

UNIVERSIDADE FEEVALE
INSTITUTO DE CIÊNCIAS EXATAS E TECNOLÓGICAS

CARMEN EDILENE CARDOSO

CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

Novo Hamburgo

2014

CARMEN EDILENE CARDOSO

CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

Pesquisa de Trabalho de Conclusão de
Curso apresentado como requisito
parcial à obtenção do grau de Bacharel
em Arquitetura e Urbanismo pela
Universidade Feevale

Professores: ALESSANDRA MIGLIORI DO AMARAL; CAROLINE KEHL

Orientadora: MARIA REGINA RAU DE SOUZA

Novo Hamburgo

2014

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	3
2 CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS	4
2.1 CENTROS GERIÁTRICOS	4
2.1.1 ORIGEM DOS ASILOS	4
2.2 EXPECTATIVA DE VIDA DO SER HUMANO	8
2.3 POSIÇÃO DO IDOSO NA SOCIEDADE.....	9
2.4 SAÚDE DO IDOSO	10
2.4.1 ASPECTOS RELATIVOS AO CORPO - ATIVIDADE FÍSICA	11
2.4.2 ASPECTOS RELATIVOS A MENTE - TERAPIAS OCUPACIONAIS	13
3 LOTE	16
3.1 HISTÓRICO DA CIDADE DE IGREJINHA	16
3.2 LOCALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA	17
3.3 TOPOGRAFIA E DIMENSÕES DO LOTE	19
3.4 LEVANTAMENTO PLANIALTIMÉTRICO.....	20
3.5 ÍNDICES URBANÍSTICOS	21
3.6 INFRA ESTRUTURA	23
3.7 SISTEMA / FLUXO VIÁRIO	24
3.8 O ENTORNO.....	25
3.9 CONDICIONANTES CLIMÁTICOS.....	33
4 ESTUDO DE CASO	34
4.1 HM GERIATRIA	34
4.2 LAR DO IDOSO DE IGREJINHA	38
5 PROJETOS ANÁLOGOS	45
5.1 NOVALLAR DE CUNIT	45
5.2 HILÉA - CENTRO DE VIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO PARA IDOSOS.....	48
6 REFERÊNCIAS FORMAIS.....	54
6.1 EDIFÍCIO SÓCIO-SANITÁRIO DO PARQUE HOSPITALA MARTÍ I JULIÀ	54
6.2 NEW NORTH ZEALAND HOSPITAL	58
7 LEGISLAÇÃO	63

7.1 ESTATUTO DO IDOSO.....	63
7.2 NBR 9050 – ACESSIBILIDADE EM EDIFICAÇÕES, MOBILIÁRIO, ESPAÇOS E EQUIPAMENTOS URBANOS	64
7.3 ANVISA	70
8 PROPOSTA DO TRABALHO.....	73
8.1 ALA 1: MORADIA.....	73
8.2 ALA 2: APOIO	74
8.3 ALA 3: ATIVIDADES	75
9 PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ DIMENSIONAMENTO.....	78
10 CONCLUSÃO.....	81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	82

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata de Centros de Convivência para Idosos. Aborda a importância destas instituições serem o local destinado a acolher as pessoas idosas que necessitam de atenção e cuidados especiais.

É objetivo deste trabalho, demonstrar a importância do envelhecimento saudável e as medidas necessárias para garantir uma vida longa, com saúde equilibrada. Neste sentido, torna-se fundamental compreender como devem ser os ambientes que abrigam idosos e quais equipamentos os mesmos devem conter, para garantir um local funcionalmente adequado, respeitando limitações e necessidades típicas desta fase da vida.

A pesquisa aborda uma breve investigação histórica sobre centros geriátricos, desde sua origem. Com isto percebemos a importância destes locais desde longa data quando já se fazia necessário possuir cuidadores especiais para esta faixa etária. Aborda-se também a posição do idoso na sociedade, a forma como é visto hoje e sua importância no contexto social. A saúde física e mental afeta diretamente o processo de envelhecimento de uma pessoa. É enfatizada a importância da atividade física na vida das pessoas para um envelhecimento equilibrado. As terapias ocupacionais também são destaques neste trabalho, pois auxiliam na saúde mental do idoso.

Este trabalho contempla, também, referências análogas de instituições que se destacam pela boa organização dos espaços internos e externos e do programa de necessidades, tornando projetos exemplares. Por último, o trabalho apresenta referências formais, nas quais pode-se perceber a volumetria, materiais utilizados e a forma com a qual o edifício poderá ser implantado no lote.

A metodologia utilizada apoia-se em pesquisa bibliográfica, enriquecida com estudos de caso, os quais ampliam o repertório projetual relativo ao tema.

2 CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

2.1 CENTROS GERIÁTRICOS

Os centros geriátricos ou as ILPIs - Instituto de Longa Permanência para Idosos - são estabelecimentos para atendimento integral institucional e o público alvo são pessoas com 60 anos ou mais, dependentes ou independente que não possuem condições de se manter junto a suas famílias ou em seu domicílio. Estas instituições são conhecidas por outros vários nomes: abrigo, asilo, lar, casa de repouso, clínica geriátrica e ancianato. Este local deve proporcionar serviços na área social, médica, psicológica, de enfermagem, fisioterapia, terapia ocupacional, odontologia e em outras áreas conforme este segmento etário necessita (BOECHAT, 2006 apud CHRISTOPHE 2009).

Muitas pessoas ainda possuem uma visão negativa sobre instituições que estão se proliferando pelo país. Existe desconfiança, preconceito e são vistas como "depósitos de velhos". Esta é apontada como uma modalidade mais antiga e universal de atendimento ao idoso fora do seu lar, do convívio familiar. Para o brasileiro, os asilos remetem pobreza, negligência e abandono do idoso pelas suas famílias. As famílias sentem sentimento de culpa e fracasso por conduzirem seus idosos para residirem neste tipo de instituição (NOVAES, 2003 apud CHRISTOPHE, 2009).

O Brasil possui apenas 3.548 instituições em todo o país e nelas vivem 83.870 pessoas com mais de 60 anos. Em dez anos, o número de pessoas com mais de 60 anos aumentou 41% e a população com mais de 80 anos cresceu 61% (IPEA, 2011).

2.1.1 ORIGEM DOS ASILOS

O asilo foi uma das formas encontradas para cuidar do idoso dependente, aquele que tem dificuldade ou impossibilidade de se cuidar, seja por deficiência física ou cognitiva, ou por falta de rendimentos para o seu próprio sustento. A história dos asilos iniciou na Grécia antiga, como denota a existência de *gerontokomeion* para cuidar dos idosos. Proveniente do

Império Bizantino a mais antiga legislação de funcionamento destes estabelecimentos, perpetuada no código Justiniano, que data de 534 da era cristã (CRISTOPHE, 2009).

O primeiro gerontocômio no mundo ocidental pode ter sido fundado pelo Papa Pelágio II (52-590), que transformou sua própria casa em hospital para idosos (REZENDE, 2002 apud CRISTOPHE, 2009)

Na Inglaterra na Idade Média, no século X foi construído casas junto aos mosteiros que eram chamadas *almshouses*. Elas eram destinadas à caridade (*alms*) e hospitalidade em geral, que serviam de abrigo para idosos desamparados e pessoas necessitadas (CANNON, 2004 apud CRISTOPHE, 2009).

A *almhouses* mais antiga que ainda está em funcionamento é o Hospital de St. Cross, em Winchester, criado entre 1133 e 1136. Seus recursos vinham dos mosteiros, doações de outros benfeitores, que com isso tinham o poder de determinar quem poderia ou não receber a caridade. No início do século XIII, as *almhouses* recebiam muitas doações de heranças.

Ao longo dos séculos na Europa, muitas instituições surgiram para abrigar seus idosos.

Do outro lado do Oceano Atlântico, no Novo Mundo, as instituições de caridade deste tipo chegaram com os colonizadores ingleses e se desenvolveu em várias modalidades: *almshouses*, *poorhouses*, *poor farms*, enfermarias do condado, asilos(*asylums*) casas do condado, sempre com o propósito de abrigar pessoas que gerassem muito custo manter de outra forma. O governo central era proprietário destas casas e administrava algumas delas, isto ocorria em alguns estados, pois em outros era as municipalidades que administravam.

Existiam estados que se recusavam a construir e manter as *poorhouses* devido aos custos que gerava e alojavam os pobres fora de seus limites ou pagavam a fazendeiros para alojá-los, as vezes, junto com toda a sua família (CRISTOPHE, 2009).

No ano de 1890 foi criado no Rio de Janeiro, um dos primeiros asilos voltado exclusivamente para a população idosa. Foi a Fundação do Asilo São Luiz criado para a velhice desamparada. Esta fundação trabalhava com o intuito de os idosos fossem identificados como uma população com características específicas, com o objetivo de torná-los visíveis e fazer deles um alvo das preocupações sociais. Porém, não foi o que aconteceu, pois funcionava com um mundo à parte, isolado do que acontecia no restante da cidade. Este asilo que no começo abrigava idosos pobres, dentro da ótica filantrópica-assistencialista do século XIX, a partir de 1909 passou a manter uma ala que se destinava às pessoas que podiam pagar um valor mensal. O asilo São Luiz, hoje é considerado como uma instituição para idosos de alta renda (NOVAES, 2003 apud CRISTOPHE, 2009).

Figura 1 - Asilo São Luiz - Rio de Janeiro



Fonte: Casa Luiz, 2014

Com isto, o Brasil se tornou uma sociedade predominantemente urbana e com um alto índice de envelhecimento populacional. Estas transformações ocasionaram importantes consequências sociais e econômicas tanto para a população como um todo como para a população idosa.

O idoso absorve direta ou indiretamente esta situação, principalmente as decorrentes de ordem financeira e social, pois muitos estão incapacitados para viverem sozinhos e precisam de cuidados especiais e contínuos. Ultimamente a dificuldade no convívio entre gerações e a sociedade vem contribuindo muito para isto, pois diante da acelerada industrialização, da nuclealização crescente da família e de salários e insuficientes para mantê-la, a classe trabalhadora se vê impossibilitada de abrigar seus idosos (ESPITIA *et al*, 2006).

No Brasil as famílias estão se modificando com a modernização da sociedade. Com a inserção da mulher no mercado de trabalho, os contraceptivos, a redução do tamanho das famílias e a falta de tempo na vida atual vêm modificando a relação do cuidado. Diante destas mudanças, a escassez de alternativas para que as famílias possam manter seus velhos em casa e a questão dos idosos sem referência familiar têm impulsionado a demanda por internações em instituições (ESPITIA *et al*, 2006).

Estas instituições já existem no Brasil há muitos anos e o número de novas instituições vem crescendo cada vez mais, pois a procura também está aumentando.

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com incapacidades físicas e mentais, os chamados asilos deixaram de fazer parte de rede de assistência social ao idoso para fazer parte da rede de assistência à saúde (KANE e KANE apud CRISTOPHE 2009).

Conforme sugerido pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia a nova função híbrida destas instituições passou a ser adotada a denominação "Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI)".

Algumas famílias tentam cuidar de seus idosos o maior tempo possível em seu lar junto de suas famílias e somente mais tarde com uma idade mais avançada é que procuram as Instituições de Longa Permanência para Idosos com perdas funcionais e síndromes demenciais (BORN e BOECHAT, 2006 apud Christophe, 2009).

Conforme pesquisa realizada pelo IPEA (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada) 2011, é necessário urgente pensar uma política de cuidados de longa duração para a população idosa brasileira, inclusive porque a oferta de cuidadores familiares tende a se reduzir nos próximos anos. A pesquisa lembra que a Constituição Brasileira, a Política Nacional do Idoso e o Estatuto do Idoso responsabilizam as famílias por esses cuidados. Porém os "asilos" são historicamente associados ao abandono familiar e à pobreza, e nessa associação está a origem do preconceito.

O estudo realizado pelo IPEA (2011) procura mostrar que nestas instituições é um pedaço da vida fora delas, uma continuação do que se vive fora delas. "Não há rupturas, como se imagina. Nelas, existem namoros, encontros, desencontros, solidão, brigas, felicidades, tristezas e muitas outras emoções".

Uma questão importante apresentada por uma pesquisa realizada pelo IPEA (2011), 2 é que mais de 2/3 das cidades não tem abrigo para nossos idosos. Existem poucas alternativas para os cuidados destas pessoas quando começam a perder a independência. O Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2011) fez o primeiro censo de abrigos e asilos do País - instituições de longa permanência para idosos (ILPI), no jargão técnico - e descobriu que apenas 0,5% da população com mais de 60 anos está em uma das 3.548 instituições brasileiras. Mais de dois terços dos municípios brasileiros não têm nenhum abrigo para idosos.

O IPEA (2011) ainda coloca que é uma responsabilidade muito grande para a família cuidar do seu idoso dependente".

2.2 EXPECTATIVA DE VIDA DO SER HUMANO

Uma das maiores conquistas do século XX foi o aumento da longevidade e isto faz aumentar a preocupação com a população idosa.

Está comprovado através de pesquisas que a proporção de idosos na população vem crescendo num ritmo mais acelerado do que o índice de natalidade.

O IBGE (2014) aponta que a população de 60 anos será de 5 milhões de pessoas em 2060 e a expectativa de vida média chegará a 81,2 anos - 78 para homens e 84,42 para mulheres.

Hoje, para cada 100 crianças de zero a 14 anos há 24 idosos, em 2050 serão 172. A longevidade é um motivo de comemoração, porém também é preocupando ao ver os direitos desta faixa etária sendo desrespeitada. Isto é o retrato de um país que não sabe envelhecer. E este desrespeito vem de todos os lados. É o Estado que não consegue atender as necessidades de saúde do idoso, a sociedade que lhe nega um simples assento dentro do ônibus, a família que o repele da convivência e até mesmo tirando a vaga de estacionamento e a preferência nas filas (IBGE, 2014).

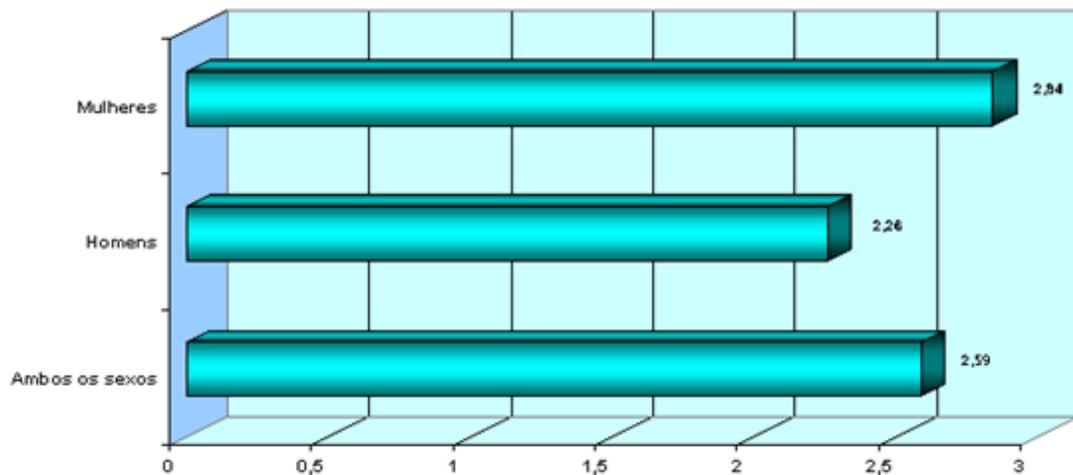
A longevidade da população ocasiona um conjunto de situações e revoluções no curso de vida das pessoas que modificam a estrutura de gastos dos países, redefine relação de gênero, arranjos e responsabilidades familiares e altera o perfil das políticas públicas. Uma série de novas exigências e demandas em termos de políticas públicas de saúde e inserção ativa dos idosos na vida social devem ser revistas (IBGE, 2014).

No Brasil a população de pessoas com mais de 65 anos cresceu de 2,8% em 1960 para 3,1% em 1970, 4% em 1980, 4,8% 1991 e 5,1% em 2000. Está previsto uma taxa de 7,7% em 2020 (MULLER, ADRIANA, 2007).

A partir da análise dos dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD, 1997), os diferenciais por gênero observados se mostram importantes entre os idosos, com uma expressiva predominância das mulheres sobre os homens, com 55% e 45% respectivamente. Muitos estudos apontam estes diferenciais como uma das especificidades mais marcantes deste grupo populacional. Existem muitas hipóteses que podem explicar o motivo de as mulheres viverem mais do que os homens como por exemplo o maior consumo de tabaco e álcool se por parte dos homens, mais exposição aos acidentes domésticos e de

trânsito. As mulheres também fazem mais uso dos serviços de saúde, o que faz com elas tenham um diagnóstico precoce e consigam um tratamento com sucesso.

Gráfico 1 - Ganho na esperança de vida ao nascer expresso em números de anos no período 1991-2000



FONTE: IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2014

Devido a este espaço significativo que o grupo de idosos ocupa na sociedade brasileira, ele vem ganhando um foco importante, pois é primordial preservar a sua autonomia pelo maior tempo possível.

2.3 POSIÇÃO DO IDOSO NA SOCIEDADE

"Como um peixe fora da água", é assim que Both (1999) descreve o idoso diante da sociedade. A idade não significa somente um espaço de tempo. Ele é uma categoria, uma atividade sócio econômico, características pessoais, sentimentos positivos e negativos, conflitos de natureza variável.

A velhice geralmente é associada à um período de decadência física e mental. Esta decadência pode existir, mas o fato da sociedade não dar valor e não criar espaços específicos para as necessidades de adequar soluções eficazes faz com que a própria sociedade saia perdendo.

O envelhecimento e os fatores sociais tem uma relação de controvérsias, pois as perspectivas de cada um deles apresentam diferenças. As diferenças na posição social dos idosos e o tratamento que recebem tem significados particulares em contexto histórico. As

diferenças na posição social desta classe podem ser percebidas ao longo do tempo (NERI, 1995 *apud* OKUMA, 2012).

Salgado (1982) observa que não se pode mais ignorar esta grande questão que é o envelhecimento e a adaptação deste indivíduo ao meio, tanto para si mesmo como também satisfatório para a sociedade como um todo.

Para a sociedade, a velhice aparece como uma espécie de segredo, do qual é indecente falar(...). com relação às pessoas idosas, essa sociedade não é apenas culpada, mas criminosa abrigada por trás dos mitos da expansão e da abundância, trata os velhos como párias (BEAUVOIR, 1990).

A velhice e muitos idosos acabam subestimando seus potenciais físicos e motores, assumem um sentimento de inabilidade para o movimento (OKUMA, 2012)

Assim a velhice poderá ser vista com uma fase com potencial para o crescimento, assim como as demais fases de nossas vidas, e fará com que as fronteiras do envelhecimento se modifiquem em relação a nossa realidade. Com o tempo está mudando a visão que se tem sobre a velhice e com esta mudança pode-se levar à novas liberdades, para crescimento psíquico, explorações pessoais e prazer de viver (OKUMA, 2012).

Estar satisfeito com a vida atual e possuir expectativas positivas em relação ao futuro é sinônimo de envelhecer bem. Esta satisfação nesta fase da vida depende da capacidade de manter ou restaurar seu bem estar. E isto não é fácil pois é justamente numa época da vida em que se está muito mais exposto aos riscos e crises de natureza biológica, psicológica e social (DEPS, 1999 *apud* MULLER, 2007).

Um idoso "saudável" é aquele que continua ativo na sociedade, mantendo sua auto estima. Envelhecer feliz e com saúde não pode ser apenas um sonho. Cabe à sociedade a responsabilidade de redefinir, sócio e culturalmente, o significado desta realidade.

Cabe ao idoso o compromisso de lutar, pois se a sociedade inventou a velhice, devem os idosos reinventar a sociedade (PICKLES et al., 2002 *apud* MULLER, 2007).

2.4 SAÚDE DO IDOSO

Está comprovado de que existe modificações no perfil da população idosa e com o aumento da expectativa de vida torna mais frequente o surgimento de doenças crônico-

degenerativas como por exemplo, hipertensão, doença coronariana, diabetes e osteoporose (MAZO *et al*, 2004).

A baixa da auto estima do idoso está relacionada com as restrições físicas decorrentes dos desgastes biológicos naturais que resultam em uma diminuição de sua flexibilidade e, conseqüentemente, de sua autonomia. Se o autoconceito é baixo e o idoso percebe o quanto suas possibilidades diminuíram com o avanço do tempo, é natural que venha a diminuir auto estima. Os idosos mostram-se angustiados por problemas que envolvem a saúde, nasce a preocupação de tornar-se incapacitado, transformando-o num indivíduo desmotivado e sem interesse, atingindo-o psicologicamente (MEIRELLES,1997).

2.4.1 ASPECTOS RELATIVOS AO CORPO - ATIVIDADE FÍSICA

Com o decorrer dos anos o ser humano passa por modificações em relação a estrutura e sistema funcional. Durante a juventude se tem grandes reservas mas na velhice pode-se observar as alterações estruturais através das mudanças na composição corporal e na aparência.

O envelhecimento é causador de diversos malefícios para o corpo e a saúde das pessoas. É considerado como a principal causa de perda de mobilidade, que se caracteriza pela diminuição de força e vigor físico. Isso torna o idoso mais dependente, reduzindo sua capacidade de executar suas atividades de vida diária.

O sedentarismo também é causador do estresse, depressão e conseqüentemente de doenças crônicas que podem contribuir para o envelhecimento. Ele atinge todas as camadas sociais e faixas etárias. A falta de movimento está muitas vezes relacionada aos recursos tecnológicos como informática, televisão e vídeo game por exemplo. As atividades da vida diária na sociedade tecnicamente desenvolvida não fornecem trabalho físico suficiente para estimular o sistema cardiorrespiratório e muscular necessitando assim de uma prática regular de atividade física para poder manter a capacidade funcional (MAZO *et al*, 2004).

Pessoas que na fase adulta são ativas, fazem exercícios físicos, se tornam idosos mais saudáveis e retardam os sintomas da idade assim como o agravamento mais lento das doenças associadas a ela. A atividade física é um coadjuvante importante no tratamento e controle de doenças crônico-degenerativa (hipertensão, diabetes, osteoporose), na manutenção das

funções do aparelho locomotor, principal responsável pelo desempenho das atividades da vida diária e pelo grau de independência e autonomia do idoso.

Além disso a atividade física beneficia o domínio cognitivo e psicossociais, traz o bem estar psicológico e sentimento de felicidade, satisfação e envolvimento.

Estes novos estímulos exercem um efeito muito positivo sobre as pessoas que envelhecem, pois elas passam a aspirar um novo roteiro de vida (OKUMA, 2012).

O sedentarismo está aumentando junto com o desenvolvimento urbano e tecnológico e geralmente se atenua na velhice, pela falta de estímulo e manutenção de sua vida social. Sabemos que hoje, contudo, a manutenção do movimento do corpo é fundamental na busca da preservação da autonomia na velhice, em face das perdas fisiológicas próprias do envelhecimento (ARAUJO, 2002).

Na velhice o sedentarismo pode ser mais acentuado, pois nesta faixa etária a quantidade de atividade física geralmente diminui muitas vezes pelo medo de prejudicar a saúde (MAZO *et al*, 2004).

A prática de atividade física realizada regularmente com orientação de profissionais pode ser muito benéfica para o idoso. Proporciona maior longevidade, redução das taxas de morbidade e mortalidade, redução do número de medicamentos prescritos, prevenção do declínio cognitivo, redução da frequência de quedas e fraturas, manutenção da independência e autonomia e benefícios psicológicos, como por exemplo, melhoria da auto imagem, da auto estima, do contato social e prazer pela vida.

O ser humano que possui um estilo de vida ativo possui uma melhor qualidade de vida, isto em todas as idades principalmente na velhice que é quando a pessoa se torna mais inativa e que acarreta em perdas precoces de muitos anos de vida útil (NAHAS, 2001).

A qualidade de vida da população está melhorando. Dentre a variedade envolvida nestas mudanças, como os econômicos, os sociais e os psicológicos, o autor aponta importância da atividade física na melhoria das funções físicas, mental e psicológica do idoso (BERGER, 1989 apud. OKUMA, 2012).

Aos idosos são oferecidos diferentes programas que visam sua qualidade de vida e ao crescimento de sua participação na sociedade, encontram-se programas de atividade física.

Com o aumento do índice de idosos e a procura deles pela atividade física aumentou também o número de profissionais se especializando para atendê-los.

É muito importante o profissional observar e ter conhecimento do estado de saúde e físico atual e também passado de cada um. Deve-se tratar cada um com singularidade. Fazer

com que, principalmente para aqueles que não tinham o hábito de fazer exercícios, se interessem por esta prática e mostrar, explicar seus benefícios para a saúde e bem estar (NAHAS, 2001).

Okuma (2012) relata que ao vê-los praticando a atividade física possibilitava-os ao percebimento e reconhecimento de seus corpos. A descoberta do próprio potencial biológico, da capacidade de se moverem, dos recursos físicos e motores tem suma importância não só para a saúde, mas também para sua autonomia, em saber lidar com seu próprio corpo e com o processo de envelhecimento.

Outro benefício que a atividade física traz ao idoso é a questão de estar entre outras pessoas. Este contato é muito importante pois neste meio, ele conversa, é ouvido, se tocam, interagem, há risadas e descontração (OKUMA, 2012).

Cada vez mais enxergamos idosos nas praças, ruas e parques fazendo exercícios físicos, caminhando. Até mesmo em academias de ginástica, clubes, piscinas e praias que antes se via corpos jovens, magros e bem delineados, hoje já é possível observar idosos expondo seu corpo e convivendo com os mais jovens (MAZO *et al*, 2004).

É definitivamente um novo cenário na atualidade e que fará diferença no futuro. Este estilo de vida contribui para o envelhecimento saudável e para a autonomia desta classe.

2.4.2 ASPECTOS RELATIVOS A MENTE - TERAPIAS OCUPACIONAIS

O processo de envelhecimento vem naturalmente acompanhado por perdas nas capacidades motoras e cognitivas.

Os déficits cognitivos causam grande impacto sobre a vida dos idosos, podendo criar dificuldades na participação ativa no cotidiano. Daí a importância do estímulo cognitivo como forma de prevenção e manutenção das habilidades cognitivas remanescentes, onde a terapia ocupacional entra como ferramenta facilitadora e orientadora deste processo.

A cognição é um processo de conhecimento, que envolve atenção, percepção, memória, raciocínio, juízo, imaginação, pensamento e linguagem.

Daí a importância de o idoso ir sempre em busca de coisas novas que despertem seu interesse. Variar as atividades contribui para ocupar melhor o seu tempo livre e que proporcione novas oportunidades de vivência. Se divertir, recrear e entreter favorece a ele o

bem estar e lavá-lo a sensação de prazer. Estas atividades faz com que se atinja bons níveis de saúde mental e física, desenvolva maior integração e participação, desperta alegria e aumenta o desejo de viver (MAZO et al, 2004)

A terapia da arte pode ser um ótimo aliado no trabalho com idosos, pois possui aspecto lúdico que proporciona as pessoas que estão nesta fase da vida expressar seus sentimentos, emoções, medos e angústia, em relação ao seu processo de envelhecimento faz com que o idoso entenda melhor o que está ocorrendo com ele, aceitar e fazer com que esta etapa seja vivida de forma saudável.

Através da arte o idoso pode resgatar situações de vida que não foram devidamente elaboradas, e a partir dos recursos artísticos e expressivos, pode configurar tais situações e elaborá-las e integrá-las a sua consciência.

Ao fazer e vivenciar arte promove relaxamento, rebaixamento do nível da ansiedade, inquietude, impaciência e angústia.

Com estes recursos artísticos e expressivos o idoso tem a oportunidade de ser escutado, de receber atenção, que em muitos casos é o que muitos idosos precisam.

A arte é uma forma de lazer, onde os idosos preenchem o tempo de forma prazerosa e resgatam sua auto estima, pois são capazes de pintar, desenhar e modelar, bordar e fazer artesanatos (SANTINI,1993).

Os trabalhos manuais na terceira idade podem trazer a sensação de estarem incluídas na sociedade, desempenhando um papel ao qual mostra sua criatividade e mostra seu valor. A arte desperta ao idoso a imaginação, percepção, sensibilidade, curiosidade e reflexão além de desenvolver o fator social, intelectual, emocional trazendo ao homem e mulher idosa qualidade de vida (SANTINI,1993).

A música também é um forte aliado ao idoso. Ela Acompanha o homem desde de seu nascimento até o momento em que morre. É utilizada como elemento de expressão individual e coletiva e se insere em quase todas as atividades do homem. A musicoterapia é mais um canal, uma saída para beneficiar a todos e principalmente ao idoso na recuperação e reabilitação, na prevenção, promovendo saúde. Ela mostra-se um tratamento eficaz na elaboração e resolução de conflitos internos e emoções, trazendo-os à tona, podendo então ser expressos e reativados por meio da música. A música é um estímulo potente para a evocação de lembranças e é lembrando que podemos avivar fatos inconscientes que ampliam o significado do “ser velho”. Momento em que o idoso pode reconstruir e reviver passagens significativas de sua mocidade e resgatar sua identidade (BOSI, 1987).

As possíveis releituras durante a vida são como um “abrir de baús” de que nos falam tantos poetas e escritores. Um apreensão do tempo dependente da ação passada e da presente e um tempo que fosse abstrato e a-social nunca poderia abarcar lembranças e não constituiria a natureza humana (BOSI, 1987).

Usar a música com prazer faz dela uma linguagem, estaremos conscientemente contribuindo para maior compreensão do mundo e de nós mesmos. Estaremos evitando patologias. Estudos comprovam que a atividade muscular, a respiração, a pressão sanguínea, a pulsação cardíaca, o humor e o metabolismo, são afetados pela música e pelo som. O corpo funciona como caixa de ressonância onde o som é produzido e de onde é lançado no espaço (BOSI, 1987).

Definição da Comissão de Prática Clínica da Federação Mundial de Musicoterapia – 1996 (BRUSCIA, 2000).

A musicoterapia mostra-se um tratamento eficaz na elaboração e resolução de conflitos internos e emoções, trazendo-os à tona, podendo então ser expressos e reativados por meio da música. Isto favorece o aumento da sua auto estima, proporcionando mudanças de comportamento (BRUSCIA, 2000).

Certas músicas, por si só, produzem estímulos para a mobilização corporal. São escolhidas para auxiliarem no relaxamento e na estimulação rítmico-sonora que proporcionam movimentos corporais ajudando a melhorar os problemas ósteo musculares e reativando as funções motoras.

Com o avanço acelerado do número de pessoas que estão envelhecendo, a musicoterapia se mostra fundamental, sendo de eficácia comprovada no exterior bem como no Brasil (BOSI, 1987).

3 LOTE

3.1 HISTÓRICO DA CIDADE DE IGREJINHA

Igrejinha está localizada na região metropolitana do Rio Grande do Sul, está a aproximadamente 85 quilômetros da cidade de Porto Alegre. Igrejinha faz parte do Vale do Paranhama. Atualmente a cidade possui 31.663 habitantes, sendo, aproximadamente 8% deste número, pessoas com mais de 65 anos de idade, estes considerados idosos pelo Estatuto do Idoso de acordo com o Censo de 2010.

O município de Igrejinha teve sua colonização iniciada em 1824, com a chegada de imigrantes alemães. O nome da cidade se deve a uma pequena igreja construída pela comunidade no ano 1863. Os tropeiros vinham da serra comercializar seus produtos e tinham como ponto de referência esta pequena igreja evangélica, a "igrejinha" como era chamada. Ela servia de descanso e local onde havia alimento farto para estas tropas que depois seguiam viagem para a capital. Ela pertencia a cidade de Taquara mas, com o esforço e união da comunidade se emancipou em 01 de Junho de 1964. Igrejinha faz divisa com as cidades de Taquara e São Francisco de Paula, ambas situadas em uma região montanhosa e com muitos vales (PREFEITURA MUNICIPAL DE IGREJINHA, 2014).

A economia da cidade é baseada na produção industrial, principalmente de calçados e confecções em couro, preenchendo mais de 75% (PREFEITURA MUNICIPAL DE IGREJINHA). Com origem germânica a cidade é conhecida por sua tradicional e alegre festa anual que ocorre no mês de Outubro, a Oktoberfest. A rua da Independência, é uma das mais antigas da cidade.

Figura 2 - Mapa de localização de Igrejinha



Fonte: Google, 2014.

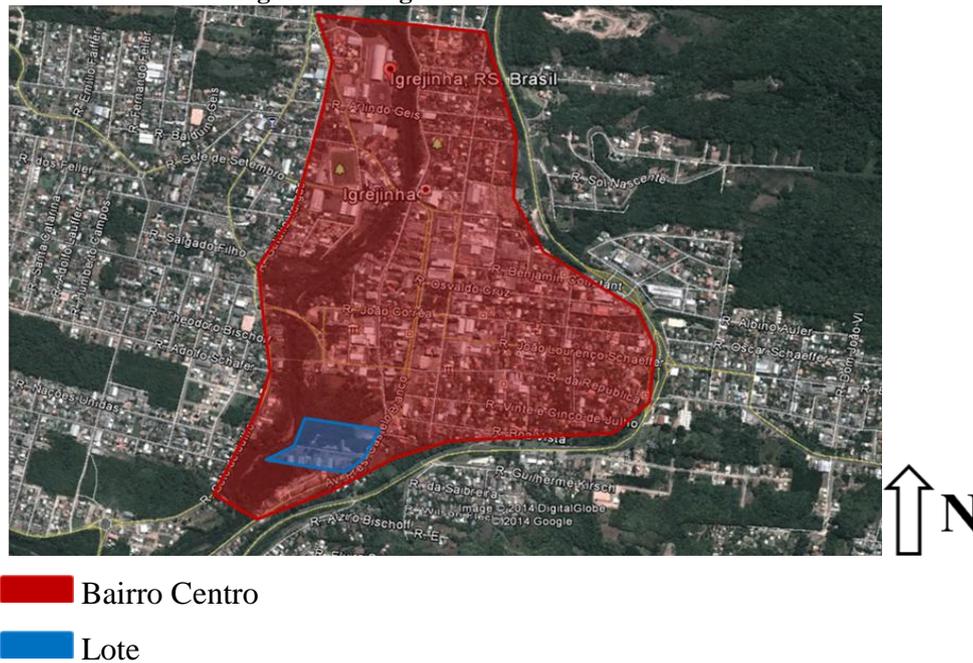
3.2 LOCALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

O terreno em estudo localiza-se na cidade de Igrejinha, bairro centro, na Avenida Presidente Castelo Branco. Possui 15.286m², sendo. O possui pouco desnível, está em nível com a Avenida Presidente Castelo Branco.

A cidade possui hidrografia abundante, baixa altitude, e a proximidade das montanhas provocam uma elevada umidade relativa do ar.

Igrejinha faz divisa com Três Coroas ao norte, ao sudeste Taquara, sudoeste Parobé, a oeste Nova Hartz e a Noroeste Santa Maria do Herval. As rodovias RS 020 e RS 115 são as principais vias de chegada ao município.

Figura 3 - Imagem aérea do bairro Centro e lote



Fonte: Google Earth, (modificado pela autora)

O lote é apropriado para a implantação do Centro de Convivência para Idosos, pois está bem localizado, no centro da cidade e o acesso se dá pela Avenida Presidente Castelo Branco, a qual é mão dupla e a via principal de acesso ao bairro centro. O entorno é composto na maior parte por residências e alguns comércios. As alturas são baixas, alcançando no máximo dois pavimentos. Apesar de estar localizado numa via principal, o local é calmo e tranquilo.

Figura 4 - Imagem aérea da cidade de Igrejinha com identificação do lote e vias principais



Fonte: Google Earth, (modificado pela autora)

3.3 TOPOGRAFIA E DIMENSÕES DO LOTE

O lote apresenta uma leve declínio de 4m de leste a oeste.

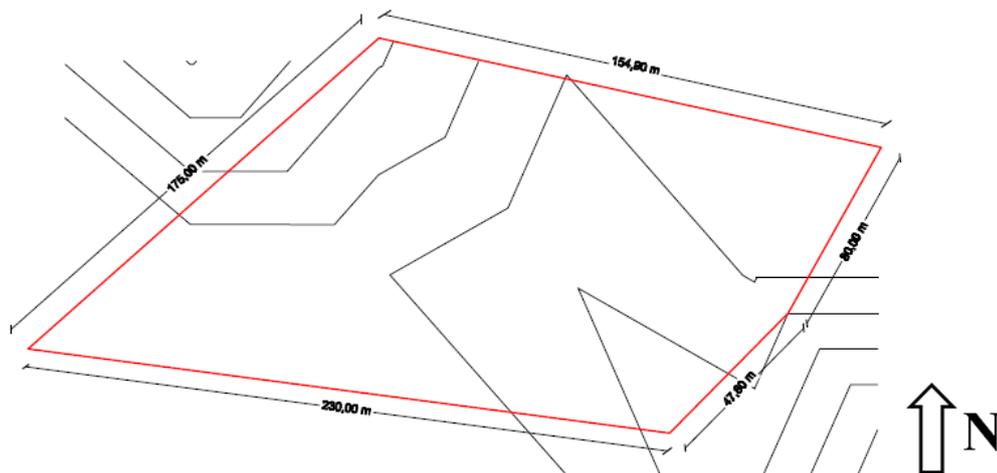
A área total do lote é de 15.286,00 m².

Figura 5 - Imagem aérea do lote



Fonte: Google Earth, (modificado pela autora)

Figura 6 - Topografia



Fonte: Autora, 2014

O estudo das cotas de níveis foi realizado através dos programas de informática Sketchup e Autocad. Cada curva de nível representa 1 m de desnível.

3.4 LEVANTAMENTO PLANIALTIMÉTRICO

Na Figura 7 nota-se a mancha de vegetação mais densa que existe no lote. São em sua maioria, árvores de grande porte da espécie Eucaliptos e de menor porte o Bambu. As árvores não implicarão no zoneamento das edificações do lote e se pretende preservá-las na concepção do projeto.

Figura 7 - Identificação das vegetações existentes



- Eucalipto
- Taquareira



Fonte: Google Earth, (modificado pela autora).

No lote existem algumas edificações sendo umas sem uso e degradadas. Os pavimentos possuem alturas máxima de 5m. As duas edificações que estão em uso são indústrias de calçados.

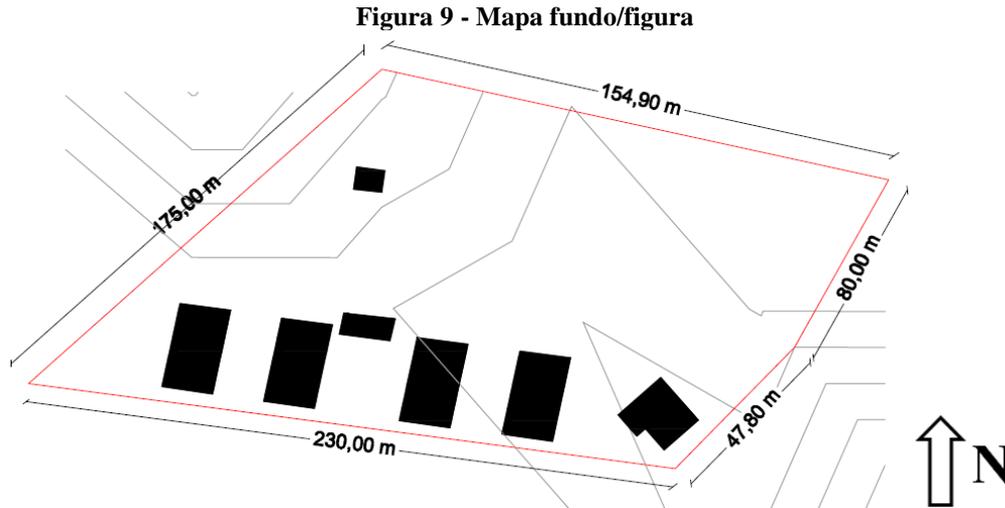
Figura 8 - Identificação de edificações existentes



- Lote
- Edificação em alvenaria - sem uso - 1 pavimento
- Edificação em alvenaria - sem uso - 1 pavimento
- Edificação em alvenaria - uso industrial - 1 pavimento



Fonte: Google Earth, (modificado pela autora)

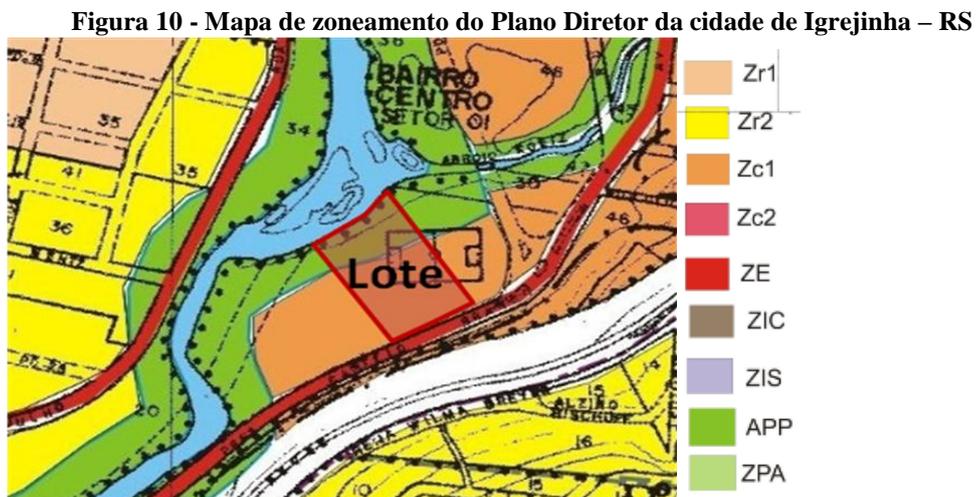


Fonte: Autora, 2014.

3.5 ÍNDICES URBANÍSTICOS

A análise dos índices urbanísticos foi realizada de acordo com o Plano Diretor e Desenvolvimento de Igrejinha (PDDUA 2006) - Lei Municipal 3.824/2006, de 27 de Outubro de 2006. O lote escolhido localiza-se na zona Zc1 e APP. Na zona Zc1 é permissível construção de diversos tipos de ocupações. Como aos fundos do lote passa o Rio Paranhama, este lote também possui zona de APP.

Conforme o Código Florestal, neste caso, o recuo deve ser de 50m, pois o rio neste ponto tem 25m de largura (CÓDIGO FLORESTAL, 2012).



Fonte: Adaptado do PDDUA de Igrejinha pela autora, 2014.

Figura 11 - Uso e Ocupação do solo Urbano da cidade de Igrejinha - RS

USO E OCUPAÇÃO DO SOLO URBANO - ANEXO 01 DA LEI MUNICIPAL Nº3824/2006

ZONAS		USOS													ÍNDICES URBANÍSTICOS			
		Habitação e alojamento I	Comércio varejista I	Comércio varejista II	Comércio varejista III	Comércio atacadista II	Comércio atacadista III	Serviço I	Serviço II	Serviço III	Serviço IV	Indústria I	Indústria II	Indústria III	TAXA DE OCUPAÇÃO T.O.	ÍNDICE DE APROVEITAMENTO I.A.	LOTE MÍNIMO	
																	TESTADA (m)	ÁREA (m ²)
ZR1	INCENTIVADO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	60%	1,50	10,00	300,00
	PERMISSÍVEL	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
ZR2	INCENTIVADO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	80%	2,50	10,00	300,00
	PERMISSÍVEL	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
ZIS	INCENTIVADO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	85%	4,00	5,00	125,00
	PERMISSÍVEL	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
ZC1	INCENTIVADO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	80%	4,00	10,00	300,00
	PERMISSÍVEL	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
ZC2	INCENTIVADO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	60%	1,50	10,00	300,00
	PERMISSÍVEL	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
ZE	INCENTIVADO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	85%	3,00	10,00	300,00
	PERMISSÍVEL	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
ZIC	INCENTIVADO	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	80%	1,50	20,00	1.200,00
	PERMISSÍVEL	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				

Fonte: Prefeitura Municipal de Igrejinha, 2014.

Abaixo, seguem os índices urbanísticos para esta zona.

- Taxa de Ocupação (TO): 80%
- Índice de Aproveitamento (IA): 4
- Recuo de ajardinamento: 4 metros

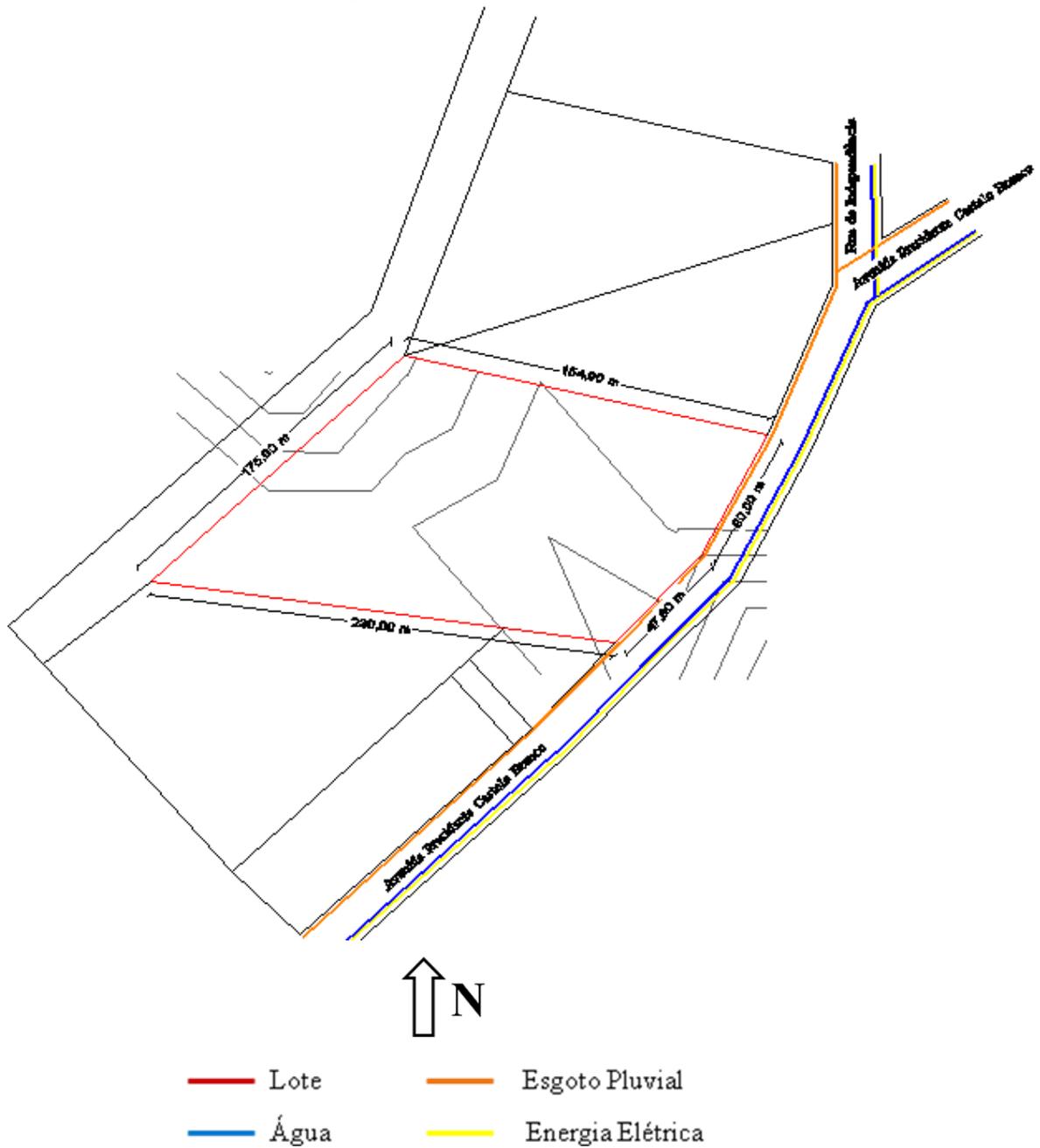
Com base na análise do Plano Diretor, obtemos alguns dados de dimensões que o projeto pretendido pode alcançar.

- Área total do lote: 15.287,00 m²
- Taxa de Ocupação (TO) 80%: 12.228,80
- Índice de Aproveitamento (IA) 4: 36.686,40 m²
- Recuo de ajardinamento: 4 metros
- Recuo APP: 50m
- Recuo lateral: 1,5m

3.6 INFRAESTRUTURA

O lote encontra-se na Avenida Presidente Castelo Branco com infraestrutura de coleta de lixo, escoamento pluvial, água encanada e luz elétrica. A via possui asfalto de boa qualidade e bem sinalizado.

Figura 12 - Infraestrutura



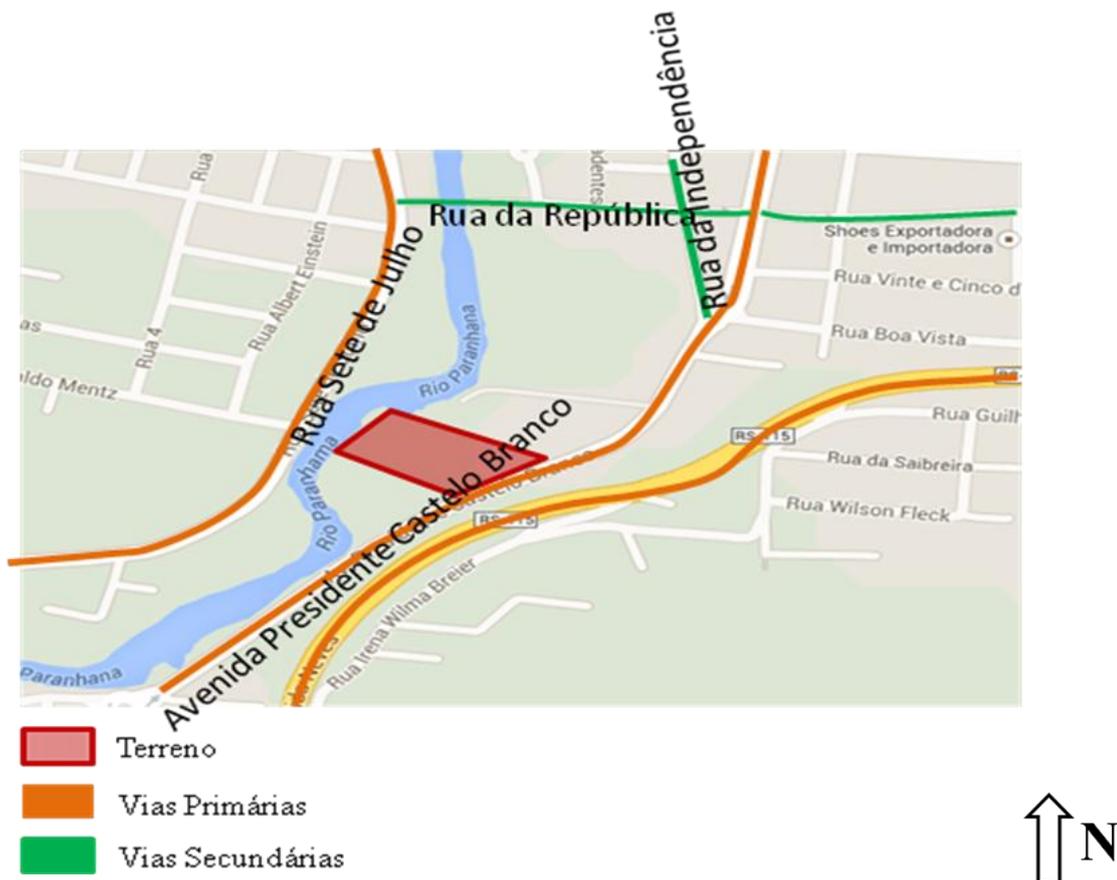
Fonte: Autora, 2014.

3.7 SISTEMA / FLUXO VIÁRIO

Com base no Plano Diretor de Desenvolvimento de Igrejinha (PDDUA, 2006) as vias demonstradas na Figura 13 são de mão dupla.

O lote no qual será implantado o projeto pretendido possui uma grande vantagem em relação ao fluxo viário, pois está localizado na Avenida Presidente Castelo Branco, a qual é uma das principais vias de acesso ao centro da cidade, possui fluxo moderado e de duplo sentido. A largura desta via é de 12m.

Figura 13 - Mapa e classificação das vias próximas ao lote

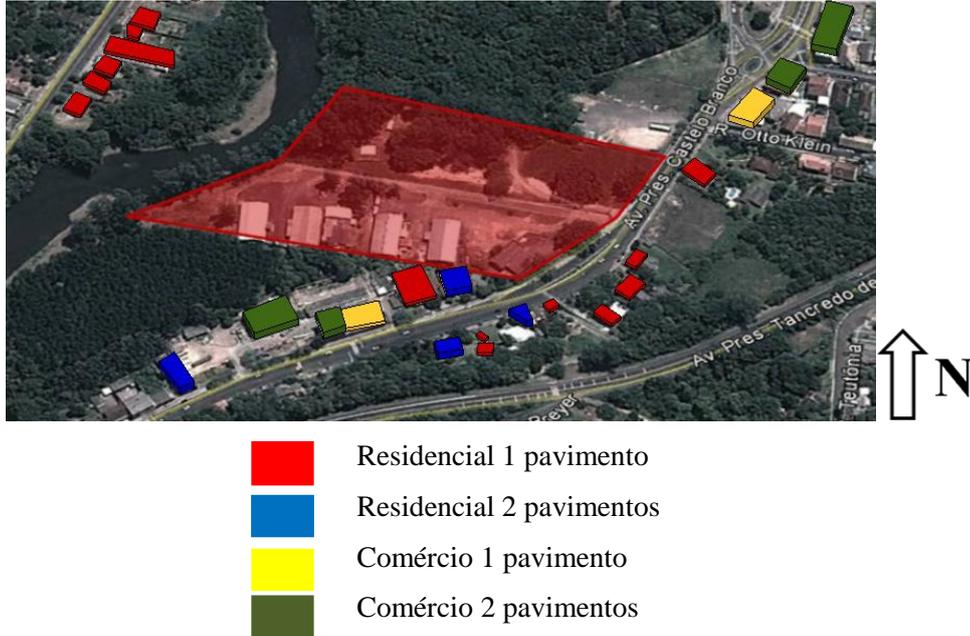


Fonte: Google Maps, Acesso em: 01 jun. 2014, modificado pela autora.

3.8 O ENTORNO

No seu entorno localiza-se residências e alguns comércio como uma madeireira e duas lojas de móveis. A predominância de usos se dá pelas residências. A maior parte das edificações são de um pavimento ou dois pavimentos.

Figura 14 - Imagem aérea do lote e entorno - Alturas e Usos



Fonte: Google Earth, (modificado pela autora).

Figura 15 - Edificações de destaque no entorno



Fonte: Google Earth, (modificado pela autora).

Ao seguirmos pela Avenida Presidente Castelo Branco sentido Bairro XV de Novembro / Centro, percebemos que as edificações são, na sua maioria, residências de alvenaria de 1 pavimento. Abaixo segue uma seleção de figuras e descrição do entorno ao lote (Avenida Presidente Castelo Branco), onde se visualiza o potencial do local para a implantação do complexo. Nestas figuras também pode-se fazer análise das fachadas do quarteirão do lote, a tipologia das edificações deste quarteirão.

Na Figura 16, do lado esquerdo situa-se um comércio (Madereira) com 2 pavimentos e do outro lado da avenida é um terreno baldio arborizado com uma extensão de 75 metros.

Figura 16 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Google Earth, Acesso em: 01 jun. 2014.

Na Figura 17 ainda do lado esquerdo percebe-se uma edificação em alvenaria de 1 pavimento em que possui duas lojas, uma de roupas e outra de artesanatos. No lado direito continua a extensão do terreno baldio arborizado.

Figura 17 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Google Earth, Acesso em: 01 jun. 2014.

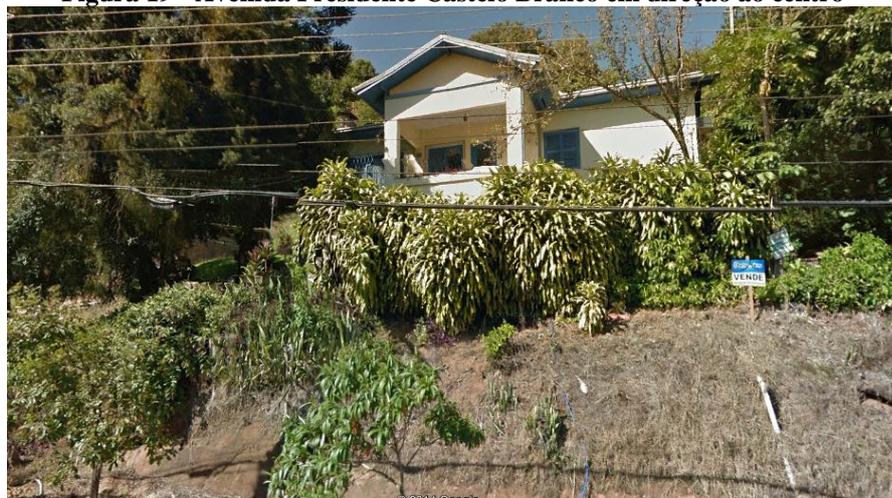
A Figura 18 mostra uma residência em alvenaria de 1 pavimento e na Figura 19 está outra residência de alvenaria de 2 pavimentos. Esta residência situa-se num terreno com nível mais elevado que a rua.

Figura 18 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Google Earth, Acesso em: 01 jun. 2014.

Figura 19 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Google Earth, Acesso em: 01 jun. 2014.

Na Figura 20 percebe-se mais residências. Duas delas de um pavimento construídas em madeira. Uma se localiza num nível mais elevado que a rua. Mais adiante está uma edificação em alvenaria, de dois pavimentos. No térreo tem uma loja de roupas e no primeiro pavimento é uma residência.

Figura 20 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Google Earth, Acesso em: 01 jun. 2014.

A Figura 21 mostra no lado esquerdo o início do lote escolhido para a implantação do Centro de Convivência para Idosos e do lado direito possui uma residência em alvenaria mal conservada.

Figura 21 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Google Earth, Acesso em: 01 jun. 2014.

Pode-se ver na Figura 22 mais residências, de um pavimento e construídas em madeira.

Figura 22 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Google Earth, Acesso em: 01 jun. 2014.

A Figura 23 mostra o acesso ao lote escolhido. Foi pavimentada uma rua para acessar as edificações existentes, nas quais estão funcionando as indústrias de calçados.

Figura 23 - Acesso ao lote



Fonte: Autora, 2014.

Na figura 24 no lado direito nota-se uma residência em alvenaria de um pavimento.

Figura 24 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Autora, 2014.

Mais adiante, seguindo esta via, podemos visualizar na Figura 25 uma comércio de uma pavimento, construído em alvenaria. Nele se encontra uma loja de móveis. Ao lado está uma residência de dois pavimentos. Esta residência está na esquina da Avenida Presidente Castelo Branco com a rua Boa Vista.

Figura 25 - Avenida Presidente Castelo Branco em direção ao centro



Fonte: Autora, 2014.

Na Figura 26 está o terreno vizinho ao lote escolhido. Nele funciona um depósito de ônibus e um posto de lavagem de carros.

Figura 26 - Terreno vizinho ao lote escolhido



Fonte: Autora, 2014.

Seguindo nesta via chega-se numa rótula (Figura 27). Nela pode-se escolher por qual via seguir. Tem-se as opções, seguir pela Avenida Presidente Castelo Branco (Figura 28), dobrar à direita na rua Boa Vista (Figura 29) ou à esquerda na rua da Independência (Figura 30).

Figura 27 - Rótula - Encruzamento entre a Avenida Presidente Castelo Branco, Rua Boa Vista e Rua da Independência



Fonte: Autora, 2014.

Figura 28 - Avenida Presidente Castelo Branco



Fonte: Autora, 2014.

Figura 29 - Rua Boa Vista



Fonte: Autora, 2014.

Figura 30 - Rua da Independência



Fonte: Autora, 2014.

3.9 CONDICIONANTES CLIMÁTICOS

A cidade de Igrejinha, na qual está situado o lote em estudo possui as quatro estações do ano bem definidas. A média da temperatura é de 19 graus. Possui uma clima subtropical úmido (IGREJINHA, 2013).

No verão a temperatura já chegou perto dos 40 graus e no inverno já teve registro abaixo de 0 grau.

Com relação à orientação solar, o terreno em estudo não é muito favorecido, pois suas fachadas maiores estão voltadas para o Leste e o Oeste. Na fachada Oeste deverá ter algum tratamento para conter a incidência do sol na parte da tarde que é bastante intensa.

Devido às barreiras formadas pelas montanhas do vale, os ventos dominantes sofrem um pequeno desvio, soprando na direção nordeste, o que se torna favorecido, sendo que no entorno do lote não se encontram edificações em altura que poderiam servir de barreira para o vento.

Figura 31 - Orientação solar e ventos predominantes



Fonte: Google Earth, Acesso em: 01 jun. 2014, modificado pela autora.

4 ESTUDO DE CASO

Este trabalho foi realizado através de dois tipos de pesquisa. A primeira foi baseada em pesquisas bibliográficas em livros, artigos da internet e sites. O outro tipo de pesquisa foi a de campo, a qual contribuiu para o conhecimento funcional e técnico.

4.1 HM GERIATRIA

Em visita a HM Geriatria, pude analisar as instalações do local. O lar está localizado na cidade de Dois Irmãos, distante 44km da cidade de Igrejinha, cidade na qual será implantada o Centro de Convivência para Idosos.

Figura 32 - Pórtico de acesso



Fonte: Autora, 2014.

Figura 33 - Fachada principal**Figura 34 - Acesso principal**

Fonte: Autora, 2014.

A HM geriatria é um lar que atende em tempo integral pacientes internos. Este lar é de propriedade particular e existe há 4 anos. O lar atende hoje 40 moradores o que significa está com a sua capacidade máxima. Possui no total 50 funcionários. O total de apartamentos somam 40 sendo que alguns possuem um leito e outros dois. Tem moradores estáveis, com mobilidade reduzida e acamados.

Figura 35 - Apartamento duplo**Figura 36 - Apartamento privativo**

Fonte: Autora, 2014.

Os ambientes são climatizados através de aparelhos de ar condicionados permitindo que a temperatura esteja sempre agradável.

O lar se localiza num terreno íngreme, sendo que a parte mais íngreme ainda não foi toda ocupada com edificação, mas a intenção é aumentar o lar.

O projeto do lar foi concebido de acordo com as normas vigentes que estabelecem parâmetros para construções para idoso. A circulação do local é larga e bem iluminada, inclusive com iluminação natural. Teve-se a preocupação de dar mobilidade ao idoso através das barras laterais instalada nos corredores.

Figura 37 - Corredores largos e bem iluminados



Fonte: Autora, 2014.

Geralmente os moradores ficam numa sala maior, na qual comporta e acomoda bem todos os idosos. Nela possui vários estofados, poltronas, mesas com cadeiras, televisores e bebedouro. Existe uma grande preocupação de deixar os idosos bem hidratados. Esta sala é bem ventilada e iluminada através de iluminação natural e artificial. Segundo relatos de moradores ainda falta ocupação para os moradores como terapias ocupacionais, atividade física, pois ficam muito tempo do dia sentados nesta grande sala.

Figura 38 - Sala de convívio**Figura 39 - Sala de convívio**

Fonte: Autora, 2014.

No lar existe um espaço destinado aos computadores, os quais os idosos ou parentes destes possam usufruir desta ferramenta. Neste espaço são colocadas as cadeiras de roda, as quais dificultam o acesso aos computadores.

Figura 40 - Espaço destinado aos computadores

Fonte: Autora, 2014.

O refeitório e a cozinha são bem iluminados, ventilados e organizados.

Figura 41 - Refeitório



Figura 42 - Cozinha



Fonte: Autora, 2014.

O local oferece programações e atividades aos moradores como, por exemplo, o dia da música, no qual uma vez por semana um músico toca e canta para os idosos e estes participam ganhando instrumentos musicais e tocando-os. Alguns dias tem bingo, baile, e culto. Todos os dias os idosos tomam sol. Profissionais como manicure, cabeleireiro também são oferecidos para cuidar da aparência física dos idosos, e isto ajuda no aumento da auto estima dos mesmos.

O lar se divide em três alas, tendo numa delas os apartamentos, nos quais ficam os moradores acamados. No outro lado da edificação tem outra ala, na qual ficam os pacientes mais independentes. No espaço central estão as áreas de serviço, social, enfermarias e consultórios. O lar oferece profissionais na área médica como psicólogos e médicos geriatra.

Outra questão em que o lar deixa a desejar são as poucas vagas de estacionamento.

4.2 LAR DO IDOSO DE IGREJINHA

Ao visitar o Lar de Idoso Igrejinha percebe-se que está mal conservado. Está localizado na Rua 7 de Julho, 554, bairro Centro, Igrejinha. O lar funciona numa edificação em alvenaria na qual antes era uma residência. Esta edificação apresenta danos e partes degradadas.

O lar existe há 9 anos, é de propriedade particular e se mantém através das mensalidades dos 13 moradores que possui atualmente. São 11 funcionários no total, entre eles estão, cozinheira, técnica em enfermagem, cuidadores, médico geriatra, nutricionista e faxineira.

Os idosos participam de atividades como, caminhadas, coral, bingo. O pastor evangélico costuma visitar o lar todas as semanas e junto com os idosos fazem orações. É oferecido aos idosos serviços de manicure e cabeleireiro.

A faixa etária média dos moradores deste lar é 80 anos.

Figura 43 - Fachada principal Lar de Idosos Igrejinha



Fonte: Autora, 2014.

O acesso principal à residência se dá por uma varanda situada na fachada Leste da casa. Nela tem dois estofados velhos cobertos por mantos.

Ao entrar na residência se acessa o hall e o estar, no qual os moradores passam a maior parte do tempo.

Figura 44 - Varanda**Figura 45 - Hall**

Fonte: Autora, 2014.

Figura 46 - Sala de estar**Figura 47 - Sala de estar**

Fonte: Autora, 2014.

Junto ao estar tem duas mesas, nelas são feitas as refeições. Uma é usada pelos homens e, outra pelas mulheres.

Figura 48 - Mesas onde são feitas as refeições**Figura 49 - Varanda**

Fonte: Autora, 2014.

Os idosos também ficam sentados numa varanda. Ali conversam e tomam chimarrão. É através desta varanda que os bombeiros têm acesso a lar nos momentos de emergência.

Os dormitórios são em sua maioria coletivos, sendo 2 individuais, um feminino e um masculino.

A edificação possui janelas grandes o que deixam os espaços bem ventilados.

Figura 50 - Dormitório coletivos das mulheres



Figura 51 - Dormitório coletivo feminino



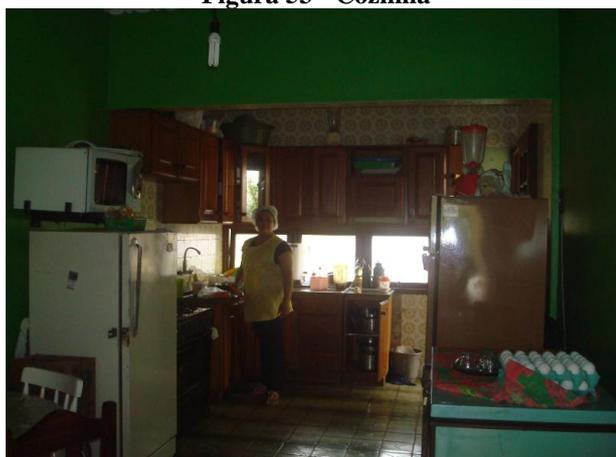
Fonte: Autora, 2014.

Figura 52 - Dormitório coletivo masculino



Fonte: Autora, 2014.

A cozinha é bem equipada apesar de ser pequena. Tanto os móveis como os eletrodomésticos já estão danificados por serem mais antigos.

Figura 53 - Cozinha

Fonte: Autora, 2014.

A enfermaria existente no lar não está de acordo com as normas de vigilância sanitária, além de mal organizada.

A lavanderia do lar é pequena e fica situada fora da edificação.

Figura 54 - Enfermaria**Figura 55 - Lavanderia**

Fonte: Autora, 2014

O banheiro é espaçoso, com mobiliário antigo. Possui barras de segurança na área do chuveiro, porém estão enferrujadas. A banheira existente no banheiro não é utilizada.

Figura 56 - Banheiro**Figura 57 - Banheiro**

Fonte: Autora, 2014.

Os corredores em 1,20m de largura e possuem barras de segurança.

Figura 58 - Corredor

Fonte: Autora, 2014.

Na parte dos fundos da edificação possui uma varanda onde ali estão armazenados equipamentos não usados e também é utilizado como garagem.

Figura 59 - Varanda dos fundos

Fonte: Autora, 2014.

Na parte de trás do lote, existe uma área grande, na qual os idosos passeiam. Esta área não é totalmente plana, não possui pavimentação e não é muito acessível.

Figura 60 - Fundos do lote



Fonte: Autora, 2014.

Na área externa do lote os idosos caminham e passeiam. Porém, o terreno não é todo pavimentado. A parte que está pavimentada está mal conservada causando risco aos moradores.

Figura 61 - Área externa



Figura 62 - Área externa



Fonte: Autora, 2014.

5 PROJETOS ANÁLOGOS

Com este capítulo tenho a intenção de apresentar projetos internacionais e nacionais relacionados ao tema em estudo. Neles analisei e fiz apontamentos de soluções e elementos, os quais achei interessantes, pois servirão de fonte para a proposta do TFG (Trabalho Final de Graduação).

5.1 NOVALLAR DE CUNIT

O centro residencial e serviços para terceira idade Novallar de Cunit, é uma obra do arquiteto Joan Lluís Casajuana e está situado na cidade de Cunit, na Espanha. Este centro possui dois edifícios com partido em "U". Um destes edifícios abriga a área de apartamentos e o outro, de serviços.

O programa inicial contempla 60 apartamentos tutelados com serviços e 20 habitações com 30 camas assistidas para pessoas com idade avançada e com mobilidade reduzida.

Na planta baixa do térreo estão os espaços de relacionamento e atividades sociais que tem contato com o jardim em um dos edifícios e parte dos apartamentos no outro edifício. O jardim se torna interessante, pois se destaca em planta pelo seu tamanho e localização, pois está situado bem ao centro do projeto. Os dormitórios do térreo possuem terraços particulares e os dormitórios do segundo pavimento possuem grandes aberturas para o exterior.

A praça está rodeada de canteiros e é toda pavimentada o que facilita o trânsito e passeios dos idosos.

Na planta superior, se encontram os demais apartamentos e também as salas de estar, terapia ocupacional e refeições. Já no subsolo estão os serviços como a cozinha, lavanderia e depósitos.

As plantas baixa deste projeto são interessantes, pois são bem organizadas e os zoneamentos bem distribuídos. O pátio interno é grande com jardins tornando-o agradável.

Este programa de necessidades foi desenvolvido para dar todo o suporte necessário para as pessoas idosas com idade avançada que precisam de cuidados especiais.

Este projeto é composto pelos ambientes abaixo:

- Apartamentos de ambiente com cozinha e banho
- Apartamentos duplos com cozinha, sala de estar e banho
- Salas de refeições, sala de convívio, salas para reabilitação, sala para consulta médica, salas de terapia ocupacional, área administrativa, piscina climatizada, biblioteca
- Cozinha, lavanderia, vestiários para os funcionários

Figura 63 - Planta baixa com estudo de zoneamento



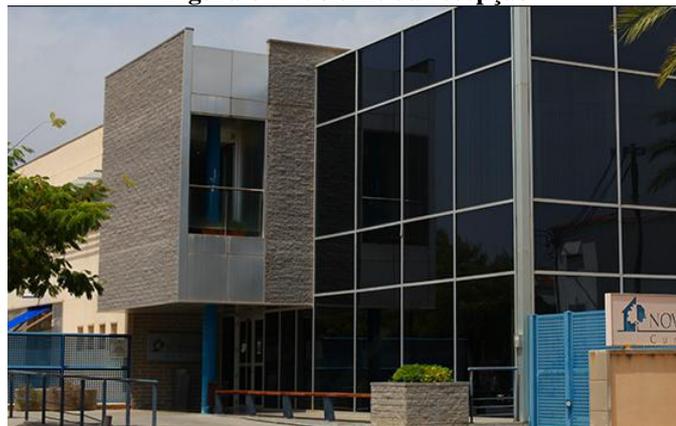
Fonte: Novallar 2014.

Figura 64 - Sistema fluxo/viário



Fonte: Google Earth, Acesso em: 05 jun. 2014, modificado pela autora.

Figura 65 - Volume da recepção



Fonte: Novallar, 2014.

Figura 66 - Refeitório

Fonte: Novallar, 2014.

Figura 67 - Pátio interno

Fonte: Mostaedi, 2003.

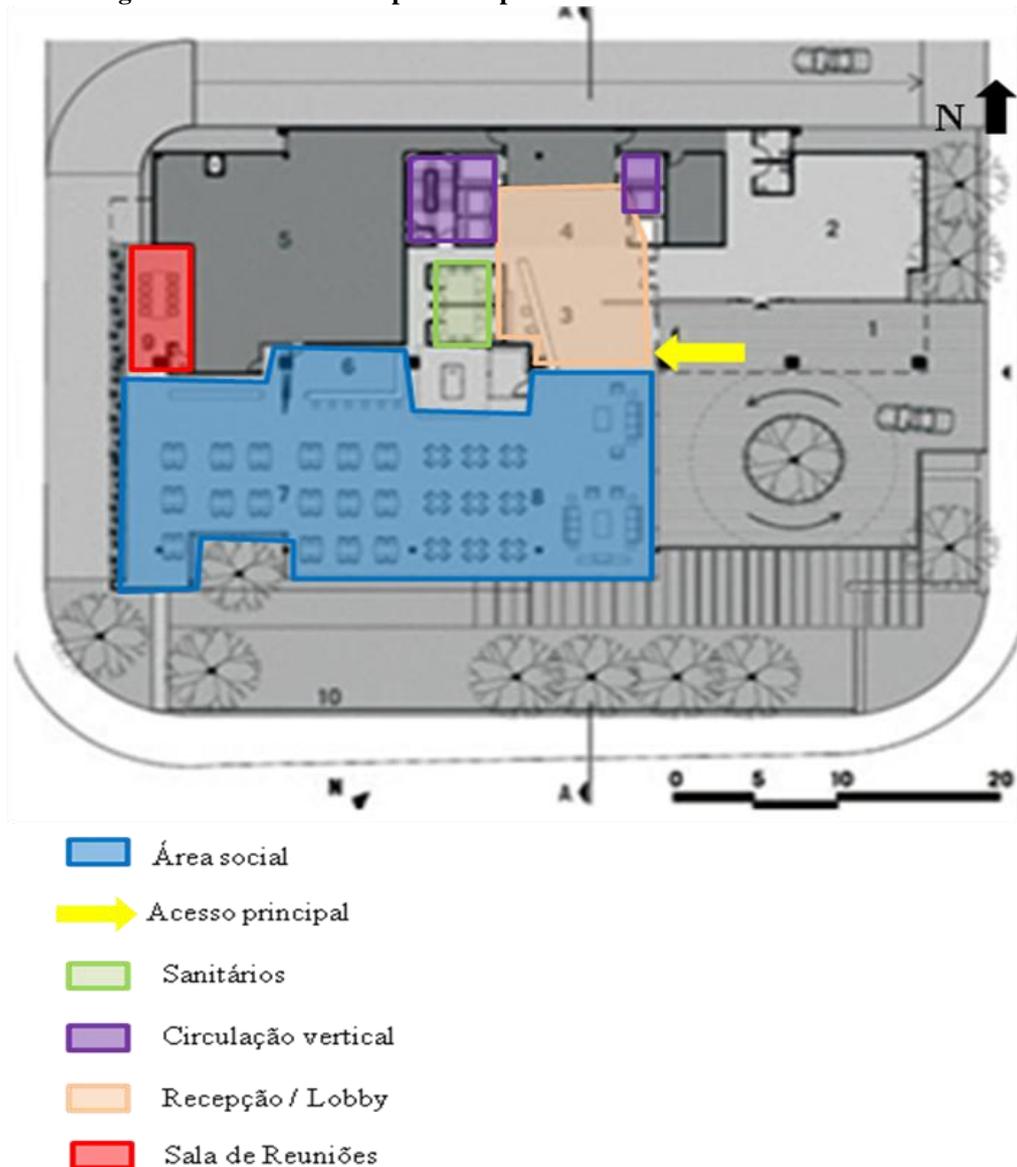
5.2 HILÉA - CENTRO DE VIVÊNCIA E DESENVOLVIMENTO PARA IDOSOS

Este referencial foi escolhido porque este projeto que foi concebido para atender a três públicos diferentes. Os usuários tem a opção de passar o dia, o final de semana ou então utilizar o internato. O conceituado Centro de vivência e Desenvolvimento Hiléa foi fundado em 2007. Projeto do escritório de arquitetura Aflalo & Gasperini Arquitetos. Situado na Rua Jandiatuba, s/ n - Vila Andrade na cidade de São Paulo/SP. O paisagismo é de Isabel Duprat e decoração de Sig Bergamin. É composto por uma torre de 10 pavimentos e com 119 apartamentos. Possui três subsolos de garagens e 6 elevadores. Sua área construída é 13.686,12m² e a área total do terreno é de 2.598,85m²

O Hiléa foi o primeiro Centro de Convivência para Idoso construído no Brasil e desenvolvido para atender as necessidades dos idosos que querem um estilo de vida diferenciado integrando hotelaria, lazer e saúde.

O complexo está dividido em dois grandes volumes: o primeiro mais horizontal composto por três pavimentos onde estão localizadas as áreas de lazer e o segundo verticalizado onde estão os pavimentos com dormitórios. Na cobertura estão as UTIs - Unidade de Tratamento Intensiva e nos subsolos as vagas de estacionamento.

Figura 678 - Planta baixa primeiro pavimento com estudo de zoneamento



Fonte: Flickr, 2014

Figura 69 - Corte transversal - A



Fonte: Flickr, 2014

O Instituto Hiléa está situado numa zona de muitos edifícios em altura. Localizado entre via secundárias, o acesso principal fica na lateral.

Figura 68 - Sistema fluxo/viário



Fonte: Google Earth, Acesso em: 05 jun. 2014, modificado pela autora.

Em 2009 ele fechou as portas, pois os proprietários alegaram que o custo para manter o Centro era muito elevado.

O Hiléa tinha diversos serviços como salão de eventos, piscina aquecida, sauna, salas de massagem, restaurante, salas de atividade e recreação, solário, jardim, cabelereiro, barbeiro e sala de família.

Figura 71 - Hiléa - Fachada principal



Fonte: Flickr, 2014.

Figura 72 - Hall de acesso ao centro



Fonte: Flickr, 2014

Figura 693 - Refeitório



Fonte: Flickr, 2014.

Figura 74 - Piscina



Fonte: Flickr, 2014

Figura 75 - Ambiente interno



Fonte: Flickr, 2014

Figura 70 - Dormitório



Fonte: Flickr, 2014

Figura 77 - Sala de atividade física e fisioterapia



Fonte: Flickr, 2014

6 REFERÊNCIAS FORMAIS

6.1 EDIFÍCIO SÓCIO-SANITÁRIO DO PARQUE HOSPITALA MARTÍ I JULIÀ (ARCH DAILY, 2014)

O projeto dos arquitetos Albert De Pineda Álvarez e Manuel Brullet Tenas é um edifício sócio-sanitário que representa a fase final do projeto e construção do complexo hospitalar do Parque Marti e Juliá em Girona na Espanha.

O projeto é do ano de 2009 e sua área construída é de 12.413,00m²

O edifício se adaptou aos parâmetros urbanísticos definidos para se integrar com o contexto existente.

Esta residência sócio-sanitária é composta por três pavilhões com apenas 1 pavimento e um sótão para os serviços gerais.

Os espaços internos são bem iluminados durante o dia todo devido aos pátios grandes que foram criados.

As áreas residenciais estão voltadas para um núcleo central onde estão as áreas de apoio geral e áreas de estar. As áreas de administração e terapia para os residentes estão próximas desta área central.

Os usuários podem se orientar com facilidade dentro da residência devido a planta bem funcional. A iluminação natural por conta das claraboias e dos pátios fortalecem a sensação de conforto dos residentes e funcionários do centro.

Todos os serviços são unidos pelos pátios central e são claramente definidas e marcadas pela entrada de luz natural.

Um eixo interno de uso da equipe faz a conexão com o hospital. Esta conexão permite servir ambas as partes em diferentes horários de trabalho.

Para acessar o prédio pelo lado externo o público e os funcionários têm uma entrada separada e independente.

A segurança e controle do complexo são garantidas pela presença de espaços de encontro e de estar, onde os espaços públicos internos e externos são abertos e com maior controle na parte dos enfermos. Assim, os residentes sentem-se sempre "em casa" e não têm a sensação de abandono.

A planta baixa que segue não pode ser totalmente analisada para realizar o zoneamento devido a qualidade da imagem.

Este projeto é interessante, pois ele se divide em três blocos com plantas baixa bem organizadas e distribuídas. As volumetrias dos blocos se adequam ao terreno e mesmo que eles estejam separados possuem a mesma leitura, integrando-os.

Figura 78 - Planta Baixa



Fonte: Arch Daily, 2014.

O complexo hospitalar está bem distribuído no lote. No entorno possui edificações com mais de um pavimento. O principal acesso está localizado numa das vias secundárias.

Figura 79 - Sistema fluxo viário



- Implantação
- Vias Primárias
- Vias Secundárias
- Rótulas

Fonte: Google Earth, Acesso em: 05 jun. 2014, modificado pela autora.

Figura 710 - Corte Longitudinal



Fonte: Arch Daily, 2014.

Figura 72 - Pátio central



Fonte: Arch Daily, 2014.

Figura 82 - Fachadas



Fonte: Arch Daily, 2014.

Figura 83 - Fachada



Fonte: Arch Daily, 2014.

6.2 NEW NORTH ZEALAND HOSPITAL

Este projeto que ainda não foi executado, é dos arquitetos suíços Herzog & de Meuron. Se trata de um complexo hospitalar em Hillerød, norte da Dinamarca, que abrigará 24 departamentos de diversas especialidades.

O hospital está rodeado por natureza e contém um jardim em seu centro.

A horizontalidade do edifício e sua forma ondulante responde à localização do hospital no meio da grande paisagem dinamarquesa. Um edifício horizontal é uma tipologia de construção apropriado para um hospital.

O objetivo era ter um grande jardim central e a necessidade de conexões internas curtas. A solução foi fazer os edifícios em forma de cruz orgânico que permite que o jardim interior para se tornar um espaço de fluxo. Um corredor central por baixo do jardim é caracterizada por quatro pátios.

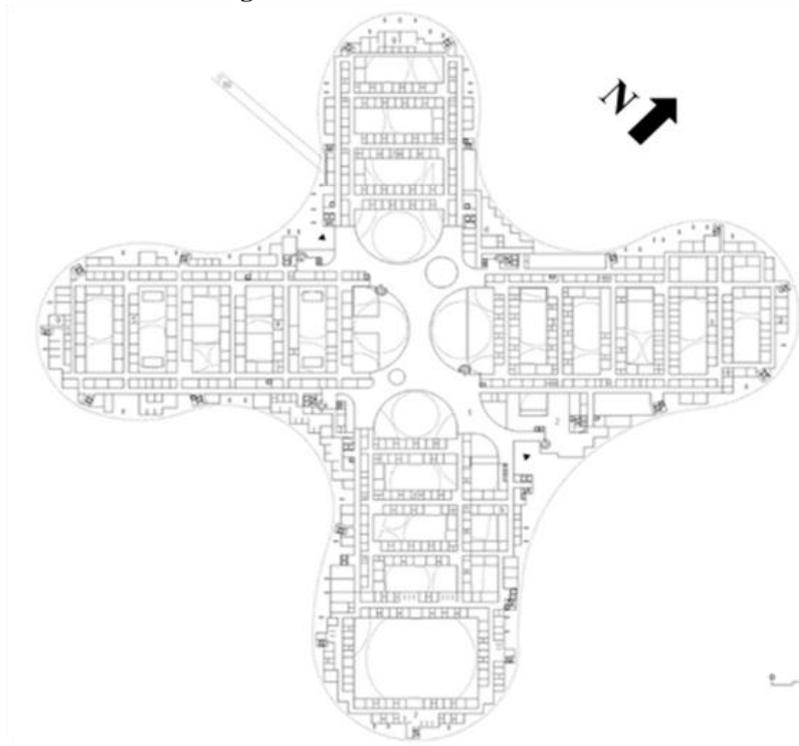
Terá no máximo quatro pavimentos, os edifícios do New North Zealand Hospital serão dispostos em um terreno de 300 mil metros quadrados. O formato destes edifícios será o de um trevo de quatro folhas. No topo dos edifícios possui amplas áreas verdes térreas e jardins.

A expectativa é de que o hospital seja inaugurado em 2020.

As figuras das plantas baixas não favoreceram para o bom entendimento a fim de realizar um zoneamento.

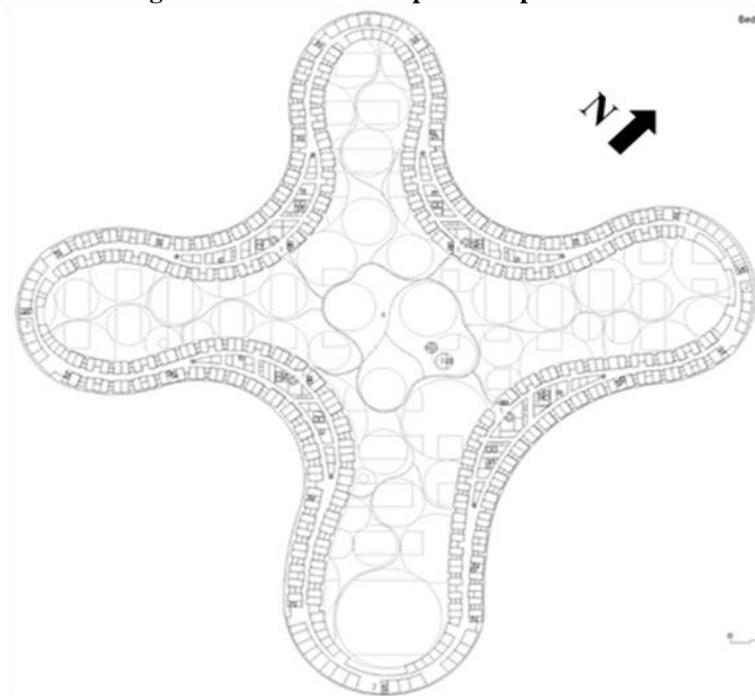
Apesar deste projeto possuir uma volumetria diferente, a planta baixa foi bem desenvolvida e organizada formando fachadas bem interessantes. Possui grandes pátios internos, os quais auxiliam na boa iluminação dos ambientes.

Figura 84 - Planta Baixa - Térreo



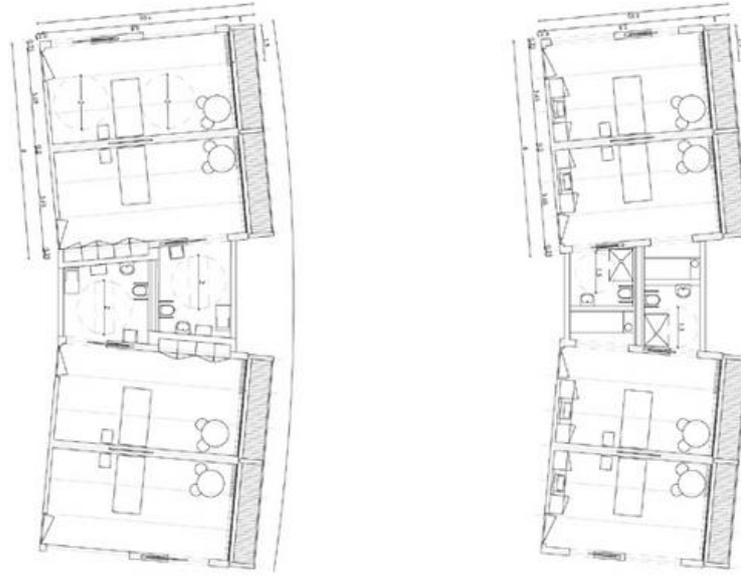
Fonte: Arco Web, 2104.

Figura 85 - Planta Baixa primeiro pavimento



Fonte: Arco Web, 2014.

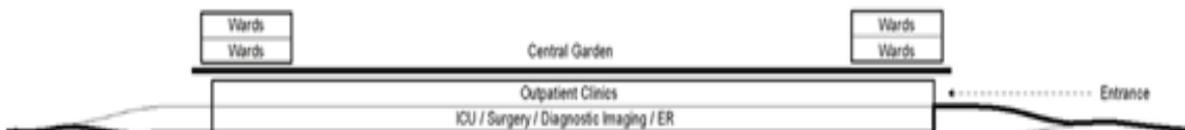
Figura 86 - Planta Baixa apartamentos



Fonte: Arco Web, 2014.

Dois pisos e tratamento formam um pedestal sobre a qual uma fita de dois andares de enfermarias é colocada ao longo do grande jardim central.

Figura 8773 - Corte esquemático



Fonte: Arco Web, 2014.

Percebe-se na figura abaixo os acessos que o New North Zealand Hospital terá. Para acessar a edificação vindo pela via primária, deve-se usar a rótula. Sendo este o principal acesso. Terão outros acessos ao hospital, os quais serão por vias secundárias. Haverá um percurso de vias secundárias redor de toda edificação.

Figura 88 - Sistema fluxo/viário

— Via Secundária

— Via Primária

— Rótula

Fonte: Arco Web, 2014.

Figura 89 - Jardins externos

Fonte: Arco Web, 2014.

Figura 90 - Ambiente interno



Fonte: Arco Web, 2014.

Figura 91 - Pátio interno com jardim



Fonte: Arco Web, 2014.

Figura 92 - Fachada externa



Fonte: Arco Web, 2014.

7 LEGISLAÇÃO

7.1 ESTATUTO DO IDOSO

O Estatuto do Idoso é uma lei que regula e assegura os direitos às pessoas com idade igual ou superior a 60 anos. Assim descreve-se abaixo trechos e sínteses da lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003.

Esta lei institui, no Artigo 50 do Capítulo II do Título IV que trata da política de atendimento ao idoso, as obrigações das instituições cuidadoras da pessoa idosa, sendo algumas delas: observar os direitos e garantias de que dispõem os idosos; oferecer instalações físicas em condições adequadas de habitabilidade; oferecer acomodações apropriadas para recebimento de visitas; proporcionar cuidados à saúde conforme a necessidade do idoso; promover atividades educacionais, esportivas, culturais e de lazer; propiciar assistência religiosa àqueles que desejarem, de acordo com suas crenças; manter no quadro profissionais com formação específica.

Todas as pessoas tem o direito de envelhecer e o estado tem a obrigação de garantir os direitos fundamentais e inerentes à pessoa humana. Esta ação é realizada através de políticas públicas que permitam um envelhecer saudável e digno.

O idoso ao realizar atividades, preserva sua saúde física e mental além de proporcionar aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social em condições de liberdade e dignidade.

Todo idoso tem direito de ir, vir, estar em logradouros públicos e espaços comunitários. Se expressar, dar opiniões, crer e participar de grupos religiosos. A sua participação na família, comunidade e na vida política deve ser ativa. Deverá estar amparado quando necessitar de auxílio, proteção e orientação. O idoso deve ser respeitado, valorizado e sua imagem deve ser preservada.

Todo idoso tem direito a moradia adequada e que atenda às suas necessidades. Esta moradia que poderá ser em casa própria, de familiares, ou em instituições casa lar que poderão ser privadas ou públicas.

Para o idoso é dado o direito ao trabalho, desde que seja um trabalho adequado às condições físicas, psíquicas e intelectuais, assim como, buscar aperfeiçoamento profissional. Além disso, proporcionar ao idoso desenvolvimento mental, de forma que adquira

conhecimento do mundo atual. O idoso em sua saúde assegurada, atendimento garantido tanto para prevenção, promoção como para recuperação dando atenção especial às doenças que geralmente afetam idosos. As entidades de assistência ao idoso deverão especificar os regimes de atendimento junto aos órgãos de vigilância sanitária e/ou conselho municipal da pessoa idosa e na falta dessa, junto ao conselho federal da pessoa idosa, especificando instalações em condições adequadas de habitabilidade, higiene, salubridade e segurança.

O artigo 49 do Estatuto do Idoso descreve que as instituições de longa permanência deverão preservar os vínculos das pessoas idosas com seus familiares. O atendimento dado deverá ser personalizado ou em pequenos grupos, deverá proporcionar ao idoso participação na comunidade interna e externa à instituição, absorvência dos direitos e garantias dos idosos, preservar a identidade do idoso com respeito e dignidade.

O artigo 50 trata das obrigações das entidades de atendimento e entre outras cláusulas destaca-se que a instituição, se pública, deverá fornecer vestuário adequado e alimentação suficiente. A instituição deverá oferecer instalações físicas de acordo com as condições das pessoas nesta faixa etária e disponibilizar pessoas capacitadas para oferecer atendimento capacitado para os idosos. Deve haver acomodações para recebimento de visitas e favorecer vínculo com familiares. Atendimentos à saúde, atividades educacionais, religiosas, esportivas, culturais e de lazer devem ser proporcionados.

Através do Estatuto do Idoso é possível garantir às pessoas acima de 60 anos seus direitos, integrando-o na sociedade dentro de suas limitações.

7.2 NBR 9050 – ACESSIBILIDADE EM EDIFICAÇÕES, MOBILIÁRIO, ESPAÇOS E EQUIPAMENTOS URBANOS

Esta norma foi datada em 30 de junho de 2004 e estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados ao se projetar construções, instalações e adaptações de edificações, mobiliário, espaço e equipamentos urbanos às condições de acessibilidade. Favorece a utilização do ambiente por quaisquer pessoas que porte ou não alguma necessidade especial.

No Centro de Convivência para Idosos viverão pessoas com necessidades especiais, portanto deverá se adequar à esta norma.

A norma NBR 9050 descreve que uma pessoa sem portar qualquer equipamento ocupa 0,60m x 0,60m, portando uma bengala necessita de uma largura mínima de 0,75m, já se estiver com andador, cadeira de rodas, muletas ou cão guia já é necessário 0,90m de largura mínima para circulação. Como a instituição será corretamente dimensionada para ser utilizada por cadeirantes deverá prever em todos os cômodos uma área livre de 1,50mx1,50m para ser utilizada como espaço de manobra e poder fazer com a cadeira um giro de 360 graus.

Objetos tais como corrimãos e barras de apoio, entre outros, devem ter seção circular com diâmetro entre 3cm e 4,5cm e devem estar afastados no mínimo 4cm da parede ou outro obstáculo. Se o objeto estiver embutido em nichos deve-se prever também uma distância livre na parte superior do apoio de no mínimo 15cm.

Os interruptores e campainhas devem estar entre 60cm e 100cm, as tomadas entre 40cm e 100cm, interfonos, telefones, atendimentos automático, quadros de luz, comando de aquecedor, registros de pressão deverão estar entre 80cm e 120cm, comandos de janela entre 60cm e 120cm, as maçanetas de porta e comandos de precisão deverão estar entre 80cm e 100cm.

Para a sinalização tátil no piso poderá ser do tipo de alerta ou direcional e ela deverá existir toda vez que o piso tiver alterações, indicando assim, escadas, degraus, entradas, saídas e obstáculos em caminhos, deverá ter cor contrastante com a do piso adjacente. Quando for sobreposta, o desnível entre o piso existente e o piso implantado deverá ser chanfrado e não exceder à 2mm. E quando são integradas, não há desnível.

Os degraus ou escadas deverão ter sinalização visual na borda do piso com cor contrastante com a do acabamento, medindo entre 2cm e 3cm de largura. Essa sinalização pode estar restrita à projeção dos corrimãos laterais, com no mínimo 20cm de extensão.

As edificações e demais equipamentos urbanos deverão ter o acesso com fácil acessibilidade, tendo acessos de no máximo 50m um do outro, sendo eles entre ligados por circulações principais e deverão estar de acordo com as medidas estipuladas pela norma.

O estacionamento por sua vez deverá possuir vagas próprias para pessoas com deficiência, caso não seja possível ter rotas acessíveis à estas em qualquer parte do estacionamento.

Para os acessos de uso restrito, tais como carga e descarga, acesso a equipamentos de medição, guarda e coleta de lixo e outras com funções similares, não é obrigado atender às condições descritas na norma.

As rampas devem ter inclinação calculada conforme a equação abaixo:

$$i = h \times 100 / c$$

i é a inclinação, em porcentagem;

h é a altura do desnível;

c é o comprimento da projeção horizontal.

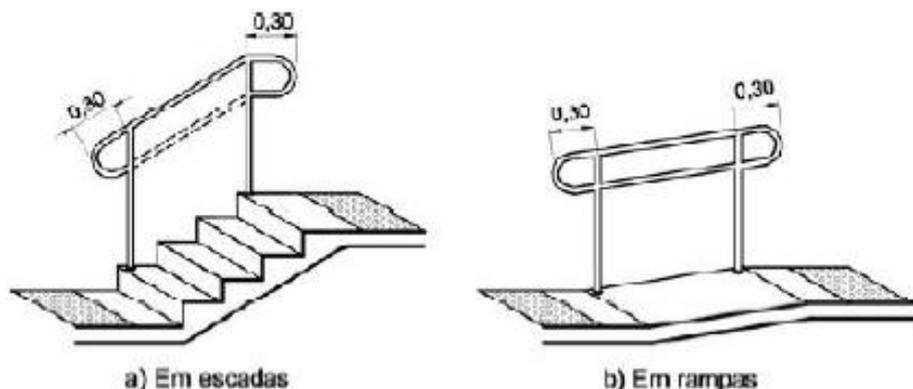
As rampas devem ter inclinação de acordo com os limites estabelecidos na Imagem 27 e prever áreas de descanso nos patamares, a cada 50m de percurso. A figura 99 mostra como deve ser projetado os corrimãos em escadas e rampas.

Figura 93 - Tabela de dimensionamento de rampas

Inclinação admissível em cada segmento de rampa i %	Desníveis máximos de cada segmento de rampa h m	Número máximo de segmentos de rampa
5,00 (1:20)	1,50	Sem limite
$5,00 (1:20) < i \leq 6,25 (1:16)$	1,00	Sem limite
$6,25 (1:16) < i \leq 8,33 (1:12)$	0,80	15

Fonte: ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas- NBR 9050.

Figura 94 - Corrimão indicado pela norma, este deverá se estender ao comprimento da escada ou rampa e ter suas extremidades arredondadas, garantindo a segurança dos usuários



Fonte: ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas- NBR 9050.

Os corrimãos não podem invadir a rampa mais do que 10cm de cada lado, a largura das circulações irá depender do trânsito de pessoas, mas apresenta medida mínima livre de 1,50m para rampas, mas com os patamares no início e término da rampa.

As escadas deverão ter largura mínima de 1,50m, mas deverá utilizar a NBR 9077 para calcular a largura conforme a circulação de pessoas. As escadas deverão ter patamares a cada 3,20m ou menos.

Corredores de uso público deverão ter largura mínima de 1,50m, já corredores de uso comum deverão ser dimensionados conforme o número de usuários tendo largura mínima de 0,90m.

As portas devem ter um vão livre mínimo de 0,80m e altura mínima de 2,10m, estas medidas servem também para as portas de elevadores. Em portas de duas ou mais folhas, pelo menos uma delas deve ter o vão livre de 0,80m

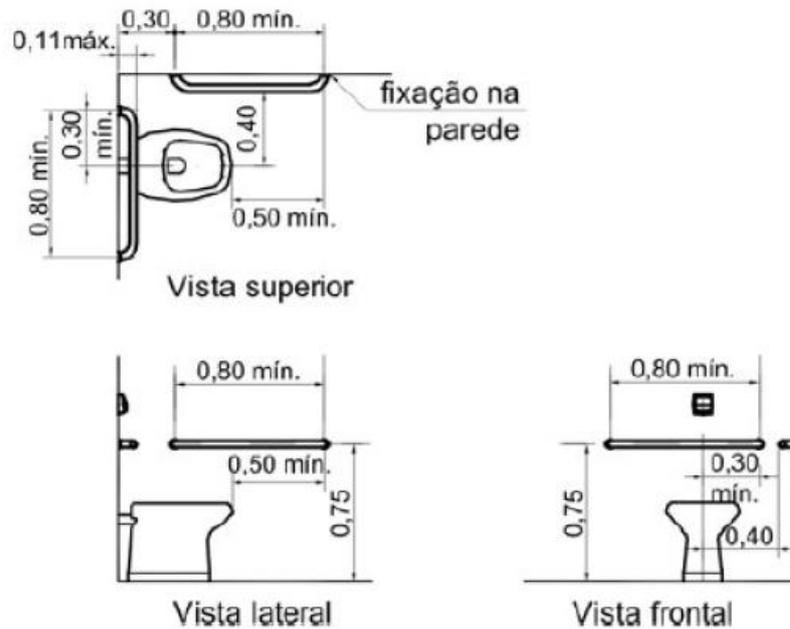
Locais de hospedagem e de saúde as portas deverão ter puxadores horizontais localizados a uma distância de 0,10m da face onde se encontra a dobradiça e com comprimento igual à metade da largura da porta.

As Calçadas, passeios e vias exclusivas de pedestres devem possuir faixa livre com largura mínima recomendável de 1,50m, sendo o mínimo admissível de 1,20m e altura livre mínima de 2,10m. a inclinação transversal máxima para estes lugares, segundo a NBR 9050, é de 3% e inclinações longitudinais não deverão exceder 8,33%.

Os vestiários e sanitários devem-se localizar em rotas acessíveis, próximos à circulação principal, preferencialmente próximo ou integrados às demais instalações sanitárias. Boxes de chuveiros isolados deverão ter dispositivos de sinalização de emergência a uma altura de 40cm do piso acabado, para em caso de queda haver acionamento. Todos estes espaços deverão estar providos de barras de apoio devidamente dimensionadas e fixadas conforme descrito na NBR 9050.

Deverá haver barras de apoio na lateral e no fundo da bacia sanitária e estas barras deverão ter comprimento mínimo de 80cm, localizados à 75cm de altura do piso acabado. A distância entre o eixo da bacia e a face da barra lateral ao vaso deve ser de 40cm. A barra de apoio deverá estar posicionada a uma distância mínima de 50cm da borda frontal da bacia. A barra da parede do fundo deve estar a uma distância máxima de 11cm da sua face externa à parede e deverá se estender no mínimo 30cm além do eixo da bacia, em direção à parede lateral. Os equipamentos e medidas expressas na norma poderão ser visualizados na figura 101.

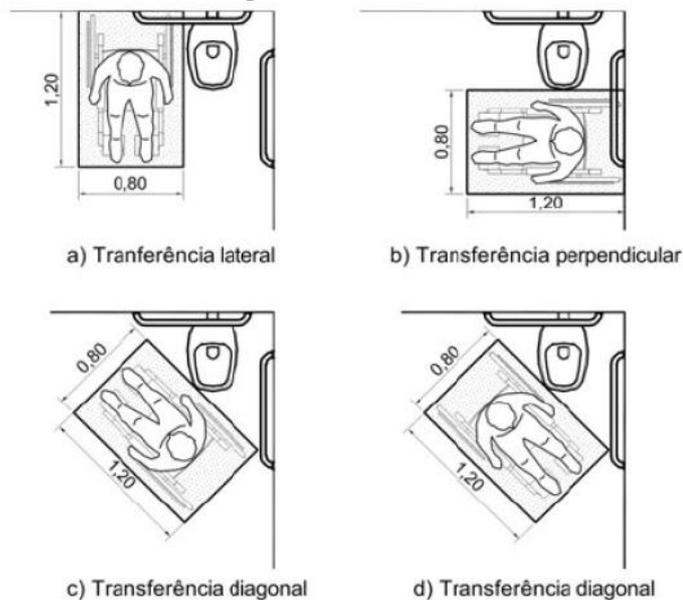
Figura 95 - Barras de apoio lateral e fundo



Fonte: ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas- NBR 9050.

Na utilização de bacias com caixa acoplada, deve-se instalar uma barra na parede do fundo, de forma a se evitar que a caixa seja utilizada como apoio. A distância mínima entre a face inferior da barra e a tampa da caixa acoplada deve ser de 15cm. As distâncias devem ser de acordo para o cadeirante poder fazer o giro dentro do ambiente como mostra a figura 102.

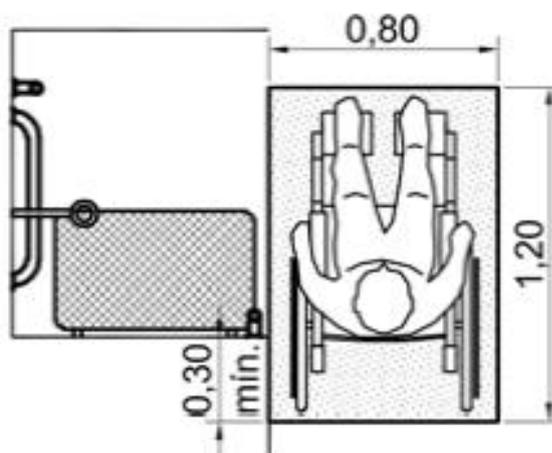
Figura 96 - As áreas de transferência são demonstradas a partir de desenhos mostrando a movimentação do cadeirante e representando as medidas necessárias



Fonte: ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas- NBR 9050.

Os boxes de banheiros deverão avançar no mínimo 30cm em relação ao restante do banheiro, isto é, estar deslocado a frente dos outros equipamentos facilitando o transporte do cadeirante da cadeira de rodas para o banco onde sentado irá tomar banho auxiliado pelas barras corretamente dimensionadas que deverão estar nas paredes laterais e na parede abaixo do chuveiro. Segue figura 103.

Figura 97 - Área de transferência do cadeirante para o box, espaços necessários e dimensões determinadas pela norma



Fonte: ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas- NBR 9050.

Os lavatórios devem ser suspensos, de forma a permitir a aproximação de pessoas portando cadeiras de rodas. Indica-se que a altura do piso até o início da pia seja a partir de 73cm e a altura final entre 78cm e 80cm, possibilitando que cadeirantes utilizem o lavatório. Os mictórios suspensos devem estar localizados a uma altura de 60cm a 65cm da borda frontal ao piso acabado e deverá estar provido de barras de apoio verticais.

A NBR 9050 também trata de espaços como dormitórios e descreve dimensões do mobiliário deste ambiente, para que os espaços sejam acessíveis, atendendo às condições de alcance manual e visual e ser dispostos de forma a não obstruir uma faixa livre mínima de circulação interna de 0,90m de largura, prevendo áreas de manobras para o acesso ao sanitário, camas e armários. Uma área de no mínimo 1,50m de diâmetro deverá ser preciso para que possibilite um cadeirante fazer um giro de 360°. As camas devem ter uma altura de 0,46m.

7.3 ANVISA

Novas regras para o funcionamento de instituições asilares são aprovadas com a evolução da legislação e da maneira com que a sociedade vê a velhice. Com a Resolução RDC nº 283 de 2005, as ILPI's - Instituições de Longa Permanência para Idosos passam a ser regulamentadas pela ANVISA e é baseada no Estatuto do Idoso e demais legislações pertinentes, tem parte do seu anexo alterado pela Resolução ANVISA/DC nº 94 de 2007, ano em que entrou em vigor.

Ela representa um instrumento para os órgãos competentes promoverem a fiscalização dos espaços destinados à permanência de pessoas idosas. As instituições asilares devem ter a visão de que não são apenas entidades caridosas e assistenciais, mas sim prestadoras de serviços com qualidade.

Na Resolução RDC nº 283 consta as informações e requisitos necessários ao funcionamento adequado dos espaços destinados à moradia coletiva de pessoas idosas além de definir as ILPI's como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania”. Indica como deve ser uma instituição quanto aos seus recursos humanos, processos operacionais, infraestrutura por exemplo.

Esta resolução configura o quadro de funcionário das ILPI's, nele deve contar as seguintes esferas de recursos humanos:

- Para a coordenação técnica: responsável técnico com carga horária mínima de 20 horas por semana.
- Para cuidados aos residentes:
 - Grau de Dependência I: um cuidador para cada 20 idosos, ou fração, com carga horária de 8 horas/dia.
 - Grau de Dependência II: um cuidador para cada 15 idosos, ou fração, por turno.
 - Grau de Dependência III: um cuidador para cada 15 idosos, ou fração, por turno.
- Para atividades de lazer: um profissional com formação de nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana.
- Para serviços de limpeza: um profissional para cada 100m² de área interna, ou fração, por turno diariamente.

- Para serviço de alimentação: um profissional para cada 20 idosos, garantindo a cobertura de dois turnos de 8 horas.

- Para serviço de lavanderia: um profissional para cada 25 idosos, ou fração, diariamente.

Ainda, segundo a RDC 283, a instituição deve realizar atividades de educação permanente para aprimorar tecnicamente seus recursos humanos, na prestação de serviços aos idosos.

Considerando uma instituição que atenda cerca de 40 idosos contemplando os três graus de dependência, sendo 15 idosos para GI, 15 idosos para GII e 10 idosos para GIII, estima-se que o quadro de funcionários deveria contar com:

- 02 recepcionistas
- 01 coordenador técnico
- 02 cuidador para GI
- 08 cuidadores para GII (considerando 4 turnos de 6 horas)
- 08 cuidadores para GIII (considerando 4 turnos de 6 horas),
- 01 profissional para atividades de lazer
- 04 funcionários para serviços de limpeza (considerando 1500 m² de área interna e dois turnos)
- 04 funcionários para serviços de alimentação
- 02 funcionários para serviço de lavanderia.

Além desses, o quadro de funcionários deve contemplar ainda os seguintes profissionais:

- 02 médicos (clínico geral e fonoaudiólogo)
- 01 fisioterapeutas
- 01 terapeutas ocupacionais
- 01 psicólogo
- 02 enfermeiras
- 04 auxiliares de enfermagem (considerando 4 turnos de 6 horas)
- 01 nutricionista
- 04 seguranças/porteiros (considerando 4 turnos de 6 horas), totalizando 48 funcionários.

Quanto à infraestrutura física para uma ILPI, deve-se ter atenção para as seguintes exigências específicas:

- quando o terreno da ILPI apresentar desníveis, deve possuir rampas para facilitar o acesso e movimentação dos residentes;
- devem ser previstas no mínimo duas portas de acesso externo, sendo uma exclusiva para serviço;
- a escada e a rampa de acesso à edificação devem ter no mínimo 1,20 m de largura;
- as circulações principais devem ter pelo menos 1,00 m de largura enquanto as secundárias podem ter largura mínima de 0,80 m;
- circulações com largura maior ou igual a 1,50 m devem possuir corrimão nos dois lados;
- circulações com até 1,50 m podem possuir corrimão em apenas um dos lados;
- as portas devem ter um vão livre mínimo de 1,10 m;
- as janelas e guarda-corpos devem ter peitoril mínimo de 1,00 m.

8 PROPOSTA DO TRABALHO

O Centro de Convivência para idosos, é um espaço no qual abrigará idosos permanentes e temporários. Oferecerá diversas atividades buscando o bem estar e o envelhecimento saudável dos usuários. Este espaço mostrará que a vida após os 60 anos ainda é divertida e que ainda vale muito a pena investir nela. Será um espaço descontraído, com integração, carinho e cuidados especializados de profissionais da área.

O centro de convivência será dividido em 3 alas para melhor organização do espaço.

A primeira será a da moradia, a segunda dos serviços e a terceira será a ala das atividades, descontração e lazer.

8.1 ALA 1: MORADIA

O centro oferecerá moradia permanente e temporária para os idosos. Será um local acolhedor e será oferecido serviço especializado por cuidadores profissionais e preparados para atender as necessidades destas pessoas.

a) Administração: na administração estão os escritórios onde trabalharão funcionários responsáveis pela organização e bom andamento da instituição. Haverá uma diretoria também que comporte armários, mesa de trabalho com computador, telefone e cadeiras. Já na secretaria deverá ter mesas de trabalho com computadores, telefones, armários e arquivos de papéis.

b) Dormitórios: cada dormitório comportará, no máximo, 2 pessoas. Terão banheiros privativos os quais seguirão as normas de acessibilidade descrito em lei. No dormitório haverá camas, armário, móvel para televisão, aparador e poltronas. Os banheiros terão espaço para cadeirante considerando a cadeira de rodas. O espaço banho, deverá permitir a acomodação da cadeira apropriada, permitindo o uso confortável sentado e também que seja de fácil transferência do usuário.

c) Sanitários coletivos: em cada andar deverá ter no mínimo um banheiro feminino e masculino. Conforme Código de Edificações da cidade de Igrejinha, para cada 100m² deverá conter um sanitário feminino e um masculino.

Os banheiros coletivos deverão ter área destinada aos lavatórios, boxes contendo as bacias sanitárias nas dimensões mínimas de 1,50m por 1,80m, mictórios.

d) Enfermaria: nesta sala serão armazenados os remédios e medicamentos em geral. Estará localizada próxima a sala de doentes. Contará com uma enfermeira 24 horas a qual será responsável pelos cuidados com a saúde dos idosos que moram no Centro.

Neste ambiente terá mobília como mesa e cadeiras, maca, pia e armários para armazenamento dos medicamentos. Neste armário cada idoso terá um nicho separado para seus remédios e estes nichos serão protegidos da luz e da umidade.

A enfermaria contará com uma sala destinada a atendimento médico, nutricionista e outros profissionais ligados a saúde onde poderão atender os idosos adequadamente dentro das normas. Esta sala terá área mesa, cadeiras, maca, pia e espaço destinado para exames ou outros equipamentos necessários.

e) Salas e Estares: o Centro terá salas de estar, associadas a jardins de inverno. Estes estares serão destinados aos encontros dos usuários do Centro onde os mesmos poderão receber suas visitas. Estes ambientes estarão distribuídos pela edificação e estarão mobiliados com poltronas, sofás, mesas, lareiras, televisores, dvd's, estantes com livro, revistas e jornais e um aparador.

Os jardins internos serão amplos e com grandes aberturas em que os idosos poderão entrar para em dias frios sentarem para tomar sol por exemplo. Neste local terão bancos, floreiras, cadeiras e mesas de jardim. Um ambiente agradável e protegido do vento e da chuva.

8.2 ALA 2: APOIO

Estes são espaços reservados aos serviços, abastecimento, armazenamento de materiais, peças e utilitários para a instituição.

a) Acesso de serviço e carga e descarga: o Centro terá uma entrada secundária destinada ao acesso de funcionários e entrada de veículos de carga e descarga de mercadorias na instituição.

b) Depósito de gás: depósito de gás utilizado nos 3 blocos do centro de convivência, incluindo o depósito do restaurante.

c) Depósito de lixo: todo o resíduo do centro de convivência deverá ser separado e armazenado nesta sala para poder ser destinado corretamente.

d) Vestiários: estarão localizados próximo a entrada de serviços e terá um feminino e um masculino providos de boxes, duchas, lavatórios, mictórios, no caso do vestiário masculino. Também haverá armários individuais para que os funcionários possam guardar seus pertences.

e) Almojarifado geral: este ambiente abrigará mercadorias entregues a instituição que serão encaminhadas aos setores responsáveis.

Será necessário uma mesa com cadeiras, prateleiras e estantes para armazenamento de materiais variados.

f) Lavanderia: a lavanderia será equipada com máquinas industriais para lavagem e secagem de roupas, armários que armazenem os materiais, roupas lavadas e roupas para lavar. Conterá uma porta que dê acesso ao exterior no qual haverá um espaço destinado à secagem de roupas.

g) Acesso Social: será o acesso de visitantes ao Centro. Deverá ser de fácil acesso, com clara demarcação. Haverá 2 entradas, uma reservada aos pedestres e outra reservada aos veículos, a entrada dos veículos deverá direcioná-los para o estacionamento que terá capacidade para 40 automóveis. A entrada dos pedestres deverá direcioná-los para a recepção. Espaço amplo confortável para poder receber muitas pessoas adequadamente. Haverá um funcionário para recepcionar os visitantes. Caberá a esta pessoa informar a chegada do visitante, organizar a entrada desta pessoa na instituição. Na recepção haverá poltronas confortáveis, sofás, materiais de leitura como jornais, revistas, um aparador para o café e chá que será oferecido diariamente para os visitantes e um banheiro sendo este adequado para cadeirantes.

Será um espaço agradável, em que o visitante já perceba que se trata de um espaço sério, profissional e muito agradável.

8.3 ALA 3: ATIVIDADES

Esta ala será composta por salas e ateliês. O bloco 3 tem o intuito de propor atividades sociais, psicológicas e físicas aos idosos da comunidade (que moram ou não na instituição)

promovendo a integração dessas pessoas e fortalecendo a importância que elas têm para a sociedade.

a) Hall de recepção do Centro de Atividades: o ambiente principal de acesso à entidade deve ser amplo e integrado de forma a comportar várias pessoas no mesmo ambiente. Haverá uma recepcionista, a qual recepcionará as pessoas que chegam ao Centro, anunciando e organizando sua entrada. Como mobília principal deste espaço haverá balcão, telefone, computador, armário guarda volume e espaço para a própria recepcionista.

b) Lounge: será um estar mobiliado com poltronas, sofás, jornais, revistas e lareira.. Haverá também um café com uma pequena cozinha para lanches, balcão de atendimento e mesas.

c) Estúdio de fisioterapia: o estúdio de fisioterapia será próprio para atender pessoas idosas e abrigará equipamentos necessários para a realização de tratamentos aos pacientes. Equipado para realização de trabalhos para reaver os movimentos (sinesioterapia) e para reparação de tecidos e analgesia (eletroterapia). Para isso, será previsto um espaço livre para realização de atividades com bolas suíça, pesos, elásticos e bastões. Estas atividades poderão ser realizadas tanto com o paciente sentado como em pé. Haverá tatame, turbilhão, andador (dois corrimões onde o paciente com dificuldade para andar poderá se apoiar e caminha entre eles.)

Haverá aparelhos específicos para o tratamento de fisioterapia. Trata-se de pequenos aparelhos que para serem aplicados necessitam que o paciente esteja deitado. A sala deverá ter barras de apoio distribuídas por todo o estúdio assim como muitos espelhos para que o paciente possa se olhar, se autocorriger, se enxergar em atividade. Estes equipamentos são essenciais para o aprendizado e para sua recuperação.

d) Laboratório de computação: haverá uma sala equipada com computadores, que estarão à disposição ao público idoso.

e) Sala de jogos: será um espaço destinado à descontração dos idosos. Local onde se encontrarão para se divertir através dos jogos como dama, xadrez, bingo, cartas e outros. A sala estará mobiliada com mesas, cadeiras e poltronas.

f) Ateliês de artes: neste ambiente serão realizadas as terapias ocupacionais como aulas de pintura, desenho, bordado e artesanato. Os ateliês apresentam bancadas para realizações das atividades, prateleiras e suportes para exposições dos trabalhos.

g) Salas de ginástica: no centro haverá duas salas de ginástica com colchonetes, tatames, bolas e demais equipamentos necessários para a realização das aulas.

h) Natação: haverá uma piscina que será utilizada para aulas de natação, hidroginástica e para atividades de fisioterapia. O apoio à piscina será dado por uma casa de máquinas.

i) Vestiários: os vestiários masculino e feminino serão de uso exclusivo dos alunos da natação, fisioterapia e ginástica. Cada um dos vestiários será equipado com chuveiros, boxes sanitário e lavatório com pias e mictórios no caso do vestiário masculino.

j) Sanitários coletivos: deverá ter em cada andar no mínimo um banheiro feminino e um masculino, a capacidade de cada um, segundo o Código das Edificações da cidade de Igrejinha, será de 1 sanitário a cada 100m².

Os banheiros coletivos deverão ter área destinada aos lavatórios, boxes contendo as bacias sanitárias nas dimensões mínimas de 1,50m por 1,80m, mictórios.

l) Refeitório: este refeitório será encarregado pela alimentação dos moradores permanentes e visitantes.

As dependências que constituem a cozinha são divididas em:

Carga e descarga: espaço reservado a chegada e saída de mercadorias.

Depósito de alimentos não perecíveis: sala prateleiras e estantes para armazenamento dos alimentos.

Depósito de refrigerados: haverá geladeiras e câmara fria.

Sala de higienização dos alimentos: sala com pias e prateleiras onde a louça é lavada.

Depósito de utensílios de cozinha: sala onde são armazenadas panelas, pratos, talheres, copos e demais equipamentos utilizados no preparo dos alimentos.

Sala de preparação dos alimentos: sala para realização da alimentação contendo fogão industrial com coifa, pias, bancadas, fornos industriais e outros equipamentos necessários.

O salão equipado com mesas e cadeiras para as refeições.

m) Capela: no Centro terá uma pequena capela ecumênica. Será local reservado à oração independente de religiões e credos, um ambiente de paz onde os idosos possam frequentar para fazer orações.

n) Praça: a praça tem por objetivo ser o centro de ligação da instituição. Local em que todos se encontram. Equipada com bancos e pavimentação adequada e identificada conforme norma facilitando a circulação de pessoas com alguma dificuldade de locomoção e visão. Terá também espelho d'água e vegetação.

Próximo à praça haverá o pomar com árvores frutíferas e horta que os próprios idosos ajudam a cultivar, se tornando uma forma de terapia para eles.

9 PROGRAMA DE NECESSIDADES E PRÉ DIMENSIONAMENTO

Figura 98 - Programa de necessidades e pré dimensionamento

ALA	AMBIENTE		DESCRIÇÃO	UNIDADES	EQUIPAMENTOS	ÁREA PREVIS TA
I - MORA DIA	Administração	Diretoria	Sala para gerência e finanças	1	Mesas, cadeiras e armários	9m ²
		Secretaria	Sala para administração	1	Mesas, cadeiras e armários	18m ²
	Dormitório	Dormitório	Local de hospedagem	40	Cama, armário e criado mudo	15,30m ²
		Sanitário	Sanitário para higiene	40	Box com chuveiro, vaso sanitário, bancada com pia	7,35m ²
	Sanitários Coletivos	Feminino	Sanitário para higiene	1	Box com chuveiro, vaso sanitário, bancada com pia	60m ²
		Masculino	Sanitário para higiene	1	Box com chuveiro, vaso sanitário, bancada com pia	60m ²
	Enfermaria	Enfermaria	Lugar para manuseio de remédios	1	Armários, refrigerador, mesa e cadeira	38m ²
		Consultório 1	Local para atendimento médico	1	Mesa, cadeira e armários	12m ²
		Consultório 2	Local para atendimento médico	1	Mesa, cadeira e armários	12m ²
	Salas de Estares	Salas de estares	Local destinado para o convívio entre os moradores e com seus familiares	6	Estofados, poltronas, bebedouros, mesas e cadeiras	40m ²
		Jardins Internos	Local para descanso	3	Bancos, mesas	30m ²
		Acesso de Serviços de Cargas e Descargas	Local apropriado para receber materiais	1	***	45m ²
		Depósito de gás	Local para armazenar gás	1	Armário apropriado	5m ²
		Depósito de Lixo	Local para armazenar lixos	1	***	15m ²

2 - APOIO	Vestiário	Feminino	Lugar para higiene dos funcionários	1	Box com chuveiro, armários	45m ²
		Masculino	Lugar para higiene dos funcionários	1	Box com chuveiro, armários	45m ²
	Almoxarifado Geral		Local para armazenar materiais	1	Prateleiras, armários, mesa	40m ²
	Lavanderia		Local para lavagem da roupa	1	Máquinas de lavagem, mesa e armário	50m ²
ATIVIDADES	Acesso Social	Acesso de Pessoas	Lugar especificado para acessar o lar	1	***	30m ²
		Estacionamento	Local para estacionar os veículos	1	***	500m ²
		Hall /Recepção	Local para recepcionar visitantes	1	Bancada, poltronas	50m ²
	Lounge	Estar	Local para receber visitantes	1	poltronas e mesa de centro	45m ²
		Café	Local de apoio ao estar	1	Mesas, cadeiras e maquinas de café	40m ²
	Estúdio de Fisioterapia		Local equipado para tratamento fisioterápico	1	Equipamentos diversos	70m ²
	Laboratório Informática		Local equipado para manuseio de computadores	1	Mesas, cadeiras e computadores	60m ²
	Sala de Jogos		Local equipado para distração e diversão	1	Mesas, cadeiras, armários	50m ²
	Ateliês - Terapias Ocupacionais		Local equipado para trabalhos manuais	1	Mesas, cadeiras, armários	35m ²
	Salas de Ginástica		Local equipado para atividade física	2	Aparelhos de ginástica	50m ²
	Natação		Local com piscina	1	Piscina	150m ²
	Vestiários	Feminino	Local para higiene dos moradores	1	Box com chuveiro, armários	60m ²

		Masculino	Local para higiene dos moradores	1	Box com chuveiro, armários	60m ²
	Restaurante	Carga/Descarga	Local destinado para receber mercadorias	1	Bancada	15m ²
		Depósito de produtos não perecíveis	Local adequado para armazenamento	1	Armários	12m ²
		Depósito de Refrigerados	Local adequado para armazenamento	1	Refrigeradores e armários	12m ²
		Sala de Higienização dos alimentos	Local equipado para higienizar alimentos	1	Pias, armários	12m ²
		Depósito de Utensílios de Cozinha	Lugar para armazenar utensílios de cozinha	1	Armários	20m ²
		Sala de preparação de alimentos	Local para o preparo dos alimentos	1	Bancadas, armários, pia, fogão, fornos e refrigeradores	40m ²
		Refeitório		1	Mesas com cadeira	150m ²
	Sanitários Coletivos	Feminino	Sanitário para higiene	1	Box com chuveiro, vaso sanitário, bancada com pia	60m ²
		Masculino	Sanitário para higiene	1	Box com chuveiro, vaso sanitário, bancada com pia	60m ²
4 - LAZER	Capela	Lugar para celebrações ecumênicas	1	Bancos, bancadas	100m ²	
	Praça / Horta/ Pomar	Local para o convívio e cultivo de frutas e hortaliças	1	Bancos	500m ²	
ÁREA TOTAL PREVISTA						3.919,05 m²

Fonte: Autora, 2014.

10 CONCLUSÃO

A presente pesquisa para o Trabalho Final de Graduação do Curso de Arquitetura e Urbanismo, da Universidade Feevale tratou de uma realidade muito presente no mundo atual: a vida na terceira idade. Certamente, teremos consequências ruins no futuro se não forem tomadas as devidas providências para assegurar qualidade de vida para esta faixa etária.

A pesquisa abordou questões tais como: a origem e importância das instituições geriátricas que acolhem os idosos; o envelhecimento saudável; cuidados com saúde física e mental do idoso, a importância das terapias ocupacionais, e a posição do idoso na sociedade contemporânea. Aspectos relativos aos requisitos formais e funcionais de um edifício destinado ao cuidado com o idoso também foram temas contemplados.

A posição do idoso na sociedade também foi exposta deixando explícito que a sociedade tem uma visão preconceituosa sobre o envelhecimento, muitas vezes por não saber tratar ou até mesmo desconhecer das necessidades e limitações dos idosos. Através dos temas abordados neste trabalho percebemos a importância de se ter um espaço apropriado para acolher os idosos e profissionais preparados para atender os mesmos.

Conclui-se que há muitas demandas que não são supridas em relação aos idosos. O projeto do Centro de Convivência para Idosos proposto para a cidade de Igrejinha pretende atender parte desta carência, unindo diversas atividades de lazer, saúde, moradia e principalmente garantindo uma vida longa, com equilíbrio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABNT – ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: **Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos**. Rio de Janeiro, 2004.

ANVISA, Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/58109e00474597429fb1df3fbc4c6735/RDC+N%C2%BA+283-2005.pdf?MOD=AJPERES>> Acesso em: 11 abr. 2014.

ARAUJO, Terezinha Duarte. Atividade Física e postura corporal. *In*: ASSIS, Monica de (Org.). **Promoção da saúde e envelhecimento**: orientações para o desenvolvimento de ações educativas com idosos. Rio de Janeiro: CRDE UNATI UERJ, 2002.

ARCH DAILY. **Edifício Sócio-sanitário do Parque Hospitala Martí i Julià / Brullet Pineda Arquitectes + Manuel Brullet i Tenas + Albert de Pineda i Álvarez**. Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br/229428/edificio-socio-sanitario-do-parque-hospitala-marti-i-julia-brullet-pineda-arquitectes-mais-manuel-brullet-i-tenas-mais-albert-de-pineda-i-alvarez>>. Acesso em: 03 jun. 2014.

ARCO WEB. **Trevo inspira projeto de Herzog & Meuron para hospital**: complexo hospitalar será construído em um bosque na dinamarca e está previsto para ser inaugurado em 2020. Disponível em: <<http://www1.arcoweb.com.br/noticias/arquitetura/trevo-inspira-novo-hospital-de-herzog--meuron>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

BEVOUIR, Simone de. **A velhice**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOSI, E. **Memória e Sociedade**. São Paulo: USP, 1987.

BOTH, Agostinho. **Práticas sociais na terceira idade**. Passo Fundo: UPF, 1993.

BRASIL. Lei Federal nº 4.771, de 15 de Setembro de 1965. Dispõe o Código Florestal. **Diário Oficial da União**: Revogado pela Lei nº 12.651, de 2012, Brasília, DF. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/14771.htm> Acesso em: 16 mai. 2014.

BRASIL. Lei Federal nº. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/110.741.htm>. Acesso em: 01 jun. 2014.

BRUSCIA, K. E. **Definindo musicoterapia**. Rio de Janeiro: Enelivros, 2000.

CASA SÃO LUIZ. **Inauguração**. Disponível em: <<http://www.casasluz.com.br/historia.html>>. Acesso em: 28 mai. 2014.

CENSO IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA.

Disponível em:

<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/webservice/frm_piramide.php?codigo=431010&cormulher=3d4590&cormulher=9cdbcfc> Acesso em: 01 jul. 2014.

CHRISTOPHE, Micheline. **Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: uma opção de cuidados de longa duração?** Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Ciências Estatísticas, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Rio de Janeiro, 2009.

Disponível em:

<http://www.lep.ibge.gov.br/ence/pos_graduacao/mestrado/dissertacoes/pdf/2009/Micheline_Christophe_TC.pdf>. Acesso em: 21 mai. 2014.

ESPITIA, Alexandra Zolet. MARTINS, Josiane de Jesus. **Artigo Relações afetivas entre idosos institucionalizados e família: encontros e desencontros**, 2006 .

FLICKR. **Hiléa: instalações**. Disponível em:

<<https://www.flickr.com/photos/hilea/sets/72157615112799216/>>. Acesso em: 11 jun. 2014.

GOOGLE. **Google Earth**. Disponível em: <www.googleearth.com>. Acesso em: 14 jun. 2014.

IBGE – INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tábua de Vida**.

Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuadevida/evolucao_da_mortalidade.shtm>. Acesso em: 25 mai. 2014.

IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA E ECONÔMICA APLICADA. **Jornal do Comercio (Sp): Faltam asilos para idosos no País**, 2011. Disponível em:

<http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=8577&catid=159&Itemid=75>. Acesso em: 10 abr. 2014.

MAZO, Giovana Zarpellon; LOPES, Marize Amorim; Benedetti, Tânia Bertoldo. **Atividade Física e o Idoso**. Porto Alegre, RS, 2004.

MEIRELLES, Morgana A. E. **Atividade física na terceira idade: Uma abordagem sistêmica**. Rio de Janeiro: Sprint, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília, 2006.

Disponível em: <<http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcd19.pdf>>. Acesso em: 20 mai. 2014.

MOSTAEDI, Arian. **Homes for Senior Citizens**. Barcelona: Instituto Monza de edições SA, 2003.

MULLER, Adriana. **Instituições de Longa Permanência para Idosos: a prática regular de atividade física na percepção de cuidadores**. Trabalho de Conclusão – Curso de Educação Física. Universidade Feevale. Novo Hamburgo/RS, 2007.

NAHAS, Markus Vinicius. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 2. ed. Londrina: Midiograf, 2001.

NOVALLAR. Disponível em: <<http://www.novallar.org>> Acesso em: 11 abr. 2014.

OKUMA, Silene Sumire. **O idoso e a atividade física**. Campinas: Editora Papyrus, 1998.

PDDUA. Lei Municipal 3.824/2006, de 27 de Outubro de 2006. Dispõe sobre o Plano Diretor de Desenvolvimento de Igrejinha, 2006. **Prefeitura Municipal de Igrejinha**, Igrejinha, RS. Disponível em: <<http://www.igrejinha.rs.gov.br/2013/img/documentos/download.php?arquivo=7>>. Acesso em: 09 jun. 2014.

SALGADO, Marcelo Antônio. Velhice. **Uma nova questão social**. 2. ed. São Paulo: SESC, CETI, 1982.

SANTINI, R. de C. G. **Dimensões do lazer e da recreação**: questões espaciais, sociais e psicológicas. Angelotti: São Paulo, 1993.