

UNIVERSIDADE DO SAGRADO CORAÇÃO

AMANDA DE CÁSSIA COLLETA ASCENCIO

**ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA PARA A TERCEIRA
IDADE**

BAURU
2012

AMANDA DE CÁSSIA COLLETA ASCENCIO

**ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA PARA A TERCEIRA
IDADE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Exatas e Sociais Aplicadas como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Arquitetura e Urbanismo, sob a orientação do Profº Me. Danilo Fernando de Oliveira Gomes.

**BAURU
2012**

AMANDA DE CÁSSIA COLLETA ASCENCIO

ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA PARA A TERCEIRA IDADE

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Ciências Exatas e Sociais Aplicadas da Universidade do Sagrado Coração como parte dos requisitos para obtenção do título de bacharel em Arquitetura e Urbanismo, sob a orientação do Profº Me. Danilo Fernando de Oliveira Gomes.

Banca Examinadora:

Profº Me. Danilo F. O. Gomes
Universidade do Sagrado Coração

Profº Norival Agnelli
Universidade do Sagrado Coração

Profº Me. Diogo Barros Monteiro
Universidade do Sagrado Coração

Bauru, 20 de Junho de 2012

Ascencio, Amanda de Cássia Colleta

A811e

Espaço de convivência para a terceira idade / Amanda de Cássia Colleta Ascencio -- 2012.

78f. : il.

Orientador: Prof. Dr. Danilo Fernando de Oliveira Gomes.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) - Universidade Sagrado Coração - Bauru - SP

1. Idoso. 2. Velhice. 3. Terceira idade. 4. Espaço de convivência. 5. Asilo. I. Gomes, Danilo Fernando de Oliveira. II. Título.

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, a minha família, em especial minha mãe, minha avó e meu noivo, por me apoiarem tanto nesta caminhada.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço à minha mãe Luzinette, por tudo que fez por mim e continua fazendo, pela oportunidade de estudar numa universidade de renome como a USC, à minha avó Aparecida, por me ensinar os grandes valores da vida. Também agradeço nossa coordenadora Prof^a Dr^a Paula V. C. Chamma que sempre se dedicou a fazer do nosso curso o melhor. A todos os professores que passaram por minha vida durante esses cinco anos de curso e ao meu orientador Prof^o Me. Danilo F. O. Gomes.

Agradeço ao Arquiteto Marcio Colim, pela oportunidade dada no primeiro ano do curso de estagiar no seu escritório, onde continuo aprendendo a cada dia.

Agradeço a todos da minha família, amigos e colegas, entre outras pessoas que fizeram parte deste trabalho. Obrigada!

RESUMO

Este trabalho tem como objetivo o estudo e a análise de espaços destinados a cuidar de pessoas idosas. Busca-se nesse trabalho definir diretrizes arquitetônicas, para a concepção desses espaços de forma também a dar suporte à atividades recreativas, sociais e de lazer. Com o intuito de construir um espaço inclusivo, onde os idosos possam ter a sensação de bem-estar e de autoestima, busca-se algo inovador. Sabemos que melhor que tratar doenças, é evitá-las, por isso a participação em atividades físicas e recreativas é de extrema importância para um bom desempenho físico e mental dos idosos, gerando autoconfiança, satisfação e bem-estar, além de proporcionar a sua inclusão social a partir de mudanças no estilo de vida. Os asilos, na maioria das vezes, não oferecem atividades suficientes para suprir as necessidades dos idosos, proporcionando-lhes uma vida vazia e destituída de prazeres, além de excluí-los da família e da sociedade. Dessa forma, cria-se a necessidade de um local onde isso seja revertido e tratado com outros olhos, buscando-se estilos de vida saudáveis e serviços que facilitem o contato social, a prevenção de doenças e a postergação da decadência física e mental para os próximos anos de vida. Portanto, uma maior integração entre os idosos, oferecendo oportunidades do descobrimento de mais fontes de satisfação de vida, através do entretenimento e do lazer, motivando-os ao convívio social, descobrindo valores e estimulando-os a uma melhor qualidade de vida, é um dos mecanismos para não sentir a presença da velhice como uma decadência.

Palavras-chave: Idoso. Velhice. Terceira Idade. Espaço de Convivência

ABSTRACT

This work aims to study and analysis of spaces for caring for the elderly. Search in this work is to define architectural guidelines, aiming to provide a space where seniors can enjoy recreational, social and leisure activities. In order to build an inclusive space where the elderly can have a sense of well-being and self esteem, seeks to something innovative. We know better than to treat disease is to avoid them, so participation in physical and recreational activities is extremely important for good physical and mental performance of elderly people, generating self-confidence, satisfaction and well-being, and provide their inclusion from social changes in lifestyle. The homes, mostly, do not offer enough activities to meet the needs of the elderly, providing them a life empty and devoid of pleasure, and exclude them from family and society. Thus, it creates the need for a place where it is reversed and treated with different eyes, looking for healthy lifestyles and services that facilitate social contact, disease prevention and advance the physical and mental decline for the next years. Therefore, greater integration among the elderly, providing opportunities of the discovery of additional sources of life satisfaction, through entertainment and leisure, motivating them to social life, finding values and encouraging them to a better quality of life, can be one of the mechanisms to not feel the presence of old age and decay.

Keywords: Elderly. Aging. Third Age. Living Space

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fatores que afetam a qualidade de vida	16
Figura 2 - Pirâmide Populacional do Brasil em 2010.....	17
Figura 3 - Pirâmide Populacional do Brasil em 2050.....	18
Figura 4 - Universidade da Terceira Idade, Sesc Pompéia	28
Figura 5 - Universidade da Terceira Idade, Sesc Bauru.....	28
Figura 6 - Universidade Aberta à Terceira Idade, USC Bauru.....	29
Figura 7 - Universidade Aberta à Terceira Idade, USC Bauru.....	29
Figura 8 - Universidade Aberta à Terceira Idade, USC Bauru.....	29
Figura 9 – Programa Atividade, Pizza Hut.....	31
Figura 10 - Grupo Pão de Açúcar.....	31
Figura 11 - Localização - Vila Vicentina	36
Figura 12 – Fachada - Vila Vicentina	37
Figura 13 - Enfermaria - Vila Vicentina.....	38
Figura 14 - Consultório Odontológico - Vila Vicentina	38
Figura 15 - Ala Feminina e ala masculina - Vila Vicentina.....	39
Figura 16 - Voluntárias - Vila Vicentina	40
Figura 17 - Artesanatos produzidos pelas idosas - Vila Vicentina.....	40
Figura 18 - Igreja - Vila Vicentina	41
Figura 19 - Idoso isolado em seu quarto - Vila Vicentina	41
Figura 20 - Lavanderia - Vila Vicentina.....	42
Figura 21 - Refeitório e cozinha - Vila Vicentina.....	43
Figura 22 - Jardim Sensorial - Vila Vicentina.....	43
Figura 23 - Jardim Sensorial - Vila Vicentina.....	44
Figura 24 - Horta - Vila Vicentina	44
Figura 25 - Localização - Espaço Boa Idade.....	45

Figura 26 - Entrada - Espaço Boa Idade	45
Figura 27 - Idosos assistindo televisão - Espaço Boa Idade	46
Figura 28 - Vista do local - Espaço Boa Idade	47
Figura 29 - Vista do local - Espaço Boa Idade	47
Figura 30 - Vista do local - Espaço Boa Idade	48
Figura 31 - Vista do local - Espaço Boa Idade	48
Figura 32 - Vista da casa masculina - Espaço Boa Idade	49
Figura 33 - Vista da casa feminina - Espaço Boa Idade.....	49
Figura 34 - Área de vivência dos idosos - Espaço Boa Idade	50
Figura 35 - Apartamento feminino com acomodação para 2 pessoas	50
Figura 36 - Banheiro do apartamento - Espaço Boa Idade	51
Figura 37 - Sala de visita - Espaço Boa Idade	51
Figura 38 - Lavanderia - Espaço Boa Idade	52
Figura 39 - Posto de Enfermagem - Espaço Boa Idade	52
Figura 40 - Piscina - Espaço Boa Idade	53
Figura 41 – Localização do terreno na cidade.....	57
Figura 42 – Localização do terreno no entorno	57
Figura 43 – Zona ZR3, Bauru-SP	58
Figura 44 – Vista do terreno – lado esquerdo	59
Figura 45 – Vista do terreno – esquina lado direito	59
Figura 46 – Vista do terreno – lado esquerdo	60
Figura 47 – Vista do terreno – lado esquerdo	60
Figura 48 – Vista do terreno – lado direito.....	61
Figura 49 – Vista do terreno – esquina lado direito	61
Figura 50 – Vista do terreno – esquina lado direito	62
Figura 51 – Vista do terreno – lado direito.....	62
Figura 52 – Vista do terreno – lado esquerdo	63

Figura 53 – Vista do terreno – esquina lado direito	63
---	----

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
CAPÍTULO 01 - O IDOSO.....	14
1.1 O IDOSO	14
1.2 A VELHICE.....	14
1.2.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO	16
1.2.2 FISILOGIA DO ENVELHECIMENTO.....	19
1.2.3 IMPACTO BIOFISIOLÓGICO.....	20
1.2.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS.....	20
1.2.5 ASPECTOS SOCIOECONÔMICOS.....	21
1.2.6 CONCEITO DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO FUNCIONAL	21
1.2.7 A FAMÍLIA	22
1.2.8 IMPACTO DO ENVELHECIMENTO PARA O INDIVÍDUO E A SOCIEDADE	23
1.2.9 LAZER, RECREAÇÃO E OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE DO IDOSO	25
CAPÍTULO 02 - QUALIDADE DE VIDA E INCLUSÃO SOCIAL.....	27
2.1 CONCEITOS DE QUALIDADE DE VIDA	27
2.2 INCLUSÃO DO IDOSO NA SOCIEDADE	30
2.3 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS	32
2.4 ESTUDOS DE CASO	36
2.4.1 ABRIGO PARA IDOSOS - VILA VICENTINA.....	36
2.4.2 CASA DE REPOUSO - ESPAÇO BOA IDADE	45
CAPÍTULO 03 - DIRETRIZES DE PROJETO.....	54
3.1 ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA PARA A TERCEIRA IDADE.....	54
CAPÍTULO 04 - PROPOSTA PROJETUAL	56
4.1 O TERRENO	56
4.2 LEVANTAMENTO FOTOGRÁFICO	59
4.3 PROGRAMA ARQUITETÔNICO.....	64
4.3.1 ÁREAS DE USO COMUM.....	64
4.3.2 ÁREAS DE USO PRIVATIVO	67
4.4 ESTRATÉGIAS DE MINIMIZAÇÃO DE IMPACTOS	69
4.5 PARTIDO ARQUITETÔNICO	71

4.6 MACROZONEAMENTO	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	75

INTRODUÇÃO

A população idosa brasileira vem aumentando desde a década de 1980, quando apenas 6% dos brasileiros tinham mais de 60 anos. Em 2005, esse número chegou a 15% e acredita-se que em 2020, o Brasil terá cerca de 220 milhões de pessoas e que 40% dessas pessoas terão menos de 24 anos e quase 13% mais de 60 anos. (GIMENEZ, 2006).

Tal envelhecimento da população brasileira teve início na década de 60, quando a queda das taxas de fecundidade começou a alterar sua estrutura etária, estreitando progressivamente a base da pirâmide populacional.

Em todo o mundo, nunca a população viveu tanto tempo. No Brasil a expectativa de vida é em média 73 anos e meio, enquanto que na década de 40, mal passava dos 45 anos.

Com o incremento da população idosa, aumentou-se a necessidade do desenvolvimento de projetos específicos para essa faixa etária, fazendo-se necessário propiciar ao idoso uma vida melhor.

Nos últimos 50 anos, o conceito de saúde tem desviado de uma negação para uma afirmação. Saúde, antes definida como ausência de doença, tem sido reconceituada, para significar um estado positivo de bem estar. Sendo assim, pode-se dizer que os diferentes aspectos que caracterizam o processo de envelhecimento forçam os profissionais bem como a sociedade em geral a buscar medidas que propiciem a abrangente atenção de que o idoso necessita, especialmente no controle das doenças e bem-estar físico, psíquico e social.

Para isto, seria preciso criar condições para o idosos usufruir o tempo disponível, com dignidade, beneficiando-se por meio de: alimentação saudável, lazer, atividade física compatível com sua condição, com relacionamento social, liberdade de expressão e criação. Além disso, o amor, o carinho, reconhecimento de suas contribuições para a sociedade e da sua capacidade de amar, tudo isso pode impulsionar a felicidade, o bem-estar e, conseqüentemente, a longevidade desse cidadão que tem direitos pessoais e sociais que não podem ser negados.

Com base neste contexto, este trabalho tem como objetivo contribuir para a melhoria das condições de vida do idoso, através da proposta de um Centro de Convivência para a Terceira Idade, proporcionando a eles um espaço onde poderão

desfrutar de atividades recreativas, sociais e de lazer, sendo assim, possibilitando melhorias na sua qualidade de vida.

CAPÍTULO 01 - O IDOSO

1.1 O IDOSO

A Organização Mundial da Saúde classifica cronologicamente como idosas as pessoas com mais de 65 anos de idade em países desenvolvidos e com mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

De acordo com o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), o Brasil é o sexto país do mundo em taxa de envelhecimento com um crescimento de 3,2% ao ano.

A população idosa brasileira vem aumentando desde a década de 1980, quando apenas 6% dos brasileiros tinham mais de 60 anos. Em 2005, esse número chegou a 15% e acredita-se que em 2020, o Brasil terá cerca de 220 milhões de pessoas e que 40% dessas pessoas terão apenas menos de 24 anos e quase 13% mais de 60 anos. (GIMENEZ, 2006).

Mas o que é ser idoso? A idade determina um dado importante, mas não determina a condição das pessoas, pois o essencial não é o mero passar do tempo, mas sim a qualidade do tempo percorrido, os acontecimentos vivenciados e as condições ambientais que a rodearam.

A velhice, como qualquer idade, possui sua própria funcionalidade, porém produz efeitos peculiares nas pessoas, que estão entrando numa etapa diferente das vividas anteriormente. Ou seja, o idoso possui certas limitações que, com o passar do tempo, vão se agravando, especialmente nos últimos anos de vida.

Por outro lado, ela tem potencialidades únicas e distintas: serenidade, experiência, maturidade, perspectiva de vida pessoal e social, que podem trazer vantagens, caso as utilizem adequadamente. (MORAGAS, 1997, p.19).

1.2 A VELHICE

É importante destacar que velhice é um estado, e envelhecimento é um processo.

A velhice é um estado natural e inevitável, mas pode ser vivido em melhores ou piores condições. A gerontologia é capaz de prescrever procedimentos preventivos no que se refere à saúde física e mental do velho, podendo assim

certas doenças serem evitadas ou atenuadas com dietas adequadas, exercícios moderados e acompanhamento médico periódico (SPIRDUSO, 2005).

Para Spirduso (2005) o termo envelhecimento é usado para se referir a um processo que ocorre nos organismos vivos e que com o passar do tempo levam a uma perda de adaptabilidade, deficiência funcional, e, finalmente à morte. O envelhecimento ocorre com o passar do tempo, quando o corpo perde a capacidade de suportar certos fatores de estresse, físicos e ambientais.

Para amenizar essa realidade é necessário compreender os processos fundamentais do envelhecimento não só para determinar suas causas como também para avaliar a necessidade de procedimentos para interferir e retardar esse processo.

O envelhecimento é além do nascimento e da morte, é um processo natural comum a todo ser humano (SPIRDUSO, 2005).

Embora todas as pessoas envelheçam isso acontece de maneiras diferentes e em ritmos diferentes, pois algumas pessoas possuem qualidade de vida melhor do que outras, conseqüentemente prolongam sua expectativa de vida.

Como diz Spirduso (2005) o grande objetivo dos médicos, biólogos, cientistas é mudar a forma do envelhecimento humano para que a maioria das pessoas possa viver mais e para que fatores controláveis, como cuidados com a alimentação, sociabilidade e atividade física possam oferecer alguma perspectiva para atingir esse objetivo.

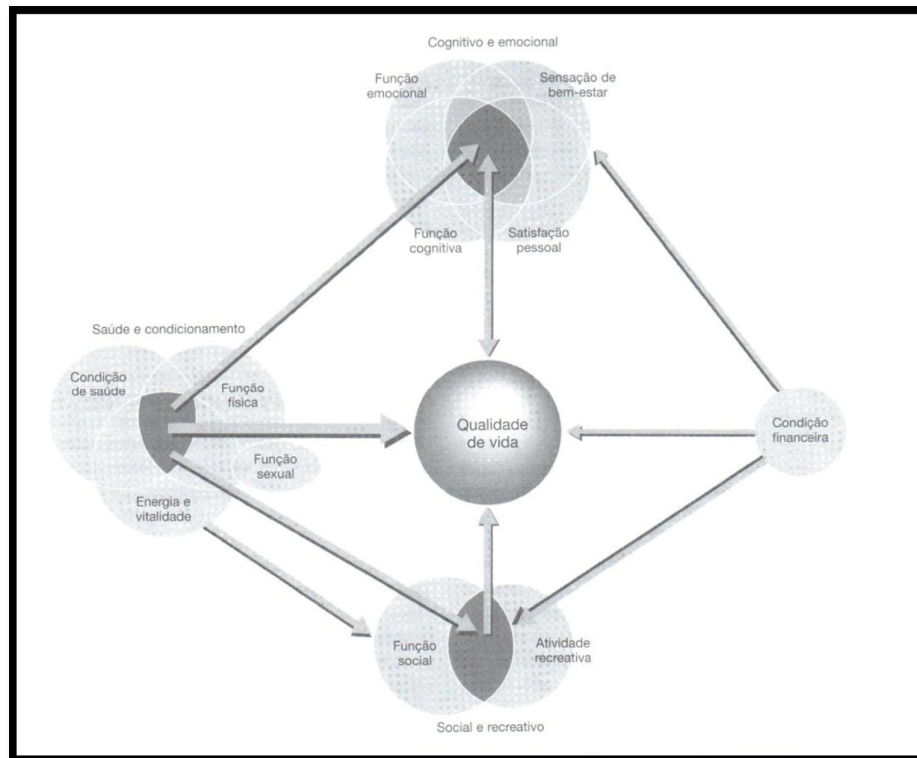


Figura 1 – Fatores que afetam a qualidade de vida

Fonte: SPIRDUSO, W. W. Dimensões físicas do envelhecimento. Barueri: Manole, 2005, p. 30.

Como componentes da qualidade de vida, os fatores da função cognitiva e emocional mostram o desejo de cada um de manter a produtividade, a independência e uma interação ativa com o meio em que vivem. A satisfação de vida e a sensação de bem-estar significam controle emocional e saúde mental. A independência financeira, não tão essencial, mas também propicia a melhor qualidade de vida. Já as funções sociais, recreativas, sexuais e de lazer permitem às pessoas uma melhoria sem igual em suas vidas. Também fica claro que a dimensão física da vida, que inclui saúde, função física, energia e vitalidade, contribuem de maneira muito valiosa e significativa para a melhoria da qualidade de vida dos idosos (SPIRDUSO, 2005).

1.2.1 EPIDEMIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

Pessoas idosas sempre existiram na história da humanidade, mas proporcionalmente constituíam apenas uma porção ínfima da população. Hoje,

com o aumento da expectativa de vida, viver até os 80 anos tornou-se uma realidade à várias pessoas do mundo todo. Esse aumento no número de pessoas mais velhas é uma consequência do fenômeno que chamado de envelhecimento populacional, que significa aumento na proporção de idosos na população (NETTO, 2002).

De acordo com os dados do Censo de 2010, divulgados pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), é evidente o crescimento da população idosa, a qual inspira cuidados, e também revela que os idosos com 60 anos ou mais formam o grupo que mais cresceu na última década.

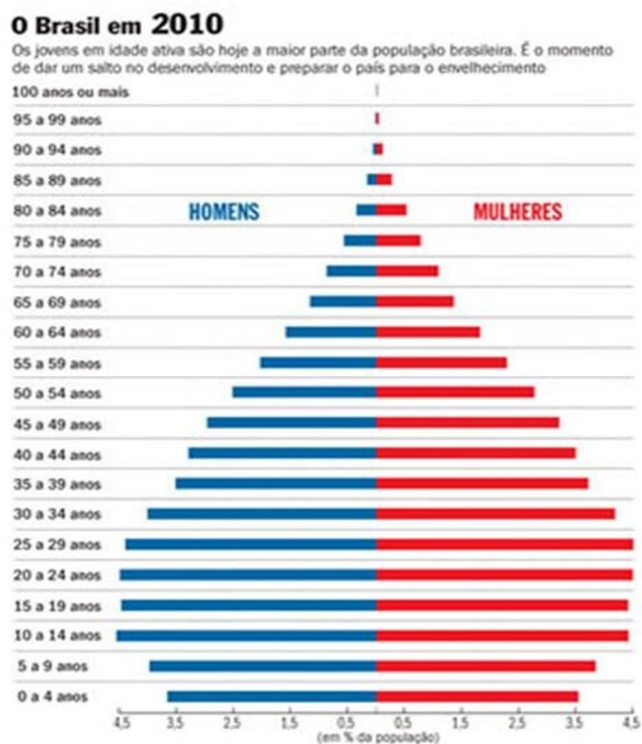


Figura 2 – Pirâmide Populacional do Brasil em 2010

Fonte: <http://www.ibge.gov.br/>

O Brasil em 2050

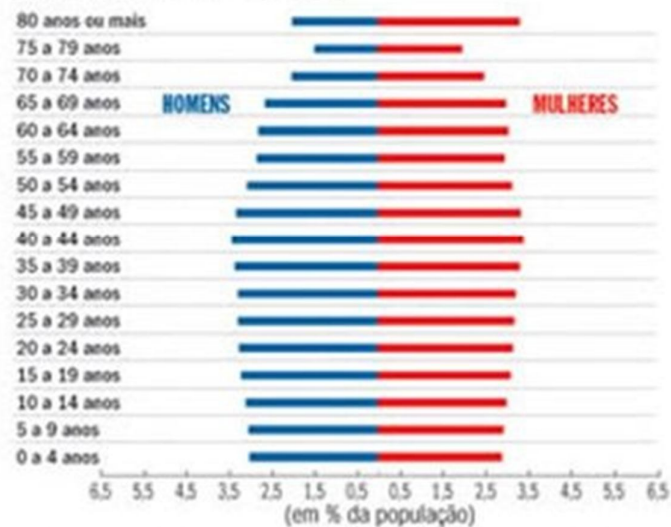


Figura 3 – Pirâmide Populacional do Brasil em 2050

Fonte: <http://www.ibge.gov.br/>

A estrutura etária da população, que era uma pirâmide, passou a assumir a forma de uma gota. Dessa forma, o país terá, daqui a quatro décadas, um perfil semelhante ao da França atualmente. Prevendo um número de idosos quase equivalente ao número de jovens, havendo assim uma pressão maior em relação aos gastos com saúde e previdência (IBGE, 2010).

Para Netto (2002), isso vem ocorrendo devido a dois motivos básicos. O primeiro, é a diminuição da mortalidade, aumentando assim a expectativa de vida. O segundo é a baixa natalidade, aumentando a proporção de idosos. As duas situações vêm ocorrendo em todo o mundo, tanto nos países desenvolvidos ou em desenvolvimento, só que de forma diferente.

O crescimento impressionante e rápido da proporção de pessoas mais velhas é uma conquista da humanidade nos últimos tempos e aconteceu devido à melhoria das condições da economia e saúde, resultando assim num aumento da expectativa de vida, mas ao se analisar com cuidado, o envelhecimento da população em um grau muito elevado pode levar a insuficiência do sistema de aposentadoria, saúde pública e econômico como um todo.

Segundo Netto (2002), envelhecimento significa um processo que é definido de maneiras diferentes; - biologicamente este processo é um conjunto de alterações experimentadas por um organismo vivo, do nascimento à morte; -

socialmente, as características do envelhecimento variam de acordo com o quadro cultural, com o passar das gerações, e, principalmente com as condições de vida e trabalho em que estão submetidos, sendo que as desigualdades dessas condições levam a desigualdades no processo de envelhecer; - intelectualmente, diz-se que alguém está ficando velho, quando começa a ter lapsos de memória, falhas de atenção, orientação e concentração, comparando-as com suas capacidades intelectuais anteriores; - economicamente, se define que uma pessoa se tornou idosa a partir do momento em que deixa o mercado de trabalho, ou seja, deixa de ser economicamente ativa; - funcionalmente, quando passa a ser dependente de outros para o cumprimento de suas necessidades básicas ou de tarefas habituais; - cronologicamente, para pessoas como mais de 60 anos de idade em países em desenvolvimento.

1.2.2 FISIOLOGIA DO ENVELHECIMENTO

A psicologia do desenvolvimento humano considera a velhice como uma etapa a mais na experiência vital, e como qualquer outra, com características tanto positivas quanto limitadoras (WEINECK, 1991).

O envelhecimento é uma etapa vital assim como a infância, com doenças características e oportunidades próprias.

Segundo Netto (2002), o envelhecimento é um processo dinâmico e progressivo, no qual há alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas, que vão alterando progressivamente o organismo, tornando-o mais suscetível ao meio em que vive até levá-lo a morte.

Na velhice o equilíbrio psicológico se torna mais difícil, pois a longa história da vida acentua as diferenças individuais (RAUCHBACH, 1990).

No decorrer dos anos, certas modificações se processam no íntimo do indivíduo, de forma que fiquem alterados seus valores e atitudes.

Rauchbach (1990, p.13) relata que;

os entusiasmos são menores, a motivação tende a diminuir e são necessários ao idoso, estímulos bem maiores para fazê-lo empreender uma nova ação. É como se ele carecesse da reserva de força física ou psicológica para lutar contra fatores que ameaçam a vida. Perdendo o diálogo harmonioso com seu corpo, apresentam problemas de postura, rigidez, coordenação motora comprometida e conseqüente, medo de caminhar.

Nessa faixa etária ocorrem mudanças fisiológicas (WEINECK, 1991), psíquicas e sociais que agem diretamente sobre o comportamento do indivíduo. Há uma diminuição dos movimentos físicos, distúrbios orgânicos e mudanças fisiológicas como: aparecimento de rugas, embranquecimento dos cabelos, diminuição das capacidades auditivas e visuais além de lentidão nos movimentos.

1.2.3 IMPACTO BIOFISIOLÓGICO

Como característica do envelhecimento normal, podemos dizer que o organismo humano, desde seu nascimento até a morte, passa por diversas fases: desenvolvimento, maturidade ou estabilização e envelhecimento. O envelhecimento manifesta-se por uma situação de declínio das funções dos diversos órgãos que, caracteristicamente, tende a se linear em função do tempo (NETTO, 2002).

As mudanças biofisiológicas que significa diminuição e/ou perda da visão e/ou audição, alterações no sistema esquelético, alterações na pele, déficits cognitivos, alterações sociais e psicológicas, entre outras, tem início relativamente precoce, ao final da segunda década da vida, ou seja, aos 20 anos de idade, perdurando por longo tempo pouco perceptível, até que surjam, no final da terceira década, aos 30 anos de idade, as primeiras alterações funcionais. É importante destacar, que essas alterações são diferentes das alterações patogênicas, que são produzidas por enfermidades (NETTO, 2002).

Segundo Netto (2002), admite-se que ocorra a cada ano, a partir dos 30 nos de idade, perda de 1% das funções biofisiológicas.

1.2.4 ASPECTOS DEMOGRÁFICOS

Como já vimos, o crescente aumento da população idosa em todo o mundo, tem colocado para os órgãos governamentais e para a sociedade o desafio de problemas médico-sociais próprios do envelhecimento populacional.

Segundo Netto (2002), os estudos sobre as projeções demográficas demonstram que no Brasil entre os anos de 1950 e 2025, a população total crescerá cinco vezes, enquanto a população com idade igual ou superior a 60

anos aumentará 15 vezes. Conforme cita Kalache (1987), o Brasil deverá passar nesse período de tempo, da 16ª para a 6ª posição mundial em termos de número absoluto de indivíduos com 60 anos ou mais.

Segundo dados do Censo 2010, os moradores da Cidade de Bauru com mais de 60 anos chegam a 44.941 pessoas, significando 13% do total de habitantes da cidade, sendo que homens e mulheres com mais de 60 anos representam quase o dobro de crianças de até 4 anos de idade (IBGE, 2012).

Conforme resultado do último censo realizado, o crescimento vegetativo da cidade foi de 8,8%, o da faixa acima dos 60 anos teve acréscimo de significativos 36,84% e o número de crianças entre 0 e 4 anos, no entanto, caiu 17%, de 25 mil para 20,7 mil (IBGE, 2012).

1.2.5 ASPECTOS SOCIECONÔMICOS

As modificações demográficas que estão se sucedendo tanto nos países desenvolvidos como naqueles que se encontram em fase de desenvolvimento, a necessidade de transformações socioeconômicas, visando melhor qualidade de vida aos idosos e àqueles que se encontram em processo de envelhecimento são de extrema importância.

É importante, então, considerar que não existe um só envelhecer, mas processos de envelhecimento: de gênero, etnia, classe social, cultura, determinados socialmente. As desigualdades do processo de envelhecimento se devem às condições desiguais da vida e de trabalho a que as pessoas estiveram submetidas (NETTO, 2002).

1.2.6 CONCEITO DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO FUNCIONAL

Nos últimos 50 anos, o conceito de saúde tem desviado de uma negação para uma afirmação. Saúde, antes definida como ausência de doença, tem sido reconceituada, para significar um estado positivo de bem estar.

A Organização Mundial de Saúde em 1947 redefiniu saúde como *estado de completo bem estar físico, psíquico e social e não meramente ausência de doença ou enfermidade*.

Isto significa que um indivíduo mesmo portador de uma doença, poderá sentir-se saudável, desde que seja capaz de desempenhar funções, atividades, capaz de alcançar expectativas e desejos; capaz de manter-se ativo em seu meio, ter alguma função social, efetivar projetos, conseguindo, assim, boa qualidade de vida, podendo realizar-se como ser humano e o que é mais importante, ser feliz. (NETTO, 2002, p. 313)

Saúde, portanto, é a capacidade de um indivíduo ou de um grupo de continuar exercendo funções em seu meio físico e social, contribuindo para a sociedade e interagindo com ela.

1.2.7 A FAMÍLIA

A família é definida como um grupo enraizado numa sociedade e tem uma trajetória que lhe delega responsabilidades sociais. Especialmente perante o idoso, a família sempre teve um papel importante.

A Constituição Federal de 1988 apresenta a família como base da sociedade e coloca como dever da família, da sociedade e do Estado "amparar as pessoas idosas assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem estar e garantindo-lhes o direito à vida."

Historicamente, a família vem sofrendo uma série de transformações, sobretudo pelas próprias mudanças culturais e socioeconômicas da humanidade. Essas alterações ocorrem principalmente em sua formação, que passa de famílias de predomínio nuclear, para famílias monoparentais, principalmente as alterações no papel da mulher e, conseqüentemente nas práticas educativas das famílias, têm contribuído para o enfraquecimento do suporte às crianças e aos idosos, apontado por Karsch (1998) como sendo um dos mais efetivos.

Com a falta de respaldo da família e com a escassez das políticas do Poder Público para a proteção ao idoso, a possibilidade de um idoso ser institucionalizado – é o efeito causado pelas instituições que buscam controlar a vida dos indivíduos a ela submetidos substituindo todas as possibilidades de interação social por 'alternativas' internas – é bastante grande.

Atualmente, nota-se a crescente demanda de idosos sem o acompanhamento efetivo de suas famílias no que se refere, principalmente às atividades de vida diária.

Muitos deles, ao envelhecer, trazem consigo doenças crônicas próprias desse período, necessitando maior atenção. Em muitos desses casos a família, impossibilitada de tratá-los adequadamente, acaba por ter como única opção o asilo.

Segundo Silva (1983), a família deve ser o ponto de apoio do idoso em todos os momentos e circunstâncias. Para o mesmo autor, a família é apontada como elemento mais frequentemente mencionado por idosos como importante ao próprio bem estar.

Assim diz o art. 3º do título 1 do Estatuto do Idoso: “É obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do Poder Público assegurar ao idoso, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Portanto, pode-se notar que o papel da família é importante em qualquer estágio da vida, tornando-se particularmente mais necessário no período de envelhecimento do indivíduo, sendo a única forma de desenvolver, por um lado, e de manter, por outro, o equilíbrio afetivo e físico do ser humano, propiciando seu desenvolvimento harmônico e natural, valorizando todas as suas potencialidades de maneira global. (NETTO, 2002)

1.2.8 IMPACTO DO ENVELHECIMENTO PARA O INDIVÍDUO E A SOCIEDADE

Como se constata, hoje a expectativa de se viver até os 80 anos de vida é grande, mas outro problema é que a maioria das pessoas não se preparam para envelhecer. Há, uma negação do próprio envelhecimento, uma recusa a pensá-lo ou planejá-lo. Uma forte razão para esta recusa é a imagem negativa e pejorativa associada ao velho ou a velhice. Como cita Netto (2002, p.41) a sociedade erroneamente considera que;

Velho é traste, problema, ônus, inutilidade; velhice é doença, incapacidade, dependência, perda, impotência. Velho é uma pessoa que atrapalha as outras, alguém que perdeu o direito à dignidade, à sobrevivência, à cidadania.

Para Netto (2002), além do receio de tanta senilidade e decrepitude, as pessoas não aceitam o envelhecimento de uma forma geral, devido, também, à falta de uma "razão de ser" da velhice, ou seja, por não encontrarem um papel útil na sociedade. Devido a este conceito, a maioria dos idosos não consegue continuar desempenhando uma vida ativa mesmo que a saúde ainda esteja muito boa.

Eles não aceitam os cabelos brancos, as rugas do rosto e não vão à luta pelo encontro do seu papel na comunidade enquanto pessoas e grupo social. (NETTO, 2002, p. 41)

Esse é o primeiro impacto do envelhecimento para o indivíduo: perda de seus papéis sociais e o vazio experimentado por não encontrar novas funções (NETTO, 2002, p. 41).

Para a sociedade brasileira e a de muitos países em desenvolvimento, que estão experimentando o envelhecimento populacional de forma rápida, o impacto será maior. Netto (2002) diz, que o aumento do número absoluto e relativo de idosos traz à tona novas necessidades e demandas. Ao mesmo tempo, há uma grande quantidade de crianças e adultos jovens, também com necessidades e demandas. O que leva à uma situação de competição por recursos.

Premida por esse envelhecimento populacional, a sociedade terá de encontrar soluções, levando em primeiro lugar, a prevalência aumentada de incapacidade à medida que os anos passam. O desafio é examinar e compreender a natureza e a magnitude dessas necessidades, e selecionar medidas e políticas que ajudarão a melhorar a condição e o desempenho social dessa população.

Na opinião de Goyaz (2003), idosos fragilizados por doença crônica ou determinada incapacidade necessitam, de um sistema de suporte, uma rede social de apoio, para permanecerem na comunidade. Caso contrário, serão institucionalizados.

Há uma suposição geral, de que pessoas idosas socialmente bem integradas em suas comunidades podem ter capacidade aumentada de se recuperar de doenças e, com isso, uma probabilidade maior de uma vida mais longa. Por outro lado, é certo e sabido que isolamento social é fator de risco definido para mortalidade.

1.2.9 LAZER, RECREAÇÃO E OCUPAÇÃO DO TEMPO LIVRE DO IDOSO

O lazer, ao longo dos anos tem sido considerado o tempo livre do homem. Momento em que as pessoas podem desfrutar prazeres, tranquilidade e até descanso. Portanto, o lazer deve ser um momento, onde o indivíduo se empenha em algo que escolhe, que lhe dá prazer e que o modifica como pessoa.

De acordo com Dumazedier (1976), o lazer é um conjunto de ocupações de bom grado que o indivíduo usa para repousar, para divertir-se, para desenvolver sua informação, sua participação voluntária ou sua livre capacidade criadora, quando livre das obrigações profissionais, familiares ou sociais, sendo, portanto um atividade de livre escolha, liberatória, desinteressada, sem fins lucrativos.

Requixa (1980) apresenta uma definição bastante próxima a do sociólogo Dumazedier - entendendo o lazer como uma ocupação não obrigatória, de livre escolha do indivíduo que a vive, e cujos valores propiciam condições de recuperação psicossomática e de desenvolvimento pessoal e social.

Faria (1977), diz que é muito importante que o lazer faça parte da nossa vida, sendo um dos meios mais eficazes para se relaxar de todas as tensões.

Parente Filho (1978), complementa que o lazer não é descanso do trabalho, ele só existe como algo além do trabalho e além do descanso.

É clara a importância e a presença do lazer na vida dos homens, tanto quanto a sua família e seu trabalho. O lazer, além de contribuir para um melhor estado de espírito dos cidadãos, pode amenizar os efeitos decorrentes do processo de envelhecimento.

Considerando, portanto, o lazer sob essas variáveis, ele aparece como uma possibilidade de escolha individual de práticas no tempo disponível, proporcionando efeitos, como o descanso, o divertimento e o desenvolvimento da sociabilidade.

Podemos dizer que, uma maior integração entre os idosos, oferecendo oportunidades do descobrimento de mais fontes de satisfação de vida, através do entretenimento e do lazer, motivando-os ao convívio social, descobrindo valores e estimulando-os a uma melhor qualidade de vida, pode ser um dos mecanismos para não sentir a presença da velhice como uma decadência.

Pikunas (1979) salienta a necessidade de que, nesta fase, se deve manter interesses ocupacionais e aumentar as atividades recreativas, ocupando totalmente o tempo e tornando estes anos tardios da vida, satisfatórios e produtivos.

Segundo Salgado (1982), apesar do declínio de capacidade, os idosos em sua maioria, demonstram alto grau de interesse pelas artes, ciências, filosofia, religião, direito e política. Ele também cita a precariedade das ofertas de lazer para os idosos, observando em todas as regiões do país, a pouca participação dos idosos em programações comunitárias de lazer. As dificuldades financeiras dos idosos, as condições precárias de saúde e a perda gradual do hábito de lazer externo, são alguns dos impedimentos dessa prática.

Na terceira idade, um novo conjunto de papéis sociais e responsabilidades provocam nos hábitos de lazer uma mudança, o tempo livre é sempre mais ocupado pelo exercício de outras funções, deixando para um segundo plano as práticas do lazer.

A prática do lazer é uma experiência pessoal que pode aumentar o processo de integração entre as pessoas, sejam estas jovens ou idosas, e não diferencia a idade do indivíduo que a vivência.

Com isso, pode-se dizer que os idosos, em geral, parecem não aceitar o fato de o lazer, a recreação e ocupação do tempo livre ser um aspecto de grande importância em suas vidas e que, quando não vivenciados, é devido à falta de condições e oportunidades. Mas, é através de atividades espontâneas e naturais das pessoas que se pode perceber a influência que este exibe na vida dos homens, em suas diversas etapas, em especial, na velhice.

CAPÍTULO 02 - QUALIDADE DE VIDA E INCLUSÃO SOCIAL

2.1 CONCEITO DE QUALIDADE DE VIDA

Qualidade de vida é um termo de difícil conceituação, segundo Minayo (2000), qualidade de vida é uma palavra que abrange muitos significados, refletindo os conhecimentos, as experiências e os valores dos indivíduos e da coletividade. Diz respeito a várias épocas, espaços e histórias diferentes, sendo uma construção social com a marca da relatividade cultural.

Para Bowling (1995) qualidade de vida é um conceito amorfo, vago, multidimensional que incorpora teoricamente, todos os aspectos da vida humana.

Conforme Okuma (1998), estudos em gerontologia tem demonstrado que a atividade física aliada a outros aspectos como hereditariedade, alimentação adequada e hábitos de vida apropriados, podem melhorar em muito a qualidade de vida dos idosos. Reforçando seu benefício incontestável para aqueles que a praticam, em relação à saúde física, mental, psicológica e social.

Assim, de forma geral, pode-se afirmar que o conceito de qualidade de vida está relacionado à auto-estima e bem estar pessoal e social, abrangendo aspectos como: a capacidade funcional, o nível socioeconômico, o estado emocional, a interação social, a atividade intelectual, o suporte familiar, o estado de saúde, valores culturais, éticos e religiosos.

Diante das transformações demográficas que estão ocorrendo, evidencia-se a importância de garantir as pessoas maduras e aos idosos não só sobrevida maior, mas também uma boa qualidade de vida.

Um exemplo disso, foi o surgimento na década de 60 na Europa, as atividades voltadas aos indivíduos aposentados visando ocupar seu tempo livre.

No Brasil, o SESC (Serviço Social do Comércio), em 1964, foi o primeiro a implantar atividades voltadas aos indivíduos da terceira idade. Depois, em 1977 implementou a Universidade da Terceira Idade como forma de trazer conhecimento, através de palestras, cursos de atualização, debates, convivência com outras pessoas, lazer e divertimento, com suporte institucional, aumentando assim, a qualidade de vida dessa população.



Figura 4 - Universidade da Terceira Idade, SESC Pompéia.

Fonte: http://samadeu.blogspot.com.br/2007_12_01_archive.html



Figura 5 - Universidade da terceira Idade, SESC Bauru.

Fonte: <http://nireuda.blogspot.com.br/2011/07/oficina-de-xilogravura-para-terceira.html>

Em Bauru, uma das iniciativas de destaque é a Universidade Aberta a Terceira Idade (UATI), realizada pela Universidade do Sagrado Coração (USC), o objetivo é contribuir para a melhoria de vida e um envelhecer saudável das pessoas acima dos 50 anos, através de oportunidades de novos conhecimentos culturais, acadêmicos, reintegração na sociedade e reestruturação psicológica.



Figura 6 - Universidade Aberta a terceira Idade, USC Bauru.

Fonte: http://www.usc.br/terceira_idade/fotos.html



Figura 7 - Universidade Aberta a terceira Idade, USC Bauru.

Fonte: http://www.usc.br/terceira_idade/fotos.html



Figura 8 - Universidade Aberta a terceira Idade, USC Bauru.

Fonte: http://www.usc.br/terceira_idade/fotos.html

2.2 INCLUSÃO DO IDOSO NA SOCIEDADE

Apesar da existência de programas sociais voltados à terceira idade, é possível deparar também com uma realidade diferente, longe do ideal. Hoje, existem idosos que não contam com atividades adequadas para uma melhoria em sua qualidade de vida e bem estar físico. Vivem na ausência total de atividades recreativas e de programas que estimulem o lazer, tornando-os sedentários e monótonos.

Além disso, na idade avançada o idoso sofre com as perdas biológicas e sociais. Um exemplo disso são os preconceitos, dentre eles a exclusão do meio produtivo, e também as perdas afetivas.

As atividades, quando existentes, estimulam o organismo a produzir substâncias como, endorfina e andrógenos, que são responsáveis pela sensação de bem estar induzindo a recuperação da auto-estima, caso contrário, essas sensações são inibidas pelo sedentarismo que somado ao stress provoca patologias fisiológicas e psíquicas (SPIRDUSO, 2005).

Vista à isso e ao crescimento econômico, algumas empresas adotaram atitudes que beneficiam aquelas pessoas da terceira idade que precisam de alguma atividade para ser estimulado.

A rede de restaurantes Pizza Hut criou em 2003 o Programa Atividade, que tem como objetivo proporcionar às pessoas com mais de 60 anos de idade a possibilidade de continuarem ativas profissionalmente, mentalmente e socialmente. O programa conta com a participação da Secretaria Municipal de Assistência Social de São Paulo e da Coife Odonto - Planos Odontológicos. A Secretaria Municipal de Assistência Social - SAS indica à empresa potenciais participantes oriundo de seus centros de reintegração social para a terceira idade. Após a contratação do participante, a SAS acompanha seu processo de desenvolvimento profissional pelo período que for necessário para constatar sua adequação ao trabalho e a sua reintegração social.



Figura 9 - Programa Atividade, Pizza Hut
 Fonte: <http://www.fgv.br/cev/rsnovarejo>

O grupo Pão de Açúcar, possui o Programa Terceira Idade que acredita que um dos maiores desafios da nossa geração é romper as barreiras e agregar as diversas experiências das diferentes gerações. O programa oferece oportunidade de trabalho para profissionais a partir de 55 anos de idade.



Figura 10 - Grupo Pão de Açúcar

Fonte: <http://veja.abril.com.br/noticia/economia/lucro-do-pao-de-acucar-atinge-r-167-milhoes-no-1o-tri>

É importante ressaltar que esses projetos destinam-se aos idosos saudáveis, mas também há os dependentes e semi dependentes, e atendê-los adequadamente representa um enorme desafio. Os trabalhos sociais para o idoso cresceram nos últimos tempos, mas com atenção em especial ao idoso quem tem boa saúde, mas não se pode esquecer dos idosos que necessitam de ajuda para

exercerem suas atividades diárias e necessárias, onde eles possam ser atendidos sem deixar de viver ou morar com a sua família.

2.3 INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) constitui a modalidade mais antiga e universal de atenção ao idoso. Sua origem está ligada aos asilos, inicialmente dirigidos à população carente que necessitava de abrigo.

Como afirmam Camarano e Kanzo (2005):

O envelhecimento da população e o aumento da sobrevivência de pessoas com redução da capacidade física, cognitiva e mental estão requerendo que os asilos deixem de fazer parte apenas da rede de assistência social e integrem a rede de assistência à saúde, ou seja, ofereçam algo mais que um abrigo. Para tentar expressar a nova função híbrida dessas instituições, a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia sugeriu a adoção da denominação Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Entretanto, na literatura e na legislação, encontram-se referências indiscriminadamente a ILPI, casas de repouso, clínicas geriátricas, abrigos e asilos. Na verdade, as instituições não se autodenominam ILPI.

Para a ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária), as ILPI são instituições governamentais ou não - governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condições de liberdade, dignidade e cidadania.

Portanto, entende-se **Instituição de Longa Permanência para Idosos**, como uma residência coletiva, que atende tanto idosos independentes em situação de carência de renda e/ou de família, quanto àqueles com dificuldade para o desempenho das atividades diárias, que necessitam de cuidados prolongados.

O modelo asilar brasileiro ainda tem muitas semelhanças com as chamadas *instituições totais*, ultrapassadas no que diz respeito à administração de serviços de saúde e/ou habitação para idosos (MORENO; VERAS; 1999).

Segundo Goffman (2003), pode-se definir instituição total como um local de residência e trabalho, onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e administrada. Nesse espaço os cidadãos se tornam violados em sua individualidade, sem controle da própria vida, com uma relação escassa ou inexistente com o mundo exterior.

Nos países como o Brasil, com extrema desigualdade socioeconômica e diversidade cultural, o atendimento aos idosos na maioria das vezes acontece como citado acima, porém muitos idosos são institucionalizados por doenças crônico-degenerativas e dificuldades geradas pela falta da família ou impossibilidade desta para mantê-los (CAMARANO, 2005).

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

Já o Art. 4º do Estatuto do Idoso, entende-se por modalidade não - asilar de atendimento, que podem ser considerados da seguinte forma:

I - Centro de Convivência: local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania;

II - Centro de Cuidados Diurno: Hospital - Dia ou Centro - Dia, local destinado à permanência diurna do idoso dependente ou que possua deficiência temporária e necessite de assistência médica ou de assistência multiprofissional;

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

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

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

VI - Outras formas de atendimento: iniciativas surgidas na própria comunidade que visem à promoção e a integração da pessoa idosa na família e na sociedade.

A portaria nº 810/1989 foi a primeira a definir as Normas e Padrões de Funcionamento das ILPI, como casas de repouso, clínicas geriátricas e asilos. Também estão especificadas nas Resolução RDC Nº283/2005 e RDC Nº94/2007. Essas normas definem como deve ser a organização da instituição, a área física, as instalações e os recursos humanos.

Para resumi-las, pontuaremos o que as instituições que abrigam o idoso deve ter, da seguinte forma:

- Recursos Administrativos:

- Licença de Funcionamento expedida pela vigilância sanitária municipal;
- Laudo Técnico de Avaliação dos projetos de edificações;
- Responsável Técnico de nível superior;
- Manual de rotinas e procedimentos;
- Cardápio nutricional;
- Prontuário individual do idoso

- Recursos Humanos:

- Médicos;
- Enfermeiros;
- Técnico ou auxiliar de enfermagem;
- Auxiliar de limpeza;
- Auxiliar de lavanderia;
- Cuidador;
- Cozinheiro;
- Auxiliar de cozinha;
- Assistência odontológica;
- Assistência nutricional;
- Assistência psicológica;
- Assistência farmacêutica;
- Atividades de lazer;
- Atividades de reabilitação;
- Serviço social e apoio jurídico

- Condições de Habitação e Higiene:

- Identificação externa;
- Identificação de todos os ambientes internos;
- Recepção e/ou administração;
- Preferência por construções horizontais;
- Possuir 2 portas de acesso;
- Paredes e tetos revestidos com material lavável e de cores claras;
- Pisos de material de fácil limpeza;
- Boa iluminação e ventilação;
- Cozinha, refeitório com lavatório e despensa;
- Área de recreação e lazer;
- Depósito de material de limpeza com tanque e armários;
- Abrigos para lixo comum, infectante e de gás;
- Sanitários separados por sexo para usuários e funcionários;
- Sala de enfermagem;
- Lavanderia;
- Sala de utilidades para limpeza, desinfecção, armazenamento de roupas sujas e guarda provisória de lixo

- Dormitórios:

- Separados por sexo, no máximo para 4 pessoas;
- Terem área mínima de 7,50m² (individual) e com 5,50m² por cama (coletivo), incluindo espaço para guarda de pertences;
- Proibido o uso de beliches, camas de armar e paredes divisórias;
- Os colchões devem ser revestidos de material impermeável;
- Devem ter luz de vigília e campainha de alarme ao alcance das mãos;
- Roupas de cama e banho suficientes e em condições de uso

- Acessibilidade e Segurança:

- Pisos antiderrapantes;
- Rampas e escadas de acesso: com largura mínima de 1,20m e pintura de cor amarela no primeiro e último degrau;
- Guarda-corpo;
- Corrimão;

- Barras de apoio no sanitários;
- Corredores largos e sem qualquer obstáculo

- Locais para acamados e/ou debilidades graves:

- Possuir enfermaria;
- Possuir lavanderia hospitalar;
- Possuir expurgo e esterilização;
- Possuir camas com grade e cadeira de rodas suficientes

2.4 ESTUDOS DE CASO

2.4.1 ABRIGO PARA IDOSOS - VILA VICENTINA

Um dos apenas dois asilos em Bauru, foi fundado em 1940, pelos vicentinos, membros da Sociedade São Vicente de Paulo e permanece funcionando até os dias de hoje, na Rua Jorge Pimentel nº 2005, Jardim Auriverde, Bauru-SP.



Figura 11 - Localização - Vila Vicentina

Fonte: Google Earth



Figura 12 - Fachada - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora

Considerada pelo Conselho Nacional de Assistência Social, uma entidade de fins filantrópicos, o abrigo Vila Vicentina presta atendimentos a pessoas com mais de 60 anos de idade, que não possuem filhos, que não são dependentes e que, por vontade própria aceitam ir para o local.

Hoje o asilo atende 42 pessoas ao todo, sendo 20 mulheres e 22 homens, que variam de 60 até 114 anos de idade. Desse total, 14 mulheres e 7 homens estão acamados na enfermaria.

O local conta com 54 funcionários, dentre eles: assistente social, psicóloga, enfermeiras, auxiliar de limpeza, cozinheira e cerca de 65 voluntários que prestam serviços no local, mas vale ressaltar que isso não é frequente. O local não conta com um médico de plantão, e sim um voluntário que vai até o local 3 vezes na semana visitar os que estão acamados na enfermaria e prescrever os cuidados necessários a eles.



Figura 13 - Enfermaria - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora

A Universidade de São Paulo (USP), presta serviços odontológicos uma vez na semana.



Figura 14 - Consultório Odontológico - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora

“Para mantermos o abrigo, ficamos com 70% da renda dos moradores, e os 30% restante são deles, mas também temos aqueles que não possuem renda e dependem exclusivamente do abrigo. Para suprir essa falta, o asilo recebe verba municipal e federal e conta com doações e eventos para arrecadação de dinheiro”, explica a psicóloga da Vila, Daiane Cristina Ladislau.

A ala feminina é separada da ala masculina, para se evitar problemas maiores, mas os idosos que são lúcidos podem circular livremente por todos os espaços do asilo.



Figura 15 - Lado direito - Ala Feminina, Lado esquerdo - Ala Masculina

Fonte: elaborada pela autora

Mesmo quando o idoso escolhe morar no asilo, ou é institucionalizado por falta de condições e suporte familiar, ele sente a falta do lar. Daiane Ladislau conta que os funcionários se dedicam e se esforçam para suprir a ausência da família, mas essa substituição não é a mesma coisa.

Mas isso não significa que o ambiente seja triste. Os idosos que aceitam estão sempre fazendo algum tipo de atividade, como exercícios físicos,

artesanato ou orações na igreja, mas tem aqueles que se recusam ao convívio social e se isolam.



Figura 16 - Voluntárias - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora



Figura 17 - Artesanatos produzidos pelas idosas - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora



Figura 18 - Igreja - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora



Figura 19 - Idoso isolado em seu quarto - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora

O asilo conta com uma infraestrutura para que todos sejam atendidos e suas necessidades supridas. Pode-se citar como exemplo disso a lavanderia, que possui todos os equipamentos necessários para lavagem, desinfecção e esterilização das roupas de cama e banho.



Figura 20 - Lavanderia - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora

Recentemente foi reinaugurada a cozinha e o refeitório, os quais passaram por uma reforma, adequando-os as exigências sanitárias e municipais vigentes.

Também foi criado um jardim sensorial pelos alunos da Unesp de Bauru. Esse jardim possui diversos tipos de plantas, flores e até um lago artificial com algumas espécies de peixes.

Existe uma horta, que foi feita a pouco mais de um mês, por um senhor de aproximadamente 62 anos que veio morar no asilo por vontade própria, pois não tem familiares e se sentia muito sozinho. É considerado pelos funcionários do asilo lúcido e muito ativo.



Figura 21 - Refeitório e cozinha - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora



Figura 22 - Jardim sensorial - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora



Figura 23 - Jardim sensorial - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora



Figura 24 - Horta - Vila Vicentina

Fonte: elaborada pela autora

2.4.2 CASA DE REPOUSO - ESPAÇO BOA IDADE

Uma das únicas Casa de Repouso particular em Bauru, teve suas atividades iniciadas em 2008, e quer ser exemplo no atendimento às pessoas idosas da cidade. Esta localizada na Av. José Vicente Aiello, S/N, Chácaras Cardoso, Bauru-SP.



Figura 25 - Localização - Espaço Boa Idade

Fonte: Google Earth



Figura 26 - Entrada - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora

Esta casa, que presta atendimentos a pessoas predominantemente idosas, que possuem famílias que pagam mensalmente a estadia deles no local.

Hoje a Casa de Repouso atende 20 pessoas ao todo, sendo 13 mulheres e 7 homens, que variam de 34 até 93 anos de idade. Desse total, 2 mulheres e 3 homens ficam acamados em seus quartos, pois se encontram em estado gerado por patologias clínicas.

Num caso atípico, o local atende um paciente com apenas 34 anos de idade que sofre de uma doença degenerativa.

O local conta com 17 funcionários, dentre eles: enfermeiras, auxiliar de enfermagem, psicóloga, auxiliar de limpeza e cozinheira. O local não conta com um médico de plantão, mas vale ressaltar que o proprietário do local e sua esposa, são médicos, portanto os idosos possuem um respaldo grande em relação a isso.



Figura 27 - Os idosos assistindo televisão - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora

O local é bastante arborizado, longe do centro da cidade e por isso bem tranquilo. Possui espaço para os idosos tomarem banho de sol, fazerem caminhadas e se distraírem.



Figura 28 - Vista do local - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora

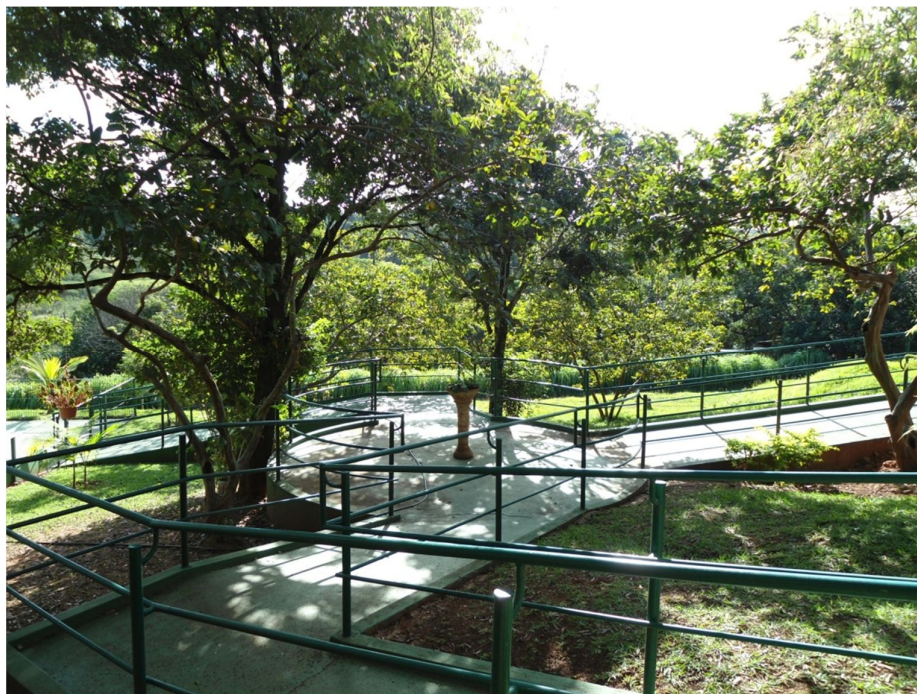


Figura 29 - Vista do local - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 30 - Vista do local - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 31 - Vista do local - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora

O local é dividido em 4 grandes blocos, um é para os apartamentos femininos, outro para os apartamentos masculinos, um para área de vivência dos idosos, e por último, o de serviços, onde fica a cozinha, o refeitório e a lavanderia.



Figura 32 - Vista da casa masculina - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 33 - Vista da casa feminina - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 34 - Área de vivência dos idosos - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 35 - Apartamento Feminino com acomodação para 2 pessoas

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 36 - Banheiro do apartamento, provido de barras de apoio
Fonte: Elaborada pela autora



Figura 37 - Sala para visita da família - Espaço Boa Idade
Fonte: Elaborada pela autora



Figura 38 - Lavanderia - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 39 - Posto de Enfermagem - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 40 - Piscina - Espaço Boa Idade

Fonte: Elaborada pela autora

Os idosos que estão alojados permanentemente no local, podem desfrutar de toda a infra estrutura, mas não possuem nenhuma atividade física ou mental para seu benefício. Lá existe uma piscina, a qual poderia ser usada para aulas como hidroginástica, mas infelizmente isso só é possível para aqueles idosos que a família paga para esse tipo de serviço. Do contrário, eles passam o dia todo reunidos na sala de convivência, assistindo televisão ou ouvindo música.

CAPÍTULO 03 - DIRETRIZES DE PROJETO

3.1 ESPAÇO DE CONVIVÊNCIA PARA A TERCEIRA IDADE

Diante das resoluções e normas em vigor que aprovam os padrões de funcionamento de casas de repouso, clínicas geriátricas e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos, definem-se diretrizes para a criação, execução ou regularização de qualquer prédio voltado para o desenvolvimento de atividades físicas, recreativas e de lazer para idosos. Assim sendo, torna-se exigível:

- Das atividades:

- promover integração dos idosos na comunidade;
- favorecer o desenvolvimento de atividade conjunta com pessoas de outras gerações;
- incentivar e promover a participação da família na atenção ao idoso;
- desenvolver atividade que estimulem a autonomia do idoso;
- promover condições de lazer para o idoso, tais como: atividades físicas, recreativas e culturais;

- Dos Profissionais:

- para atividade de lazer, um profissional com formação em nível superior para cada 40 idosos, com carga horária de 12 horas por semana;
- para serviços de limpeza, um profissional a cada 100m² de área interna, ou fração, diariamente;
- para serviços de alimentação, um profissional para cada 20 idosos, com dois turnos de 4 horas diárias;
- para serviços de lavanderia, um profissional para cada 30 idosos, ou fração, diariamente.

- Área física e instalações: a área física destinada a atender os idosos deve ser planejada levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresenta ou pode vir a apresentar dificuldades de locomoção e maior vulnerabilidade à acidentes, o que justifica a criação de um ambiente adequado, Portanto, é correto:

- as construções deverão preferencialmente ser horizontais;

- o local deverá dispor de condições que possibilitem o rápido escoamento em casos de emergência, de acordo com normas estabelecidas pelo Corpo de Bombeiros;
- os acessos ao local deverão possuir rampa com inclinação máxima de 5%, largura mínima de 1,50m, dotada de guarda-corpo e corrimão, piso revestido com material não derrapante, que permita o livre rolamento de cadeiras de rodas;
- exige-se que existam no mínimo dois acessos independentes, sendo um deles para os idosos e outro para serviços;
- as portas externas e internas, deverão ter dobradiças externas e soleiras com bordas arredondas;
- as portas de correr, deverão ter os trilhos embutidos na soleira e no piso, para permitir a passagem de nível;
- as maçanetas das portas não deverão ser do tipo arredondado ou de qualquer outra forma que dificulte a abertura das mesmas;
- os corredores deverão ter largura mínima de 1,50m, com corrimão de ambos os lados, instalados a 0,80m do piso e distantes 0,05m da parede;
- os sanitários deverão ser separados por sexo e obrigatoriamente equipados com barras de apoio instaladas a 0,80m do piso e afastadas 0,05m da parede, tanto no lavatório, como no vaso sanitário e no box do chuveiro;
 - Dos ambientes:
 - sala para atividades coletivas, com área mínima de 1,0m² por pessoa;
 - sala de convivência com área mínima de 1,3m² por pessoa;
 - sala para atividades de apoio individual e sócio-familiar com área mínima de 9,0m²;
 - banheiros coletivos, separados por sexo, com no mínimo, um box para vaso sanitário que permita a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas, conforme especificações da NBR9050/ABNT;
 - sala administrativa/reunião;
 - refeitório com área mínima de 1,0m² por pessoa, acrescido de local para guarda de lanches, de lavatório para higienização das mãos;
 - cozinha e despensa;
 - lavanderia;
 - local para guarda de roupas de uso coletivo;

- local para guarda de material de limpeza;
- almoxarifado indiferenciado com área mínima de 10,0m²;
- vestiário para funcionários, separado por sexo, com área mínima de 0,5m² por funcionário/turno;
- banheiro para funcionários, separado por sexo, com área mínima de 3,6m², contendo 1 bacia, 1 lavatório e 1 chuveiro para cada 10 funcionários ou fração;
- lixeira ou abrigo externo à edificação para armazenamento de resíduos até momento da coleta;
- área externa descoberta para convivência e desenvolvimento de atividades ao livre;
- uso de cores fortes para facilitar a identificação visual.

CAPÍTULO 04 - PROPOSTA PROJETUAL

4.1 O TERRENO

O terreno escolhido para o desenvolvimento da proposta projetual fica localizado na cidade de Bauru na Av. Eng. Luiz Edmundo Carrijo Coube, esquina com a Av. Antenor de Almeida, próximo a Unesp.

O bairro é predominantemente residencial, tendo como exceção a proximidade com a Unesp e o Hospital Estadual. A via de maior movimento é a Av. Eng. Edmundo Carrijo Coube, que interliga outros bairros residenciais e o centro da cidade. O local é provido de 2 pontos de ônibus urbano na calçada e atravessando-se a avenida, em frente ao portão da Unesp, outro ponto de ônibus. A área é provida de serviços públicos de varrição, coleta de lixo, energia elétrica, água e esgoto.

O terreno tem uma área total de 13.565,27m², é praticamente nivelado em toda sua extensão, possui algumas árvores de grande porte e esta localizado dentro da zona ZR3.L, dentro do perímetro urbano em uma área de expansão na cidade. Uma das características de implantação do projeto, é de um local tranquilo, com pouco ruído, arejado, longe dos grandes centros, onde os idosos possam desfrutar de sossego e tranquilidade. Por isso, a escolha do terreno em questão foi motivada pela área não ser tão próxima às fontes intensas de ruídos e movimento intenso de automóveis.

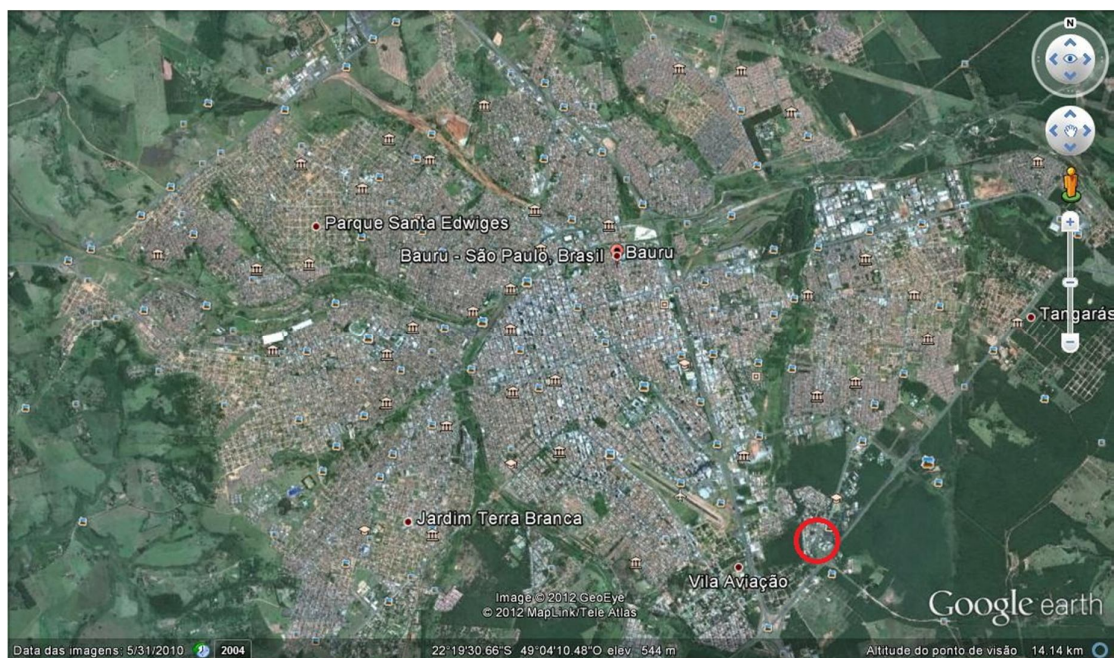


Figura 41 - Localização do terreno na cidade

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 42 - Localização do terreno no entorno

Fonte: Elaborada pela autora

O terreno escolhido fica na Zona ZR3.L e conforme a Lei de Zoneamento e Parcelamento de Solo da Prefeitura Municipal de Bauru, está enquadrado dentro das categorias de Uso Institucional – E1, que permite o funcionamento de locais para atividades de lazer, cultura e saúde, quadra de esportes, piscinas, albergues e asilos.

ZR3	PREDOMINANTE RESIDENCIAL com alterações feitas pela Lei 2407/82 e Lei 4415/99	CARACTERÍSTICAS GERAIS DE USO E OCUPAÇÃO		ZONEAMENTO DE BAURU							QUADRO 7	
		CONDIÇÕES DOS USOS		OBS	LOTES		RECUSOS PREDIAIS MIN.			ÍNDICE URBANÍSTICO T.O.máx.		
		PERMITIDOS	PERMISSÍVEIS		TOLERADOS	ÁREA MÍNIMA m²	TESTADA MIN. m	ALINHAMENTO	DIVISAS LATERAIS			FUNDOS
		R1			21	250	10	0 ou 3			3/4	1
		R2.01-R2.02			6	180	7,5	5			3/4	1
		R2.03			7, 12, 24	500	20	5	3	3	1/2	3
		R2.04			7	250	10	5		3	1/2	1
		R3.01			2							
		C1 - S1			9	250	10				2/3	2/3
		C2.01-S2.01			9	250	10	0 ou 3			3/4	3/4
		C2.02-S2.02			7	250	10	4			3/4	1
		E1			3							
		I1			1							
		S3.01			29							
		S3.03 (só bilhar)			32							

OBS.:

- (1) O alvará será concedido para funcionamento na própria residência
- (2) Deve obedecer a legislação específica quanto às características de ocupação da área.
- (3) Terá sua implantação adequada a critério do Escritório Técnico.
- (6) Refere-se à exigência mínima por unidade habitacional.
- (7) Poderá haver necessidade de área para estacionamento de veículos e/ou pátio para carga e descarga - quadro 21
- (9) Permitido como uso misto desde que a edificação total tenha T.O. $\leq 3/4$ e C.A. $\leq 1,5$ (Deliberação CMZ de 18/10/90)
- (12) Deve dispor de área para playground de 2m² por unidade habitacional com um mínimo de 15m².
- (21) Poderá ser construído abrigo para autos ou varanda no alinhamento (Deliberação CMZ de 18/10/90)
- (24) ver Lei 3691/94, Lei 3701/94, Lei 4193/97, Lei 4339/98, Lei 3351/91 e deliberação CMZ de 18/10/90 (Fiat com características de R2.03)
- (29) Deliberação CMZ de 18/10/90: permite S3.01 em ZR3 sem grandes reformas em edificações já existentes.
- (32) Lei 4481/99 autoriza mesas de bilhar em bares e lanchonetes, respeitando o raio de 500m de escolas (Lei 3912/95)

Figura 43 – Zona ZR3, Bauru-SP.

Fonte: Lei de Zoneamento e Parcelamento de Solo

4.2 LEVANTAMENTO FOTOGRÁFICO



Figura 44 - Vista do terreno - lado esquerdo

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 45 - Vista do terreno - esquina lado direito

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 46 - Vista do terreno - lado esquerdo

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 47 - Vista do terreno - lado esquerdo

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 48 - Vista do terreno - lado direito

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 49 - Vista do terreno - esquina lado direito

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 50 - Vista do terreno - esquina lado direito

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 51 - Vista do terreno - lado direito

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 52 - Vista do terreno - lado esquerdo

Fonte: Elaborada pela autora



Figura 53 - Vista do terreno - esquina lado direito

Fonte: Elaborada pela autora

4.3 PROGRAMA ARQUITETÔNICO

Com base nas diretrizes estabelecidas, define-se o programa arquitetônico para o local específico e vale ressaltar que os ambientes serão setorizados da seguinte forma:

- Áreas de uso comum: ambientes que permitirão o fluxo contínuo tanto de usuários quanto de funcionários.
- Áreas de uso privativo: ambientes que permitirão o fluxo contínuo somente dos funcionários do local.

4.3.1 ÁREAS DE USO COMUM

- RECEPÇÃO: destinada ao atendimento à idosos e visitantes.
 - Deverá ter balcão de atendimento com níveis diferenciados, para atender pessoas em pé, sentadas ou cadeirantes;
 - Deverá ter um computador para controle de informações e controle de entrada e saída dos usuários/funcionários;
 - Deverá ter cadeiras, sofás, televisão, ar condicionado, aparador com água e café e sanitários separados por sexo;
 - Área total de 20,00m²
- SALA DE TV/CINEMA: destinada para o idoso assistir filmes, novelas, jornais, etc.
 - Deverá ter telão para projeção, televisão de no mínimo 42" e aparelho de DVD;
 - Deverá ter sofás, pufes, ar condicionado ou ventiladores e sanitários separados por sexo;
 - Área total de 50,00m²
- SALA DE DESCANSO: destinada para o idoso descansar, relaxar, tirar um cochilo, etc.
 - Deverá ter sofás, poltronas reclináveis, pufes, tapetes, som ambiente e boa iluminação e ventilação natural.
 - Área total de 50,00m²

- **ACADEMIA:** destinada para a realização de exercícios aeróbicos e anaeróbicos, ginásticas em grupo, aulas de dança, yoga, pilates e fisioterapia.
 - Deverá ter diversos aparelhos de ginástica e musculação, espelhos nas paredes, colchonetes, aparelho de reprodução de música, bebedouro d'água e vestiários separados por sexo.
 - Área total de 150,00m²

- **SALA DE CULINÁRIA:** destinada para a realização de cursos e aulas de culinária.
 - Deverá ter bancada com altura de 0,90m, dotada de pia e fogão elétrico (para evitar acidentes com gás) tipo cooktop, forno elétrico, microondas e eletrodomésticos em geral;
 - Deverá ter armário para guarda de utensílios, mesa comprida com bancos ou cadeiras, lavatório e boa iluminação e ventilação natural;
 - Área total de 60,00m²

- **SALA DE INFORMÁTICA:** destinada para aulas de informática.
 - Deverá ter mesas individuais com computador e cadeira, ar condicionado e quadro branco magnético;
 - Área total de 60,00m²

- **SALA DE ATELIÊ:** destinada para a realização de cursos, aulas de artesanato e trabalhos manuais.
 - Deverá ter mesa comprida com bancos ou cadeiras, armário para guarda de utensílios, lavatório e boa iluminação e ventilação natural;
 - Área total de 60,00m²

- **BIBLIOTECA:** destinada para os idosos terem acesso à livros, jornais e revistas.
 - Deverá ter prateleiras para dispor os livros, jornais e revistas de forma organizada;
 - Deverá ter área destinada para leitura, provida de mesas, cadeiras e sofás, computadores para pesquisa e boa iluminação e ventilação natural;

- Área total de 100,00m²

- PISCINA: destinada para aulas de natação e/ou hidroginástica.

- Deverá ser coberta, aquecida e com dimensões mínimas de 8,00 x 4,00 x 1,00m;
- Deverá ter em todo seu entorno piso antiderrapante;
- Deverá ter boias salva-vidas, barras de aço inox em toda a borda interior da piscina e escada de acesso do tipo normal;
- Deverá ser feito uso de cores fortes no fundo da piscina e escadas, para evitar a perda da orientação visual em baixo d'água;
- Deverá ter cadeiras, bebedouro d'água e vestiários separados por sexo;
- Área total de 150,00m²

- REFEITÓRIO: destinado para a realização das refeições durante o dia.

- Deverá ter mesas coletivas com cadeiras, ar condicionado, aparador de comida, local para bandeja, pratos e talheres sujos, lavatório e sanitário separado por sexo;
- Área total de 400,00m²

- SANITÁRIOS: destinado para uso exclusivo dos idosos.

- Deverá ter piso antiderrapante, bacias sanitárias, lavatórios e box para P.P.N.E com barras de apoio, boa ventilação e iluminação natural e separados por sexo;
- Área total de 130,00m²

- JARDINS E HORTAS: área destinada para a realização de atividades de plantio e colheita ao ar livre e também para produção de verduras e legumes para serem usados na cozinha.

- REDES E JOGOS: área destinada para descanso e atividades lúdicas ao ar livre

- Deverá ter redes entre as árvores, mesas e bancos de concreto fixadas no chão.

4.3.2 ÁREAS DE USO PRIVATIVO

- ADMINISTRAÇÃO: destinada para aulas de natação e/ou hidroginástica.
 - Deverá ser coberta, aquecida e com dimensões mínimas de 8,00 x 4,00 x 1,00m;
 - Deverá ter em todo seu entorno piso antiderrapante;
 - Deverá ter cadeiras, bebedouro d'água e vestiários separados por sexo;
 - Área total de 60,00m²

- SETOR MÉDICO: destinado para atendimento de observação e/ou procedimento de enfermagem ou médico, com equipamentos básicos para primeiros socorros e reserva para repouso temporário de curta duração.
 - Deverá ter equipamentos hospitalares, como maca, suporte para soro, balão de oxigênio, remédios, medidor de pressão arterial, estetoscópio, luvas, palitos descartáveis, entre outros.
 - Deverá ter sanitário, posto de enfermagem e embarque e desembarque de ambulância, com 21,00m² de área coberta.
 - Área total de 60,00m².

- COZINHA: destinado para o preparo das refeições servidas durante o dia.
 - Deverá ter área para recepção e inspeção dos alimentos; área de distribuição de alimentos e utensílios; área para o preparo dos alimentos (verduras, legumes, cereais / carnes / massas e sobremesas); área para recepção, lavagem e guarda de louças, talheres e bandejas; área para lavagem e guarda de painéis.
 - Deverá ter sanitário do tipo barreira separado por sexo, D.M.L. e sala para nutricionista;
 - Deverá ter geladeiras, fogão industrial, coifas, bancadas de granito e pias de aço inox e equipamentos elétricos como liquidificador, batedeira, entre outros.
 - Área total de 100,00m².

- SERVIÇOS: destinado para acomodar a lavanderia, o almoxarifado, o D.M.L., o depósito de lixo, também será o local por onde é feito o recebimento de qualquer material.

- Deverá ter na lavanderia área de recebimento e armazenagem de roupa suja, área de processamento (centrifugação, secagem, passagem, dobragem), área de armazenagem e distribuição de roupa limpa;
- Deverá ter no D.M.L. tanque com torneira, armários e prateleiras para guarda de material de limpeza;
- Deverá ter no depósito de lixo, área separada por lixo comum e lixo infectante, coberto e fechado com portinhola de alumínio.
- Deverá ter no lado de fora, placa demarcando área de carga e descarga, para se evitar o estacionamento de veículos.
- Área total de 150,00m²

- **SANITÁRIOS/VESTIÁRIOS:** destinado para uso exclusivo dos funcionários.

- Deverá ter piso antiderrapante, bacias sanitárias, lavatórios e box para P.P.N.E com barras de apoio, boa ventilação e iluminação natural e separados por sexo;
- Deverá ter armários com chave para guarda de objetos pessoais e bancos para apoio ao se vestir.
- Área total de 130,00m²

4.4 ESTRATÉGIAS DE MINIMIZAÇÃO DE IMPACTOS

"Cada vez que um sistema edificado entra em ação, estará sujeito à interações com o meio ambiental ao longo da sua vida física. Numa abordagem ecológica do projeto, o projetista necessita predizer e verificar toda a gama de interações e consequências do projeto, não só antes da sua construção, mas também durante seu funcionamento ou uso.

(...) Portanto, o projeto deve incluir uma abordagem holística e global da gestão dos recursos energéticos e materiais dos elementos edificados." (BOUERI, 1994).

Como princípio, definiu-se que o edifício deveria resultar de um projeto arquitetônico em que estratégias de minimização de impactos fossem pensadas, passível de reproduções e adequando-se às condições de cada lugar.

Para atender e viabilizar essas características técnicas da proposta, definiu-se três aspectos fundamentais:

- Quanto aos custos da edificação:
 - Primeiro aspecto nesse sentido relaciona-se à adoção de um sistema modular de projeto. A escolha do módulo adotado advém do uso de componentes industrializados, que facilitam a construção e oferecem flexibilidade através das alternativas de arranjos diversos, sem ferir o conceito do empreendimento, de modo a manter a linha desses componentes, mas alcançar diferentes soluções, de acordo com o terreno.
 - O segundo aspecto refere-se à escolha dos materiais de construção e acabamento para montagem rápida e de fácil gerenciamento para redução dos custos totais. Adotou-se o uso de blocos pré-moldados de concreto, painéis de gesso acartonado para divisórias internas, esquadrias de PVC e pisos com pintura epóxi autonivelante nas áreas molhadas, nas circulações e áreas internas de uso coletivo.
 - O terceiro aspecto a ser considerado é a busca por uma solução de qualidade com investimento em elementos duráveis e desmontáveis, possibilitando um gerenciamento da manutenção de modo controlado.

- Quanto à ergonomia e acessibilidade:

- Questões relativas à segurança e ao conforto são fundamentais para adequação da proposta ao público que se destina. O mobiliário é projetado ou escolhido de acordo com as limitações e necessidades dos usuários, através do cuidado com alturas de dispositivos de acionamento, dos armários, das mesas e dos assentos. Também a escolha de esquadrias leves contribui para redução de riscos com acidentes.

- Todo equipamento utilizado deve ter seu uso facilmente identificado por um sistema de comunicação visual geral dos ambientes e dos setores, de modo a manter a orientação e autonomia dos usuários.

- Promover total acessibilidade, garante segurança às pessoas idosas, pois mesmo sem comprometimentos mais graves, esses indivíduos podem adquiri-los com o tempo, natural ou acidentalmente, aumentando a necessidade de segurança e conforto através de um dimensionamento adequado.

- Quanto à tecnologia e habitabilidade:

- É preciso buscar condições de conforto ambiental físico e emocional, por influenciarem a qualidade de vida dos ocupantes desses espaços. O contraste de cores, assim como o cuidado com o controle de barulhos e poluição, são necessários num projeto desse tipo. Boa iluminação natural ou artificial, eficiente e com o menor consumo possível de energia, tal como a ventilação, são também fatores importantes para a sustentabilidade do empreendimento.

- Propõe-se o consumo racional de recursos com a captação de energia solar através de placas fotovoltaicas e a redução do desperdício pela captação de águas das chuvas em cisternas, de modo a manter a irrigação das áreas gramadas e para manutenção das calçadas.

- A existência de sensores de presença na iluminação de áreas de circulação controla o desperdício e previne a dificuldade na localização de interruptores.

4.5 PARTIDO ARQUITETÔNICO

Em função do programa arquitetônico criado e da análise dos espaços visitados, propôs-se um macrozoneamento.

Como se sabe, a população em Bauru com mais de 60 anos de idade chega a 44.941 pessoas, significando 13% do total dos habitantes da cidade.

Para tanto, o ideal seria que se soubesse quantas pessoas desse total, usufruíram de um local criado especialmente à eles para o desenvolvimento de atividades recreativas, sociais e de lazer, porém como essa pesquisa não pode ter sido realizada no tempo disponível, então, o terreno escolhido para a implantação do Centro de Convivência, foi o limitante para esse dimensionamento.

Sabe-se que um projeto desse, não poderia ser feito para atender uma pequena parcela da população, por isso o resultado que se chega é que 2% desse total, ou seja, 500 pessoas poderão frequentar o espaço diariamente. Sendo assim, esse será um projeto piloto que poderá ser reproduzido.

Para atender os idosos, o macrozoneamento foi planejado levando-se em conta que uma parcela significativa dos usuários apresenta ou pode vir a apresentar dificuldades de locomoção, visão e/ou audição, déficits cognitivos e maior vulnerabilidade à acidentes, tornando-o mais suscetível ao meio em que vive.

Portanto, pensou-se em local plano sem obstáculos como rampas e escadas. Adotaram-se caminhos sinuosos por todo o terreno, para que o idoso seja obrigado a exercitar-se, mesmo que isso seja só para mover-se de uma sala à outra. Os espaços foram dispostos em formas de blocos individuais, pois além da função de exercitar o idoso, haja também iluminação e ventilação natural em todas as salas, o que seria difícil de ser realizado se o edifício fosse um bloco unitário.

Para os materiais usados para a construção, utilizar-se de blocos de concreto pré-moldados, que resulta mais rapidez na construção, organização do canteiro de obras, menos mão de obra desqualificada e alta relação custo-benefício.

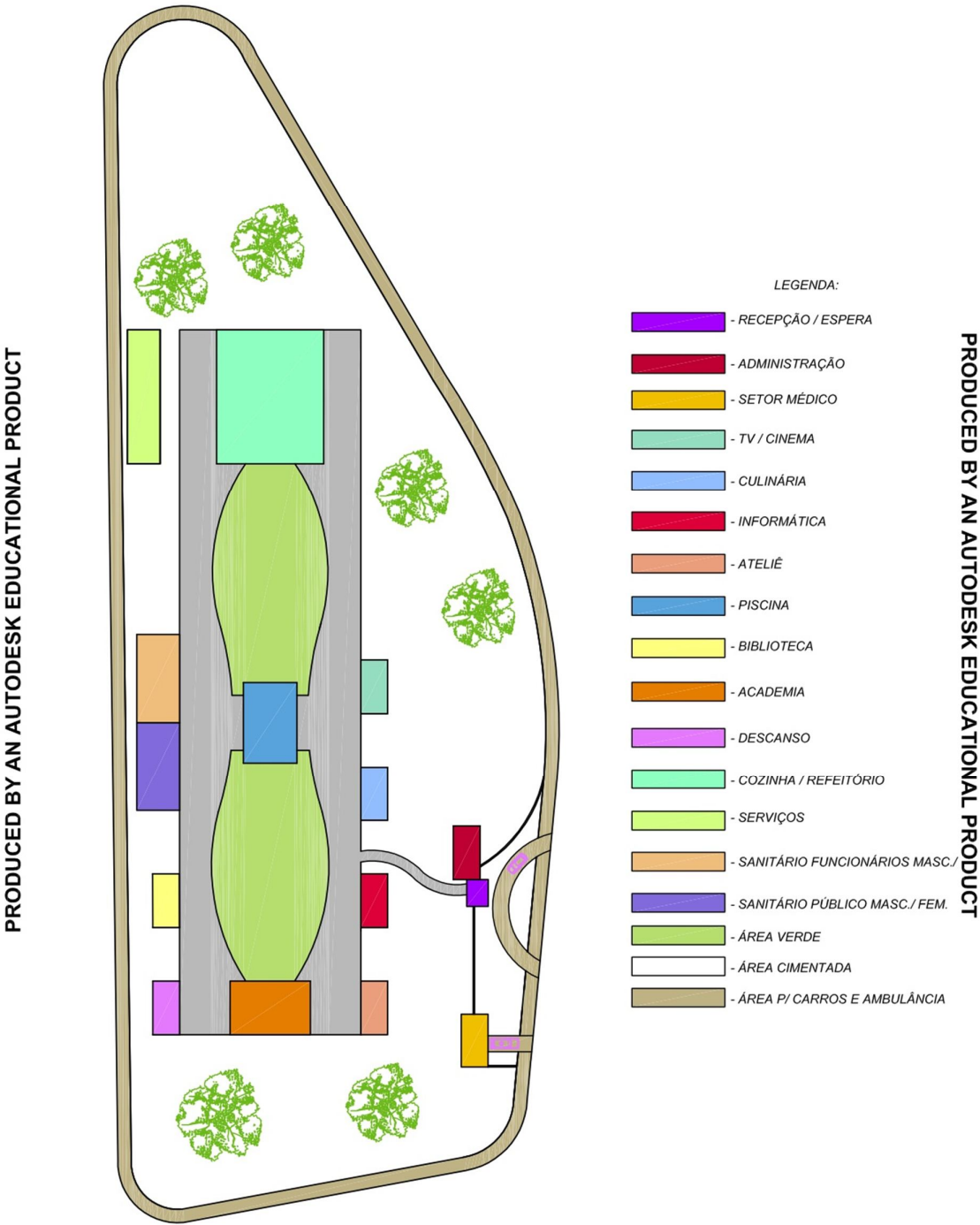
Pensou-se também que cada um desses blocos poderia ter um sistema de captação da água da chuva, assim essa água poderia ser reutilizada nos vasos sanitários e manutenção dos jardins, hortas e calçadas.

Fazer-se uso de cores fortes, móveis adequados, barras de apoio e também a escolha de esquadrias leves contribui para redução de riscos com acidentes.

Os acessos foram pensados para que houvesse conforto tanto aos usuários como aos funcionários do local. Para isso, definiu-se que o acesso público seria feito pela Av. Edmundo Coube, pois é a via com maior movimentação de carros e pelo fato de já existir em frente ao local 2 pontos de ônibus urbano, o que facilitaria o acesso. Em casos de emergência, o acesso de ambulância também é feito pela mesma avenida, porém com acessos distintos. Já o acesso privado/serviços é feito pela Rua Lázaro de Castro Reis, dando acesso direito ao bloco de serviços, onde é feito o recebimento das mercadorias que é armazenada no seu devido lugar. Os funcionários também adentram ao local por esse acesso, que é provido de sanitário/vestiário separado por sexo, com local para guarda de objetos pessoais, chuveiro para tomarem banho e local para se vestirem.

4.6 MACROZONEAMENTO

PRODUCED BY AN AUTODESK EDUCATIONAL PRODUCT



PRODUCED BY AN AUTODESK EDUCATIONAL PRODUCT

CONSIDERAÇÕES FINAIS

De alguma maneira, todas as pessoas são impulsionadas, ainda que brevemente, a intervir na solução dos problemas da sociedade, cujo objetivo maior é tornar real a possibilidade de um mundo melhor, mais justo e mais convidativo às diferenças.

Para o idoso, não deveria existir lugar melhor para se estar do que em seu próprio lar, junto a familiares e amigos. Mas o lar pode se um local com situação precária e maus-tratos que comprometem o bem-estar e a vida dessas pessoas. Cuidar envolve afeto, disponibilidade emocional e física, como também condições materiais e financeiras.

Diante disso, pensou-se num local onde os idosos não fossem excluídos da sua família e muito menos da sociedade. Pelo contrário, o objetivo da pesquisa foi reunir informações sobre o envelhecimento, suas causas e suas necessidades, podendo então, desenvolver uma proposta de integração e desenvolvimento de atividades recreativas, sociais e de lazer, proporcionando assim, um envelhecer com melhor qualidade de vida.

Assim sendo, pode-se verificar que entre os fatores relacionados a um envelhecer com qualidade, está o acesso à educação e cuidados com a saúde; participação em atividades recreativas, físicas e de lazer; atenção, carinho e inclusão social, além de atividades lúdicas, são fundamentais para retardar os efeitos da velhice.

Conclui-se então, que o estudo teórico realizado nessa pesquisa, oferecerá a base necessária para o desenvolvimento do projeto arquitetônico final do Centro de Convivência para a Terceira Idade, de modo mais detalhado nas questões projetuais.

REFERÊNCIAS

ANVISA. **Portaria nº 810, de 22 de setembro de 1989.** Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/1d0c748047458d179617d63fbc4c6735/PORTARIA+N%C2%B0+810-1989.pdf?MOD=AJPERES>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

ANVISA. **Resolução - RDC Nº 50, de 21 de fevereiro de 2002.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/legis/resol/2002/50_02rdc.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2012.

ANVISA. **Resolução - RDC Nº 94, de 11 de dezembro de 2008.** Disponível em: <http://www.anvisa.gov.br/medicamentos/especificos/bulas_padronizadas_especificos.pdf>. Acesso em: 28 abr. 2012.

ANVISA. **Resolução - RDC Nº 283, de 26 de setembro de 2005.** Disponível em: <www.portalsaude.gov.br>. Acesso em: 15 mar. 2012.

AS INSTITUIÇÕES DE LONGA PERMANÊNCIA PARA IDOSOS NO BRASIL. **Revista Brasileira de Estudos da População.** São Paulo, v.27, n1, 2010.

BEAUVOIR, Simone. **A velhice.** 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOUERI, J. **Espaço mínimo e avaliação dimensional da habitação.** São Paulo: FAUUSP, 1994.

BORN T & BOECHAT NS. **A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado.** In tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

BOWLING, A. **Health Related Quality of life: a discussion of the concept, its use and measurement.** Buckingham, Philadelphia, Open University Press, 1995.

CAMARANO AA, et al. **Idosos brasileiros: indicadores de condições de vida e de acompanhamento de políticas.** Brasília: Presidência da República, Subsecretaria de direitos humanos, 2005.

DUMAZEIDER, J. **Lazer e cultura popular.** São Paulo: Perspectiva, 1973.

GIMENEZ, K. **Um novo olhar sobre o mundo que envelhece.** 2006

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos.** São Paulo: Perspectiva, 2003.

GOYAZ, M. Vida ativa na melhor idade. Revista da UFG, v5 n2, dez. 2003. Disponível em: < www.proec.ufg.br>. Acesso em: 30 mar. 2012.

GRUPO PÃO DE AÇÚCAR. **Terceira Idade.** Disponível em: <<http://www.grupopaodeacucar.com.br/candidatos/oportunidades/diversidade-e-inclusao/terceira-idade/terceira-idade.htm>>. Acesso em: 03 maio 2012.

KALACHE, A.; VERAS, R.P.; RAMOS, L.R. **O envelhecimento da população mundial: Um desafio novo.** São Paulo: Rev. Saúde Pública, 1987.

KARSCH, U. M. S. **O serviço social na era dos serviços.** São Paulo: Cortez, 1998.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário.** Ciência & Saúde Coletiva, v.5, n1, 2000.

MIRANDA, D.S. Revista Terceira Idade: O envelhecimento e a transitoriedade da vida humana. **SESC-SP.** Disponível em: <<http://www.sescsp.org.br/sesc/revistas/ti/index.cfm?forget=13>>. Acesso em: 10 maio 2012.

MORAGAS, R. M. **Gerontologia Social:** envelhecimento e qualidade de vida. São Paulo: Paulinas, 1997.

NEUFERT, P. **Arte de projetar em arquitetura.** Barcelona: Gustavo Gili, 2007.

NETTO, P. **Gerontologia**. São Paulo: Atheneu, 1997.

OKUMA, S.S. **O idoso e a atividade física: fundamentos e pesquisa**. Campinas: Papirus, 1998.

PIKUNAS, J. **Desenvolvimento humano: uma ciência emergente**. São Paulo, 1979.

PIZZA HUT. **Programa Atividade**. Disponível em: <<http://www.pizzahutsp.com.br/sobre-pizza-hut/responsabilidade-social/>>. Acesso em: 01 maio 2012.

RAUCHBACH, Rosemary. **A atividade física para a 3ª idade**. Curitiba: Louise, 1990.

REQUIXA, R. **Sugestões de diretrizes para uma política nacional de lazer**. São Paulo: Sesc, 1980.

SALGADO, M. A. **O significado da velhice no Brasil**. São Paulo: Sesc, 1982.

SANTI, Paula Regina. **As principais motivações turísticas da terceira idade**. Dezembro, 2001.

SILVA, S. **Corpo tutelado da velhice**. Dissertação (Mestrado) Psicologia Social, PUC-SP, 1983.

SPIRDUSO, W. W. **Dimensões físicas do envelhecimento**. Barueri: Manole, 2005.

UAT- Universidade Aberta à Terceira Idade da Usc. **USC**, 2012. Disponível em: <http://www.usc.br/terceira_idade/>. Acesso em: 10 maio 2012.

VERAS, R. P. **Terceira Idade - desafios para o terceiro milênio**. Rio de Janeiro: UnATI, 1997.

WEINECK, J. **Biologia do Esporte**. São Paulo: Manole, 1991.