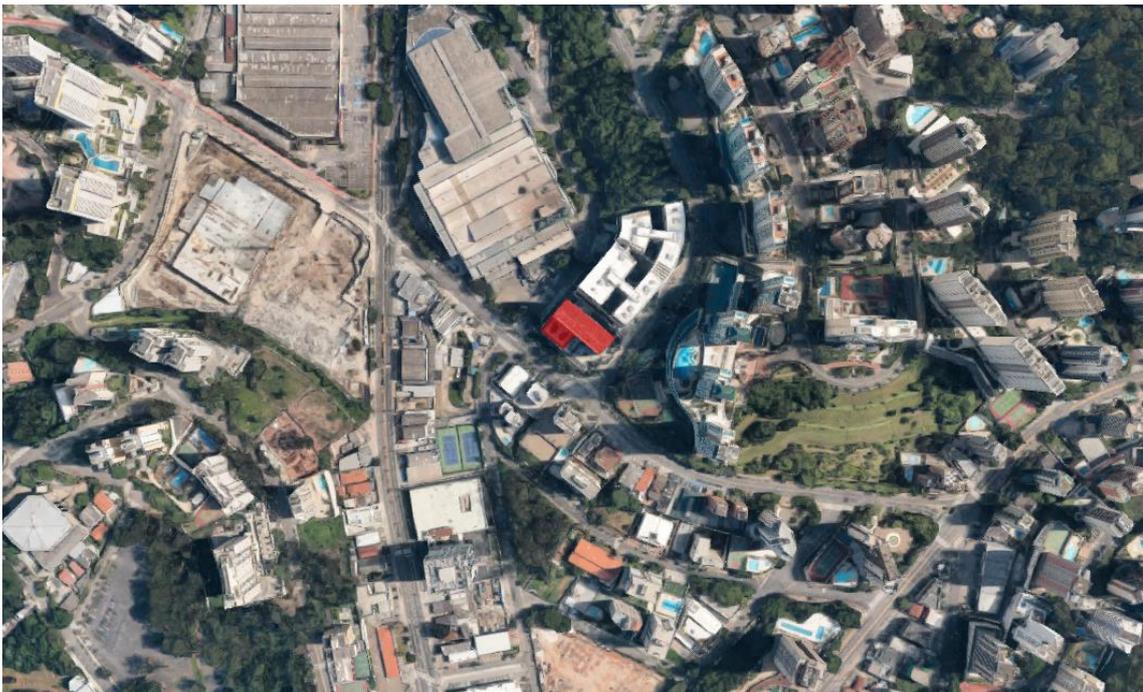


Figura 3.3.2 – Vista aérea *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP).
Fonte: Google Maps (2017c, adaptada)



Figura 3.3.3 – Inserção urbana do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Aflalo Gasperini (2015b)



Figura 3.3.4 – Tratamento externo do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Aflalo Gasperini (2015c/d)



Figura 3.3.5 – Plantas do pavimento térreo [A] e do primeiro pavimento [B] do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Aflalo Gasperini (2015e/f, adaptada)



Figura 3.3.6 – Vista do restaurante do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Stan (2008a)

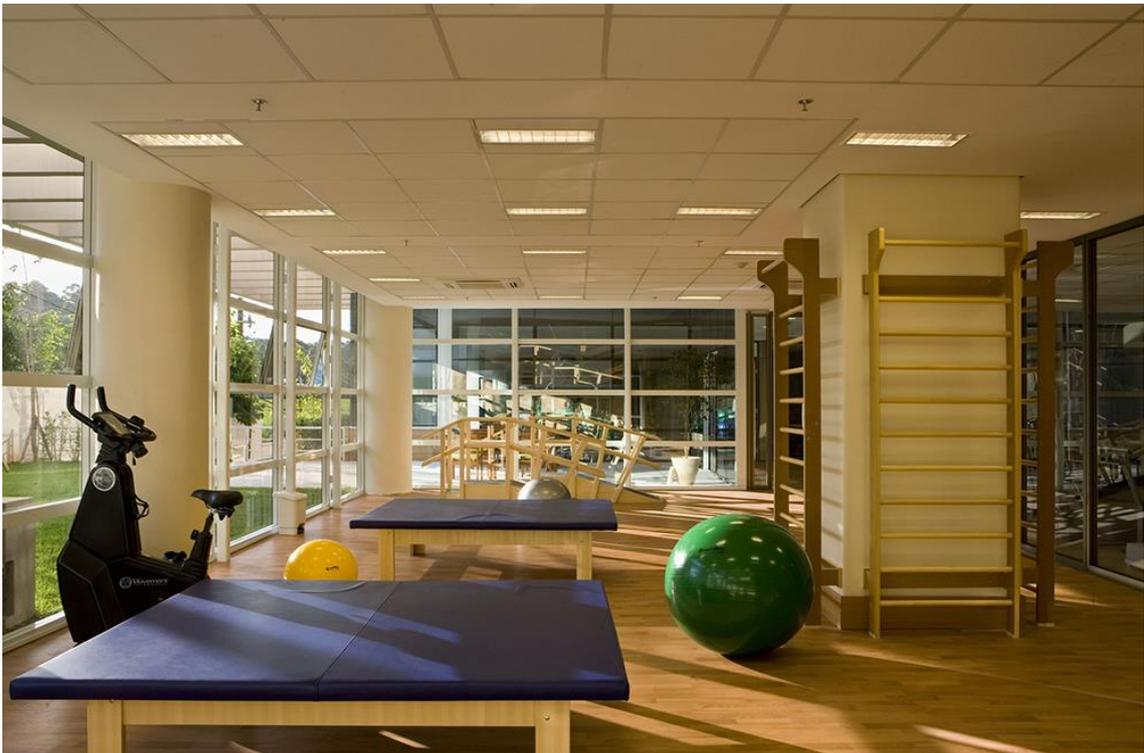


Figura 3.3.7 – Vista da sala de terapia ocupacional do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Aflalo Gasperini (2015g)



Figura 3.3.8 – Vistas da área especial para idosos com Alzheimer do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Aflalo Gasperini (2015h); Stan (2008b/c)



Legenda

- | | | |
|--|---|---|
| ■ Área de convivência | ■ Circulação horizontal | ■ Praça entrada principal |
| ■ Área dos funcionários | ■ Circulação vertical | ■ Quartos |
| ■ Área de saúde | ■ I.S. | ■ Vista/iluminação natural |

Figura 3.3.9 – Planta do pavimento-tipo do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Aflalo Gasperini (2015i), adaptada

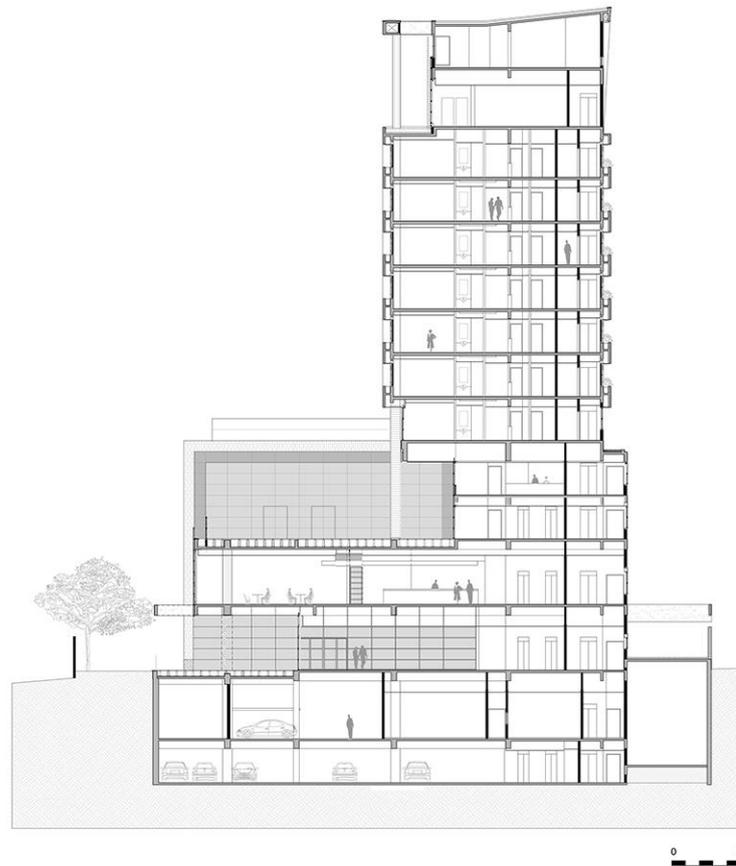


Figura 3.3.10 – Corte longitudinal do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Aflalo Gasperini (2015j)



Figura 3.3.11 – Vista do acesso do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Aflalo Gasperini (2015k)



Figura 3.3.12 – Vista de um quarto do *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* (São Paulo SP). **Fonte:** Flickr (2008, adaptada)

3.4 Centro de Atividades para a Pessoa Idosa – CATI Boqueirão (Curitiba, PR)

Na cidade de Curitiba, a FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL (FAS) é o órgão público responsável pela gestão da rede socioassistencial do Município, trabalhando em conjunto a órgãos governamentais e instituições não-governamentais por meio de projetos sociais, os quais incluem alguns programas destinados à população da Terceira Idade. Através de um *Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa – CMDPI*, instituído em 2006 e composto por 20 (vinte) membros titulares e seus respectivos suplentes (FAS, 2017a), tem a obrigação de fazer cumprir a *Política Municipal de Atenção à Pessoa Idosa*, que foi estabelecida por meio da Lei Municipal n. 11.391/2005 (CURITIBA, 2005).

De acordo com o *site* da Instituição (FAS, 2017b), os serviços destinados à população idosa de Curitiba são classificados em níveis de programas no âmbito da proteção social básica e especial; e quanto à prestação de serviços especializados. Os programas vinculados à proteção social básica são ofertados pelos *Centros de Referência da Assistência Social – CRAS's* e pelos *Centros de Atividades para a Pessoa Idosa – CATI's*, além de parcerias com outras entidades sociais. Já os serviços especializados são destinados ao idoso em situação de vulnerabilidade socioeconômica, abrangendo os programas de albergue, atendimento ao migrante, instituições de longa permanência e um centro de atendimento para jovens e adultos em situação de rua. (FAS, 2017b)

Em relação aos CATI's, estes estão vinculados a um programa organizado e administrado pela FAS que visa contribuir para a melhoria da saúde no processo de envelhecimento, através de atividades desenvolvidas por meio de grupos de apoio, explorando potencialidades e capacidades em espaços que promovam a convivência. Conforme o *site* da Prefeitura Municipal de Curitiba (2017a), esses Centros de Atividades baseiam-se em um serviço público complementar ao trabalho social no âmbito familiar do idoso. São constituídos por 07 (setes) unidades distribuídas por área de abrangência no Município – CATI *Água Verde*, CATI *Boa Vista*, CATI *Boqueirão*, CATI *Camargo*, CATI *Campo Comprido*, CATI *Ouvidor Pardinho* e CATI *Santa Felicidade* –, as quais promovem atividades em grupo, realizadas semanalmente, que visam um envelhecimento ativo, além da oportunidade de convívio social entre idosos, familiares e comunidade.

Na pesquisa *in loco*, houve certa dificuldade no acesso às informações pertinentes que melhor embasassem a apreciação de aspectos arquitetônicos, parâmetros de funcionamento e atividades desenvolvidas nos CATI's. Isto acabou balizando a escolha da unidade a ser estudada como caso correlato deste trabalho, optando-se pelo exemplo que fornecesse maior conteúdo a ser apresentado, além de maior acessibilidade aos dados. Logo, optou-se para análise como exemplo local a unidade do CATI que está localizada no bairro Boqueirão, região sul de Curitiba, a qual se situa dentro do Terminal Boqueirão de transporte público (Figuras 3.4.1 e 3.4.2).

Administrado pela Diretoria de Proteção Social Básica, vinculada à FAS; e funcionando diariamente, de segunda a sexta-feira, das 8h00 às 12h00 e das 13h00 às 17h00, o CATI *Boqueirão*

[...] é uma das unidades públicas onde as pessoas idosas encontram ambiente propício para realizar atividades recreativas, cognitivas e de lazer. As atividades reforçam as oportunidades de convivência entre pessoas idosas, com as famílias e junto à comunidade [...] O cadastro para participar do grupo deve ser feito no Núcleo Regional Boqueirão. (FAS, 2017c, p. 01)

O Centro de Atividades está locado em um espaço junto à área comercial que existe no Terminal Boqueirão, sendo o acesso é único, ocorrendo pelo corredor do meio do terminal (Figuras 3.4.3 e 3.4.4). Deste modo, na edificação, há 03 (três) corredores paralelos entre si, sendo o primeiro de acesso à plataforma de embarque/desembarque dos ônibus biarticulados; e o segundo e terceiro de acesso aos ônibus comuns (Figura 3.4.5). Verifica-se um pequeno desnível entre corredor de passagem e a entrada do CATI (Figura 3.4.6), não existindo rampa de acesso para vencer esse degrau, o que já à primeira vista representa um obstáculo ao uso de pessoas com deficiência, incluindo aqui os idosos.

A fachada de acesso é feita toda em vidro (Figura 3.4.7), onde os avisos e horário de funcionamento ficam disponíveis para toda população que trafegue por ali. Logo na entrada, existe um pequeno *hall* social, onde há murais com fotos das atividades realizadas no centro (Figura 3.4.8). Este espaço, além de possuir uma recepção delimitada por 02 (dois) guichês, congrega também os acessos para as áreas de administração e de convívio e atividades (Figura 3.4.9). Em suma, o CATI *Boqueirão* oferece à comunidade idosa as seguintes atividades: artesanato, coral, dança de salão e *yoga* (Figura 3.4.10).



Figura 3.4.1 – Vista aérea da localização do *CATI Boqueirão* (Curitiba PR).
Fonte: Google Maps (2017d, adaptada)



Figura 3.4.2 – Vista geral do *Terminal Boqueirão*, onde se situa o *CATI Boqueirão* (Curitiba PR).
Fonte: Socicam (2017)



Figura 3.4.3 – Vista interna do *Terminal Boqueirão*, onde se situa o *CATI Boqueirão* (Curitiba PR).
Fonte: Panoramio (2017)



Figura 3.4.4 – Corredor de acesso ao *CATI Boqueirão* (Curitiba PR).
Fonte: Autora (2017)

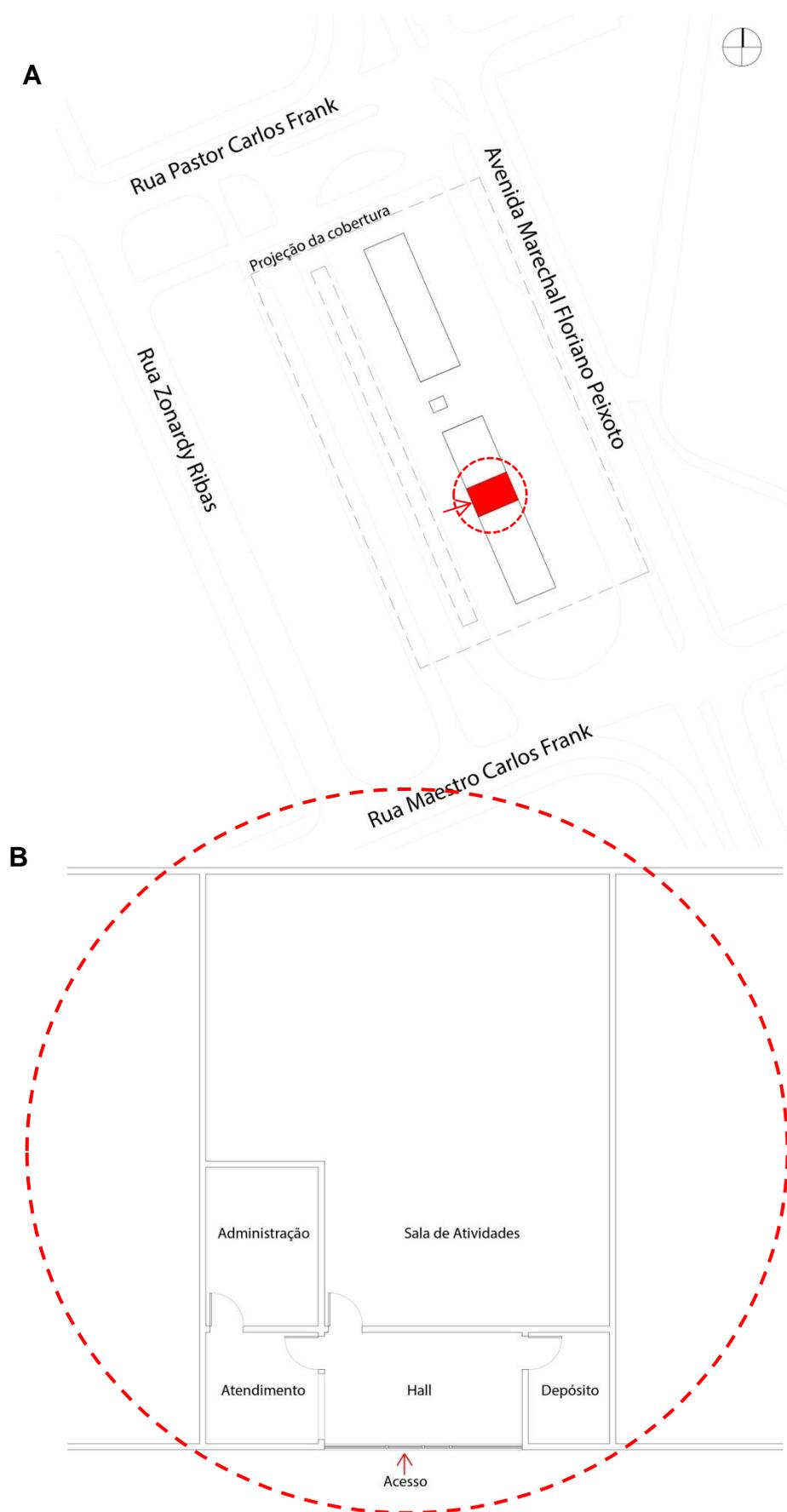


Figura 3.4.5 – Plantas esquemáticas do *Terminal Boqueirão* [A] e do *CATI Boqueirão* (Curitiba PR), que funciona em seu interior [B]. **Fonte:** Autora (2017)



Figura 3.4.6 – Desnível entre o corredor de acesso e a entrada do CATI *Boqueirão* (Curitiba PR).
Fonte: Autora (2017)



Figura 3.4.7 – Fachada envidraçada do CATI *Boqueirão* (Curitiba PR).
Fonte: Autora (2017)



Figura 3.4.8 – Vista do *hall* do *CATI Boqueirão* (Curitiba PR).
Fonte: Autora (2017)



Figura 3.4.9 – Apresentação musical no *CATI Boqueirão* (Curitiba, PR).
Fonte: Cantar Brincar Jogar (2011a)



Figura 3.4.10 – Exposição de artesanato desenvolvido no CATI *Boqueirão* (Curitiba PR).
Fonte: Cantar Brincar Jogar (2011b/c)

3.5 Análise Comparativa dos Casos

A partir da seleção, descrição e ilustração das 04 (quatro) obras que mantêm semelhanças com a proposta que se pretende elaborar com este TFG – um *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso* –, é possível tecer algumas considerações finais. De modo a facilitar a comparação entre os casos correlatos, adotou-se como parâmetros de análise as componentes vitruvianas, a saber: *Utilitas*, que se relaciona aos aspectos funcionais e utilitários; *Firmitas*, referente às questões espaciais e técnico-construtivas; e *Venustas*, que corresponde aos valores estéticos e formais. Além desses pontos, também se destaca algumas peculiaridades e distinções de cada caso, o que permitiu a elaboração de um quadro comparativo (Quadro 3.1), o qual está disposto no final deste capítulo.

Observa-se que o primeiro caso, um exemplo internacional – o *Lar Residencial Torre Sénior*, situado em Santo Tirso (Portugal) – possui um programa que incorpora tanto moradia permanente e temporária como assistência integral à saúde, com capacidade para atendimento de 112 idosos. Trata-se de uma obra integrada ao meio urbano, a qual procura não excluir o idoso de seu convívio social, marginalizando-o em edificações ou conjuntos situados fora do perímetro urbano, bastante distantes de serviços essenciais que são oferecidos próximo ao centro. Neste caso, as áreas verdes são incluídas por meio de um projeto paisagístico, o qual tem por objetivo proporcionar sensações agradáveis e conforto visual, além de disponibilizar espaços para lazer. Além disso, utiliza-se elementos arquitetônicos que remetem à arquitetura residencial, com a preocupação de minimizar o caráter institucional da edificação e evitando os sentimentos de abandono e solidão, que muitas vezes imperam em instituições voltadas à habitação da Terceira Idade.

O segundo exemplo internacional apresentado – o *Lar Residencial de Cuidados Especiais*, localizado na cidade de Leoben, na Áustria – possui um programa mais enxuto, contemplando somente residência permanente e cuidados de saúde para 49 idosos. Nesse caso, o tratamento das áreas externas não é totalmente incorporado ao empreendimento, limitando o idoso a permanecer dentro da edificação, o que equivale a um ponto negativo da proposta. Como característica positiva, destaca-se a predominância de grandes transparências, sejam elas verticais ou zenitais, as quais garantem melhor aproveitamento da iluminação natural.

Tanto no primeiro como no segundo caso, nota-se como característica comum e de grande importância a criação de espaços de convívio – elemento fundamental quando se discute arquitetura voltada à população idosa, de modo a garantir entrosamento e interação social –, em locais onde, preferencialmente, há boa insolação e uma vista agradável aos usuários, mesmo estando inseridos em meio urbano consolidado.

No terceiro exemplo – o *Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos* –, que se trata de uma obra inserida no contexto nacional (São Paulo, SP), procura-se englobar em uma mesma edificação os programas de residência, centro de convívio e atendimento à saúde de baixa, média e alta complexidade. Apesar do fato de seu funcionamento ter se encerrado após cerca de dois anos, devido ao seu alto custo de manutenção, as soluções arquitetônicas para a integração dos três programas dentro do edifício deixam um bom legado. Esse projeto mostrou-se bastante completo, apresentando um partido vertical que se diferencia dos dois exemplos anteriores, por ter sido projetado para atender um público maior, mas com o ponto negativo de acabar se transformando em um espaço elitista e, portanto, bastante restrito ao atendimento da maior parte da população idosa.

Quanto ao último exemplo estudado – o *Centro de Atividades para a Pessoa Idosa – CATI Boqueirão*, localizado em Curitiba PR –, este comprova que existe a preocupação social de promoção de atividades de convívio para os idosos de forma descentralizada no Município. Incorpora ações coordenadas que estimulam a convivência, o desenvolvimento intelectual e a interação com a comunidade por meio de oficinas, que são acessíveis a grande parte da população idosa. Em contrapartida, o que se observou nesse caso específico foi a existência de um programa bastante limitado, este ainda agravado pela falta de um espaço adequado que abrigasse satisfatoriamente as atividades desenvolvidas no local, que se trata de um terminal público de transportes com os inconvenientes problemas relacionados à grande concentração de pessoas e desvinculação com a natureza.

O que se observa em comum aos projetos descritos e analisados é a preocupação em promover ações que melhorem a qualidade de vida no processo de envelhecimento. Seja edificações voltadas à moradia permanente ou temporária, seja espaços destinados ao atendimento, lazer e cultura, além de convivência social, todos os casos ilustram soluções de integração, acesso e fluxos; e de resultados

plásticos distintos. Ademais, todas as instituições escolhidas estão localizadas em meio urbano ou, mais precisamente, em locais de fácil acesso para o idoso. Assim, conclui-se que uma arquitetura voltada à promoção da qualidade de vida e da humanização dos espaços destinados à população idosa – incluindo preocupações com acessibilidade, segurança, identidade visual e contato com o meio natural – é possível, tendo pontos em comum nas 04 (quatro) obras apresentadas, as quais servirão de balizas para as diretrizes da proposta projetual a que se destina este trabalho.

Quadro 3.1 – Quadro Comparativo das Obras Correlatas.

	CASO 3.1	CASO 3.2	CASO 3.3	CASO 3.4
Obra selecionada como correlato	Lar Residencial Torre Sênior (2013)	Lar de Repouso e Cuidados Especiais (2014)	Hiléa Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos (2003)	Centro de Atividades para a Pessoa Idosa – CATI Boqueirão (s.d.)
Localização	Santo Tirso (Portugal)	Leoben (Áustria)	São Paulo SP (Brasil)	Curitiba PR (Brasil)
Área	Cerca de 10.000 m ²	Cerca de 3.000 m ²	Cerca de 13.700 m ²	Sem dados
Programa	Residência permanente e temporária / Cuidados de saúde	Residência permanente / Cuidados de saúde	Residência permanente e temporária / Centro de convívio / Atendimento médico	Centro de convivência
Inserção urbana	Próximo ao centro comercial	Próximo ao centro comercial	Inserido no centro comercial	Distante do centro comercial (Periferia)
Utilitas Aspectos funcionais	60 quartos Biblioteca / Salas de estar / Salas de atividades / Refeitório / Cabeleireiro Consultórios médicos / Ginásio / Piscina / Estacionamento / Sala para eventos	49 quartos Áreas de convívio / Área de refeitório/ Jardim de inverno Consultórios médicos	119 quartos Bingo / Restaurante / Áreas de estar Consultórios médicos UTI / Serviços de estética e fisioterapia Piscina / Auditório	Salas de atividades (Interior do Terminal Boqueirão) Atividade associada ao corredor comercial do terminal de transportes
Firmitas Aspectos técnicos	04 pavimentos, sendo 02 subsolos Estrutura em concreto armado Vedação em alvenaria revestida (Cor branca)	04 pavimentos, sendo 01 subsolo Estrutura em concreto armado Vedação em alvenaria revestida e madeira	14 pavimentos, sendo 02 subsolos Estrutura em concreto armado Vedação em alvenaria revestida	01 pavimento, inserido junto ao Terminal Boqueirão Estrutura de concreto armado e vedação em alvenaria revestida
Venustas Aspectos estéticos	Composição em 02 volumes perpendiculares (Formato em T) Aspecto horizontalizado	Composição em monobloco retangular com vazio interno (Formato em O) Iluminação zenital	Composição em 02 volumes, sendo um semelhante a uma "caixa" quadrada (avançado) e o outro em lâmina (recuado)	Composição em espaço retangular Fachada envidraçada / Disposição variável
Destaques	Áreas de convívio / Iluminação natural Presença de varandas / Madeira	Iluminação natural / Jardim de inverno Presença de zenitais / Madeira	Áreas de convívio / Atendimento integral ao idoso Cores estimulantes/ Madeira em detalhes	Acesso facilitado / Rede de centro de convívio Programação variada

Fonte: Autora (2017)

4 INTERPRETAÇÃO DA REALIDADE: CURITIBA PR

Tendo em vista que o local escolhido para receber a proposta deste trabalho – um *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso* – encontra-se no Município de Curitiba, capital do Estado do Paraná, este capítulo procura apresentar o contexto de inserção do projeto, descrevendo-o sumariamente. Para sua melhor compreensão, torna-se necessário traçar um panorama geral da situação do idoso na cidade, no que se refere aos principais serviços oferecidos à população idosa, o que fornecerá elementos para a definição das diretrizes de projeto, incluindo sua localização urbana e perfil programático.

Com mais de três séculos de existência, Curitiba possui aproximadamente 1,8 milhões de habitantes, sendo que atualmente é a maior cidade da região sul e a oitava do país (Figura 4.1). Desse total, aproximadamente 200.000 moradores são idosos (IPARDES, 2017). Localizando-se no Primeiro Planalto Paranaense, possui uma área territorial de aproximadamente 434,967 km² e clima subtropical. Sua origem deu-se de modo espontâneo, no fim do século XVII, devido à incipiente mineração seguida pelo ciclo do tropeirismo, já que a vila se encontrava no caminho de condutores de gado e muares, que os transportavam do Rio Grande do Sul para São Paulo. Foi somente em meados do século XIX, com a transformação do Paraná em Província independente de São Paulo, que Curitiba foi elevada à condição de Capital, o que ocorreu em 26 de julho de 1854.

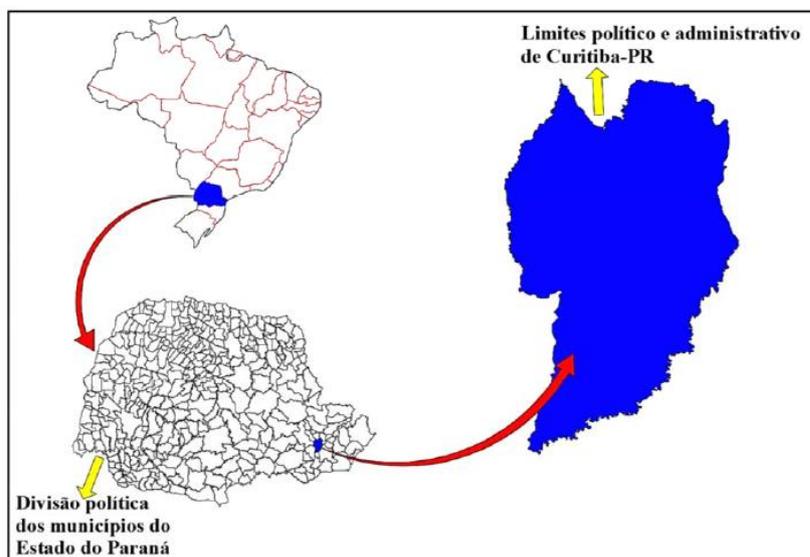


Figura 4.1 – Localização geográfica do Município de Curitiba PR.
Fonte: Cochmanski (2016, adaptada)

No século XIX, a nova situação política de Curitiba promoveu uma série de melhorias, as quais possibilitaram a modernização da cidade em termos de saneamento, transporte, iluminação pública e pavimentação urbana. Em paralelo, o ciclo da erva-mate contribuiu para o enriquecimento de parcela da população que, especialmente após a *República* (1889), passou a exigir melhorias espaciais e de serviços públicos. Entretanto, com uma população de pouco mais de 50.000 habitantes, Curitiba entra no século XX ainda carente em infraestrutura sanitária e suas ruas permaneciam sem calçada e pavimentação. (FENIANOS, 2003)

Foi na década de 1910 – mais precisamente com a criação da *Companhia de Melhoramentos da Capital*; instituída no segundo mandato do engenheiro Cândido Ferreira de Abreu (1856-1919) como Prefeito municipal, entre 1913 e 1916 – que, de acordo com Oba (1998), houve uma transformação radical das condições da cidade, a qual passou a abrigar espaços para desenvolvimento e divulgação da cultura civilizadora, tais como: teatros, bibliotecas, escolas e universidade, sendo esta a primeira do país. Na metade do século passado, a população curitibana já ultrapassava a marca dos 180.000 habitantes, quando surgiram elementos que alteraram definitivamente a paisagem, incluindo arranha-céus, fábricas e empresas comerciais, além de loteamentos fora do perímetro urbano. (CASTELNOU, 2005)

O efetivo planejamento urbano da capital inicia-se em meados dos anos 1960, quando surgiu a COMPANHIA DE URBANIZAÇÃO E SANEAMENTO (URBS) e, praticamente em seguida, a ASSESSORIA DE PESQUISA E PLANEJAMENTO URBANO DE CURITIBA (APPUC), depois transformada em INSTITUTO (IPPUC). Desde então, a cidade foi se afirmando como polo macrorregional e distribuidor de serviços, atraindo cada vez mais moradores e destacando-se tanto no cenário nacional como internacional em suas ações visando melhorias da qualidade de vida em termos de circulação viária, preservação patrimonial, criação de parques e sustentabilidade urbana. A *Região Metropolitana de Curitiba* – RMC foi criada em 1973 e atualmente é constituída por 29 Municípios, destacando-se como a segunda maior região metropolitana em extensão – com aproximadamente 16.600 km² – e a oitava mais populosa do país, concentrando cerca de 30% da população total do Estado. (IPARDES, 2017)

De acordo com o *site* da Prefeitura Municipal de Curitiba (2017b), o Município possui 75 bairros que estão subdivididos territorialmente em 09 (nove) administrações regionais (Figura 4.2), as quais funcionam de modo a descentralizar

os serviços públicos essenciais. Essas regionais tem por objetivo a identificação de prioridades na sua área de abrangência, por meio de um planejamento local que se interliga ao planejamento municipal como um todo.



Figura 4.2 – Mapa com a delimitação das administrações regionais do Município de Curitiba PR.
Fonte: IPPUC (2015, adaptada)

Entre as décadas de 1970 e 1990, de acordo com Castelnou (2005), houve a implantação de um novo modelo urbanístico em Curitiba, o que incluía a reestruturação espacial da cidade, a remodelação de todo seu sistema de transporte e, principalmente, a implementação de medidas que possibilitassem equipar o Município com mais espaços de lazer e recreação, tais como parques, bosques, praças e áreas ajardinadas, alegando-se para isto uma tentativa de melhoria da qualidade de vida de seus moradores, os quais já atingiam a escala próxima a um milhão de habitantes. Durante as três gestões do arquiteto Jaime Lerner (1937-) como Prefeito municipal – mais precisamente, entre 1971 e 1975; 1979 e 1984; e 1989 e 1993 –, a capital paranaense tornou-se referência em termos de planejamento urbano e qualidade de vida, obtendo o título de “Capital Ecológica”.

Nos anos 1990, o *city marketing* enfim tornou-se um meio excepcional na busca – bem sucedida – de uma posição relativa de diferenciação de Curitiba perante outros territórios, afirmando suas características peculiares e criando uma valorização sem igual da urbe, o que conduziu a laços afetivos e culturais entre as pessoas e seu habitat. Entre os visitantes e a cidade estariam os processos modernos de comunicação e informação, os quais acabaram por “reinventar” Curitiba, transformando-a em espetáculo. (CASTELNOU, 2005, p. 433)

Essa espécie de “legado” do século passado tem contribuído para que Curitiba figure atualmente entre as principais cidades do país e do mundo, o que, em conjunto a ações que buscam promover a inovação, apontam para um futuro cada vez mais promissor. Segundo o *site* da Prefeitura Municipal de Curitiba (2016), a capital paranaense tem acumulado prêmios, tanto em nível nacional quanto internacional, nas mais diversas áreas, como – citando apenas os mais recentes: o prêmio *Chiara Lubich* pela Fraternidade 2014; uma premiação concedida pela promoção da paz, direitos humanos, justiça social e fraternidade; o título *Siemens Green City Index* 2015, concedido por programas de sustentabilidade, mobilidade urbana e bem-estar da população – tendo sido a única cidade latino-americana classificada nesse *ranking* internacional –; e a premiação – que é mais ligada aos objetivos do presente trabalho – do *Hospital do Idoso Zilda Arnes*, mantido pela Prefeitura municipal, por parte da *Healthcare Information and Management Systems Society*, por ser a primeira instituição brasileira que atende apenas usuários do SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS), o que faz por meio do uso de tecnologia para a melhoria do tratamento e segurança do paciente.

4.1 Panorama da situação do idoso em Curitiba PR

Como já mencionado anteriormente, o Brasil vem enfrentando nos últimos anos uma alteração na distribuição etária; quadro esse que se observa no Paraná e também em sua capital, Curitiba (Figura 4.1.1). Com os impactos causados por essa modificação de perfil na sociedade, torna-se importante entender a dinâmica do envelhecimento populacional, além de conhecer as características desses idosos em determinado território por meio do desenvolvimento de políticas públicas que visem à melhoria da qualidade de vida da população mais velha.

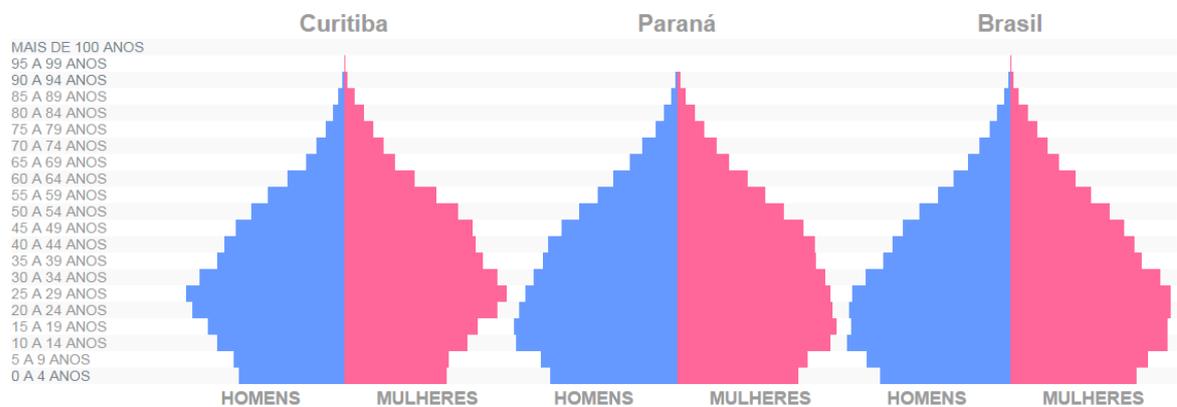


Figura 4.1.1 – Comparação das pirâmides etárias do Brasil, Paraná e Curitiba no ano de 2010.
Fonte: IBGE (2017, adaptada)

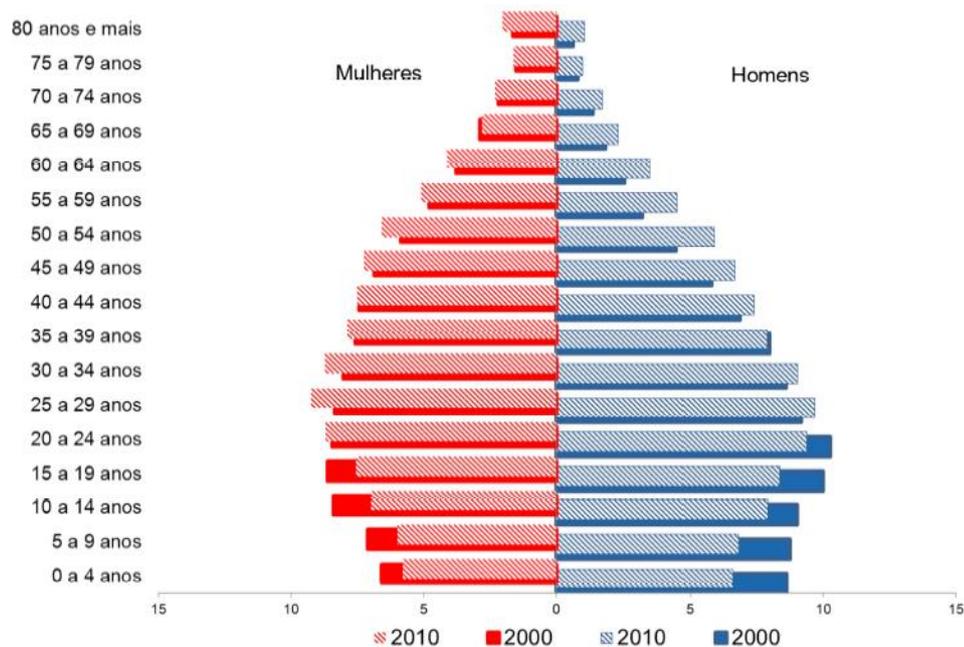


Figura 4.1.2 – Pirâmide da população residente, por sexo e grupos de idade, em Curitiba nos anos de 2000 e 2010 (em %). **Fonte:** DIEESE (2012, adaptada)

Conforme o Censo 2010, disponibilizado pelo INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL – IPARDES (2017), Curitiba possuía 198.089 habitantes com mais de 60 anos. Ao se analisar a pirâmide etária do Município entre 2000 e 2010 (Figura 4.1.2), observa-se uma ligeira diminuição da base e um alargamento na parte superior. Isto denota que as populações mais jovens diminuíram, enquanto que o número de pessoas mais velhas aumentou, resultando em um envelhecimento da população curitibana. Ainda é possível notar nesse gráfico que as mulheres têm uma porcentagem mais significativa que os homens nas faixas etárias mais avançadas.

Do total de idosos que vivem em Curitiba, cerca de 60,9% são chefes de família, sendo que 23,4% são cônjuges e 13,4% encontram-se na categoria de “outro parente” (Figura 4.1.3). Esse quadro revela certa dependência das pessoas mais velhas sobre os familiares, já que o grupo de “outro parente” é composto por sogros ou pais, que, na falta de renda ou impossibilidade física e/ou mental, acabam dependentes de algum familiar. (DIEESE, 2012)

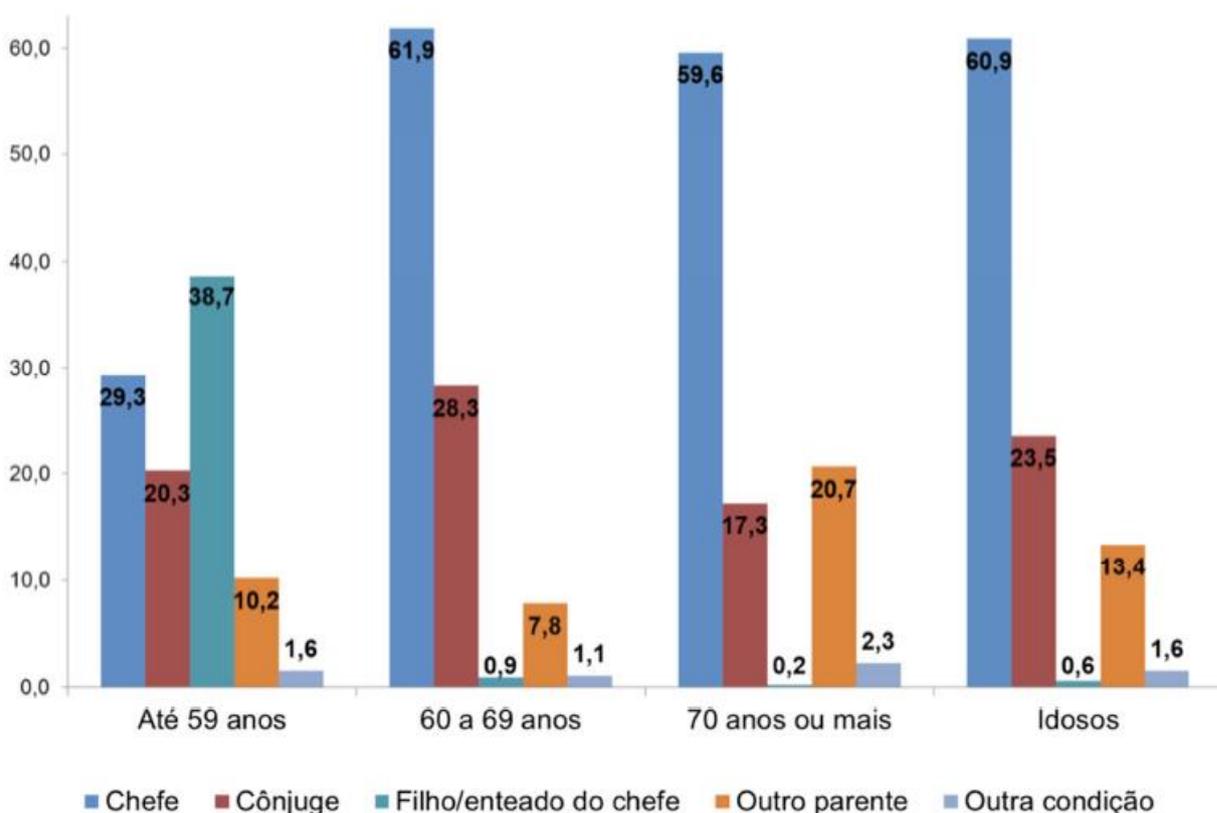


Figura 4.1.3 – Gráfico da população residente por posição no domicílio, segundo faixa etária, em Curitiba no ano de 2010. **Fonte:** DIEESE (2012, adaptada)

Pode-se dizer ainda que a população idosa de Curitiba possui uma taxa pequena de participação no mercado de trabalho local. Segundo a mesma fonte, em 2010, os idosos representavam 29,2% de participação em comparação ao total da população, que era de aproximadamente 65%. Em contrapartida, a taxa de desocupação dos idosos curitibanos é inferior à do Município (Figura 4.1.4).

Condição de atividade e ocupação	Município de Curitiba					Participação (%) Idosos/total
	Até 59 anos	60 a 69 anos	70 anos ou mais	Idosos	Total	
População residente	1.553.578	112.239	86.091	198.330	1.751.907	11,3
Pessoas em Idade Ativa (PIA)	1.333.509	112.239	86.091	198.330	1.531.838	12,9
Não economicamente ativas	395.948	66.181	74.166	140.347	536.295	26,2
Economicamente ativas (PEA)	937.561	46.057	11.925	57.982	995.543	5,8
Ocupados	890.090	45.305	11.800	57.105	947.195	6,0
Desocupados	47.471	752	125	877	48.348	1,8
Taxa de Participação (em%)	70,3	41,0	13,9	29,2	65,0	-
Taxa de Desocupação (em %)	5,1	1,6	1,0	1,5	4,9	-

Figura 4.1.4 – Tabela da população residente por condição de atividade e de ocupação, segundo faixa etária, em Curitiba no ano de 2010. **Fonte:** DIEESE (2012, adaptada)

Por fim, acrescenta-se que a população com mais de 60 anos apresenta um rendimento médio maior que o da população geral de Curitiba, que é de cerca de R\$ 2.611,00 (Figura 4.1.5). A pensão ou a aposentadoria são elementos importantes para os idosos, pois para aproximadamente 77,6% representa a única fonte de renda. Esse dado elevado demonstra a importância de políticas públicas de proteção social voltada para os idosos. (DIEESE, 2012)

Faixa etária	Município de Curitiba		
	Em n ^{os} absolutos	Rendimento real mensal (em R\$)	
		Média	Mediana
Até 59 anos	965.922	2.533	1.328
60 a 69 anos	95.219	3.434	1.550
70 anos ou mais	77.385	2.582	1.107
Total	1.138.526	2.611	1.328

Figura 4.1.5 – Tabela das pessoas maiores de 10 anos de idade, segundo rendimento real médio mensal e rendimento real mediano mensal, por faixa etária em Curitiba no ano de 2010. **Fonte:** DIEESE (2012, adaptada)

No cenário nacional, como se sabe, a cidade de Curitiba tornou-se conhecida pelas suas ações inovadoras no campo do planejamento urbano, pelos altos índices de educação e pelas diversas iniciativas voltadas à sustentabilidade; estas ligadas a questões como criação de áreas verdes, coleta seletiva de lixo e ênfase do transporte público. De acordo com o relatório do *Instituto de Longevidade Mongeral Monroe* da FUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS (FGV), que estabelece o *Índice de Desenvolvimento Urbano para Longevidade – IDL (2017)*, o qual estuda e avalia as atuais condições das cidades brasileiras conforme as necessidades básicas de vida, com destaque para a população idosa, em um *ranking* de 150 Municípios brasileiros, Curitiba encontra-se entre as 20 melhores cidades para se viver após os 60 anos. Apesar do bom desempenho, o relatório aponta que Curitiba é a 12ª (décima-segunda) cidade mais violenta, dentre as 150 grandes cidades analisadas. Além disso, a desigualdade social é pontuada como um fator que deve ser reduzido, por meio de melhores investimentos por parte dos agentes públicos.

REGIONAIS	POPULAÇÃO				
	HOMENS	MULHERES	CRIANÇAS (0 - 14 ANOS)	JOVENS(15 - 29 ANOS)	IDOSOS (64 ANOS OU MAIS)
MATRIZ (18 bairros)	93.358 (45,38%)	112.364 (54,62%)	24.000	56.000	27.000
PORTÃO (11 bairros)	123.006 (46,92%)	139.176 (53,08%)	42.125	62.866	22.000
BOQUEIRÃO (4 bairros)	94.778(48,03%)	102.568 (51,97%)	41.297	51.601	13.358
BOA VISTA (13 bairros)	118.066 (47,47%)	130.632 (52,53%)	47.000	63.000	20.000
CAJURU (5 bairros)	103.629 (48,09)	111.874 (51,91%)	46.000	56.000	16.000
SANTA FELICIDADE (14 bairros)	156.710 (48,11%)	169.044 (51,89%)	42.000	63.000	12.000
PINHEIRNHO (5 bairros)	82.470 (48,97%)	85.955 (51,03%)	42.000	47.000	8.000
CIC (4 bairros)	89.615 (48,58%)	94.867 (51,42%)	41.000	48.000	7.870
BAIRRO NOVO (3 bairros)	70.922 (48,77%)	74.510 (51,23%)	36.000	41.000	6.000

Figura 4.1.6 – Tabela do perfil da população curitibana, dividida por sexo e faixas etárias nas regionais do Município de Curitiba PR. **Fonte:** Curitiba (2013, adaptada)

A concentração da população mais velha no Município ocorre principalmente nas regionais Matriz, Portão e Boa Vista (Figura 4.1.6). Dentre os 75 (setenta e cinco) bairros que compõem o Município de Curitiba, os que se localizam mais

próximo ao centro são os que possuem maior porcentagem de idosos sobre sua população total. Por sua vez, o Jardim Social é o que possui a maior porcentagem de idosos, ou seja: 24,82% da população mais velha da cidade. Os bairros que possuem 20% da sua população com mais de 60 anos estão localizados próximos ao centro da cidade, assim como o Jardim Social (Figuras 4.1.7 e 4.1.8).

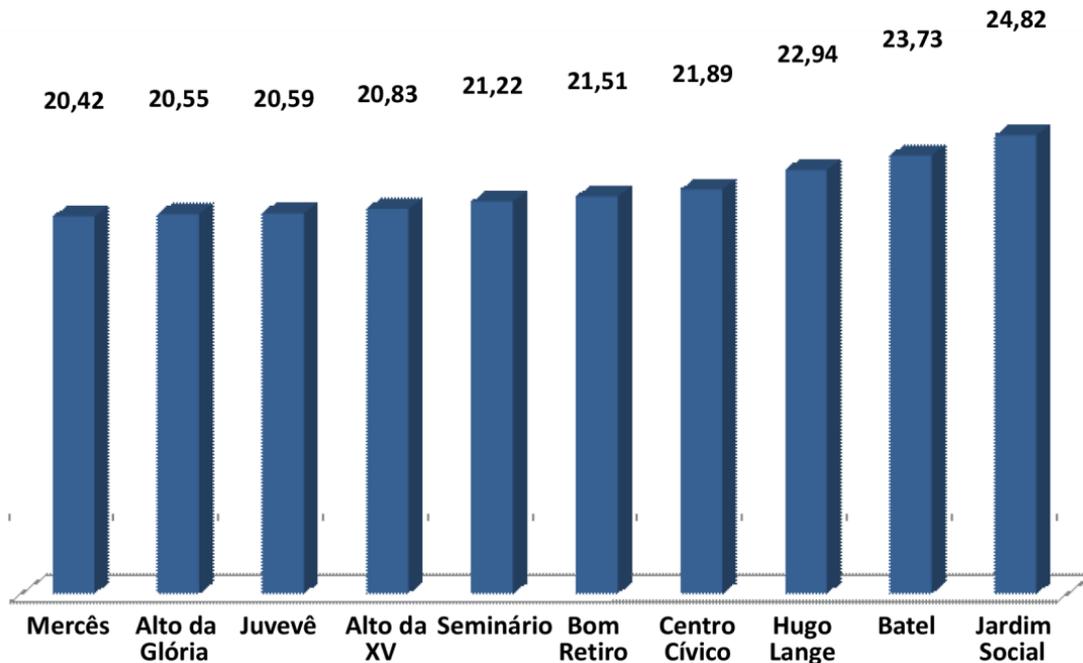


Figura 4.1.7 – Gráfico dos bairros curitibanos que possuem 20% ou mais da população com mais de 60 anos. **Fonte:** IPPUC (2010, adaptada)

A expectativa de vida ao nascer em Curitiba aumentou nas últimas décadas, passando de 68,7 anos em 1991, para 76,3 anos em 2010 (IPPUC, 2010). Em comparação, no país, a expectativa de vida era de 73,9 anos em 2010 (Figura 4.1.9). Esse aumento da expectativa de vida é uma consequência direta do fato do Município de Curitiba possuir um *Índice de Desenvolvimento Humano* – IDH¹ classificado como muito alto, inclusive maior que o índice do Estado do Paraná e do próprio país (Figura 4.1.10).

¹ O ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO (IDH) é um número que varia entre 0 e 1. Quanto mais próximo de 1, maior o desenvolvimento humano da unidade federativa, município ou região metropolitana. Para parâmetro, engloba três dimensões, a saber: longevidade, educação e renda. (ATLAS BRASIL, 2017)

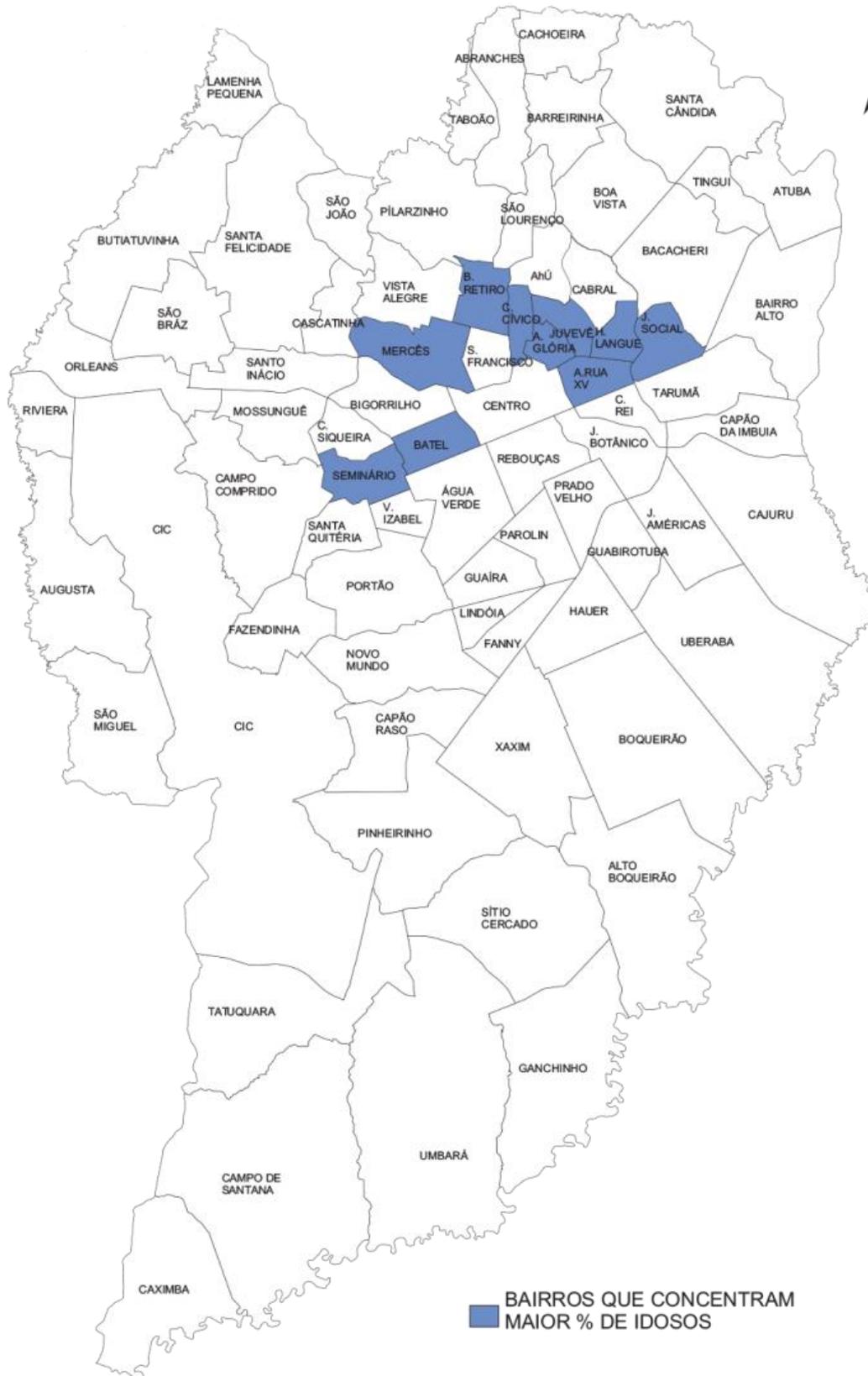


Figura 4.1.8 – Mapa do Município de Curitiba com indicação dos 10 (dez) bairros com o maior percentual de idosos. **Fonte:** IPPUC (2010, adaptada)

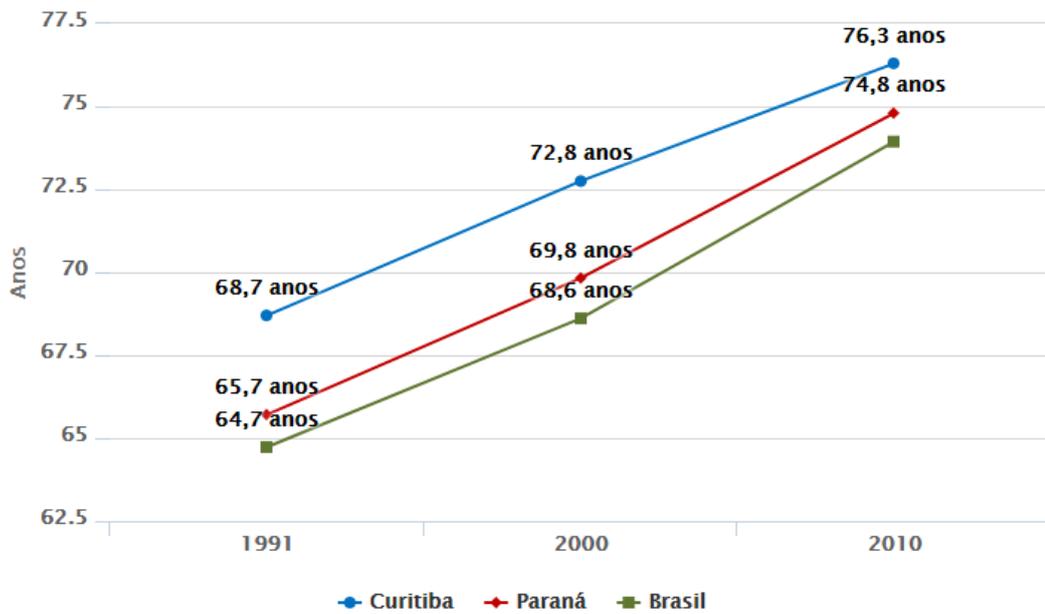


Figura 4.1.9 – Gráfico da evolução da expectativa de vida ao nascer em Curitiba, nos anos de 1991, 2000 e 2010. **Fonte:** DATAPEDIA (2017, adaptada)

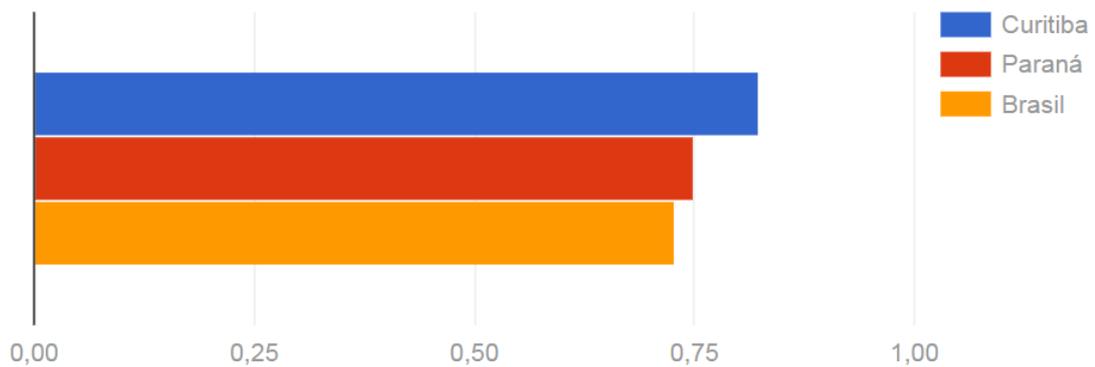


Figura 4.1.10 – Gráfico de comparação do IDH (ÍNDICE DE DESENVOLVIMENTO HUMANO) entre Curitiba, Paraná e Brasil no ano de 2010. **Fonte:** IBGE (2017, adaptada)

No Município de Curitiba, inúmeras ações têm sido promovidas com o objetivo de inclusão da pessoa idosa na vida cotidiana da metrópole. Além da adaptação de vias, isenção de taxas e reserva de vagas de estacionamento, uma ideia inovadora foi a instalação por parte da Prefeitura municipal de semáforos programados para aumentar o tempo de travessia do idoso, por meio do uso do cartão-transporte². Ademais, desde 2006, Curitiba conta com o CONSELHO MUNICIPAL DOS DIREITOS DA

² Em Curitiba, o cartão-transporte isento é concedido aos usuários idosos com mais de 65 anos, além de pessoas com deficiência física e pessoas com determinadas doenças crônicas, por meio de cadastro junto ao órgão municipal competente, a URBS. Ao aproximar o cartão-transporte de um dos semáforos inteligentes espalhados pelo Município, o sistema automaticamente amplia o tempo de passagem do pedestre. (N. autora)

PESSOA IDOSA (CMDPI), o qual é responsável pela execução da *Política Municipal da Pessoa Idosa*, que foi promulgada pela Lei Municipal n. 11.391, de 25 de abril de 2005 (CURITIBA, 2005), a qual visa a promoção e apoio a projetos voltados a população mais velha da capital paranaense (FAS, 2017a). Soma-se a isso, como mencionado no capítulo anterior, outro programa voltado exclusivamente ao idoso curitibano: os CENTROS DE ATIVIDADES PARA PESSOA IDOSA – CATI's, os quais foram mapeados pela autora na Figura 4.1.11. (CURITIBA, 2017; FAS, 2017b)

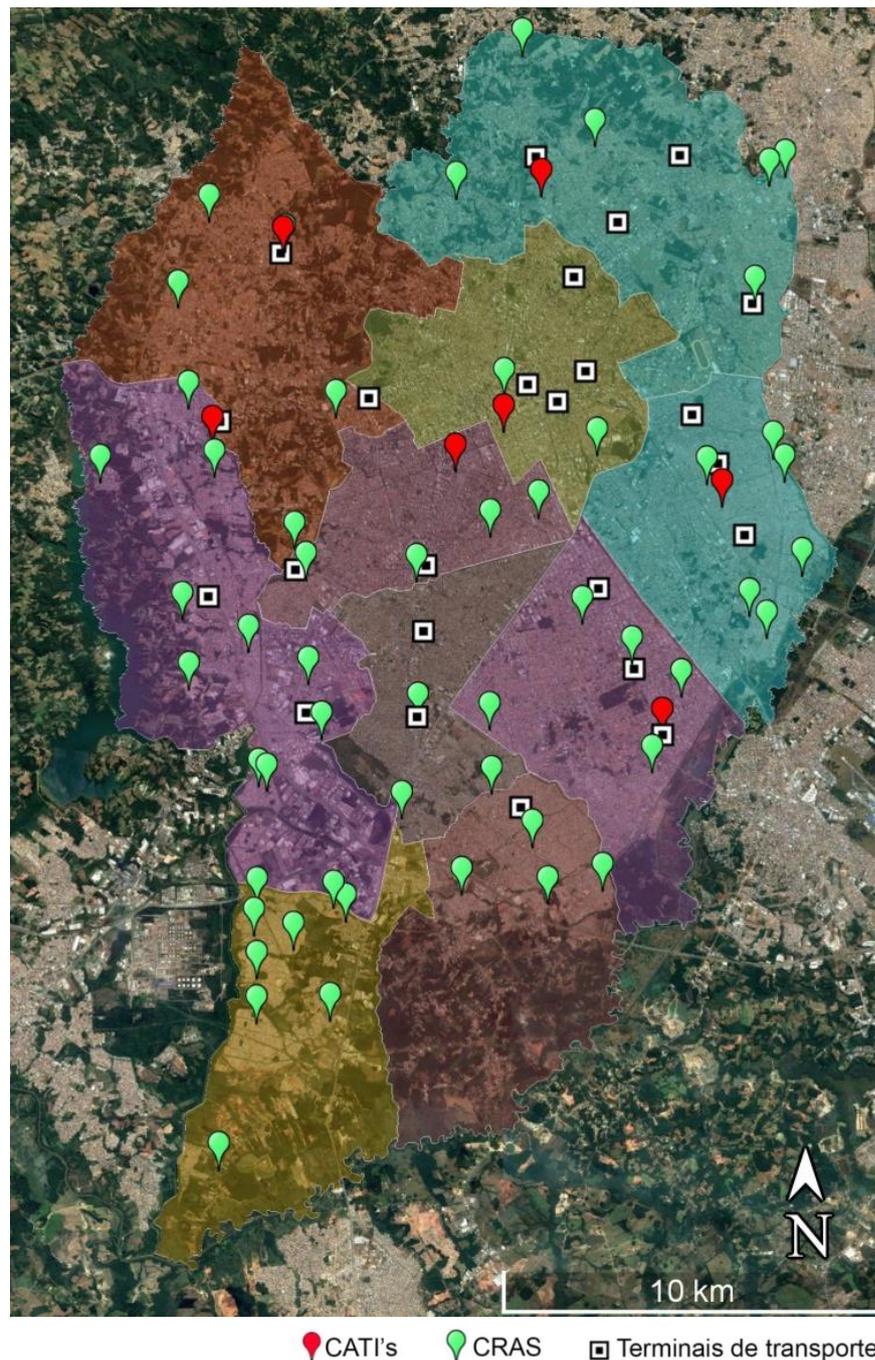


Figura 4.1.11 – Mapa da localização dos CRAS's e CATI's no Município de Curitiba PR.
Fonte: Autora (2017)

No âmbito de proteção social básica, conforme o *site* da FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL – FAS (2017b), presta-se o *Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos para Pessoas Idosas* (SCFVI), que é realizado em grupos, com a intenção de colaborar para um processo de envelhecimento saudável, propiciando espaços de encontro, de motivação, de desenvolvimento de potencialidades e capacidades, de modo a contribuir para a autonomia e protagonismo social dos idosos. Esse serviço é ofertado, em suas áreas de abrangência, nos CENTROS DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (CRAS's) – os quais também estão localizado na figura 4.1.11, além dos terminais de transporte da cidade –, assim como nos CATI's e outras entidades sociais.

Além disso, a FAS oferece também junto aos CRAS's, o *Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas*, o qual visa a garantia de direitos e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, exclusão e isolamento (FAS, 2017b). Segundo a mesma fonte, no âmbito de proteção social especial, há serviços de acolhimento, tanto em albergues para idosos em situação de rua – que são entidades conveniadas, de caráter temporário, como: a *Casa da Acolhida Toca de Assis* (Figura 4.1.12), o *Albergue São João Batista* (Figura 4.1.13) e a *Confederação Evangélica da Assistência Social do Paraná* (Figura 4.1.14) – quanto em abrigo para idosos ex-moradores de rua – como a *Casa da Acolhida e do Regresso*, que recebe pessoas idosas em situação de vulnerabilidade social –; assim como em instituições de longa permanência ou em centros-dia; e o *Serviço de Atendimento ao Vitimizado* (SAV) em domicílio.

Em Curitiba, as *Instituições de Longa Permanência para Idosos* (ILPI's) são ligadas a serviços conveniados para atendimento integral à pessoa idosa, que visam a promoção e proteção social, manutenção da saúde física e emocional, cuidados pessoais e o convívio sociofamiliar. Aquelas mantidas pela Prefeitura municipal são: a *Casa de Repouso Recanto Feliz*, o *Lar dos Idosos Recanto do Tarumã* (Figura 4.1.15), o *Lar Iracy Dantas de Andrade* (Figura 4.1.16) e o *Asilo São Vicente de Paulo* (Figura 4.1.17). (FAS, 2017b; 2017d)

O *Asilo São Vicente de Paulo*, localizado no bairro Juvevê, próximo ao centro, é considerado uma das mais antigas instituições para idosos no Estado do Paraná,

sendo uma instituição sem fins lucrativos que está voltada ao atendimento de longa permanência apenas para senhoras. De acordo com o *site* da AÇÃO SOCIAL DO PARANÁ – ASPR (2017), a entidade atende atualmente 160 idosas, com diversos graus de dependência e, além de ofertar o serviço asilar, conta com um centro-dia, o qual funciona no mesmo local e oferece atividades voltadas ao idoso que ainda vive com familiares.

Na modalidade de atendimento institucionalizado, segundo Cochmanski (2016), Curitiba conta com cerca de 74 (setenta e quatro) ILPI's, que, em 2013, acolhiam aproximadamente 1071 idosos (Figura 4.1.19). Podem ser de caráter público ou privado, onde se distinguem entre 05 (cinco) categorias, a saber: abrigo, asilo, casa de repouso, casa-lar e república, que foram caracterizadas no Capítulo 2. Todas essas entidades são

[...] locais de acolhimento em regime integral, previstas na proteção social especial de alta complexidade, para atender idosos em situação de abandono ou negligência, em caso de suspensão temporária ou quebra de vínculo familiar e comunitário. As normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos estão especificadas na *Resolução da Diretoria Colegiada* (RDC) n. 283/2005 e na RDC n. 94/2007. (FAS, 2017d, p. 01)

Tanto a FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL (FAS) como a SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (SMS) acompanham a rotina dos idosos moradores nessas instituições, com objetivo de lhes assegurar padrões de qualidade no atendimento. Conforme o *site* da FAS (2017d), é fundamental a garantia da autonomia, independência, convívio familiar e comunitário, trabalho sociofamiliar e desenvolvimento de oportunidades para o fortalecimento ou restauração de vínculos familiares e a (re)inserção na família quando possível.

Também de importância fundamental é o acesso dos idosos aos serviços disponíveis na rede de proteção social, como na área da saúde, educação, atividades culturais e de lazer, conforme a legislação vigente. Isto acabou gerando o estabelecimento de padrões qualitativos dos serviços prestados por essas instituições, que foram normatizados por meio do *Protocolo de Qualidade em Instituições de Longa Permanência para Idosos – PQILPI*. (FAS, 2009)

Por fim, acrescenta-se que o Município de Curitiba possui vários serviços de atendimento à saúde do idoso, tendo como seu maior destaque o *Hospital do Idoso*

Zilda Arns (Figura 4.1.18), considerado o primeiro serviço municipal de atendimento hospitalar especializado. Inaugurado em 2012 e localizado no bairro Pinheirinho, a instituição presta serviços de cuidado integral e multidisciplinar na área de saúde das pessoas idosas. Segundo o *site* da FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DE CURITIBA – FEAES (2017), a entidade conta com 131 leitos distribuídos entre enfermarias, quartos de isolamento, Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), emergência e pós-operatório. Ainda, desde 2014, conta com um serviço de ambulatório em uma unidade descentralizada, situada no bairro Uberaba.



Figura 4.1.12 – Casa da Acolhida Toca de Assis, situado no bairro Guaíra, Curitiba PR.
Fonte: ASPR (2017)



Figura 4.1.13 – Albergue São João Batista, situado no bairro Rebouças, Curitiba PR.
Fonte: Google Maps (2017e, adaptada)



Figura 4.1.14 – Confederação Evangélica da Assistência Social do Paraná situada no bairro Bigorrilho, Curitiba PR. **Fonte:** Google Maps (2017f, adaptada)



Figura 4.1.15 – *Lar dos Idosos Recanto do Tarumã*, situado no bairro Tarumã, Curitiba PR.
Fonte: Autora (2017)



Figura 4.1.16 – *Lar Iracy Dantas de Andrade*, situado no bairro Xaxim, Curitiba PR.
Fonte: Google Maps (2017g, adaptada)



Figura 4.1.17 – *Asilo São Vicente de Paulo*, situado no bairro Juvevê, Curitiba PR.
Fonte: Autora (2017)



Figura 4.1.18 – *Hospital do Idoso Zilda Arns*, situado no bairro Pinheirinho, Curitiba PR.
Fonte: CMC (2016)

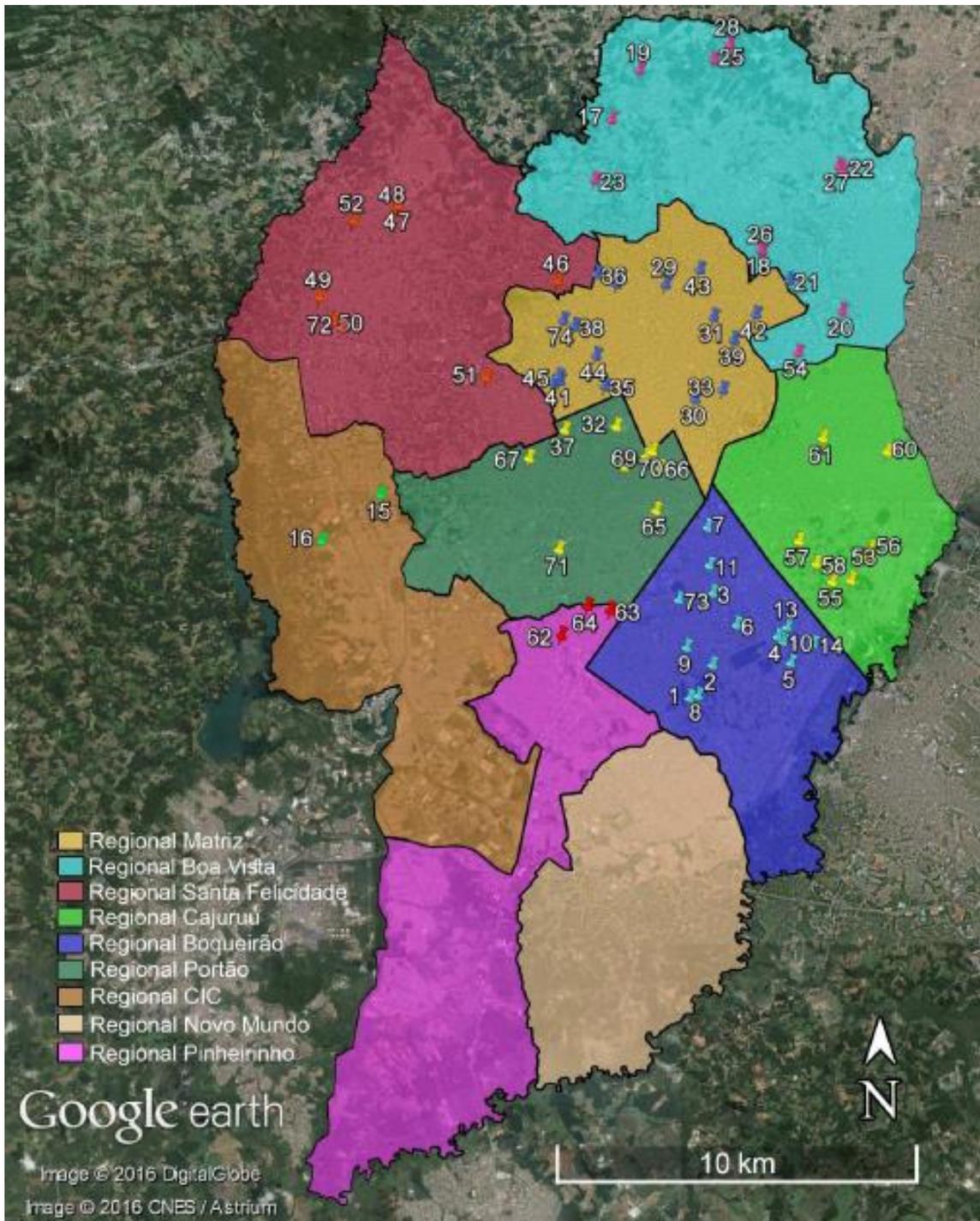


Figura 4.1.19 – Mapa de distribuição das ILPI's no Município de Curitiba PR em 2014.
Fonte: Cochmanski (2016, adaptada)

5 DIRETRIZES GERAIS DE PROJETO

Tendo em vista a definição de diretrizes para o partido arquitetônico da proposta a ser desenvolvida, ou seja, um *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso* em Curitiba PR, este capítulo visa apresentar quais seriam os principais pontos a serem considerados para o projeto. Após a pesquisa e conceituação do tema, a realização da análise de correlatos e a interpretação da realidade local – etapas que serviram para fundamentar essa parte da monografia –, a seguir são apresentados os subcapítulos que contêm: a escolha e caracterização do terreno para a implantação da proposta; o programa básico de necessidades e pré-dimensionamento das áreas funcionais; e, por fim, premissas para o desenvolvimento do partido.

5.1 Definição e Características do Terreno

Conforme observado na distribuição das pessoas idosas no Município de Curitiba PR, levantada no capítulo anterior, há uma concentração dessa população nos bairros localizados próximos a região central. Em contrapartida, nessas mesmas regiões da cidade, existem poucos equipamentos públicos voltados prioritariamente às atividades de convivência e assistência para a Terceira Idade. Verifica-se ainda que, quando disponíveis, a maioria desses locais encontra-se próxima aos terminais de transporte público, de modo a facilitar o acesso de grande parte dos idosos oriundos de outros bairros curitibanos.

Assim, como principais critérios para a seleção do terreno para a implantação da proposta a ser desenvolvida na segunda fase do trabalho, considerou-se primeiramente aquelas regiões curitibanas onde houvesse maior concentração dessa população mais velha, seguido pela proximidade desses terminais, o que, além de facilitar a acessibilidade dessas pessoas em especial, também serviriam como pontos de referência aos idosos, favorecendo ainda mais seu direcionamento, inclusive se os mesmos se utilizarem de outro meio de transporte que não sejam públicos, como táxis e/ou automóveis particulares. Por fim, também foi tomada como parâmetro de escolha a disponibilidade de terrenos desocupados e de dimensões relativamente grandes, as quais possibilitassem uma oferta satisfatória de serviços especializados e que, ao mesmo tempo, dispusessem de áreas livres.

O bairro Cabral, situado a nordeste do centro curitibano, faz parte da regional que possui a maior concentração de população idosa de Curitiba, isto é, a *Regional Matriz*. Ainda, localiza-se lindeiro aos bairros onde a concentração de idosos ultrapassa 20% da população total – em especial, Juvevê e Hugo Lange –, conforme demonstrado no capítulo anterior. Além disso, esse bairro tem outro ponto favorável que se trata da localização do *Terminal do Cabral*, assim como do *Centro Hospitalar de Reabilitação Ana Carolina Moura Xavier* e do *Hospital São Lucas*, os quais também são fortes pontos de referência aos idosos. Deste modo, optou-se em selecionar um terreno próximo a esses equipamentos, facilitando assim o direcionamento e acesso do público-alvo ao *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso*.

Conforme o historiador Ermelino de Leão¹, citado por Fenianos *et Sade* (1995), a denominação “Cabral” para esse bairro ocorreu em meados do século XIX por homenagem a uma família de mesmo sobrenome e que residia na região, tendo sido a responsável pela doação do terreno onde se construiu uma capela consagrada ao Bom Jesus, atualmente conhecida como *Igreja do Cabral*. O bairro possui cerca de 203 hectares de área e está limitado pelo ponto de convergência entre a avenida Anita Garibaldi e a rua Santo Afonso de Ligório. Continua pela rua Santo Afonso de Ligório, rua Coronel Amazonas Marcondes, estrada de ferro Curitiba-Rio Branco do Sul, avenida Nossa Senhora da Luz, rua Clóvis Beviláquia, rua Camões, rua Jaime Balão, rua Bom Jesus e novamente a avenida Anita Garibaldi (Figura 5.1.1).

O local onde hoje se encontra o bairro Cabral originalmente era ocupado por fazendas e sítios isolados, já conformando um povoado no início do século XX. Um dos fatores que impulsionaram o povoamento e desenvolvimento da região foi a sua boa localização – cortada pela *Estrada da Cachoeira*, a qual ligava Curitiba a Cerro Azul, pelo *Caminho da Graciosa*, atualmente rua Erasto Gaertner –, o que favoreceu a lucratividade de atividades ligadas à extração da madeira e à comercialização da erva-mate. Além da igreja, seus maiores pontos de referência são o Setor de Ciências Agrárias da UFPR e a sede do IPPUC. (FENIANOS *et SADE*, 1995)

¹ O Desembargador Agostinho Ermelino de Leão (1834-1901), natural da cidade paranaense de Paranaguá, foi advogado e juiz em Curitiba, assumindo, por 05 (cinco) vezes, o governo da Província do Paraná, primeiramente em 1864 e na última vez em 1875. A partir de então, passou a se dedicar aos estudos históricos sobre os primórdios do Paraná, fundando em 1876, com o médico Dr. José Cândido Muricy (1863-1943), o *Museu Paranaense*. (N. autora)

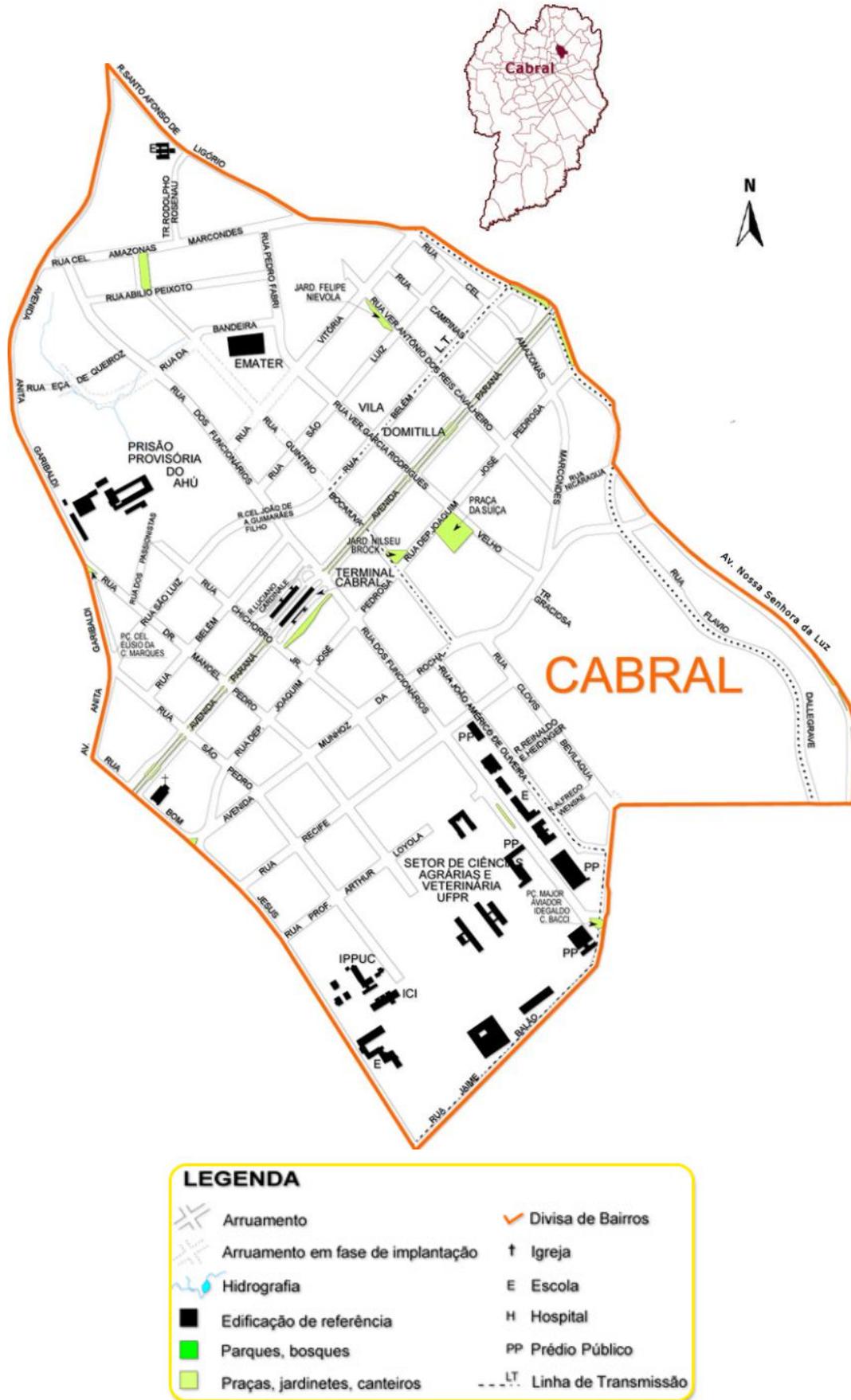


Figura 5.1.1 - Mapa de situação do bairro Cabral no Município de Curitiba PR [superior] e mapa com seu arruamento e limites urbanos [inferior]. Fonte: CURITIBA-PARANÁ (2017, adaptada)

Após o mapeamento dos terrenos disponíveis e próximos ao *Terminal do Cabral*, um lote situado na rua Luciano Cardinale, que faz esquina com a rua dos Funcionários e a rua Belém (Figuras 5.1.2 e 5.1.3) demonstrou características favoráveis para a implantação do empreendimento. Conforme a indicação fiscal do lote 54.072.014, que se situa em uma Zona Setor Especial Estrutural Norte, este possui uma área aproximada de 2.387m² (Figura 5.1.4). Os parâmetros urbanísticos estabelecidos para essa zona indicam um *Coefficiente de Aproveitamento* igual a 4,0; além de uma *Taxa de Ocupação* de 100% no 1º e 2º pavimentos; e 50% nos demais. A altura máxima para estabelecimentos de uso Institucional e Comunitário é livre. Ademais, o afastamento das divisas é facultativo até 02 (dois) pavimentos, sendo que para os demais deve ser respeitado a fração de H/6, atendendo o mínimo de 2,50 m. Ainda, o recuo frontal a ser respeitado corresponde a 10 (dez) metros. Por meio de visita *in loco* e levantamento fotográfico, constatou-se que o terreno em questão é praticamente plano e encontra-se desocupado, sendo coberto por densa vegetação (Figuras 5.1.5 a 5.1.8).



Figura 5.1.2 – Mapa de localização do lote selecionado, o qual se situa no bairro Cabral (Curitiba PR). **Fonte:** Google Maps (2017, adaptada)



Figura 5.1.3 – Mapa do terreno para implantação do projeto, com dimensões e orientação.
Fonte: Autora (2017)



Figura 5.1.4 – Vista do lote com testada para a rua Luciano Cardinale (Cabral, Curitiba PR).
Fonte: Autora (2017)



Figura 5.1.5 – Vista do lote a partir da esquina da rua Luciano Cardinale com a rua dos Funcionários (Cabral, Curitiba PR). **Fonte:** Autora (2017)



Figura 5.1.6 – Vista do lote com testada para a rua dos Funcionários (Cabral, Curitiba PR). **Fonte:** Autora (2017)



Figura 5.1.7 – Vista do lote a partir da esquina da rua dos Funcionários com a rua Belém (Cabral, Curitiba PR). **Fonte:** Autora (2017)



Figura 5.1.8 – Vista do lote com testada para a rua Belém (Cabral, Curitiba PR)
Fonte: Autora (2017)

5.2 Programa Básico de Necessidades e Pré-Dimensionamento

Em termos gerais, pode-se dividir o programa funcional do *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso* em 03 (três) conjuntos de atividades, pois envolverá o desenvolvimento de uma proposta que abrigue, de modo inter-relacionado: habitação temporária, espaço para convivência social e serviços de assistência à saúde das pessoas idosas de Curitiba. Isto permitiu subdividir a programação, respectivamente, em: *Setor de Administração*, *Setor de Habitação Temporária*, *Setor de Convivência* e *Setor de Assistência*, os quais têm suas funções básicas, assim como a estimativa de suas populações (fixa e flutuante) e áreas, elencadas nas Tabelas 5.1 a 5.4, dispostas no final deste subcapítulo.

Pretende-se que a proposta resulte em um centro que atenda à população da Terceira Idade de forma descentralizada, abrangendo as pessoas idosas que residem nas suas áreas mais próximas, a fim de evitar um longo e exaustivo deslocamento. Como pôde ser verificado no capítulo anterior, os equipamentos voltados para o atendimento ao idoso localizam-se próximos a terminais de transportes; ou, ao menos, em regiões dotadas de fácil mobilidade. Tal constatação corrobora com essa ideia de descentralização, procurando assim favorecer um atendimento de forma mais humanizada e integrada aos idosos curitibanos, ao mesmo tempo em que possibilita a previsão de um conjunto arquitetônico de médio porte e, portanto, com maior viabilidade em termos administrativos e financeiros.

Para o desenvolvimento da programação funcional e seu pré-dimensionamento, utilizou-se como referências as determinações da Portaria n. 73, de 10 de maio de 2001, da SECRETARIA DE ESTADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – SEAS (BRASIL, 2001), as quais estabelecem um dimensionamento mínimo para cada modalidade de atendimento ao idoso, assim como a Resolução n. 50, de 21 de fevereiro de 2002 da AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA – ANVISA, a qual estabelece diretrizes gerais para o projeto de estabelecimentos assistenciais de saúde (ANVISA, 2002). Também se fez a consulta a manuais de projeto como Neufert (2004) e Littlefield (2011).

De acordo com a Portaria da SEAS (BRASIL, 2001), o programa de residência temporária tem por característica ser um serviço de internação temporária de atendimento ao idoso dependente, o qual necessite de cuidados biopsicossociais

sistematizados, por um período de, no máximo, 60 (sessenta) dias. Tal serviço visa o atendimento adequado segundo as condições específicas de cada idoso; e, conforme a mesma fonte, esse programa também auxilia na preparação da família para receber o idoso após a alta da residência temporária, em nível de orientação e esclarecimentos sobre os cuidados necessários para o pronto reestabelecimento daquele. Para fins de pré-dimensionamento da presente proposta, previu-se um público-alvo de até 50 (cinquenta) idosos no *Setor de Habitação Temporária* (Tabela 5.2).

Quanto ao programa de convivência social a ser incluído no projeto, este visa ações que envolvam o fortalecimento de atividades associativas, produtivas e promocionais, colaborando desta forma para um envelhecimento ativo e saudável. Tomando como ainda base a referida lei (BRASIL, 2001), esse espaço destina-se à frequência dos idosos e de seus familiares, promovendo a participação, o convívio social, a cidadania e a integração intergeracional. Para o pré-dimensionamento, estima-se um público de até 120 (cento e vinte) idosos cadastrados, estes com frequência de 04 (quatro) dias semanais em 04 (quatro) horas/dia (Tabela 5.3).

Para o programa de assistência à saúde, adotou-se as mesmas referências e, para fins de pré-dimensionamento, previu-se um público de até 100 (cem) idosos cadastrados para a Modalidade I de atendimento, ou seja, integral institucional (Tabela 5.4). O cômputo geral das áreas, assim como a previsão de garagem para estacionamento de veículos, além das complementações em relação às áreas abertas, estão dispostas nas Tabelas 5.5 e 5.6, Por fim, apresenta-se os organogramas funcionais de cada setor (Figuras 5.2.1 a 5.2.4) e o organograma geral do *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso* a ser proposto (Figura 5.2.5), que encerra este subcapítulo.

Tabela 5.1 – Programação e Pré-Dimensionamento: Setor de Administração.

Setor	Quantidade	Ambiente	População			Área (m ²)	
			Fixa	Flutuante	Total	Ambiente	Total
Administração	01	Recepção	01	04	05	20	20
	01	Direção geral	01	02	03	15	15
	01	Departamento Financeiro	02	-	02	15	15
	01	Dep. de Recursos Humanos	02	-	02	15	15
	01	Sala de reuniões	-	08	08	25	25
	01	Copa para funcionários	-	44	44	30	30
	02	I. S. para funcionários (c/previsão de acessibilidade)	-	02	02	5	10
	01	Almoxarifado	-	01	01	10	10
	01	Depósito geral	01	01	02	25	25
			Circulação interna e divisórias (+ 25% do total)				
Subtotal:							210

Fonte: Autora (2017)

Tabela 5.2 – Programação e Pré-Dimensionamento: Setor de Habitação Temporária.

Setor	Quantidade	Ambiente	População			Área (m ²)		
			Fixa	Flutuante	Total	Ambiente	Total	
Habitação Temporária	10	Dormitórios com banheiro para 04 pessoas	04	04	08	30	300	
	05	Dormitórios com banheiro para 02 pessoas	02	02	04	15	75	
	02	Sala para atividades coletivas	-	15	15	25	50	
	02	Sala para atividades individuais	-	02	02	10	20	
	01	Sala de convivência	-	30	30	50	50	
	01	Espaço Ecumênico	-	10	10	15	20	
	03	Posto de enfermagem	04	03	07	15	45	
	01	Farmácia	01	-	01	10	10	
	01	Cantina	04	-	04	40	40	
	03	Sala de visitas	-	03	03	10	30	
	01	Almoxarifado	-	01	01	10	10	
	01	Depósito para roupa de cama	-	01	01	10	10	
	10	Lavanderia	03	-	03	30	30	
	02	Vestiários + I. S. (c/previsão de acessibilidade)	-	04	04	30	60	
	01	Sala de descanso dos funcionários	-	11	11	20	20	
	01	Área de serviço de lixo infectocontagioso	-	01	01	10	10	
	01	Área de serviço de lixo comum	-	01	01	10	10	
			Circulação interna e divisórias (+25% do total)					200
	Subtotal:							1.000

Fonte: Autora (2017)

Tabela 5.3 – Programação e Pré-Dimensionamento: Setor de Convivência.

Setor	Quantidade	Ambiente	População			Área (m ²)		
			Fixa	Flutuante	Total	Ambiente	Total	
Convivência	01	Sala de ginástica	01	15	16	30	30	
	01	Sala de trabalhos manuais	01	15	16	30	30	
	01	Sala de música	01	15	16	30	30	
	01	Sala de jogos	01	15	16	30	30	
	02	Sala para atividades individuais	01	01	02	10	20	
	01	Sala de convivência	01	30	31	50	50	
	01	Sala multiuso	-	15	15	30	30	
	01	Salão de festas para 100 pessoas	-	100	100	90	90	
	01	Lanchonete aberta ao público	03	20	23	25	25	
	01	Depósito de equipamentos	-	01	01	15	15	
	01	Almoxarifado	-	01	01	10	10	
	02	I. S. para funcionários (c/previsão de acessibilidade)	-	01	01	05	10	
	02	I. S. para público (c/previsão de acessibilidade)	-	02	02	10	20	
			Circulação interna e divisórias (+25% do total)					100
	Subtotal:							500

Fonte: Autora (2017)

Tabela 5.4 – Programação e Pré-Dimensionamento: Setor de Assistência.

Setor	Quantidade	Ambiente	População			Área (m ²)	
			Fixa	Flutuante	Total	Ambiente	Total
Assistência	01	Consultório de Geriatria	01	01	02	15	15
	01	Consultório de Fonoaudiologia	01	01	02	15	15
	01	Consultório de Odontologia	01	02	03	15	20
	01	Consultório de Psicologia	01	01	02	15	15
	01	Sala de Terapia Ocupacional	01	01	02	20	20
	01	Sala p/atendimento assistencial	01	01	02	15	15
	01	Sala p/atendimento nutricional	01	01	02	15	15
	01	Farmácia básica	01	-	01	15	15
	01	Almoxarifado	-	01	01	10	10
	02	I. S. para funcionários (c/previsão de acessibilidade)	-	01	01	05	10
	02	I. S. público (c/previsão de acessibilidade)		02	02	10	20
			Circulação interna e divisórias (+25% do total)				
Subtotal:							200

Fonte: Autora (2017)

Tabela 5.5 – Previsão da Quantidade de Vagas para Garagem (Estacionamento de Veículos).

Garagem	Classificação*	Quantidade (por área construída)*	Quantidade de vagas	Áreas (m ²)**
Setor de Administração	-	-	-	-
Setor de Habitação Temporária	Habitação de Uso Institucional	01 vaga / 120m ²	09	202,5
Setor de Convivência	Comunitário 1 – Assistência Social e Saúde	Até 100m ² : facultado	10	225
		De 100 a 400m ² : 01 vaga / 50m ²		
		Acima de 400m ² : 01 vaga / 25m ²		
Setor de Assistência	Clínica e Ambulatório	01 vaga / 25m ²	08	180
Total:			27	610

* Conforme Decreto n. 212, de 22 de março de 2007. (CURITIBA, 2007)

**Adotou-se o módulo de 22,50m para área necessária por vaga, incluindo espaço de acesso e manobra. (NEUFERT, 2004)

Fonte: Autora (2017)

Tabela 5.6 – Previsão de Áreas do Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso.

Setores	Áreas (m ²)	
Setor de Administração	210	
Setor de Habitação Temporária	1.000	
Setor de Convivência	500	
Setor de Assistência	200	
Área de Recreação	100	
Horta	100	
Garagem	610	
Área Total Útil:		1.900
Área Total Construída:		2.510
Área Total do Terreno:		2.387

Fonte: Autora (2017)

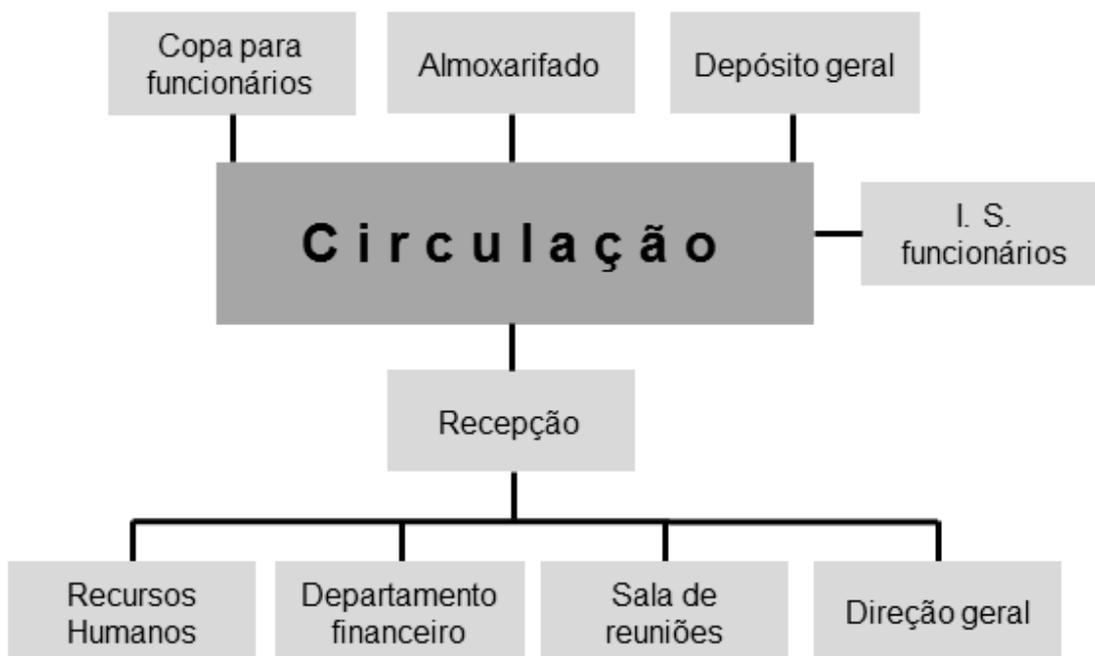


Figura 5.2.1 – Organograma funcional do Setor Administrativo.
Fonte: Autora (2017)

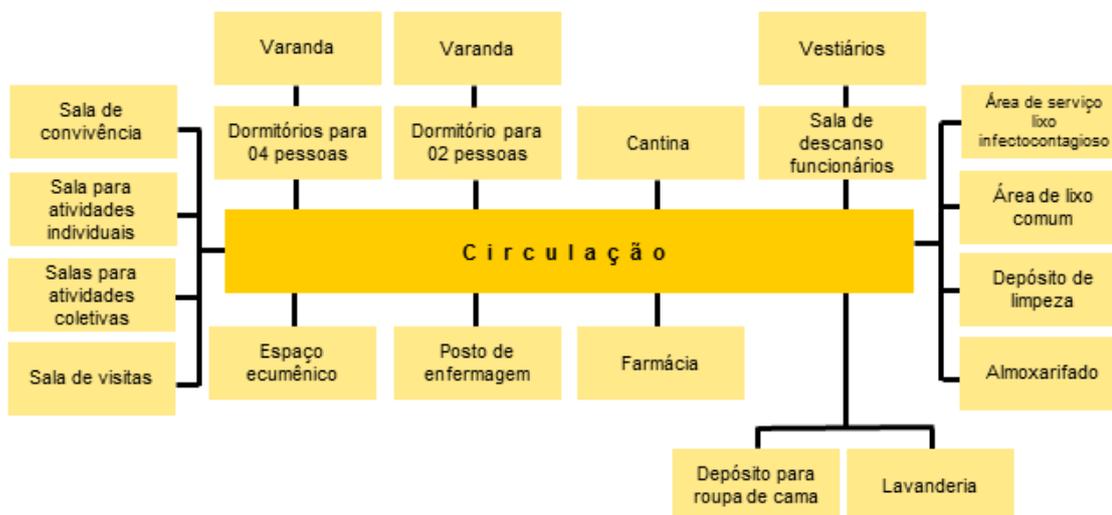


Figura 5.2.2 – Organograma funcional do Setor de Habitação Temporária
Fonte: Autora (2017)

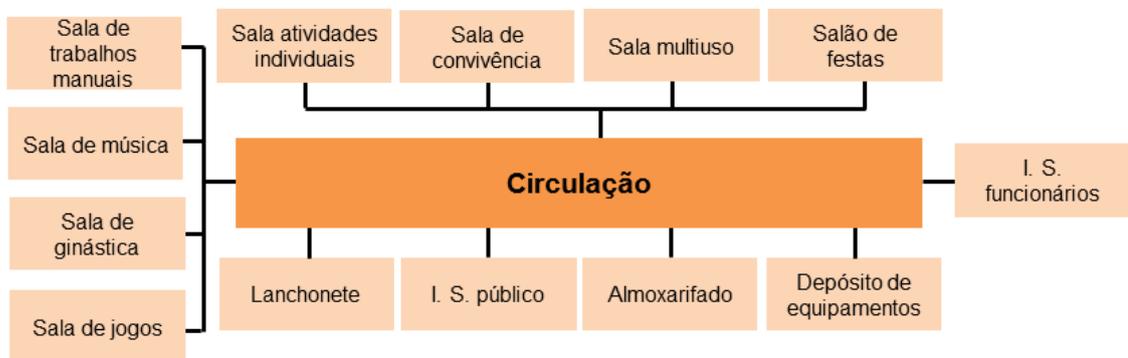


Figura 5.2.3 – Organograma funcional do Setor de Convivência.
Fonte: Autora (2017)

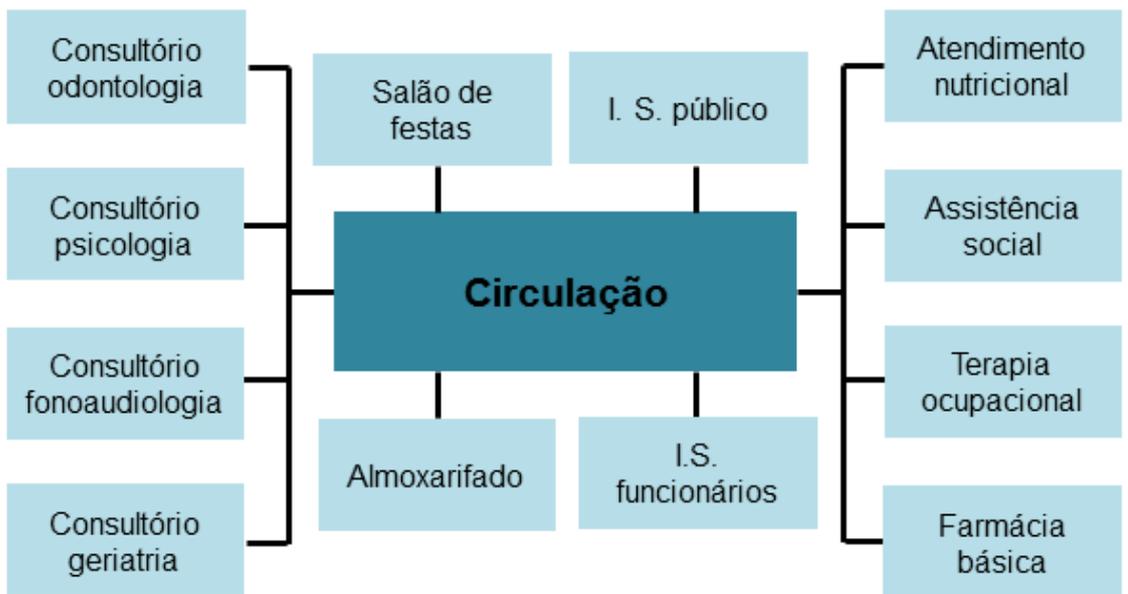


Figura 5.2.4 – Organograma funcional do Setor de Assistência.
Fonte: Autora (2017)

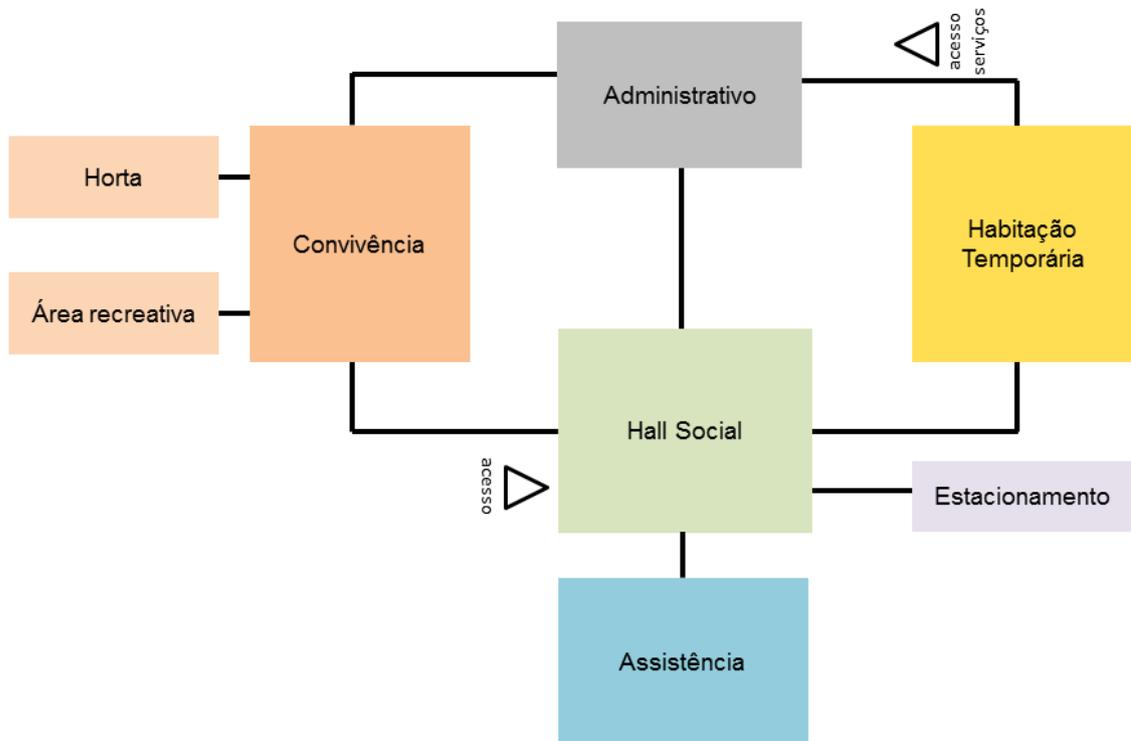


Figura 5.2.5 – Organograma funcional com indicação de acessos do *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso*. **Fonte:** Autora (2017)

5.3 Pressupostos de Partido Arquitetônico

A esta altura do trabalho e, especialmente, por já ser ter em vista qual seria a localização para a implantação da proposta na capital paranaense, assim como o seu porte dimensional, é possível apontar algumas diretrizes que guiarão a tomada do partido arquitetônico para o *Centro de Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso* que será realizado na segunda etapa deste TFG, a qual objetiva propriamente o desenvolvimento do anteprojeto. Assim, são elencados a seguir as principais posturas projetuais a serem observadas nessa próxima fase:

- ✓ Propor uma edificação que proporcione um local de convívio social e desenvolvimento humano de qualidade à população idosa do Município de Curitiba PR, através de variedade da oferta de serviços, de modo a incentivar sua participação social por meio de diversos cursos e atividades que estimulem o envelhecimento ativo;

- ✓ Valorizar tanto construtiva quanto paisagisticamente a utilização do terreno escolhido, o qual está desocupado, possui cobertura vegetal e localiza-se em uma região urbana dotada de infraestrutura e entorno consolidado, em proximidade a um terminal de transporte público, atentando às questões de acessibilidade, segurança, identidade visual e integração com a natureza;
- ✓ Enfatizar a afinidade espacial com vistas ao seu uso por parte dos idosos, de modo a proporcionar as melhores condições de acesso e permanência no local, permitindo a plena utilização dos espaços por pessoas com mobilidade reduzida (ausência de longos percursos, desníveis desnecessários e planos enviesados, além de excesso de superfícies reflexivas);
- ✓ Observar atentamente os elementos relacionados à segurança do local, pelo fato do mesmo estar voltado à utilização por pessoas em condição de maior fragilidade, prevendo limites visuais e físicos que garantam proteção e vigilância, além de evitar a proposição de elementos construtivos que coloquem essa população em risco de acidentes, como espelhos d'água, superfícies escorregadias, cantos vivos e cercas baixas;
- ✓ Promover uma identidade estética diferenciada, através de tratamento cromático e de comunicação visual, com o intuito de colaborar para o estímulo e desenvolvimento cognitivo dos idosos, evitando excessos que favoreçam a confusão e ilegibilidade de informações, mas que torne o edifício um espaço atrativo e de fácil identificação ao seu público-alvo;
- ✓ Explorar a presença de vegetação preexistente no terreno, propiciando a interação interior/exterior através de uma composição voltada para dentro que, ao mesmo tempo em que permita contato com a natureza, garanta certo isolamento do ambiente urbano ao redor da edificação proposta;
- ✓ Procurar equilibrar a tríade da existência humana (corpo/mente/alma), explorando em termos compositivos as preocupações com a saúde física, intelectual e espiritual dos idosos, além de possibilitar a versatilidade espacial por meio de um *layout* que permita futuras adaptações e ampliações conforme as necessidades da população idosa, o que inclui o uso de divisórias e painéis móveis, mobiliário leve e áreas flexíveis para multiuso;
- ✓ Proporcionar a humanização dos espaços arquitetônicos a partir do emprego de elementos (cores, texturas, escalas, etc.) no tratamento dos ambientes internos, os quais possibilitem integrar os idosos ao ambiente, por meio da

criação de uma atmosfera doméstica e familiar, contribuindo para a sensação de bem-estar, tranquilidade e acolhimento;

- ✓ Destacar questões relacionadas ao conforto ambiental, procurando as melhores condições para um projeto que favoreça: a iluminação solar (uso de zenitais e fachadas envidraçadas corretamente direcionadas), a ventilação natural (utilização de aberturas controladas, superfícies vazadas e pé-direitos proporcionalmente dimensionados), o isolamento acústico (emprego de soluções para bloqueio sonoro e/ou filtragem de ruídos) e as adequadas condições térmicas (observação das condições climáticas e de orientação, além da previsão de sistemas de sombreamento e/ou aquecimento);
- ✓ Incluir os 04 (quatro) elementos essenciais da natureza – ar, água, terra e luz (fogo) – na proposta arquitetônica, os quais tem um significado simbólico associado à própria vida, mas também promovem maior qualificação dos ambientes, já que propiciam melhor interrelação do ser humano com seu meio envolvente;
- ✓ Aplicar os princípios relacionados à sustentabilidade das construções (*Green Architecture*), a partir de premissas que permeiam a responsabilidade socioambiental e favoreçam a melhor qualidade de vida, prevendo-se sistemas de economia de energia e água, como captação de águas pluviais e painéis solares, além do emprego de técnicas construtivas que atenuem o impacto ambiental e a geração de resíduos (tetos verdes, fachadas duplas, materiais certificados, etc.); e
- ✓ Respeitar a legislação pertinente e, em especial, as normas de funcionalidade e segurança de uma edificação voltada à saúde humana, assim como critérios de acessibilidade, viabilidade técnica e sustentabilidade socioambiental.

6 CONCLUSÃO

Esta pesquisa teve como intenção básica realizar uma revisão *web-bibliográfica* sobre temas pertinentes à arquitetura para idosos, buscando compreender suas características técnico-funcionais mais relevantes, bem como as peculiaridades arquitetônicas que envolvem esse assunto, de modo a fundamentar uma proposta projetual a ser desenvolvida na sequência: um *Centro Integrado de Convívio e Assistência ao Idoso* em Curitiba PR. Entende-se que a arquitetura possui um papel essencial na proposição de espaços, visando a melhoria da qualidade de vida em atendimento às necessidades de seus usuários. Além disso, questões sobre as alterações que ocorrem devido ao processo de envelhecimento, bem como suas consequências na saúde do indivíduo, colaboraram para esclarecer as necessidades especiais que são inerentes às pessoas idosas.

Com a preocupação contemporânea sobre o crescente envelhecimento da população, exige-se cada vez mais que os ambientes tanto públicos quanto particulares atentem para necessidades funcionais e ergonômicas, por meio da aplicação do desenho universal. Além disso, tais espaços precisam respeitar critérios de conforto ambiental, eficiência e sustentabilidade, assim como serem agradáveis em termos estéticos, otimizando a relação entre o indivíduo e o ambiente construído. Outro ponto relevante trata-se da incorporação de elementos naturais que influenciam direta ou indiretamente nos aspectos fisiológicos, psicológicos e espirituais do ser humano. Foi possível observar este fato nas obras correlatas, quando se constatou o emprego de elementos arquitetônicos que colaboraram para a relação harmônica entre o idoso e seu espaço.

Ao final, acredita-se que foi possível reunir, apesar das inerentes limitações de um trabalho acadêmico, subsídios suficientes para a proposição, em sua segunda fase, de um espaço arquitetônico de qualidade voltado à população idosa de Curitiba PR. A possibilidade de se trabalhar com a gero-arquitetura neste TFG não somente se relaciona com a aplicação dos conhecimentos adquiridos e desenvolvidos no decorrer da graduação em arquitetura e urbanismo, os quais permitem buscar o equilíbrio entre fatores funcionais, técnicos e estéticos, com vistas à sustentabilidade socioambiental, como também oportuniza a experiência de (re)conhecer essa etapa da vida de todo ser humano: a do seu envelhecimento.

7 REFERÊNCIAS

- ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos** (2015). Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_164.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- AGÊNCIA BRASIL. **IBGE: 6,2% da população têm algum tipo de deficiência** (2015). Disponível em: <<http://agenciabrasil.ebc.com.br/geral/noticia/2015-08/ibge-62-da-populacao-tem-algum-tipo-de-deficiencia>>. Acesso em 14 abr. 2017.
- AFLALO GASPERINI. **Hiléa** (2008). Disponível em: <<http://aflalogasperini.com.br/blog/project/hilea/>>. Acesso: 10 abr. 2017.
- ALMEIDA, A. V.; MAFRA, S. C. T.; SILVA, E. P.; KANSO, S. *A feminização da velhice: em foco as características socioeconômicas, pessoais e familiares das idosas e o risco social*. **TEXTOS & CONTEXTOS**, Porto Alegre, v. 14, n. 1, jan./jun. 2015. p. 115-131. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/19830/13313>>. Acesso em: 12 abr. 2017.
- ANSELMINI, A. **Envelhecimento da população mundial: desafios e oportunidades** (2014). Disponível em: <<http://www.portaldoenvelhecimento.com/longevidade/item/857-envelhecimento-da-populacao-mundial-desafios-e-oportunidades>>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- ANVISA – AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução n. 50, de 21 de fevereiro de 2002**. Disponível em: <http://www.redeblh.fiocruz.br/media/50_02rdoc.pdf>. Acesso em: 25 maio 2017.
- ARAÚJO, E. P.; BARBOSA, E. S. *Edifícios e habitações sociais humanizados para idosos*. **UNIVERSITAS: Arquitetura e Comunicação Social**, Brasília, v. 11, n. 2, jul. 2014. p.7-16. Disponível em: <<https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/arqcom/article/view/2559/2436>>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- ARCHDAILY. **Lar Residencial Torre Sênior / Atelier d'Arquitetura J. A. Lopes da Costa** (2014). Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br/759062/lar-residencial-torre-senior-atelier-darquitetura-j-a-lopes-da-costa>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- AREOSA, S. V. C.; COUTO, A. N.; MONTAÑÉS, M. C. M.; WICHMANN, F. M. A. *Grupos de convivência como suporte ao idoso na melhoria da saúde*. **REVISTA Brasileira de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro, v. 16, n. 4, 2013. p. 821-832. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v16n4/1809-9823-rbgg-16-04-00821.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2017.
- ASPR – AÇÃO SOCIAL DO PARANÁ. **Asilo São Vicente de Paulo**. Disponível em: <http://www.aspr.org.br/siteaspr/?page_id=94>. Acesso em: 07 maio 2017.
- ASSIS, A. **Novos modelos de assistência à saúde do idoso: desafios e tendências da arquitetura frente ao envelhecimento populacional brasileiro**. Rio de Janeiro: Dissertação (Mestrado em Ciências em Arquitetura), UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO – UFRJ, 2006.
- ATLAS BRASIL. **O atlas: O Índice de Desenvolvimento Humano Municipal – IDHM** (2013). Disponível em: <http://www.atlasbrasil.org.br/2013/pt/o_atlas/idhm/>. Acesso em: 07 maio 2017.

AZEVEDO, S. F.; BARBOSA, J. M. M.; BRETAS, R. P.; BORGES, P. L. C. *Perfil dos idosos frequentadores de grupos de convivência em Belo Horizonte MG*.

CADERNOS de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v. 24, n. 12, dez. 2008. p. 2798-2808. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001200008&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 13 abr. 2017.

BESTETTI, M. L.T. **Habitação para idosos: o trabalho do arquiteto, arquitetura e cidade**. São Paulo: Tese (Doutorado em Arquitetura), FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FAUUSP, 2006.

BRASIL. **Lei federal n. 8.842, de 4 de janeiro de 1994** – Política Nacional do Idoso (1994). Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/politica-nacional-do-idoso.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

_____. **Lei federal n. 10.741, de 1º de outubro de 2003** – Estatuto do Idoso (2003). Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.741.htm>. Acesso em: 27 mar. 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2006). Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abccad19.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

_____. Previdência Social. **Portaria n. 73, de 10 de maio 2001: Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil** (2001). Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/marg/portar/2001/portaria-73-10-maio-2001-325960-norma-seas.html>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. **Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência** (2012). Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaopessoascomdeficiencia.pdf>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

_____. **Serviço de convivência e fortalecimento de vínculos para pessoa idosa**. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/servicos/cidadao/servico-de-convivencia-e-fortalecimento-de-vinculos-para-pessoa-idosa/93>>. Acesso em: 1º maio 2017.

CARITAS. **Caritas: Ending poverty, promoting justice and restoring dignity**. Disponível em: <<http://www.caritas.org/>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

CASTELNOU, A. M. N. **Ecotopias urbanas: Imagem e consume dos parques curitibanos**. Curitiba: Tese (Doutorado em Meio Ambiente e Desenvolvimento), UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ – UFPR, 2005.

COCHMANSKI, L. C. C. **Diretrizes sustentáveis e saudáveis para melhoria em hospedagem assistida a idosos**. Curitiba: Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil), UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ – UTFPR, 2016.

COSTA, E. F. A.; MONEGO, E. T. *Avaliação geriátrica ampla (AGA)*. **REVISTA da UFG**, v. 5, n. 2, dez. 2003 [on line]. Disponível em: <https://teste.proec.ufg.br/revista_ufg/idoso/aga.html>. Acesso em: 12 abr. 2017.

CURITIBA. **Administrações regionais e bairros**. Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/conteudo/o-que-sao-administracoes-regionais/80>>. Acesso em: 1º maio 2017b.

_____. **Centro de Atividades para Idosos.** Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/servicos/cidadao/centro-de-atividades-para-idosos/738>>. Acesso em: 1º maio 2017a.

_____. **Curitiba acumula distinções em 35 prêmios de relevância nacional e internacional desde 2014** (2016). Disponível em: <<http://www.curitiba.pr.gov.br/noticias/curitiba-acumula-distincoes-em-35-premios-de-relevancia-nacional-e-internacional-desde-2014/38186>>. Acesso em: 1º maio 2017.

_____. **Decreto 212: Aprova o regulamento de edificações do município de Curitiba e dá outras providências** (2007). Disponível em: <<https://leismunicipais.com.br/a/pr/c/curitiba/decreto/2007/21/212/decreto-n-212-2007-aprova-o-regulamento-de-edificacoes-do-municipio-de-curitiba-e-da-outras-providencias-2007-03-22.html>>. Acesso em: 29 maio 2017.

_____. **Lei municipal n. 11.391, de 25 de abril de 2005 – Política Municipal de Atenção ao Idoso** (2005). Disponível em: <<https://cm-curitiba.jusbrasil.com.br/legislacao/336108/lei-11391-05>>. Acesso em: 18 maio 2017.

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Perfil do Idoso em Curitiba: Evolução populacional, condições de vida e de trabalho** (2012). Disponível em: <<http://multimidia.curitiba.pr.gov.br/2012/00120383.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2017.

DORNELES, V. G.; ELY, V. H. M. B.; PEDROSO, E. S. R. *A inserção do idoso no espaço público urbano.* **ENTAC – Encontro Nacional de Tecnologia no Ambiente Construído**, Florianópolis, UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC, 2006. p. 2732-2741. Disponível em: <http://www.infohab.org.br/entac2014/2006/artigos/ENTAC2006_2732_2741.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2017.

FAS – FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL. **Atendimento à população idosa em Curitiba.** Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=192>>. Acesso em: 1º maio 2017b.

_____. **Centro Atividades Pessoa Idosa – CATI Boqueirão.** Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/nucleoregional.aspx?idf=50>>. Acesso em: 1º maio 2017c.

_____. **Conselho Municipal dos direitos da Pessoa Idosa – CMDPI.** Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=59>>. Acesso em: 1º maio 2017a.

_____. **Instituições de Longa Permanência para idosos.** Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/conteudo.aspx?idf=111>>. Acesso em: 07 maio 2017d.

_____. **Protocolo Qualidade em Instituições de Longa Permanência para Idosos (PQILPI's): Orientação para gestores – Pessoa idosa e familiares.** Curitiba: PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA – PMC: FUNDAÇÃO DE AÇÃO SOCIAL – FAS: DIRETORIA DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL – DPSE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS: DIRETORIA DE SAÚDE AMBIENTAL – VISA, 2009. Disponível em: <<http://www.fas.curitiba.pr.gov.br/baixarMultimidia.aspx?idf=8122>>. Acesso em: 07 maio 2017.

FEAES – FUNDAÇÃO ESTATAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE DE CURITIBA. **Estrutura hospitalar do Hospital do Idoso Zilda Arns**. Disponível em: <<http://www.feaes.curitiba.pr.gov.br/estrutura-hospitalar.html>>. Acesso em: 07 maio 2017.

FENIANOS, E. E. **Manual Curitiba: A cidade em suas mãos**. Curitiba: UniverCidade, 2003.

_____.; SADE, S. **Cabral – Juvevê: A casa do urbanismo curitibano**. Curitiba: UniverCidade, Col. Bairros de Curitiba, n. 2, 1995

GONÇALVES, A. *Centro para idosos fecha as portas em SP*. In: **O ESTADO de São Paulo**, 11 jul. 2009. Disponível em: <<http://vida-estilo.estadao.com.br/noticias/geral,centro-para-idosos-fecha-as-portas-em-sp,401481>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

HERTZBERGER, H. **Lições de arquitetura**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira (2015)**. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv95011.pdf>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

IDL – INSTITUTO DE LONGEVIDADE MONGERAL AEGON/FGV. **Índice de Desenvolvimento Urbano para Longevidade (2017)**. Disponível em: <<http://idl.institutomongeralaegon.org/>>. Acesso em: 1º maio 2017.

IGP – INSTITUTO GEOGRÁFICO PORTUGUÊS. **Carta Administrativa Oficial de Portugal (CAOP) (2013)**. Disponível em: <http://www.dgterritorio.pt/ficheiros/cadastro/caop/caop_download/caop_2013_0/areasfregmundistcaop2013_2>. Acesso em: 28 abr. 2017.

IPARDES – INSTITUTO PARANAENSE DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E SOCIAL. **Caderno estatístico Município de Curitiba (2017)**. Disponível em: <<http://www.ipardes.gov.br/cadernos/MontaCadPdf1.php?Municipio=80000&btOk=ok>>. Acesso em: 1º maio 2017.

IPPUC – INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO DE CURITIBA. **População: Análise Censo 2010 (2010)**. Disponível em: <http://www.ippuc.org.br/visualizar.php?doc=http://admsite2013.ippuc.org.br/arquivos/documentos/D356/D356_003_BR.pdf>. Acesso em: 1º maio 2017

JORDÃO NETTO, A. **Gerontologia básica**. São Paulo: Lemos, 1997.

KALACHE, A. *Envelhecimento populacional no Brasil: uma realidade nova*. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 3, 01 jul. 1987. p.217-220. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1987000300001>. Acesso em 26 mar. 2017.

LA ROSA, J. *A terceira idade*. In: FERREIRA, B. W.; RIES, B. E. **Psicologia e educação: desenvolvimento humano – Adolescência e vida adulta**. 2. ed. Porto Alegre: PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL – PUCRS, v. 2, 2003. p. 151-167.

LEAL, L. V. *O desafio de desenvolver um projeto que promova a qualidade de vida de portadores de Alzheimer (2010)*. In: **REVISTA AU – Arquitetura e Urbanismo**. São Paulo: Pini, n. 180, mar. 2010. Disponível em: <<http://www.au.pini.com.br/arquitetura-urbanismo/180/a-vida-sem-limitacoes-hilea-sao-paulo-de-aflalo-128077-1.aspx>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

LEOBEN. **City of Leoben: Information and services**. Disponível em: <<https://www.leoben.at/en/>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

LITTLEFIELD, D. **Manual do arquiteto: Planejamento, dimensionamento e projeto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Bookman, 2011.

LOPES DA COSTA. **Lar Residencial Torre Sênior**. Disponível em: <<http://lopesdacosta.pt/>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MARTINS, C.; LARSEN, P. *Sócios do escritório Aflalo & Gasperini, o mais antigo em atividade no Brasil, falam sobre a constante busca pela inovação na arquitetura* (2010). In: **REVISTA AU – Arquitetura e Urbanismo**. São Paulo: Pini, n. 193, abr. 2010. Disponível em: <<http://www.au.pini.com.br/arquitetura-urbanismo/193/tradicao-inovar-com-48-anos-o-aflalo-gasperini-e-169509-1.aspx>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

MARTINS, M. J. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Dietger Wissounig Architekten** (2016). Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br/788077/lar-de-reposo-e-cuidados-especiais-dietger-wissounig-architekten>>. Acesso em: 20 abr. 2017.

MOSCI, T. L. **Como envelhecemos e quais as principais repercussões** (2014). Disponível em: <<http://sbgg.org.br/sobre-como-envelhecemos-e-quais-as-principais-repercussoes/>>. Acesso em: 26 mar. 2017.

MRPLANOS. **Casa de repouso y enfermaria: Dietger Wissouning Architekten** (2015). Disponível em: <<https://planosdecasas.net/casa-de-reposo-y-enfermeria-dietger-wissounig-architekten/>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

NEUFERT, E. **A arte de projetar em arquitetura**. 17. ed. São Paulo: Gustavo Gili do Brasil, 2004.

OBA, L. T. **Os marcos urbanos e a construção da cidade: A identidade de Curitiba**. São Paulo: Tese (Doutorado em Arquitetura), FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FAUUSP, 1998.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Genebra: OMS, 2015.

OPAS – ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: OPAS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PAIÃO, R. **Lar Residencial Torre Sênior** (2015). Disponível em: <https://www.homify.pt/livros_de_ideias/15107/lar-residencial-torre-senior>. Acesso em: 28 abr. 2017.

PEREIRA, G. M. *Condomínio inclusivo: uma arquitetura para todos*. **SEMINÁRIO Internacional Sociedade Inclusiva: ações inclusivas de sucesso**, III, Belo Horizonte, PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA – PUC, 2004. p. 01-19. Disponível em: <http://proex.pucminas.br/sociedadeinclusiva/sem3/gabriela_morais_pereira.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2017.

PORTAL BRASIL. **População idosa no Brasil cresce e diminui número de jovens, revela Censo** (2011). Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2011/04/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

- PORTAL G1. **Em 50 anos, percentual de idosos mais que dobra no Brasil** (2012). Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/em-50-anos-percentual-de-idosos-mais-que-dobra-no-brasil.html>>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- PORTAL SIGNIFICADOS. **Significado de terceira idade**. Disponível em: <<https://www.significados.com.br/terceira-idade/>>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- PORTAL TERCEIRA IDADE. **Condições de vida do idoso no Brasil** (2013). Disponível em: <<https://www.aterceiraidade.com/vivendo-com-saude/condicoes-de-vida-do-idoso-no-brasil/>>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- RFM. **Hiléa – Centro de Vivência e Desenvolvimento para Idosos** (2008). Disponível em: <<http://www.rfm.com.br/empreendimentos/hilea-centro-de-vivencia-e-desenvolvimento-para-idosos/>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- RODRIGUES, N. C. *Política nacional do idoso: retrospectiva histórica*. **ESTUDOS Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 1, n. 3, 2001. p.149-158. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4676/2593>>. Acesso em: 14 abr. 2017.
- SCHMID, A. L. **A ideia de conforto: reflexões sobre o ambiente construído**. Curitiba: Pacto Ambiental, 2005.
- SCHOOOF, J. **Weißer (Nutzungs-)Vielfalt: Senioren- und Pflegewohnhaus in Leoben** (2015). Disponível em: <<http://www.detail.de/artikel/weisse-nutzungs-vielfalt-senioren-und-pflegewohnhaus-in-leoben-26442/>>. Acesso em: 28 abr. 2017.
- SORDI, J. **Número de idosos quase triplicará no Brasil até 2050, afirma OMS** (2015). Disponível em: <<http://zh.clicrbs.com.br/rs/vida-e-estilo/vida/noticia/2015/09/numero-de-idosos-quase-triplicara-no-brasil-ate-2050-afirma-oms-4859566.html>>. Acesso em: 27 mar. 2017.
- STOPPE JUNIOR, A. **Depressão na terceira idade: apresentação clínica e abordagem terapêutica**. 2. ed. São Paulo: lemos Editorial, 1999.
- TORRE SENIOR. **Torre Sênior: Residências Assistidas – Caldas da Saúde** (2014). Disponível em: <<http://www.torresenior.pt/pt/inicio/>>. Acesso em: 10 abr. 2017.
- UNFPA – FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Envelhecimento no século XXI: celebração e desafio**. Nova York: Helpage International, 2012.
- UJIKAWA, C. M. **Vila dos anciãos: intervenção urbana em área degradada destinada à habitação e convívio de idosos**. São Paulo: Tese (Doutorado em Arquitetura e Urbanismo), FACULDADE DE ARQUITETURA E URBANISMO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – FAUUSP, 2010.
- VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. *Transição demográfica: a experiência brasileira*. **EPIDEMIOLOGIA e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, dez. 2012. p. 539-548. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/ess/v21n4/v21n4a03.pdf>>. Acesso em: 20 mar. 2017.
- VERAS, R. *Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações*. **CADERNOS de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 43, 30 nov. 2008. p.548-554.
- WISSOUNING. **Nursinghome Leoben**. Disponível em: <<http://www.wissounig.com/projects/sozialzentrum-leoben-goss?lang=en>>. Acesso em: 28 abr. 2017.

TRINDADE, E.; RAMOS, A.; VIEIRA, M.; COLLET, T.; ROCHA, E. G. *Nós que éramos tão velhos*. **ÉPOCA**, n. 65, ano II, 2010. p.40-48.

ZIMERMAN, G. I. **Velhice: aspectos biopsicossociais**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

8 FONTES DE ILUSTRAÇÕES

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050 – Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos** (2015). Disponível em: <http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_164.pdf>. Acesso em: 14 abr. 2017.

AFLALO GASPERINI. **Hiléa: Corte longitudinal** (2015j). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_08.jpg>.

_____. **Hiléa: Inserção urbana** (2015b). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_06.jpg>.

_____. **Hiléa: Planta do pavimento térreo** (2015e). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_10.jpg>.

_____. **Hiléa: Planta do pavimento-tipo** (2015i). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_11.jpg>.

_____. **Hiléa: Planta do primeiro pavimento** (2015f). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_09.jpg>.

_____. **Hiléa: Tratamento externo I** (2015c). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_02.jpg>.

_____. **Hiléa: Tratamento externo II** (2015d). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_05.jpg>.

_____. **Hiléa: Vista do acesso** (2015k). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_03.jpg>.

_____. **Hiléa: Vista da sala de terapia ocupacional** (2015g). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_07.jpg>.

_____. **Hiléa: Vista da sala de multiuso I** (2015h). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_04.jpg>.

_____. **Hiléa: Vista geral** (2015a). Disponível em: <http://aflalogasperini.com.br/wp-content/uploads/2015/08/img_fotos_hilea_01.jpg>. Acesso em: 12 abr. 2017.

ARCHDAILY. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Corte longitudinal** (2016i). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/411e/e58e/ce12/7a00/0349/slideshow/longitudinal_section.jpg?1445478678>. Acesso em: 20 abr.2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Dormitório** (2016m). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3e5d/e58e/cee6/f000/0364/slideshow/%E2%88%8Fpaul-ott_SzGss_056.jpg?1445477962>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Fachada principal** (2016d). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3e8c/e58e/cee6/f000/0365/slideshow/%E2%88%8Fpaul-ott_SzGss_060.jpg?1445478013>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Iluminação zenital** (2016k). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3e2a/e58e/ce12/7a00/0340/slideshow/%E2%88%8Fpaul-ott_SzGss_037.jpg?1445477909>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Implantação** (2016e). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/40f1/e58e/cee6/f000/0369/slideshow/DWA_Pflegeheim_Leoben_Plan_4.jpg?1445478630>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Inserção urbana** (2016b). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3f9e/e58e/ce12/7a00/0347/slideshow/-%EF%BF%BDpaul-ott_SzGss_008.jpg?1445478283>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Integração espacial** (2016l). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3e11/e58e/cee6/f000/0362/slideshow/%E2%88%8Fpaul-ott_SzGss_031.jpg?1445477883>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Planta do pavimento térreo** (2016f). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/4110/e58e/cee6/f000/036b/slideshow/ground_floor_plan.jpg?1445478663>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Planta do primeiro pavimento** (2016g). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/4101/e58e/cee6/f000/036a/slideshow/first_floor_plan.jpg?1445478647>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Planta do segundo pavimento** (2016h). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/4138/e58e/ce12/7a00/034a/slideshow/second_floor_plan.jpg?1445478702>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Vista do entorno imediato** (2016n). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3f61/e58e/ce12/7a00/0346/slideshow/%E2%88%8Fpaul-ott_SzGss_095.jpg?1445478222>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Vista externa** (2016c). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3f0b/e58e/ce12/7a00/0344/slideshow/%E2%88%8Fpaul-ott_SzGss_082.jpg?1445478140>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Vista geral** (2016a). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3e77/e58e/ce12/7a00/0341/slideshow/%E2%88%8Fpaul-ott_SzGss_057.jpg?1445477987>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais: Vista interna** (2016j). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/5628/3dd6/e58e/cee6/f000/0361/slideshow/%E2%88%8Fpaul-ott_SzGss_025.jpg?1445477819>. Acesso em: 20 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Corte longitudinal** (2014j). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b91a/e58e/ce40/d700/00de/large_jpg/313_LarTS-10_Corte1.jpg?1418639632>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Corte transversal** (2014i). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b92e/e58e/ceb1/6f00/00e4/large_jpg/313_LarTS-12_Corte4.jpg?1418639655>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Fachada norte** (2014m). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b91c/e58e/ceb1/6f00/00e3/large_jpg/A72Q9863_a.jpg?1418639629>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Fachada sul** (2014c). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b891/e58e/ceb7/6d00/010a/large_jpg/A72Q2252_a.jpg?1418639485>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Implantação** (2014b). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b8a1/e58e/ce40/d700/00d9/large_jpg/313_LarTS-02_Implanta%C3%A7%C3%A3o.jpg?1418639492>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Outra vista da fachada sul** (2014d). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b883/e58e/ce40/d700/00d8/large_jpg/A72Q2264_a.jpg?1418639480>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Planta do pavimento superior** (2014h). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b8ec/e58e/ceb7/6d00/010e/large_jpg/313_LarTS-05_PlantaPiso1.jpg?1418639576>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Planta do pavimento térreo** (2014g). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b8d4/e58e/ceb1/6f00/00de/large_jpg/313_LarTS-05_PlantaPiso0.jpg?1418639554>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Planta do primeiro subsolo** (2014f). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b8cc/e58e/ce40/d700/00db/large_jpg/313_LarTS-04_PlantaCave.jpg?1418639547>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Planta do segundo subsolo** (2014e). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b8b5/e58e/ce40/d700/00da/large_jpg/313_LarTS-03_PlantaSubCave.jpg?1418639532>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Vista das sacadas** (2014l). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b958/e58e/ce40/d700/00e2/large_jpg/IMG_4854.jpg?1418639695>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Vista de um átrio** (2014n). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b931/e58e/ceb7/6d00/0111/large_jpg/A72Q9867_a.jpg?1418639652>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Vista do terraço** (2014k). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b8e9/e58e/ce40/d700/00dc/large_jpg/A72Q2465.jpg?1418639565>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Vista geral** (2014a). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b8f2/e58e/ceb1/6f00/00e0/large_jpg/A72Q2555-A_a.jpg?1418639590>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Vista interna I** (2014o). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b944/e58e/ceb1/6f00/00e6/large_jpg/A72Q9881_a.jpg?1418639671>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Vista interna II** (2014p). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b949/e58e/ce40/d700/00e1/large_jpg/A72Q9885.jpg?1418639680>. Acesso em: 28 abr. 2017.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior: Vista interna III** (2014q). Disponível em: <http://images.adsttc.com/media/images/548e/b8fe/e58e/ceb1/6f00/00e1/large_jpg/A72Q9847.jpg?1418639603>. Acesso em: 28 abr. 2017.

ASPR – AÇÃO SOCIAL DO PARANÁ. **Asilo São Vicente de Paulo** (2014). Disponível em: <http://www.aspr.org.br/siteasp/wp-content/uploads/2014/11/Asilo_Sao_Vicente_de_Paulo.jpg>. Acesso em: 07 maio 2017.

BRITO, F. *Transição demográfica e desigualdades sociais no Brasil*. **REVISTA Brasileira de Estudos de População**, São Paulo, v. 25, n. 1, jan./jun. 2008. p. 5-26. Disponível em: <<http://www.scielo.br/img/revistas/rbepop/v25n1/a02gra03.gif>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

CANTAR BRINCAR JOGAR. **Apresentação musical no CATI Boqueirão** (2011). Disponível em: <<https://cantarbrincarjogar.files.wordpress.com/2011/12/dsc07365.jpg>>. Acesso em: 1º maio 2017.

_____. **Exposição de artesanato desenvolvido no CATI Boqueirão** (2011b). Disponível em: <<https://cantarbrincarjogar.files.wordpress.com/2011/12/dsc07394.jpg>>. Acesso em: 1º maio 2017.

_____. **Exposição de artesanato desenvolvido no CATI Boqueirão** (2011c). Disponível em: <<https://cantarbrincarjogar.files.wordpress.com/2011/12/dsc07395.jpg>>. Acesso em: 1º maio. 2017.

CMC – CÂMARA MUNICIPAL DE CURITIBA. **Hospital do Idoso Zilda Arns** (2016). Disponível em: <http://www.cmc.pr.gov.br/mp3Temp/slider26000Hospital_do_Idoso_-_CC_B74A0751.JPG>. Acesso em: 07 maio 2017.

COCHMANSKI, L. C. C. **Diretrizes sustentáveis e saudáveis para melhoria em hospedagem assistida a idosos**. Curitiba: Dissertação (Mestrado em Engenharia Civil), UNIVERSIDADE TECNOLÓGICA FEDERAL DO PARANÁ – UTFPR, 2016.

CURITIBA. **Perfil econômico das Regionais fornece dados para investidores e políticas públicas** (2013). Disponível em: <<http://multimidia.curitiba.pr.gov.br/2013/00139440.jpg>>. Acesso em 20 maio 2017.

CURITIBA-PARANÁ. **Cabral bairro de Curitiba** (2017). Disponível em: <<http://www.curitiba-parana.net/mapas/imagens/mapa-cabral.jpg>>. Acesso em: 26 maio. 2017.

DATAPEDIA. **Expectativa de vida: Evolução – Esperança de vida ao nascer (1991-2010) em Curitiba PR**. Disponível em: <<http://www.datapedia.info/public/cidade/2720/pr/curitiba/?b=1#expectativa>>. Acesso em: 07 maio 2017.

DIEESE – DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SOCIOECONÔMICOS. **Perfil do Idoso em Curitiba: Evolução populacional, condições de vida e de trabalho** (2012). Disponível em: <<http://multimidia.curitiba.pr.gov.br/2012/00120383.pdf>>. Acesso em: 03 maio 2017.

FISIOTERAPIA SP. **A casa do idoso** (2010). Disponível em: <<https://fisioterapiasp.files.wordpress.com/2010/08/casa-idoso.jpg>>. Acesso em: 14 abr. 2017.

FLICKR. **Hiléa um novo estilo de vida: Vista de um quarto (2008)**. Disponível em: <https://c2.staticflickr.com/4/3561/3346679011_188db51c19_z.jpg?zz=1>. Acesso em: 13 abr. 2017.

GOOGLE MAPS. **Albergue São João Batista (Curitiba, PR)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Albergue+S%C3%A3o+Jo%C3%A3o+Batista/@-25.4446053,-49.2615913,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x94dce45eff1453c3:0xde7e122dc03dd3ab!8m2!3d-25.4446053!4d-49.2615913>>. Acesso em: 21 maio. 2017a.

_____. **Associação Santa Rita de Cássia – Lar Iracy Dantas de Andrade (Curitiba, PR)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Associa%C3%A7%C3%A3o+Santa+Rita+de+C%C3%A1ssia+-+Lar+Iracy/@-25.5201813,-49.2586851,20.2z/data=!4m5!3m4!1s0x94dcfb0b927afae5:0x251b877df7902284!8m2!3d-25.5201233!4d-49.2587011>>. Acesso em: 21 maio. 2017c.

_____. **CATI Boqueirão (Curitiba, PR)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Cati+Boqueir%C3%A3o/@-25.5171237,-49.230461,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x94dcfa58f28e8b67:0xe230182e25863ad8!8m2!3d-25.5171237!4d-49.230461>>. Acesso em: 1º maio 2017d.

_____. **Confederação Evangélica de Assistência Social do Paraná (Curitiba, PR)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/CEASPA+-+Confedera%C3%A7%C3%A3o+Evang%C3%A9lica+de+Assist%C3%Aancia+Soci al+do+Paran%C3%A1/@-25.4359883,-49.2964315,16.7z/data=!4m5!3m4!1s0x94dce3edb19683cd:0xb0c97bb2622f42de!8m2!3d-25.4359022!4d-49.2964338>>. Acesso em: 21 maio. 2017b.

_____. **Instituto de Reabilitação Lucy Montoro (São Paulo, SP)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Instituto+de+Reabilita%C3%A7%C3%A3o+Lucy+Montoro/@-23.6326574,-46.7357565,161m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x0:0x537a659db375da42!8m2!3d-23.6326574!4d-46.7352343>>. Acesso em: 12 abr. 2017c.

_____. **Lar de Repouso e Cuidados Especiais (Leoben, Áustria)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/G%C3%B6ss+Abbey @47.3637114,15.0954808,255m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0x4771de5a2523768d:0xaab20a070467ac80!8m2!3d47.3630483!4d15.0956364>>. Acesso em: 28 abr. 2017b.

_____. **Lar Residencial Torre Sênior (Santo Tirso, Portugal)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Torre+S%C3%A9nior,+S.A./@41.3554332,-8.4823992,553m/data=!3m1!1e3!4m5!3m4!1s0xd245f56df27c4c7:0x483da8cb21eceb0f!8m2!3d41.3554332!4d-8.4823992>>. Acesso em: 17 abr. 2017a.

_____. **Terminal Cabral (Curitiba, PR)**. Disponível em: <<https://www.google.com.br/maps/place/Terminal+Cabral/@-25.4066445,-49.2548752,17z/data=!3m1!4b1!4m5!3m4!1s0x94dce42868c0c9f9:0x7ac7e49f632b9586!8m2!3d-25.4066445!4d-49.2526865>>. Acesso em: 26 maio. 2017.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Infográficos: Evolução populacional e pirâmide etária – Comparação do IDH**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/populacao.php?lang=&codmun=410690&>

search=parana|curitiba|infogr%E1ficos:-evolu%E7%E3o-populacional-e-pir%E2mide-et%E1ria>. Acesso em: 03 maio 2017.

IPPUC – INSTITUTO DE PESQUISA E PLANEJAMENTO DE CURITIBA. **Delimitação das administrações regionais de Curitiba** (2015). Disponível em: <<http://multimedia.curitiba.pr.gov.br/2015/capa/00173040.jpg>>. Acesso em: 07 maio 2017.

_____. **População: Análise Censo 2010** (2010). Disponível em: <http://www.ippuc.org.br/visualizar.php?doc=http://admsite2013.ippuc.org.br/arquivos/documentos/D356/D356_003_BR.pdf>. Acesso em: 1º maio 2017

PANORAMIO. **Vista interna do Terminal Boqueirão (Curitiba PR)**. Disponível em: <<http://static.panoramio.com/photos/original/11062905.jpg>>. Acesso em: 18 maio 2017.

PORTAL G1. **Em 50 anos, percentual de idosos mais que dobra no Brasil** (2012). Disponível em: <<http://g1.globo.com/brasil/noticia/2012/04/em-50-anos-percentual-de-idosos-mais-que-dobra-no-brasil.html>>. Acesso em: 27 mar. 2017.

SOCIACAM. **Vista geral do Terminal Boqueirão (Curitiba PR)**. Disponível em: <<http://www.socicam.com.br/img/upload/terminais/395/236.jpg>>. Acesso em: 18 maio 2017.

STAN. **Projetos conceito: Hiléa – Vista da sala de multiuso II** (2008b). Disponível em: <http://stan.com.br/data/uploads/XFqZ58maPHf2Bd5i_bf855ef3c666af4aa3d45cb2ebf6ba9f.jpg>.

_____. **Projetos conceito: Hiléa – Vista da sala de multiuso III** (2008c). Disponível em: <http://stan.com.br/data/uploads/DqiAPZz3NByNnITc_ee78a2cecaa3bf2658c2fc96d7e2615.jpg>.

_____. **Projetos conceito: Hiléa – Vista do restaurante** (2008a). Disponível em: <http://en.stan.com.br/data/uploads/llvhlIfDuGbgjCg5_6f73c7a0e3b71825a5707f88f13e7fcd.jpg>. Acesso em: 12 abr. 2017.