



Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo

Mariana Neubern Olivieri Hallack

CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO:
Arquitetura para a terceira idade

Juiz de Fora
Julho / 2017



Universidade Federal de Juiz de Fora
Faculdade de Arquitetura e Urbanismo

Mariana Neubern Olivieri Hallack

CENTRO DE CONVIVÊNCIA DO IDOSO:
Arquitetura para a terceira idade

Monografia apresentada à Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para conclusão da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso I.

Orientador: Prof. Me. Frederico Batitucci Halfeld

Juiz de Fora
Julho / 2017

Dedico este trabalho a meus pais, Ana e Abdo,
e a meu irmão, Victor.

Agradecimentos

Agradeço, sinceramente,

A minha família, pelo suporte e amor imensuráveis.

A meus amigos, por estarem sempre ao meu lado.

A meus colegas, pela companhia e solicitude.

À Porte Empresa Jr., pelo aprendizado muito além da técnica.

Ao professor Frederico, pela confiança, paciência e orientação.

Aos funcionários de todas as instituições que contatei para a realização deste trabalho, pelo tempo disponibilizado e esclarecimentos.

Aos demais professores do curso, por todos os ensinamentos.

A todos que direta ou indiretamente me ajudaram a chegar a esta etapa de minha vida e a realizar este trabalho.

A Deus, pela oportunidade de estar aqui.

Mire, veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando.

GUIMARÃES ROSA.

Resumo

Em um contexto de crescimento e de afirmação da população idosa no Brasil e no mundo, se faz necessário o desenvolvimento de equipamentos urbanos que atendam esse público em sua diversidade. O presente trabalho aborda a arquitetura voltada para a terceira idade, com enfoque para os Centros de Convivência, lugares de fortalecimento dos vínculos sociais e da cidadania de seus usuários. Seu objetivo é identificar as diretrizes para o projeto arquitetônico de Centros de Convivência voltados para o idoso no Brasil. Para isso, foram realizados a revisão bibliográfica sobre o envelhecimento em suas diferentes faces (demográfica, política, biológica, psicológica, social), a análise histórica das transformações sofridas pelos espaços construídos para atender o idoso e o estudo da relação física e subjetiva entre arquitetura e terceira idade.

Palavras-chave

Idoso. Convivência. Arquitetura. Projeto.

Abstract

In a context of growth and affirmation of the elderly population in Brazil and in the world, the development of urban equipment is necessary to meet this public in its diversity. The present work deals with the architecture directed to the third age, with focus for the Living Centers, places of strengthening of the social bonds and the citizenship of its users. Its objective is to identify the guidelines for the architectural design of Living Centers aimed at the elderly in Brazil. In order to achieve this purpose, a bibliographic review is carried out on aging in its different faces (demographic, political, biological, psychological, social), the historical transformations suffered by the spaces constructed to attend the elderly are analyzed and the physical and subjective aspects of the relationship between architecture and senior citizens are studied.

Keywords

Elderly. Socializing. Architecture. Project.

Lista de ilustrações

Figura 1 - Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida.....	16
Figura 2 - Taxa de fecundidade no Brasil 1940 - 2010.....	19
Figura 3 - Taxa de mortalidade no Brasil 1940 - 2010.....	20
Figura 4 - Esperança de vida ao nascer no Brasil 1940 - 2010.....	20
Figura 5 - Pirâmides etárias de 1980,1990, 2000 e 2010 no Brasil	21
Figura 6 - Projeções de pirâmides etárias para 2020, 2030, 2040 e 2050 no Brasil	22
Figura 7 - Projeção da população acima de 60 anos no Brasil.....	22
Figura 9 - O idoso de Juiz de Fora: arranjos familiares	26
Figura 10 - O idoso de Juiz de Fora: assistência dada aos idosos pelos familiares.	26
Figura 11 - O idoso de Juiz de Fora: assistência dada aos familiares pelos idosos.	27
Figura 12 - O idoso de Juiz de Fora: atividades realizadas no tempo livre.....	27
Figura 13 - Os três pilares da estrutura para o envelhecimento ativo.....	37
Figura 14 - Interior de enfermaria medieval.....	42
Figura 15 - Esquema de setorização do mosteiro de Saint Gall	43
Figura 16 - Hospital São Luis, Paris, gravura (projeto de 1607).....	44
Figura 17 - Hospital São Luis, Paris, fachada principal	44
Figura 18 - Esquema geral do Hospital Lariboisière, Paris (projeto de 1839).....	46
Figura 19 - Fachada do Hospital Lariboisière	46
Figura 20 - Fachada da Guild House, Filadélfia	49
Figura 21 - Interior de apartamento na Guild House	49
Figura 22 - Salão comum na Guild House.....	50
Figura 23 - Implantação do Asilo São Luiz, Rio de Janeiro (situação em 2013).....	52
Figura 24 - Asilo São Luiz.....	53
Figura 25 - Localização da unidade central e núcleos do Centro de Convivência do Idoso (da AMAC), em Juiz de Fora	59
Figura 26 - Lar de Idosos Peter Rosegger, Áustria	67
Figura 27 - Permeabilidade visual no interior de edificações.....	68
Figura 28 - Circulação Asilo St. Nikolaus, Áustria	83
Figura 29 - Sala do Espaço Geriátrico Santa Rita, Espanha	85

Lista de tabelas

Tabela 1 - Programa de necessidades e dimensionamento mínimo para centros de convivência do idoso71

Tabela 2 - Nível de Critério de Avaliação (NCA) para ambientes externos - dB (A) .79

Lista de abreviaturas e siglas

ABERGO	Associação Brasileira de Ergonomia
ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AMAC	Associação Municipal de Apoio Comunitário
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
CEPAL	Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe
CMDI	Conselho Municipal dos Direitos do Idoso
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos do Idoso
CNDPI	Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CPS	Centro de Pesquisas Sociais
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
FUMPI	Fundo Municipal de Promoção do Idoso
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência para Idosos
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
NCA	Nível de Critério de Avaliação
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas

PAI	Programa Nacional de Assistência ao Idoso
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SDS	Secretaria de Desenvolvimento Social de Juiz de Fora
SESC	Serviço Social do Comércio
TSI	Trabalho Social com Idosos
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário

Introdução	13
1. Contexto atual do envelhecimento.....	15
1.1. O envelhecimento e suas definições.....	15
1.2. Alguns dados demográficos	18
1.2.1. Mundo.....	18
1.2.2. Brasil.....	19
1.2.3. Juiz de Fora	24
1.3. Aspectos sociais do envelhecimento.....	28
1.4. Iniciativas em prol do envelhecimento digno.....	31
1.4.1. Iniciativas pelo mundo	32
1.4.2. Iniciativas brasileiras.....	33
1.4.3. Considerações gerais	35
1.5. Um olhar mais atento: o envelhecimento ativo.....	36
2. A transformação dos espaços arquitetônicos concebidos para o idoso.....	39
2.1. As primeiras instituições.....	40
2.2. O surgimento de espaços específicos para o idoso.....	47
2.2.1. Os primeiros espaços para idosos no Brasil	51
3. Centro de Convivência do Idoso	54
3.1. Definição e histórico no Brasil	54
3.2. A situação dos Centros de Convivência do Idoso em Juiz de Fora	56
3.2.1. Considerações gerais	60
4. Diretrizes para projetos arquitetônicos de Centros de Convivência do Idoso ...	62
4.1. Localização (contexto urbano)	62
4.2. Rotas acessíveis	63
4.3. Características do terreno	65
4.4. Características gerais da edificação.....	66
4.4.1. Implantação no terreno	66
4.4.2. Número de pavimentos.....	66

4.4.3. Receptividade e conexão afetiva	66
4.4.4. Integração interior/exterior	67
4.4.5. Estímulo à independência e interação social	67
4.4.6. Flexibilidade	68
4.4.7. Materiais – orientações técnicas básicas.....	69
4.5. Porte/Programa de necessidades	69
4.6. Legislação e normas aplicáveis	71
4.7. Ergonomia e acessibilidade	72
4.8. Conforto ambiental	76
4.8.1. Conforto térmico	77
4.8.2. Conforto lumínico.....	77
4.8.3. Conforto acústico	78
4.9. Percepção do espaço interno.....	79
4.9.1. Visão.....	80
4.9.2. Audição e sistema vestibular	81
4.9.3. Sistema muscular	81
4.9.4. Sistema conjuntivo.....	82
4.9.5. Sistema cardiopulmonar	82
4.9.6. Sistema neurológico	83
4.9.7. Sistema geniurinatório	84
4.9.8. Aparelho termoregulador	84
4.9.9. Estado psicológico	84
4.10. Bem-estar dos não idosos.....	85
Conclusão	88
Bibliografia.....	90

Introdução

A população idosa mundial, incluindo a do Brasil, vem aumentando numérica e proporcionalmente nos últimos anos. Como resultado, há cada vez mais pesquisas e discussões acerca desse fenômeno e suas consequências sobre a população como um todo, principalmente no que diz respeito às políticas sociais, econômicas e de saúde dos Estados. No entanto, a maior parte dos debates e medidas públicas ainda se limita a questões macro (políticas e administrativas) do envelhecimento populacional, sendo poucos os que se aprofundam na qualidade da vivência cotidiana da velhice pelos indivíduos.

Nesse contexto, o presente trabalho tem como foco o estudo de espaços arquitetônicos construídos para atender o público idoso, em especial aqueles voltados para a convivência e socialização, buscando identificar e traçar critérios de projeto para a promoção de sua qualidade de vida diária.

Para tanto, será feita primeiro uma fundamentação teórica a partir da compilação de dados e da revisão bibliográfica sobre o processo de envelhecimento, desde suas definições até seus aspectos demográficos, políticos e sociais. Em sequência, serão apontadas as principais transformações dos espaços arquitetônicos concebidos e construídos para o atendimento de idosos, desde sua origem até os dias de hoje. Serão então apresentados o modelo de Centro de Convivência definido pela Política Nacional do Idoso, assim como um panorama de sua implementação em Juiz de Fora/MG. Após essa análise, serão traçados os fatores espaciais considerados essenciais para a criação desse tipo de instituição na promoção da independência, da interação social, do bem-estar, da segurança e do estímulo adequado para esse público.

Dessa forma, o conteúdo desta monografia é dividido em quatro capítulos. O primeiro capítulo, **Contexto atual do envelhecimento**, apresenta o conceito de envelhecimento em sua multidisciplinaridade e, portanto, em sua complexidade intrínseca. Também traz um panorama geral do tema no Brasil e no mundo através

de dados demográficos, aspectos sociais envolvidos, iniciativas políticas e conceitos emergentes.

Em **A transformação dos espaços arquitetônicos concebidos para o idoso**, o segundo capítulo, percorre-se o histórico das tipologias de edificações voltadas para o idoso desde sua origem, com o intuito de compreender suas principais transformações ao longo do tempo e sua influência na arquitetura atual.

O terceiro capítulo introduz o conceito de **Centro de Convivência do Idoso**, objeto de pesquisa deste trabalho, bem como o panorama de sua inserção na cidade de Juiz de Fora/MG.

Com base nas pesquisas decorridas da elaboração desta monografia, no quarto capítulo, **Diretrizes para projetos arquitetônicos de Centros de Convivência do Idoso**, são estabelecidos os fatores considerados determinantes para a concepção de espaços que proporcionem segurança, autonomia, bem-estar e incentivo à interação social a seus usuários.

A **Conclusão** traz as considerações finais sobre o tema e sua relação com a etapa subsequente deste trabalho: o projeto arquitetônico de um Centro de Convivência do Idoso para a cidade de Juiz de Fora/MG.

1. Contexto atual do envelhecimento

Pesquisas demográficas apontam para a aceleração global do envelhecimento, resultando em sua crescente presença nas agendas políticas. A seguir, será apresentado um breve relato desse fenômeno através de definições, de dados constatados, de questões sociais emergentes e de ações políticas de destaque já tomadas a respeito, tanto no âmbito nacional quanto internacional.

1.1. O envelhecimento e suas definições

Definir o envelhecimento é o primeiro passo para o entendimento de seu processo, implicações e necessidades; permitindo a elaboração de respostas adequadas a esses fatores dentro de seu contexto social e político.

Através da Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994, art. 2) e do Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003, art. 1), a legislação brasileira apresenta como idoso a pessoa com 60 anos de idade ou mais. Tal idade é também genericamente adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU) e pela Organização Mundial da Saúde (OMS)¹ na definição do termo. No entanto, é sabido hoje que marcas etárias não são suficientes para traduzir o processo de envelhecimento (e conseqüentemente o termo “idoso”) em sua plenitude. Através da análise das determinantes do envelhecimento apresentadas pela OMS (2005), é possível organizá-las em três grupos principais: **biológicas**, **ambientais** e **psicológicas**. É importante ressaltar que a forma como uma pessoa envelhece é uma combinação entre esses fatores, o que resulta em variações próprias para cada indivíduo.

Na visão da **biologia**,

O envelhecimento representa um conjunto de processos geneticamente determinados, e pode ser definido como uma deterioração funcional progressiva e generalizada, resultando em uma perda de resposta

¹ A OMS define por idoso o indivíduo com mais de 60 anos nos países em desenvolvimento. Para países desenvolvidos, a faixa é a partir dos 65 anos.

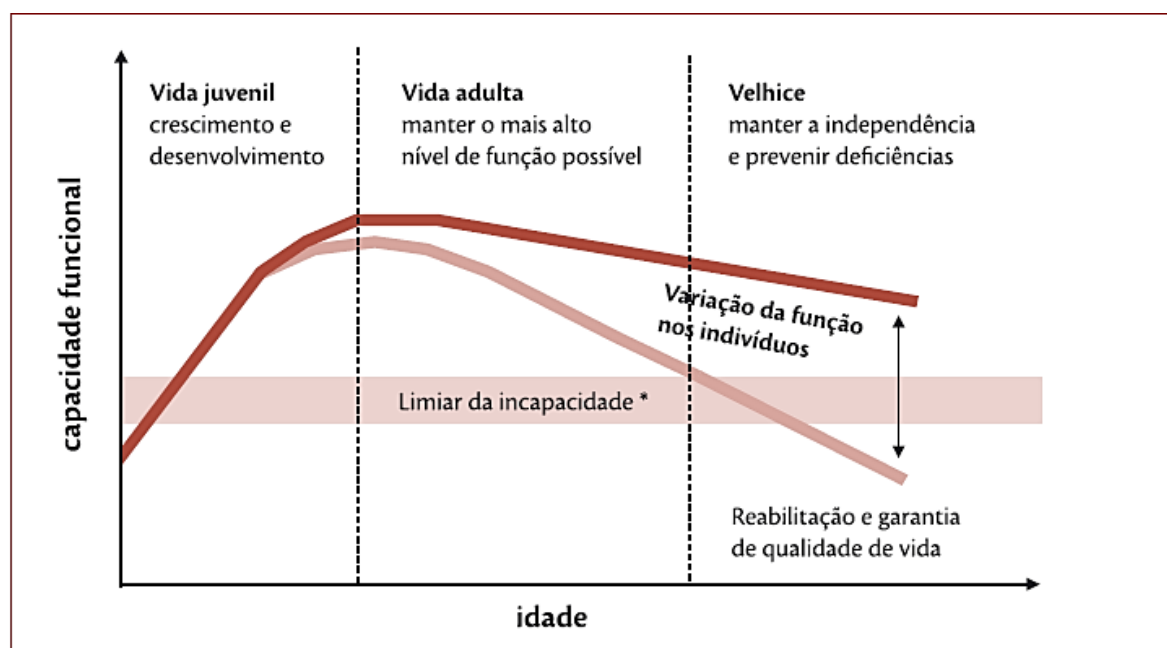
adaptativa às situações de estresse e um aumento no risco de doenças relacionadas à velhice. (KIRKWOOD apud OMS, 2005, p. 26).

Entende-se então que a velhice é uma fase do ciclo de vida humano caracterizada por perdas funcionais naturais no indivíduo, e que a influência que a genética pode ter sobre sua saúde ao longo de sua vida varia de pessoa para pessoa. No entanto, é consenso, mesmo para os geriatras² e especialistas em gerontologia³, que tais efeitos podem ser intensificados ou amenizados de acordo com o estilo de vida, ambiente e outros fatores externos ao indivíduo.

Portanto, a influência da genética no desenvolvimento de problemas crônicos [...] varia bastante entre os indivíduos. Para muitos indivíduos, comportamentos como não fumar, capacidade de enfrentar problemas e uma rede de amigos e parentes próximos pode modificar efetivamente a influência da hereditariedade no declínio funcional e no aparecimento da doença. (OMS, 2005, p. 26).

O gráfico abaixo demonstra essa variação funcional entre os indivíduos:

Figura 1 - Manutenção da capacidade funcional durante o curso de vida



*Mudanças no ambiente podem diminuir o limiar da deficiência e, assim, reduzir o número de pessoas com incapacidades em uma comunidade.

Fonte: OMS, 2002, p. 15.

² Como define a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), a Geriatria é a especialidade médica voltada para o cuidado e promoção da saúde do idoso. O geriatra então é o médico que se especializou no cuidado de pessoas idosas.

³ Também definida pela SBGG, a Gerontologia é o campo científico e profissional dedicado às questões multi e interdisciplinares do envelhecimento e da velhice, tendo por objetivo sua descrição e explicação. O especialista em gerontologia é o profissional com formação de nível superior (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Terapia Ocupacional, Direito, etc.) titulado pela SBGG como apto para lidar com questões do envelhecimento e da velhice com um olhar interdisciplinar a partir da sua área original de conhecimento.

O **ambiente físico e social** (cultura, economia, segurança, acesso a serviços de saúde, educação, lazer, etc.) em que vive um indivíduo tem grande influência sobre seu envelhecimento e varia de acordo com características pessoais, como classe social e gênero. A interferência dos ambientes se dá em longo prazo na medida em que “[...] podem afetar diretamente a nossa saúde ou impor barreiras ou incentivos que influenciam as nossas oportunidades, decisões e comportamentos.” (OMS, 2015b, p. 7). Ao envelhecimento relacionado ao aspecto genético, dá-se o nome de “envelhecimento primário”, enquanto aquele ligado às interações entre a pessoa e seu meio é o chamado “envelhecimento secundário” (NETTO apud FECHINE; TROMPIERI, 2012, p. 109).

A **psicologia** por sua vez aponta que o declínio nas funções cognitivas que costumam acompanhar o avanço na idade se dá principalmente pela falta de prática de atividades que envolvam essas funções, por fatores comportamentais (como tabagismo, sedentarismo), por aspectos psicológicos (como a capacidade de solucionar problemas, nível autoconfiança e motivação) e por fatores sociais (como o isolamento); mais do que por doenças ou causas naturais (OMS, 2005, p. 26).

O envelhecimento pode então ser entendido como um processo gradual no ciclo de vida dos indivíduos, que envolve variáveis ambientais e pessoais, com dinâmica única para cada pessoa. No entanto, da mesma forma que constitui uma experiência única e de dimensão individual para cada ser humano, “(...) as mudanças relacionadas à idade se manifestam de maneira inter-relacionada em todas as dimensões da vida, afetando não só o indivíduo que envelhece, mas sim, toda a sociedade” (MONCHIETTI apud CNDI, 2006, p. 4).

O número crescente de populações atingindo idades mais avançadas representa um grande progresso dos pontos de vista histórico e demográfico. Mas mais do que uma conquista, o envelhecimento e sua proteção – ou seja, o direito à vida e à dignidade - são direitos reconhecidos na Declaração Universal dos Direitos Humanos (ONU, 1948) e também no Estatuto do Idoso (BRASIL, 2003) em seu artigo 8º: “O envelhecimento é um direito personalíssimo e a sua proteção um direito social, nos termos desta Lei e da legislação vigente.”. Sendo o envelhecimento digno um direito da população, é dever do Estado garanti-lo em seus diferentes setores: saúde, educação, lazer, cultura, assistência social, economia, justiça, habitação, trabalho, entre outros.

1.2. Alguns dados demográficos

Embora disparidades entre países continuem a existir, de maneira geral a população mundial vem passando por um processo acelerado de envelhecimento nas últimas décadas, podendo ser considerado como uma das transições demográficas mais importantes do século XXI. Segundo a OMS (2005, p. 8), “O envelhecimento de uma população relaciona-se a uma redução no número de crianças e jovens e a um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais.” Tanto a redução do número de jovens quanto o aumento na proporção de idosos podem ser explicados, de forma simplificada, pela redução das taxas de fecundidade⁴, pela redução da taxa de mortalidade total da população⁵ e pelo aumento da expectativa de vida⁶. Em um contexto mais geral, esses fatores estão relacionados a fenômenos como a avanços tecnológicos e na área da saúde, maior urbanização das cidades (acesso ao saneamento básico e a condições mínimas de moradia) e mudanças nas normas de gênero (mulheres no mercado de trabalho, com maior controle sobre o número de filhos que terão).

1.2.1. Mundo

Em cenário internacional, dados da OMS (2015a) indicam que em 2020, pela primeira vez na História, haverá mais idosos no mundo do que crianças menores que cinco anos. Também preveem que de 2015 para 2050 a proporção de pessoas com mais de 60 anos no mundo vai passar de 12% (um total de 900 milhões de pessoas) para 22% (2 bilhões de pessoas). Quando esse momento chegar, 80% dessa população estará em países de baixo e médio desenvolvimento – e com um tempo de adaptação muito menor do que os países de alto desenvolvimento tiveram. Um exemplo é a França, que teve cerca de 150 anos para adaptar seus sistemas políticos e sociais à transição de 10% para 20% na proporção de idosos em sua população, enquanto países como o Brasil, China e Índia terão pouco mais de 20 anos para fazer a mesma adequação (OMS, 2015a).

⁴ Número médio de filhos que uma mulher terá ao final de sua vida reprodutiva.

⁵ Número de pessoas que morrem por 1000 habitantes durante um ano.

⁶ Número de anos, em média, que se espera que viva um recém-nascido.

1.2.2. Brasil

O Brasil acompanha a tendência global em seu perfil populacional. Vê-se nos gráficos (Figuras 2, 3 e 4), entre 1940 e 2010 a taxa de fecundidade caiu 69% (ficando o nível de reposição da população⁷ ficando abaixo de 2,1), a taxa de mortalidade absoluta caiu 76% e a esperança de vida ao nascer teve um aumento de 77,8%.

Figura 2 - Taxa de fecundidade no Brasil 1940 - 2010

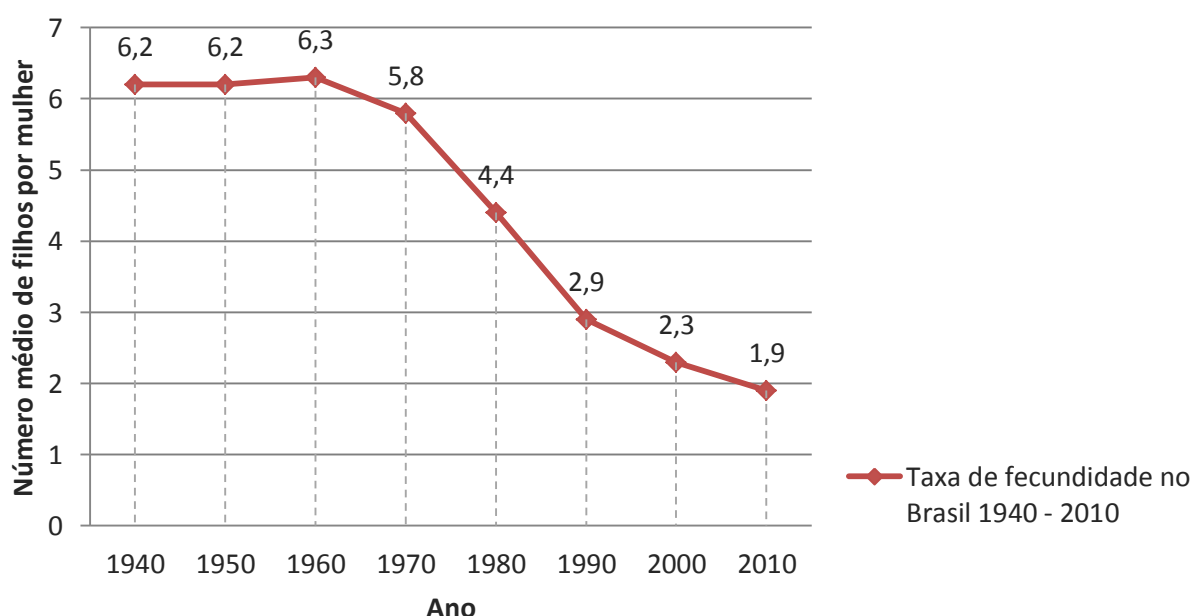


Gráfico elaborado pela autora. Fonte dos dados: IBGE, 2002; IBGE, 2013a.

⁷ A taxa de reposição da população é o número mínimo de filhos por mulher para que a população não diminua: as duas crianças substituem os pais. A fração de 0,1 compensa o número de indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva.

Figura 3 - Taxa de mortalidade no Brasil 1940 - 2010

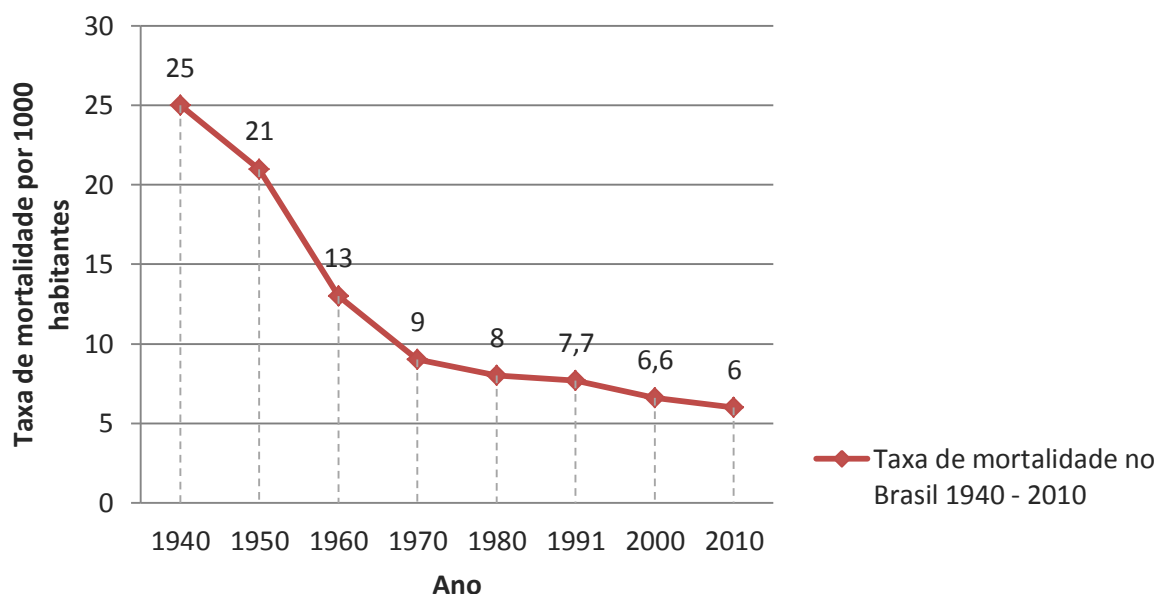


Gráfico elaborado pela autora. Fonte dos dados: IBGE, 2002; IBGE, 2013b.

Figura 4 - Esperança de vida ao nascer no Brasil 1940 - 2010

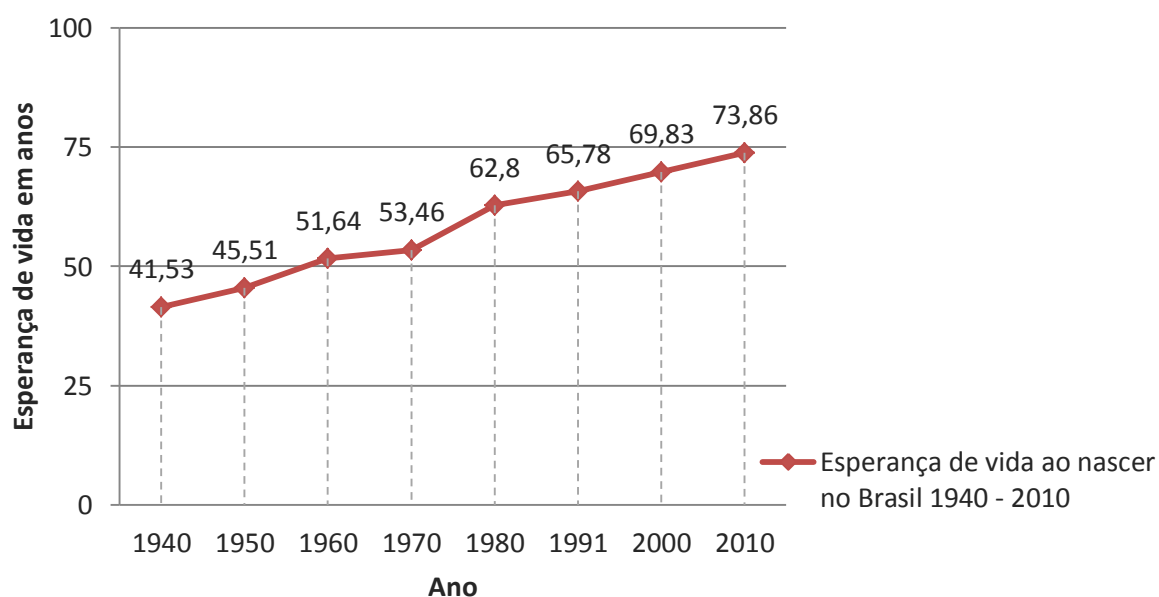


Gráfico elaborado pela autora. Fonte dos dados: IBGE, 2010.

Como resultado dessas variações, a pirâmide etária brasileira começou a mudar, tendo sua base estreitada e topo alargado (Figuras 5 e 6). Conforme o último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a expectativa de vida do brasileiro passou de 68,6 anos para 73,76 anos entre 2000 e 2010. Em 2010 a população brasileira acima de 60 anos correspondia a 20.590.599 pessoas - 11% da população total, com um aumento de 41% em relação a 2000 (8,6% da

população na época). Em Minas Gerais, a proporção em 2010 era de 11,90% e em Juiz de Fora, de 13,62%. As projeções apontam que até 2050 haverá 64.050.980 idosos no país, ou seja, um crescimento de 211% em relação a 2010 (Figura 7).

Figura 5 - Pirâmides etárias de 1980, 1990, 2000 e 2010 no Brasil

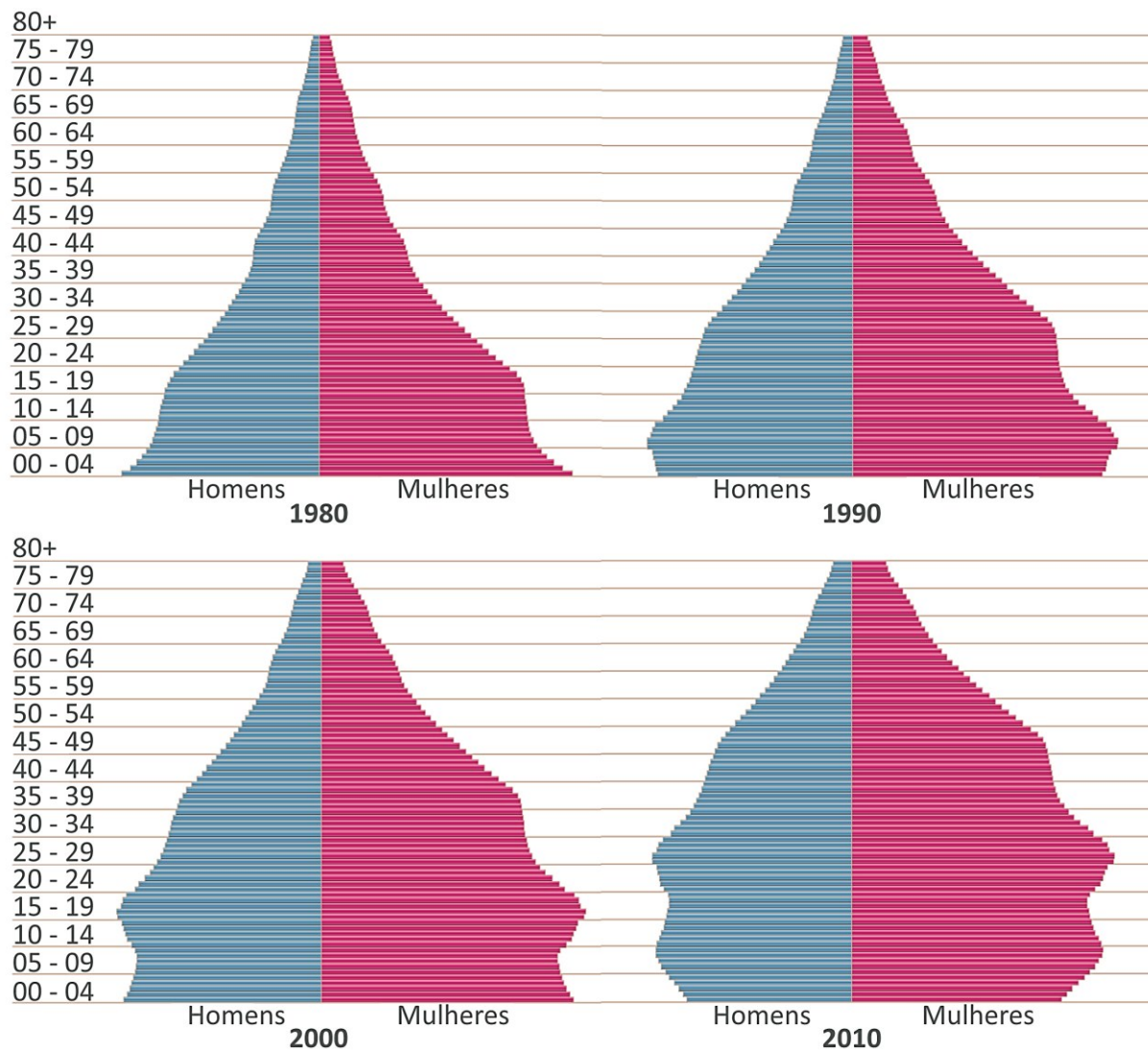


Figura elaborada pela autora. Fonte: IBGE, 2008.

Figura 6 - Projeções de pirâmides etárias para 2020, 2030, 2040 e 2050 no Brasil

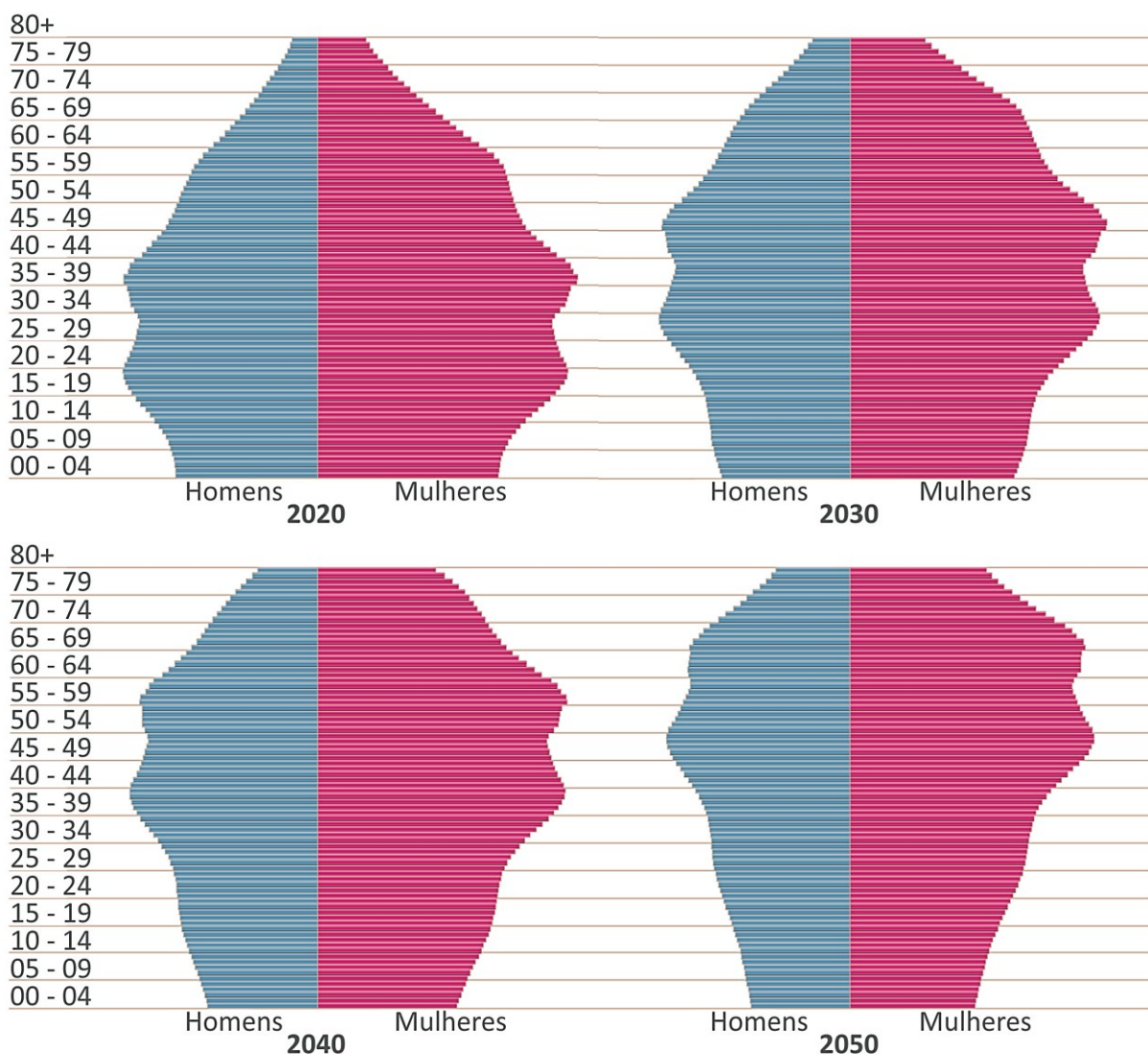


Figura elaborada pela autora. Fonte: IBGE, 2008.

Figura 7 - Projeção da população acima de 60 anos no Brasil

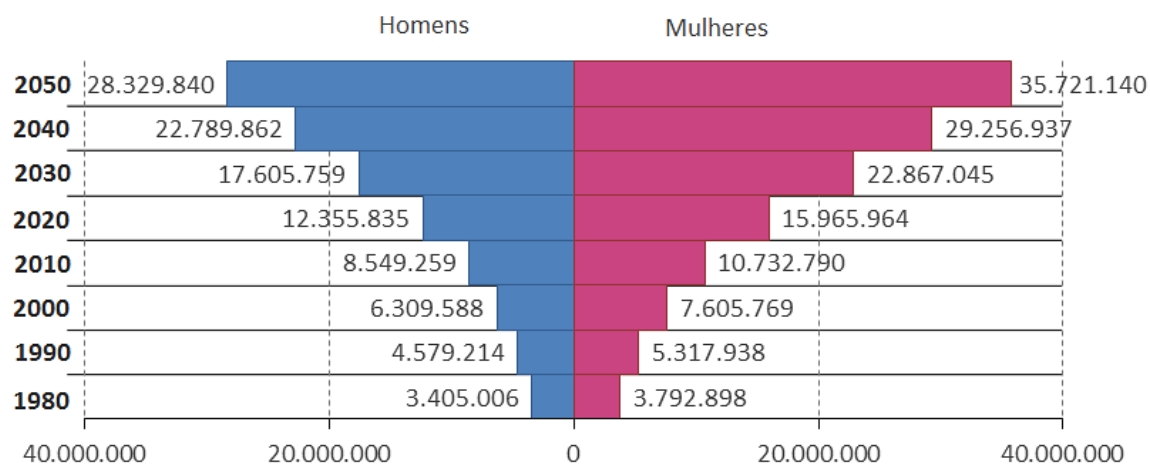


Gráfico elaborado pela autora. Fonte dos dados: IBGE, 2008.

Desde 2003, é determinado pela legislação que dados relativos à população idosa devem ser incluídos nos censos demográficos do país (BRASIL, 2003, art. 16). Com base nos dados levantados em pesquisas nacionais por amostra de domicílio realizadas pelo IBGE em 2014 (IBGE, 2014), é possível traçar o perfil médio do idoso brasileiro. Seguindo o processo migratório e de urbanização do país das últimas décadas, há mais idosos morando em meio urbano (84,5%) do que rural. São em sua maioria mulheres (55,7%) e possuem em média 4,8 anos de estudo (um número baixo, mas ainda assim maior que o do censo de 2000, de 3,4 anos). A feminização citada pode ser explicada pelas diferenças de mortalidade entre sexos ao longo da vida devido a variações comportamentais, principalmente (exposição a situações de risco, cuidado com a própria saúde, etc.).

Devido às novas dinâmicas familiares contemporâneas, o número de idosos vivendo sozinhos vem aumentando nos últimos anos. No entanto, a maioria vive com os filhos em idade maior que 25 anos (29,6%). Ainda, 64% dos idosos são responsáveis por seus domicílios e 24,7% são cônjuges dos responsáveis (IBGE, 2014). Em outras palavras, os idosos possuem um importante papel como chefes dos domicílios do país.

A maioria (57,5%) é aposentada. 66,4% de seus rendimentos provêm de aposentadoria ou de pensão. Além disso, 29,3% dos rendimentos do idoso vêm do trabalho. A proporção de aposentados ocupados⁸ na semana de referência é de 16,4%, com 33,9 horas trabalhadas em média (vale ressaltar a disparidade entre homens e mulheres, com 10,3 horas trabalhadas a mais na média dos homens). Com isso, o nível de ocupação⁹ do idoso brasileiro na semana de referência chegou a 29,1% (IBGE, 2014). Esses dados apontam para uma participação significativa do idoso na economia do país, sem mencionar atividades sociais que contribuem indiretamente nesse sentido (como consumidores e também como responsáveis sobre afazeres domésticos e cuidados a crianças e outros dependentes, por exemplo).

⁸ O IBGE considera como “pessoa ocupada” aquela que, na semana de referência, possui no mínimo uma hora de trabalho remunerado ou que trabalha sem remuneração direta ajudando em atividade econômica de membro do domicílio, ou que estava temporariamente afastada de seu trabalho remunerado naquela semana.

⁹ O IBGE define “nível de ocupação” como o percentual de pessoas ocupadas na semana de referência em relação às pessoas em idade de trabalhar: [ocupados/pessoas em idade de trabalhar] x 100.

1.2.3. Juiz de Fora

Conforme o censo demográfico de 2010 do IBGE, Juiz de Fora é um município de 516.247 habitantes (JUIZ DE FORA, 2016b) do estado de Minas Gerais, pertencente à região da Zona da Mata. Originou-se como um dos pequenos povoados surgidos no século XVIII, ao longo da estrada chamada Caminho Novo, que ligava a região das minas ao Rio de Janeiro, facilitando o transporte do ouro extraído (JUIZ DE FORA, 2016a). Atualmente, a cidade se apresenta como o principal polo regional da Zona da Mata, devido, principalmente, a sua infraestrutura, comércio, serviços e localização estratégica (próxima a capitais como Rio de Janeiro, Belo Horizonte e São Paulo).

Juiz de Fora se destaca no contexto nacional por seu alto percentual de idosos. Em 2010, o censo demográfico do IBGE apontava que a população idosa representava 13,62% (70.288 pessoas) da população total (516.247 habitantes), número em crescimento (UFJF, 2012). Com isso, é a terceira cidade brasileira, com mais de 500 mil habitantes, com a maior concentração de idosos (RIOLINO, 2015), depois das capitais Porto Alegre e Rio de Janeiro. A expectativa de vida do município levantada no último censo demográfico (2010) era de 75,7 anos (acima da média nacional).

Em 2012, o Centro de Pesquisas Sociais (CPS) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) elaborou o primeiro diagnóstico socioeconômico da população idosa de Juiz de Fora, a pedido da Comissão Permanente de Defesa dos Direitos dos Idosos da Câmara Municipal. O levantamento ouviu 282 idosos, sendo 110 homens e 172 mulheres, de 33 bairros da cidade. Os dados apresentados a seguir, incluindo números e porcentagens, referem-se a esse universo de entrevistados.

Segundo o relatório, os idosos representam a faixa etária com maior crescimento no município, com um percentual de 45% verificado entre os censos demográficos de 2000 e 2010 realizados pelo IBGE. A maioria é composta por mulheres. Mais de 60% possui escolaridade abaixo ou até o primário completo (quarta série), e de forma geral, o nível dos homens é maior (apenas nas últimas décadas o acesso à educação tornou-se mais equânime para homens e mulheres). A característica atrativa da cidade como polo regional reflete-se no fato de que mais da metade dos entrevistados na pesquisa não nasceu em Juiz de Fora.

Seguem abaixo características do perfil dos idosos de Juiz de Fora constatadas pelo estudo (UFJF, 2012):

- a) **Arranjos familiares:** a maioria das mulheres é viúva (67,3%), enquanto mais de 3/5 dos homens encontra-se em união estável. Isso pode ser explicado pela maior longevidade feminina e pelas diferenças culturais entre sexos envolvendo o recasamento. Ainda, 37,8% vivem com outros parentes; 47,8% vivem em casal (com outros parentes ou não); e 14,4% mora sozinho, como é possível observar na Figura 8. Nesse cenário em que a maioria dos idosos vive com a família, a relação interpessoal dentro de casa pode ser fonte de apoio, mas também de conflitos, principalmente devido a interesses diferentes e condutas da família que estimulam a dependência dos idosos (Figuras 9 e 10);
- b) **Tempo livre:** durante seu tempo livre, a maior parte dos idosos realiza atividades que não promovem interação social, como ler e assistir TV, o que pode gerar a sensação de solidão nesse grupo (Figura 11);
- c) **Fontes de preocupação:** segurança (61,1%) e saúde (58%) foram as mais citadas. A principal forma de violência identificada foi a simbólica, relacionada à falta de respeito. Além disso, a segurança no trânsito representa um grande problema, com altas taxas de vitimização¹⁰. Isso pode ser explicado pela presença de barreiras físicas e culturais, assim como dificuldades dos próprios idosos;
- d) **Saúde:** 63,5% dos idosos entrevistados apresentavam pelo menos uma doença crônica; e 24,1% sofreram pelo menos uma queda nos últimos 12 meses. Observa-se na cidade a falta de geriatras e de especialistas em gerontologia;
- e) **Renda e trabalho:** as principais fontes de renda são a aposentadoria e pensões. A maior concentração das rendas individuais encontra-se nas faixas mais baixas (66,8% não ultrapassa 2 salários mínimos, e 33,6% recebem até 1 salário mínimo). Ainda assim, mais da metade dos idosos oferece ajuda financeira aos familiares. Muitos continuam trabalhando para complementar

¹⁰ Em 2016, 86 casos de atropelamento registrados envolveram pessoas com mais de 60 anos, representando 16,41% do total (EM JUIZ..., 2017).

sua renda; e no geral isso é visto por eles como algo positivo para a manutenção de sua qualidade de vida, autonomia e autoestima. As atividades exercidas durante a maior parte da vida são: o trabalho rural, o trabalho doméstico, o trabalho doméstico remunerado e o trabalho no comércio.

Figura 8 - O idoso de Juiz de Fora: arranjos familiares

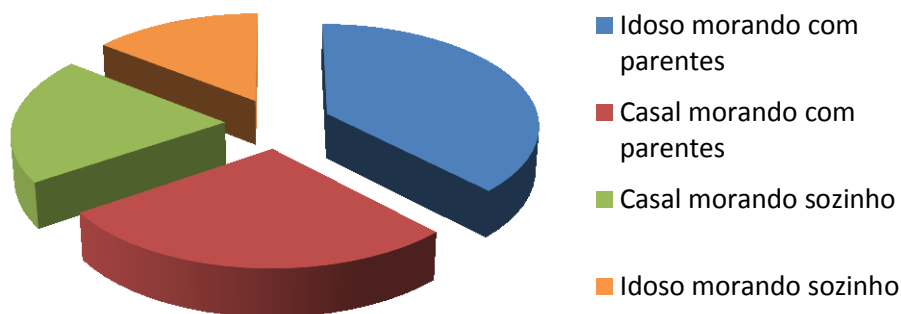


Gráfico elaborado pela autora. Fonte dos dados: UFJF, 2012.

Figura 9 - O idoso de Juiz de Fora: assistência dada aos idosos pelos familiares

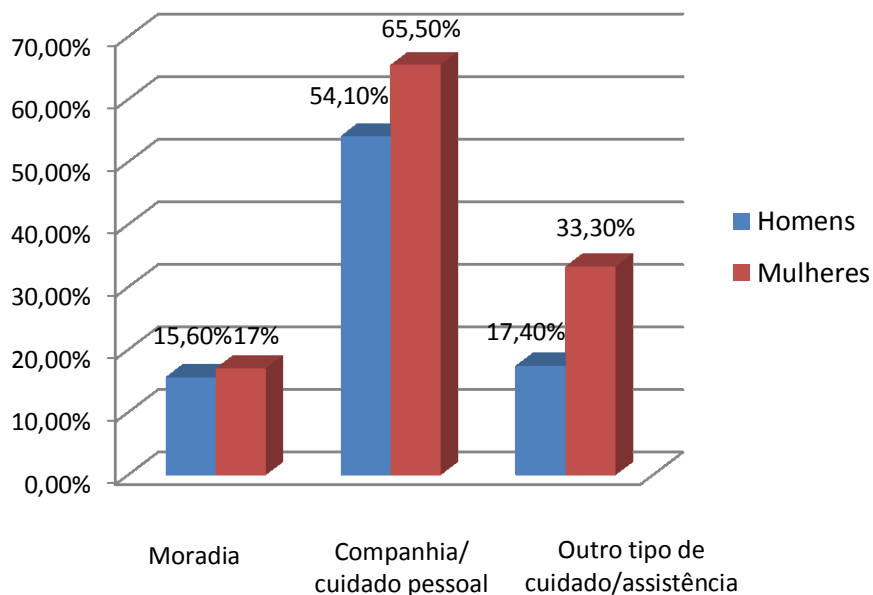


Gráfico elaborado pela autora. Fonte dos dados: UFJF, 2012.

Figura 10 - O idoso de Juiz de Fora: assistência dada aos familiares pelos idosos.

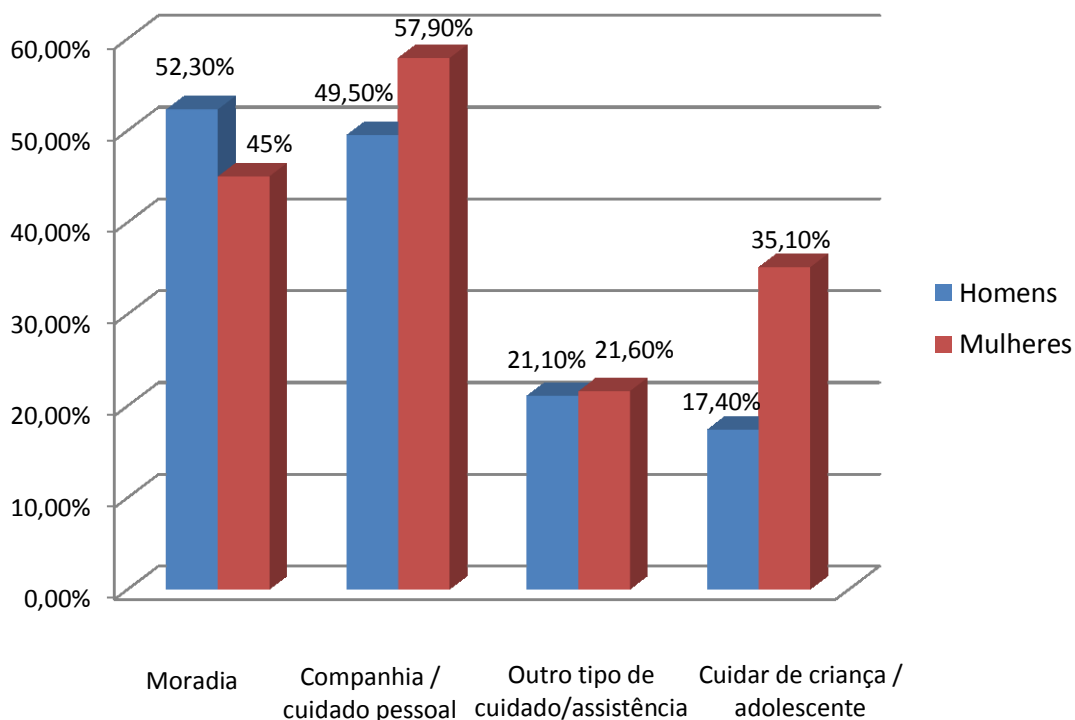


Gráfico elaborado pela autora. Fonte dos dados: UFJF, 2012.

Figura 11 - O idoso de Juiz de Fora: atividades realizadas no tempo livre

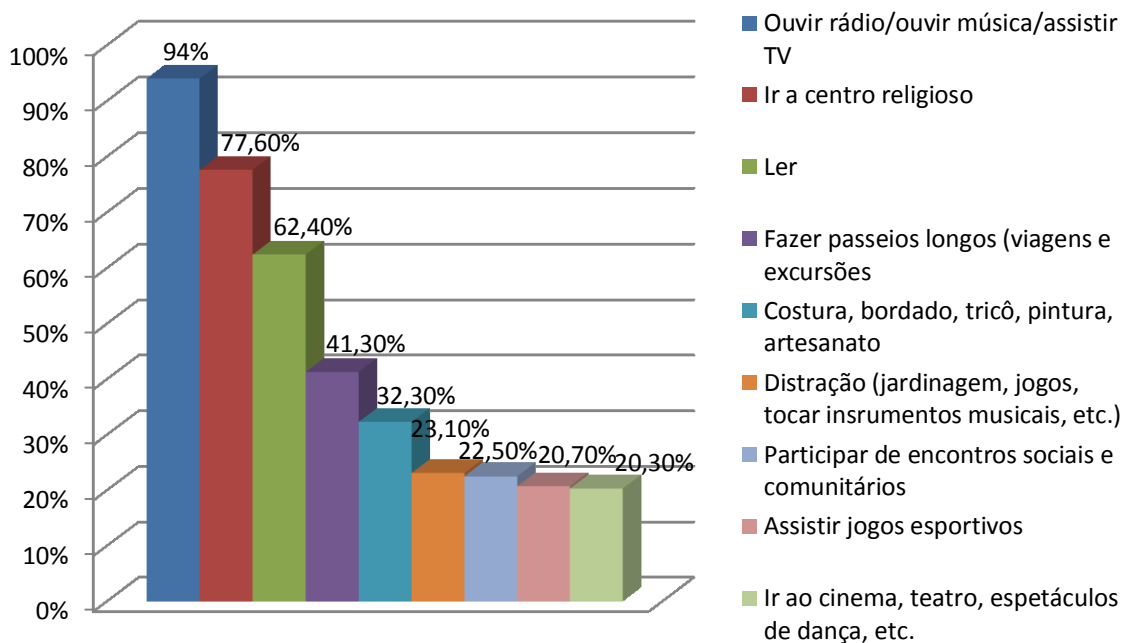


Gráfico elaborado pela autora. Fonte dos dados: UFJF, 2012.

Apesar dos problemas apontados, os entrevistados demonstraram afeto pela cidade, considerando-a um bom lugar para viver e envelhecer.

Analisando os dados apresentados, pode-se concluir que o idoso médio de Juiz de Fora vive com a família e apresenta papel importante ao oferecer assistência em seus domicílios (inclusive financeira). Também apresenta índices consideráveis da incidência de doenças crônicas e de acidentes envolvendo quedas. Observa-se ainda, uma relação cultural conflituosa entre gerações (preconceito) e com a própria cidade (em sua mobilidade). A discussão do aspecto social do envelhecimento é fundamental para a solução desses problemas identificados.

1.3. Aspectos sociais do envelhecimento

“Enquanto o envelhecimento é um processo natural de transformação do ser humano através da temporalidade, a velhice é uma construção social” (MONTEIRO, 2000, p.56 apud MURTA; KARSCH, 2005, p. 279). A maneira como a pessoa idosa é tratada hoje pela sociedade pode ser considerada como muito contraditória (CNDI, 2006, p. 5). Grande parte das diferentes culturas e tradições tem como fator comum a mensagem de respeito aos mais velhos e a valorização de sua história e contribuições, sendo considerados os mais sábios, dignos e experientes; além de valiosas fontes de informação. No entanto, essa visão coexiste com outra bem diferente: a do idoso como dependente e alienado.

Os estudos sobre a imagem do envelhecimento indicam que atualmente a visão negativa hegemônica se expressa na representação social da velhice como passividade, doença, deterioração, e a percepção dos idosos como uma carga social e econômica, desvinculados da realidade social. (CEPAL apud CNDI, 2006, p. 4).

Essa segunda perspectiva contribui para a marginalização do idoso e pode ser explicada por dois fatores principais. O primeiro, ligado a concepções econômicas, é a reprodução de uma doutrina em que as pessoas valem o quanto produzem, em uma sociedade em que o trabalho (em especial as atividades remuneradas) representa um papel central na vida das pessoas. Dessa forma o idoso, muitas vezes fora do mercado de trabalho, é considerado improdutivo, privilegiado e culpado pelo gasto de recursos que poderiam ser usados em outros setores do país. É uma visão reducionista que trata essa parcela da população como um grupo homogêneo sem qualquer contribuição para as comunidades em que vivem.

O segundo fator está ligado a valores emergentes na sociedade contemporânea. Hoje as tecnologias são rapidamente desenvolvidas e ultrapassadas por outras, vivemos a chamada era da informação – e não do conhecimento, que é construído. As ideias de novo, de jovem são supervalorizadas e vendidas diariamente à população. Aqui, o velho aparece “[...] como símbolo às avessas da modernidade positivada: é permanência, é tradição, é apego ao passado, é dificuldade de aprender e de mudar [...]” (CONCONE, 2005, p. 139).

Associada a esse cenário, está a forma como construímos identidades que, conforme Mercadante (2005, p. 29), é baseada em “relações contrastivas”. Segundo essa concepção, é através da comparação e do contraste de características de outras pessoas que os indivíduos constroem sua própria identidade e a identidade alheia. Assim, o organizado é aquele que não é o desorganizado, o calmo é aquele que não é agitado, o velho é aquele que não é novo. E de uma maneira muito simplificada, esse jogo de opostos é estendido, levando à contraposição de qualidades: se o jovem é sinônimo de beleza, força e glória, o velho é necessariamente o oposto.

Os resultados dessa ideologia são sempre negativos. Um estudo realizado em 2016 pela OMS com mais de 83 mil pessoas em 57 países, avaliando as atitudes de pessoas de todas as faixas etárias em relação aos idosos, mostrou que a discriminação por idade é extremamente comum. Apontou ainda que tal discriminação tem consequências danosas tanto sobre a saúde física quanto mental dos indivíduos idosos que, ao sentirem suas vidas desvalorizadas, tendem a se colocar em risco de depressão e isolamento, por exemplo. Um dado levantado pela mesma pesquisa ilustra as consequências do estado emocional sobre a saúde física dos indivíduos: pessoas com uma atitude negativa sobre seu próprio envelhecimento vivem em média 7,5 anos a menos do que aquelas com atitudes positivas. A discriminação se dá de diversas formas, como afirma Alana Officer, atual coordenadora de envelhecimento e curso de vida da OMS (OMS, 2016):

Elas [as formas de discriminação] incluem retratar pessoas mais velhas como frágeis, dependentes e fora de contato, ou por meio de práticas discriminatórias como racionamento dos cuidados de saúde por idade ou políticas institucionais, como a aposentadoria obrigatória em certa idade.

Além de ferirem o direito à dignidade que cada indivíduo tem, esses estereótipos também afetam de forma negativa toda a sociedade, pois são um obstáculo para a

compreensão dos idosos, de sua situação e de sua importância. Isso impede que respostas coerentes às necessidades reais da população sejam criadas e implantadas, restringindo a capacidade de apoio dessas pessoas a sua comunidade e contribuindo para a perpetuação de problemas crônicos na saúde, educação, economia, política e demais setores de gestão do país.

O envelhecimento da população traz consigo grandes desafios para a saúde e sistemas sociais como um todo, no sentido de garantir a qualidade de vida¹¹ a esses anos acrescidos, mais do que simplesmente mantê-los. No entanto, está cada vez mais claro que esse objetivo só poderá ser totalmente alcançado quando as barreiras discriminatórias acerca do idoso forem superadas pela conscientização de seu valor e contribuições à humanidade.

Sabemos que a população idosa de hoje contribuiu muito para a comunidade ao longo de sua vida, seja política, econômica e socialmente, trazendo condições para que as gerações seguintes também pudessem fazer o mesmo. E a própria constatação disso já é benéfica, pois atua na construção dos sentidos de justiça e cidadania de um povo e, conseqüentemente, na manutenção da democracia.

O reconhecimento àqueles que construíram com amor, trabalho e esperança a história de nosso país tem efeito multiplicador de cidadania, ensinando às novas gerações a importância de respeito permanente aos direitos fundamentais, desde o nascimento até a terceira idade. (MORAES apud CIELO; VAZ, 2009, p.35).

No entanto, a importância da preservação do direito de envelhecer de forma saudável e digna vai além do que o idoso pode ter feito no passado, mas sim por seu valor presente, enquanto idoso em si. Uma vida mais longa traz mais tempo de aprendizado e também de transmissão de experiências e valores às próximas gerações; informações essas que lhes permitem compreender melhor sua própria História – e até mesmo a redirecioná-la. As experiências passadas trazidas pela memória dos indivíduos estão intimamente ligadas à construção da memória coletiva de um povo. Ao mesmo tempo, cada vez que se lembra de algo, a memória sofre interferência da memória coletiva com a perspectiva do presente e ganha um novo significado, num processo dinâmico: “A resignificação faz dela [a memória] uma ponte entre o passado e o futuro, incorporando todo o vivido, reconstruído, e

¹¹ Neste trabalho, o termo qualidade de vida deve ser entendido como o bem estar de um indivíduo definido pela satisfação de suas necessidades físicas, sociais e psicológicas dentro de seu contexto cultural.

apontando para perspectivas ampliadas na compreensão de um sentido-saber rearticulado, refeito, religado.” (BRANDÃO, 2005, p. 171).

Da mesma forma, envelhecer bem traz consigo a oportunidade de reavaliação do que nossas vidas foram e também do que podem ser, trazendo uma nova perspectiva sobre como podem ser planejadas e estruturadas.

Uma vida mais longa é um recurso incrivelmente valioso. Proporciona a oportunidade de repensar não apenas no que a idade avançada pode ser, mas como todas as nossas vidas podem se desdobrar. Por exemplo, em muitas partes do mundo, o curso da vida é atualmente enquadrado em torno de um conjunto rígido de fases: infância, fase de estudos, um período definido de trabalho e, em seguida, aposentadoria. A partir dessa perspectiva, frequentemente se assume que os anos extras são simplesmente adicionados ao fim da vida e permitem uma aposentadoria mais longa. Entretanto, quanto mais pessoas chegam a idades mais avançadas, há evidências de que muitas estão repensando este enquadramento rígido de suas vidas. Em vez de passar anos extras de outras maneiras, as pessoas estão pensando em talvez estudar mais, em ter uma nova carreira ou buscar uma paixão há muito negligenciada. Além disso, conforme as pessoas mais jovens esperam viver mais tempo, elas também podem realizar planejamentos diferentes, por exemplo, de iniciar suas carreiras mais tarde e passar mais tempo no início da vida para criar uma família. (OMS, 2015b, p. 5)

Como é possível apreender do trecho acima, à medida que se vive mais, o conceito de velhice é reinventado: mais do que anos extras no ciclo de vida, são anos que podem - e devem - ser usados para a continuação do processo de crescimento pessoal dos indivíduos, conforme a realidade de cada um. Para isso, é necessário maximizar as capacidades físicas, psicológicas e sociais das pessoas ao chegar à terceira idade, claro que dentro de seus respectivos contextos e limitações. É nesse ponto que entram a necessidade do entendimento e conscientização do envelhecimento em sua multidisciplinaridade, de garantias legais de proteção e da preparação dos indivíduos para essa etapa da vida.

1.4. Iniciativas em prol do envelhecimento digno

Viver mais sempre foi – e continua sendo – um grande sonho da humanidade. No entanto, viver mais anos só faz sentido uma vez que seja com qualidade. Para que isso aconteça, é necessário que as implicações sociais, econômicas e psicológicas de uma vida mais longa sejam amplamente discutidas em qualquer âmbito, inclusive o governamental, gerando consensos e ferramentas legais de proteção desse direito.

Como foi exposto anteriormente, a velhice de um indivíduo é definida por fatores internos e externos de diversas naturezas que o afetam ao longo de sua vida, ou seja, até essa fase. Mas não é só isso: depende também da forma como as demais gerações se posicionam diante de e durante sua velhice (OMS, 2005, p. 13). A seguir, serão apresentadas ações pela proteção e promoção do envelhecimento digno e com qualidade no mundo e no Brasil.

1.4.1. Iniciativas pelo mundo

Tendo em vista a transição demográfica em processo, no ano de 1982, em Viena, foi realizada a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, promovida pelas Nações Unidas. O objetivo era “lançar um programa de ação internacional para garantir a segurança econômica e social das pessoas mais velhas, assim como oportunidades para contribuírem no desenvolvimento nacional” (ONU, 1982, tradução nossa). Como resultado, foi publicado o Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento que estabeleceu princípios e propôs recomendações (gerais e específicas) para responder a questões mundiais sobre o tema e fortalecer os países para lidar de forma eficiente com ele.

Em 1991, em Assembleia Geral das Nações Unidas, foram definidos os Princípios das Nações Unidas para o Idoso: independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade. Ainda nessa década, o ano de 1999 foi considerado o Ano Internacional do Idoso, no qual foi formulado o conceito de “sociedade para todas as idades”, com quatro dimensões: desenvolvimento individual durante toda a vida; relações entre várias gerações; relação mútua entre envelhecimento da população e desenvolvimento; e a situação dos idosos. Ainda, como esclarece o secretário geral da ONU da época, Kofi Annan, em ocasião da apresentação do tema do ano, uma “sociedade para todas as idades” é aquela multigeracional, não fragmentada, e

[...] que não caricatura os mais velhos como pacientes e pensionários. Ao invés disso, ela os vê como ambos agentes e beneficiários do desenvolvimento. Ela honra os mais velhos com seu papel tradicional de líderes e consultores nas comunidades em torno do mundo. E procura o balanço entre suportar a dependência e investir no desenvolvimento ao longo da vida. (ONU, 1998, tradução nossa).

Em 2002 houve a 2ª Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, desta vez em Madrid. Dela resultou outro Plano de Ação Internacional para o Envelhecimento, direcionando suas recomendações em três referências: idosos e desenvolvimento; promoção da saúde e bem-estar na velhice; e criação de um ambiente propício e favorável. O plano trouxe como novidade a necessidade de mudança da visão do idoso e a noção de aproveitamento de seu potencial nas sociedades.

Como seguimento à 2ª Assembleia Mundial, em 2003, no Chile, foi realizada pela Comissão Econômica para a América Latina e o Caribe (CEPAL) a primeira Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento na América Latina e no Caribe, com o objetivo de adotar estratégias regionais no assunto. Desde então, mais duas conferências foram promovidas: uma em 2007, em Brasília, e outra em 2012, na Costa Rica. Como resultados, temos respectivamente a Declaração de Brasília e a Carta de São José, nas quais os países assumiram compromissos e objetivos pela proteção dos direitos do idoso. A noção das ações propostas serem encaradas como direitos foi salientada na Carta de São José, sendo decidido, inclusive, que a partir da próxima conferência, tal evento passará a ser denominado “Conferência Regional Intergovernamental sobre Envelhecimento e os Direitos dos Idosos na América Latina e Caribe”.

As conferências e resoluções aqui expostas não traduzem a totalidade das ações internacionais pelo envelhecimento digno, mas reúnem aquelas consideradas marcos na área por seus desdobramentos. Pode-se afirmar que seu principal legado se refere à influência que tiveram ao evidenciar a importância do tema e de seu debate em todo o mundo, levando a sua inclusão na elaboração de políticas públicas internas de alguns países, como o Brasil.

1.4.2. Iniciativas brasileiras

No âmbito nacional, dentro do movimento em prol da defesa dos direitos do idoso, destacam-se as Conferências Nacionais dos Direitos da Pessoa Idosa (CNDPI's) iniciadas em 2006 e totalizando, até o momento, um total de quatro. Tais conferências nacionais são precedidas por reuniões municipais, estaduais e regionais, reunindo representantes de todo o país para palestras e discussões em grupo por eixos temáticos, a partir das quais são propostas medidas a serem

aprovadas ou não em plenária final. Como frutos dessas conferências, destacam-se propostas diversas e a criação e estruturação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI).

A Rede deve ser entendida como organização da atuação pública, tanto por parte do Estado quanto da sociedade civil, na implementação de um conjunto descentralizado e articulado de programas e ações e órgãos direcionados à efetivação dos direitos da pessoa idosa no país. (CNDI, 2009, p. 7).

Além das conferências, no país há um conjunto de leis voltadas para a proteção dos direitos do idoso, sendo as principais destacadas a seguir.

Logo no primeiro artigo da Constituição Federal (BRASIL, 1988), temos como um dos fundamentos do Estado “promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação”. Mais adiante, no artigo 230, afirma que “A família, a sociedade e o Estado têm o dever de amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida.”. Vale destacar que a elaboração da Constituição Federal de 1988 contou com a participação ativa da população, inclusive de idosos atentos à reivindicação de seus direitos. Como concluem CIELO e VAZ (2009, p. 34), “Inaugurou-se, assim, por parte dos idosos, uma notória atitude de organização e reivindicação de direitos, que foi amplamente divulgada pelos meios de comunicação e que lhes deu visibilidade social.”.

A Política Nacional do Idoso, de 1994, regulamentada pelo Decreto nº 1.948 de 1996, foi a primeira lei especificamente voltada para a proteção dos direitos dos idosos trazendo o objetivo de “(...) assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade.” (BRASIL, 1994, art. 1). Para garantir o cumprimento de tais direitos, em 2002 é criado o Conselho Nacional dos Direitos do Idoso (CNDI), através do Decreto nº 4.227, regulado pelo Decreto nº 5.109 de 2004.

Em 2003 há a aprovação do Estatuto do Idoso, talvez a lei nacional mais representativa no assunto, que vem regular os direitos dos idosos em sua variedade, passando desde o direito básico à vida até a especificação de crimes envolvendo a terceira idade. Seu objetivo é assegurar aos cidadãos idosos “todas as oportunidades e facilidades, para preservação de sua saúde física e mental e seu

aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade.” (BRASIL, 2003, art. 2).

Há ainda medidas para o idoso em áreas específicas como saúde, economia e combate à violência: a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (Portaria nº 2.528 de 19 de outubro de 2006), o Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010, destinado a financiar os programas e as ações relativas ao idoso), o Plano de Ação para o Enfrentamento da Violência Contra Pessoa Idosa da Secretaria Especial de Direitos Humanos, entre outras, inclusive regionais.

Como é possível perceber, o Brasil dispõe de amplas ferramentas legislativas de proteção dos direitos dos idosos. No entanto, ainda é necessária a inclusão e adesão efetivas da sociedade e do próprio idoso na RENADI para que estas sejam devidamente aplicadas. Para tal, a fiscalização das políticas, a divulgação dos direitos da terceira idade e a conscientização sobre o envelhecimento como parte do curso de vida são ações fundamentais.

1.4.3. Considerações gerais

Embora as leis e conferências apresentadas (nacionais e internacionais) possuam diversas especificações, é possível identificar princípios comuns assumidos entre elas e que devem ser considerados em qualquer medida política e social envolvendo a terceira idade:

- a) A promoção da integração e participação do idoso na sociedade em seus diversos setores (saúde, educação, trabalho, previdência social, cultura, esporte e lazer, etc.);
- b) O incentivo ao convívio entre gerações;
- c) A natureza multidisciplinar do tema (política, psicossocial, biológica, econômica, etc.);
- d) A importância da preparação da população para o envelhecimento com cuidados e informação em todas as etapas da vida;
- e) As iniciativas voltadas para a segurança econômica e social do idoso como uma questão de grande relevância social e de direito individual, muito além da proteção de uma minoria vulnerável;

- f) A importância da pesquisa constante e da análise de seus dados sobre o envelhecimento;
- g) O destaque do papel da família, da comunidade e do próprio idoso, como protagonista, agindo em conjunto com entidades governamentais e não governamentais.

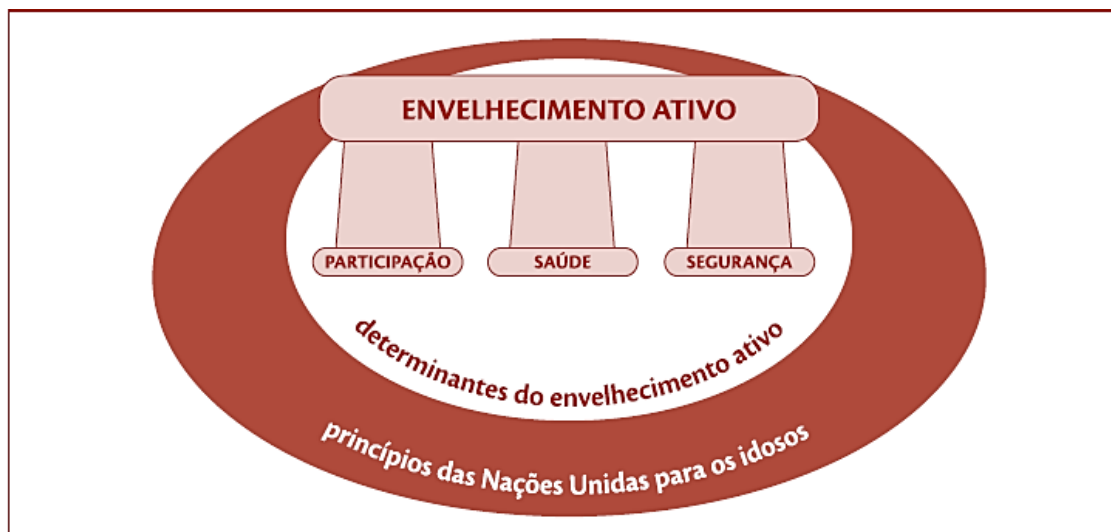
1.5. Um olhar mais atento: o envelhecimento ativo

Como apresentado nos tópicos anteriores, há algumas décadas a preocupação em garantir os direitos dos idosos e em mudar a visão negativa sobre eles vêm crescendo no mundo, inclusive no Brasil. Em documento elaborado pela OMS em 2002 como contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre Envelhecimento, realizada em Madri, “Envelhecimento Saudável – Uma Política de Saúde”, houve um avanço nesse sentido com a criação do conceito de “envelhecimento ativo”. Segundo o mesmo: “[...] é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas.”. Ainda,

Procura transmitir uma mensagem mais abrangente do que “envelhecimento saudável”, e reconhecer, além dos cuidados com a saúde, outros fatores que afetam o modo como os indivíduos e as populações envelhecem (KALACHE; KICKBUSCH apud OMS, 2005, p. 14).

O princípio do envelhecimento ativo é baseado nos direitos do idoso aprovados pela ONU em Assembleia Geral de 1991 (independência, participação, assistência, autorrealização e dignidade). Logo, o conceito transcende o cuidado com a saúde física apenas, referindo-se também ao acesso e à participação nas esferas econômica, educacional, política, cultural, espiritual, de segurança e de lazer em qualquer escala, da pessoal até a comunitária. Assim, o termo confere aos mais velhos o papel de agente ativo nessas questões e também no próprio movimento em prol do idoso, e não apenas o de “assistido” (Figura 13).

Figura 12 - Os três pilares da estrutura para o envelhecimento ativo



Fonte: OMS, 2005, p. 45.

Além disso,

Permite [o envelhecimento ativo] que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança. (OMS, 2005, p. 13).

Em outras palavras, o conceito traz uma visão de “curso de vida”, de processo, ao envelhecimento, ou seja, da trajetória constante que cada indivíduo faz até chegar à velhice. Dessa premissa, é possível chegar a duas conclusões. A primeira é a de que o envelhecimento depende também de fatores e experiências individuais, logo, o grupo da terceira idade, como o de qualquer outra faixa etária, não é homogêneo. A segunda é a necessidade de preparação para a velhice ao longo de toda a vida (tanto do próprio indivíduo quanto de sua comunidade). Assim, considerar variações e desejos pessoais ao elaborar políticas públicas, bem como promover a integração de gerações e a divulgação de informações sobre o assunto são ações muito importantes para a garantia da qualidade de vida na terceira idade.

Além do bem-estar e dignidade de direito dos cidadãos, a promoção do envelhecimento ativo também tem benefícios coletivos: idosos mais saudáveis podem continuar contribuindo social e economicamente para suas comunidades através do trabalho (remunerado ou voluntário), da passagem de valores e conhecimento e da participação em movimentos políticos e sociais, por exemplo.

O olhar lançado sobre o idoso através do conceito de envelhecimento ativo considera sua complexidade e características reais, sem discriminações e sem utopias; sendo uma forma realista, justa e, portanto, benéfica de se posicionar e agir diante das questões que abarca.

2. A transformação dos espaços arquitetônicos concebidos para o idoso

As referências bibliográficas sobre a relação entre arquitetura e velhice no período da História que vai até o século XX são escassas. Durante esse período, embora existissem espaços que pudessem abrigar e atender também a terceira idade (hospitais, enfermarias, as próprias casas), eram raros aqueles projetados especificamente para eles, ou mesmo que considerassem suas características. Pode-se dizer que a preocupação com a criação de espaços exclusivos e adequados para os idosos veio com a maior produção de conhecimento sobre a terceira idade e suas necessidades, impulsionada pela criação e desenvolvimento da geriatria e da gerontologia (sobretudo a partir da década de 1950). Também contribuiu para isso o surgimento e disseminação do princípio de acessibilidade na segunda metade do século XX.

Até então, de maneira geral, a arquitetura não era produzida considerando as necessidades da terceira idade, representando, muitas vezes, um conjunto de barreiras físicas para esse grupo de usuários¹² (ausência de rampas, iluminação inadequada, sinalização inexistente, móveis e elementos sem as adaptações ergonômicas necessárias, etc.), dificultando suas atividades diárias. Assim, a arquitetura agia como agente limitador do idoso, aumentando seu grau de dependência.

As pessoas que atingiam a velhice ficavam prioritariamente com seus familiares devido a fatores como a estrutura familiar vigente¹³, a maior incidência de problemas de saúde, a falta de alternativas de moradia e a dependência financeira (não havia

¹² Neste trabalho, a palavra usuários será direcionada ao público alvo da edificação. No caso dos centros de convivência, os idosos.

¹³ Até a segunda metade do século XX, quando as mudanças nas estruturas sociais e nos padrões familiares iniciadas no final do século XIX começaram a se acelerar, havia um grande número de jovens em casa para cada idoso (o número médio de filhos era consideravelmente maior), a mulher assumia o papel de cuidadora dos familiares e os mais velhos representavam figura de autoridade no contexto familiar. Tais fatores favoreciam o cuidado e permanência do idoso em casa, junto aos familiares.

recursos oferecidos pelo governo para esse grupo, como pensões e aposentadoria). Nesse contexto, eram suas próprias casas (os locais de sua permanência) que representavam um obstáculo em seu cotidiano, restringindo o acesso a determinados ambientes e conseqüentemente suas atividades.

O objetivo deste capítulo, no entanto, não é o estudo dos espaços que poderiam eventualmente receber idosos – as casas, o comércio, as igrejas, as ruas, etc. – mas sim daqueles que foram concebidos para atendê-los (exclusivamente ou não). Sendo assim, a seguir serão apresentadas as principais mudanças nos espaços concebidos para atender o idoso, seja para a moradia ou para outros fins (como a recuperação da saúde, o lazer e a socialização).

2.1. As primeiras instituições

Os primeiros espaços criados para atender os idosos recebiam apenas aqueles que por alguma razão não poderiam ficar em casa com seus familiares (por problemas de saúde ou por falta de recursos para se sustentarem, por exemplo), com a função de acolhimento. No entanto, desconsiderando raras exceções¹⁴, esses lugares não eram voltados especificamente para os mais velhos, mas sim para todo o tipo de pessoa que se encontrasse sem abrigo. Espaços destinados para os idosos com qualquer finalidade que não fosse de moradia ou recuperação da saúde (como lazer ou socialização, por exemplo) só foram aparecer no século XX.

A história dessas primeiras instituições a receberem idosos se confunde com a história dos primeiros hospitais. A palavra “hospital” vem do latim “hospes”, que significa hóspede. Como sugere o termo, o hospital era originalmente um local de acolhimento e cuidado, no caso de necessitados e desamparados de forma geral, incluindo enfermos, viajantes e desabrigados. Tal modelo de instituição foi adotado, sobretudo, a partir da Idade Média, como uma continuação dos espaços destinados aos cuidados de doentes desenvolvidos em períodos anteriores da História.

¹⁴ Até o século XIX, embora raras, houve iniciativas pontuais de instituições exclusivas para idosos. Um exemplo é o citado por ALCÂNTARA (2004, p. 114) como inclusive o pioneiro nessa tipologia: "Há registro de que o primeiro asilo foi fundado pelo Papa Pelágio II (520-590), que transformou a sua casa em um hospital para velhos." (apud ARAÚJO et al., 2010, p. 252).

O cuidado aos enfermos remonta à Antiguidade, tendo diferentes tipos de espaços para essa prática. Nos tempos assírios-babilônicos (século XVIII a. C.) o diagnóstico dos enfermos era feito nos mercados; no Egito Antigo aconteciam no chamado “Templo de Saturno”; na Índia de 226 a.C. foram construídas instituições hospitalares de influência budista pelo rei Asoka; na Grécia Antiga havia templos dedicados a Esculápio¹⁵, onde os sacerdotes faziam os tratamentos médicos (BRASIL, 1965). É possível perceber que a prática da medicina na Antiguidade estava ligada à prática religiosa, e não foi diferente durante a Idade Média.

Com o Cristianismo, a assistência social (na época mesclada com a medicina) e conseqüentemente as instituições em que era praticada se desenvolveram e disseminaram de forma mais rápida e consistente dos que nos períodos anteriores. Viajantes, pobres, doentes, idosos, órfãos, mulheres grávidas, aleijados e quaisquer outras pessoas que precisassem de abrigo iam para o mesmo lugar: as antigas enfermarias. Elas localizavam-se dentro das cidades, nos arredores das igrejas e das habitações de comunidades religiosas, em especial junto a conventos e mosteiros (BRASIL, 1965, p. 28). Abaixo, seguem uma descrição do interior desses espaços, junto a um croqui baseado nela:

Os espaços onde os idosos eram alojados, ou seja, as enfermarias dos hospitais eram em geral, grandes salas, altos recintos retangulares. Eles atingiam, usualmente, as proporções das igrejas, com uma nave coberta por uma abóboda de madeira, tramada e sem forro ou duas naves cobertas por um teto de vigas apoiadas em suportes centrais. As camas eram dispostas junto a parede longitudinal em compartimentos semelhantes a alcovas e, às vezes, sob uma galeria circundante. Ao fundo da sala situava-se o altar ou uma capela como pórtico aberto no eixo longitudinal, de tal forma que era visível desde a sala de enfermaria, onde os hóspedes eram alojados. Essa era uma forma de fazê-los participar dos serviços religiosos (QUEVEDO, 2002, p. 28).

¹⁵ Da mitologia grega, o deus da medicina.

Figura 13 - Interior de enfermaria medieval

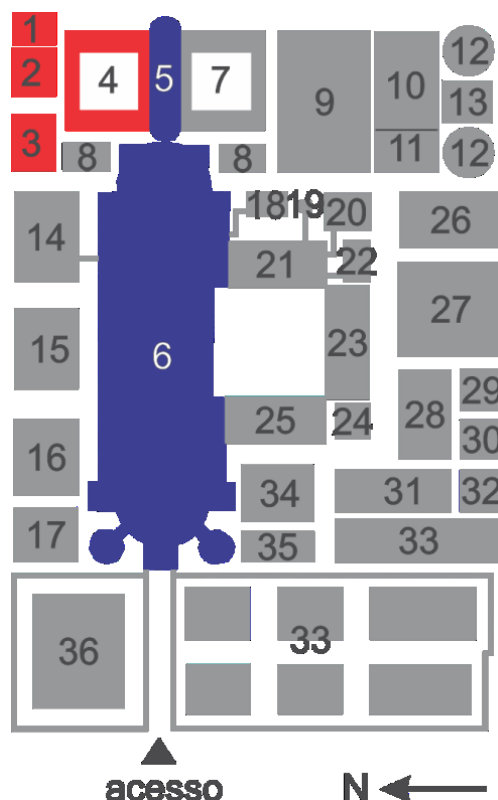


Croqui ilustrativo elaborado pela autora.

Fonte das informações descritivas: QUEVEDO, 2002, p. 28.

Um dos documentos da arquitetura hospitalar medieval mais representativo que se tem hoje é a planta baixa do mosteiro de Saint Gall, na Suíça, datada do ano de 820, que funcionava como um modelo ideal dessa tipologia (ver Figura 15). Possuía enfermaria disposta em claustro ao redor de um pátio central e adjacente a uma capela. Próxima a ela, estava a casa do médico, o depósito de remédios e o jardim medicinal. A abadia contava também com alas para os pobres e para peregrinos. Nesse exemplo e em grande parte das edificações voltadas para a saúde da época, proporcionar o consolo pela fé através da integração dos espaços destinados aos hóspedes era a principal questão dos projetos.

Figura 14 - Esquema de setorização do mosteiro de Saint Gall



Legenda: 1- Ervas; 2- Casa do médico; 3- Casa para sangria; 4- Enfermaria; 5- Capela; 6- Igreja; 7- Casa das noviças; 8- Cozinha e banho; 9- Cemitério; 10- Jardim; 11- Casa do jardineiro; 12- Aves; 13- Casa do cuidador de aves; 14- Casa do abade; 15- Escola; 16- Hospedaria; 17- Cozinha; 18- Preparo da hóstia; 19- Chaminé; 20- Latrina; 21- Calefação; 22- Banho; 23- Refeitório; 24- Cozinha; 25- Adegas; 26- Celeiro; 27- Manufaturas; 28- Padaria e casa de fermentação; 29- Moinho; 30- Pílo; 31- Oficinas; 32- Estufa; 33- Estábulo; 34- Albergue; 35- Cozinha; 36- Não nomeado em planta.

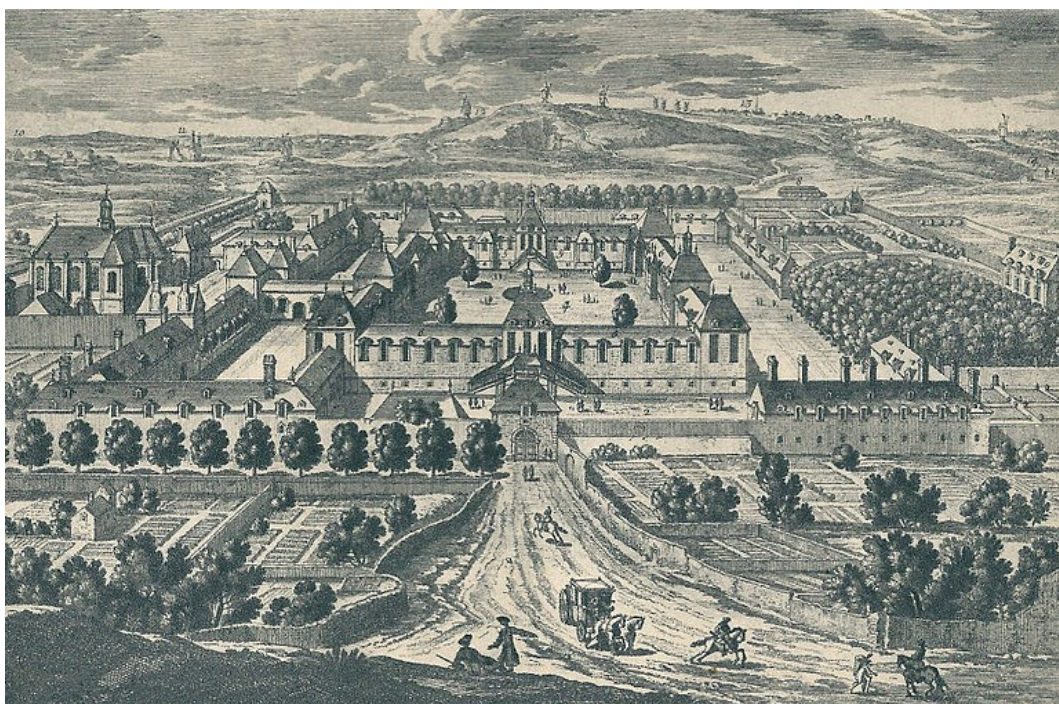
Figura elaborada pela autora. Fonte dos dados: planta baixa do site Wikimedia Commons, 2006¹⁶.

As mudanças de poder ocorridas nas formas de governo e na Igreja, a influência das práticas medicinais de países do Oriente sobre a medicina do Ocidente e os desenvolvimentos científicos ocorridos na transição da Idade Média para a Idade Moderna contribuíram para que os hospitais passassem a ser paulatinamente responsabilidade dos governos, e não mais de instituições religiosas, cabendo o cuidado médico aos leigos (BRASIL, 1965, p. 30). Durante o século XVII o hospital, sendo uma instituição do Estado, era construído com grandeza de proporções para representá-lo. Modelos de organização espacial vigentes na época eram o cruciforme, quadrangular e em forma de U, com a existência de um pátio central (uma herança dos tempos medievais). Um exemplo é o Hospital Saint Louis, em Paris, cujo projeto data de 1607 (ver Figuras 16 e 17). Nesse período, começaram a

¹⁶ Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Ground_plan_for_Abbey_of_St_Gall.png>. Acesso em: 15 abr. 2017.

aparecer maiores preocupações com questões higiênicas, como a ventilação dos ambientes.

Figura 15 - Hospital São Luis, Paris, gravura (projeto de 1607)



Forma quadrangular e pátio central.
Fonte: site Wikimedia Commons, 2012.¹⁷

Figura 16 - Hospital São Luis, Paris, fachada principal



Arquitetura imponente.
Fonte: site Wikimedia Commons, 2011.¹⁸

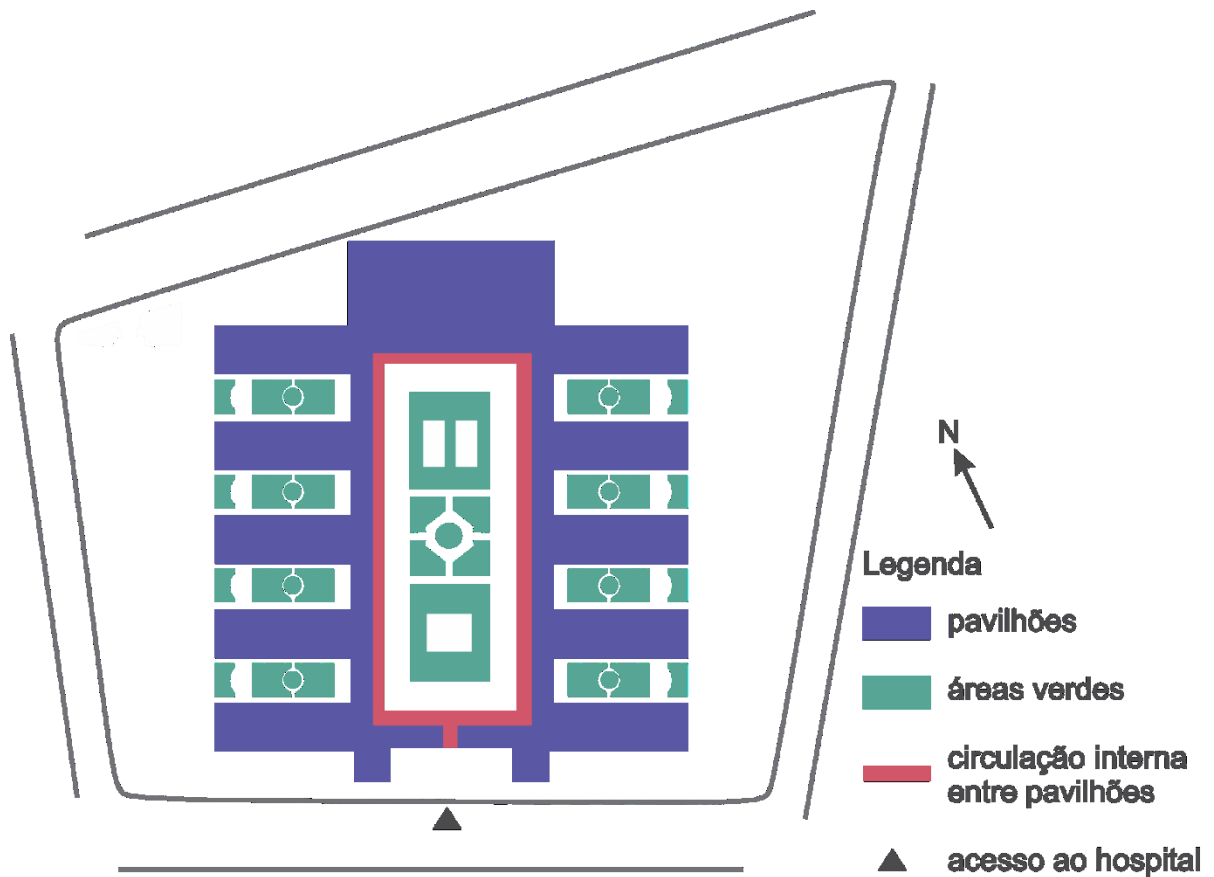
¹⁷ Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Paris-Hopital_St_Louis_1750-01.jpg>. Acesso em: 20 mai. 2017.

Durante o século XVIII, houve um evento em particular que contribuiu para uma verdadeira revolução na concepção do hospital, tanto como instituição como espaço construído: o incêndio do Hotel Dieu, em Paris, no ano de 1772. Tratava-se de um grande hospital da época, que abrigava centenas de pacientes de diversos tipos; dessa forma, era urgente sua reposição. Os debates sobre os projetos de sua reconstrução duraram anos, e permitiram que novos olhares sobre o ambiente hospitalar surgissem. Durante o período, a Academia Real de Ciências nomeou uma comissão para realizar os estudos necessários. Um de seus contribuintes foi o médico Tenon que realizou uma pesquisa sobre hospitais franceses e estrangeiros, avaliando-os principalmente do ponto de vista funcional, e teve como resultado cinco relatórios apresentados à Academia. Esses relatórios contêm uma série de diretrizes para o projeto de ambientes hospitalares e para sua organização funcional que tiveram grande influência nos projetos desse tipo de edificação nas décadas seguintes.

Tenon chegou a fazer uma proposta de nova organização do Hotel Dieu, composta pela reforma de cinco hospitais existentes em Paris, que foi passada para representações técnicas pelo arquiteto Bernard Poyet. Embora não tenha sido executado na época por causa da eclosão da Revolução Francesa, o projeto serviu como modelo para a construção de hospitais posteriores, como o Hospital Lariboisière, de 1854, em Paris (ver Figuras 18 e 19). Como conceitos arquitetônicos surgidos para esse tipo de projeto, destaca-se a organização dos serviços e ambientes a partir de eixos de circulação. A forma adotada era a pavilhonar horizontal, com o gabarito ideal de três pavimentos (SILVA, K., 2001), contribuindo para a salubridade dos espaços internos, até então um desafio para os ambientes de saúde.

¹⁸ Disponível em: <https://commons.wikimedia.org/wiki/File:P1040714_Paris_X_h%C3%B4pital_Saint-Louis_rwk.jpg>. Acesso em: 20 mai. 2017.

Figura 17 - Esquema geral do Hospital Lariboisière, Paris (projeto de 1839)



Modelo pavilhonar organizado a partir da circulação.

Figura elaborada pela autora. Fonte dos dados: planta baixa do site Wikimedia Commons, 2006.¹⁹

Figura 18 - Fachada do Hospital Lariboisière



Gabarito máximo de três pavimentos, espaços livres entre edificações.

Fonte: site Wikimedia Commons, 2015.²⁰

¹⁹ Disponível em: < <http://www.viggopetersen.fr/le-centre/informations-utiles/>>. Acesso em: 20 mai. 2017.

²⁰ Disponível em: < https://commons.wikimedia.org/wiki/File:P1320785_Paris_X_hopital_Lariboisiere_rwk.jpg>. Acesso em: 20 mai. 2017.

Essas mudanças ocorridas no olhar sobre os hospitais ao longo do século XVIII juntamente com os novos critérios de higiene, os avanços científicos e tecnológicos e as transformações no estudo e na prática da medicina (agora uma disciplina científica, totalmente desvinculada do misticismo e da caridade) permitiram que os hospitais passassem a ser inteiramente regidos pela medicina e por seus médicos, principalmente a partir do século XIX. Surgia assim o hospital como conhecemos hoje: não mais lugar dos pobres e desamparados, mas sim o local especializado para o tratamento e a cura de enfermidades, de permanência temporária. O ideal para a arquitetura desses locais, naquele momento, passaria a ser a priorização da funcionalidade e das necessidades técnicas envolvidas. Foi então que os espaços destinados à prática da medicina e aqueles ao assistencialismo (inclusive aos idosos) foram separados.

Durante o século XIX e início do século XX, período entre a definição dos hospitais como exclusivos para os enfermos e o surgimento de espaços específicos para seu atendimento, os idosos eram recebidos por instituições voltadas aos pobres de maneira geral. Vale ressaltar que tais instituições recebiam apenas idosos doentes e desamparados. Dessa forma, outros perfis de idosos (com família, sem doenças) ainda não possuíam espaços criados para atendê-los, seja com a finalidade de moradia ou qualquer outra.

2.2. O surgimento de espaços específicos para o idoso

Em 1909 foi criada a geriatria, especialidade da medicina voltada para a saúde do idoso, denominada pelo médico vienense (e radicado nos Estados Unidos) Ignatz L. Nascher. Antes disso, a ciência da gerontologia já começava a dar seus primeiros passos. O termo foi criado pelo cientista Elie Metchnikoff em 1903, como proposta de uma nova área de estudo: a velhice, o envelhecimento e o idoso. Desde então, vários trabalhos das diversas áreas que compõe a gerontologia foram produzidos ao longo dos anos, sobretudo a partir de 1930. Entre 1950 e 1959, por exemplo, foram publicados mais estudos acerca da velhice do que nos 115 anos anteriores (NETTO, 2006, p. 2). Embora essa nova área da ciência tenha encontrado certa dificuldade em ser reconhecida em sua unidade por ser multi e interdisciplinar, é crescente, até os dias de hoje, o interesse pela velhice e a produção de novos estudos a respeito.

Como consequência dessa produção de novos conhecimentos sobre o envelhecimento, principalmente a partir da década de 1950, aumentou a preocupação pela criação de ambientes mais apropriados para os idosos. Assim, foram criados os primeiros lares de idosos como conhecemos hoje, com um programa que integrava os cuidados médicos a atividades recreativas e ocupacionais. A partir de então, o aspecto institucional, inexpressivo e indiferente a seus usuários, passou a dar lugar à reprodução da ambiência de lar nos projetos arquitetônicos. Assim, as áreas de socialização e as visadas para o exterior ganharam importância; e a implantação das edificações passou a ser pensada para se inserir no contexto urbano, de maneira a facilitar seu acesso pelas famílias e manter os internos ligados à comunidade.

Um exemplo dessa nova arquitetura para o idoso é a chamada Guild House, edificação habitacional para idosos na Filadélfia, EUA. Embora não seja uma instituição, trata-se de uma edificação pensada para o idoso em um período de avanços iniciais nessa área, aplicando conceitos de familiaridade e integração à sociedade citadas. O projeto é de 1960, do arquiteto Robert Venturi, e existe até os dias de hoje. Com seu programa incluindo 91 apartamentos de tipos diferentes e um salão comum, visava abrigar idosos que gostariam de permanecer em seu bairro, refletindo a preocupação em manter a integração dos moradores com sua comunidade. Além disso, a linguagem arquitetônica adotada (implantação, gabarito máximo de 6 pavimentos, uso de tijolos marrom-escuro, janelas de guilhotina) buscou se inserir à do entorno imediato, ao mesmo tempo em que remetia à tipologia residencial. A orientação do maior número possível de apartamentos para o sul, sudeste e sudoeste, foi definida pensando na iluminação, resultando em interiores cheios de luz natural. Outro ponto é a intenção projetual de trazer o exterior para o interior da edificação, concretizada através de amplas janelas, muitas vezes do chão ao teto. A obra é um marco da arquitetura pós-modernista, e em 2004 foi incluída nos bens de interesse patrimonial da *Philadelphia Historical Commission*.

Figura 19 - Fachada da Guild House, Filadélfia



Relação de harmonia da edificação com o entorno imediato.
Fonte: site MIMOA.²¹

Figura 20 - Interior de apartamento na Guild House



Iluminação natural abundante no interior dos apartamentos.
Fonte: site Hidden City Philadelphia, 2013.²²

²¹ Disponível em:

<https://www.mimoa.eu/projects/United%20States/Philadelphia/Guild%20House/?utm_exp=3171585-1.kxbr9OawRfy04t4GsK0WyQ.0&utm_referrer=https%3A%2F%2Fwww.google.com.br%2F>.

Acesso em: 04 jun. 2017.

²² Disponível em: <<http://hiddencityphila.org/2013/07/venturis-guild-house-50-years-of-everyday-extraordinary-design/>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

Figura 21 - Salão comum na Guild House



Valorização de visadas para o exterior.
Fonte: site Hidden City Philadelphia, 2013.²³

O aprofundamento dos estudos sobre o envelhecimento permitiu o entendimento da heterogeneidade dos níveis de dependência entre os indivíduos da terceira idade. Assim, novas tipologias arquitetônicas correspondentes a cada perfil passaram a ser geradas: as casas e apartamentos individuais, as vilas planejadas, as casas com áreas comuns compartilhadas, as repúblicas e assim por diante. E da mesma maneira que novas tipologias residenciais surgiram, também foram criadas formas alternativas de serviço de atendimento ao idoso, além das Instituições de Longa Permanência (ILPI's)²⁴: os centros-dia, os centros de convivência, os hospitais-dia geriátricos, os grupos de terceira idade, o atendimento domiciliar, entre outros. Esses serviços trouxeram consigo novos tipos de espaços.

Embora os programas dessas edificações variem, percebe-se que seus projetos arquitetônicos vêm dando sequência aos princípios levantados a partir da década de 1950, no sentido de buscar pela humanização dos espaços e pela integração social de seu grupo de usuários. No entanto, hoje as premissas projetuais vão além disso.

²³ Disponível em: <<http://hiddencityphila.org/2013/07/venturis-guild-house-50-years-of-everyday-extraordinary-design/>>. Acesso em: 04 jun. 2017.

²⁴ Devido à conotação demasiado genérica de abrigo que a nomenclatura “asilo” tem, somada à associação negativa dessa palavra com a ideia de abandono formada ao longo do tempo, novas formas de se referir a instituições para a moradia de idosos surgiram: abrigo, lar, casa de repouso, etc. Para fins de padronização, recentemente tem sido usada a denominação “Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI)”, adotada pela ANVISA, para se referir a essa categoria de instituição.

Tendo em vista as recentes definições de envelhecimento ativo, de saúde e de bem-estar, as crescentes discussões a respeito do papel social do idoso em relação à sociedade e as diversas iniciativas que vêm sendo tomadas em prol do envelhecimento digno pelos governos, uma nova concepção de velhice é construída. Compreender e traduzir as necessidades, as aspirações e os valores desse novo idoso em espaços e ambientes tornou-se o mais atual desafio da arquitetura para a terceira idade.

2.2.1. Os primeiros espaços para idosos no Brasil

Como aconteceu nos demais países, as primeiras instituições criadas para o atendimento ao idoso no Brasil também eram para o acolhimento e moradia de grupos sociais marginalizados. Nesse grupo apenas os idosos desabrigados eram incluídos, logo, apenas essa parcela da população idosa era atendida por algum tipo de instituição, ainda que não exclusivo para eles.

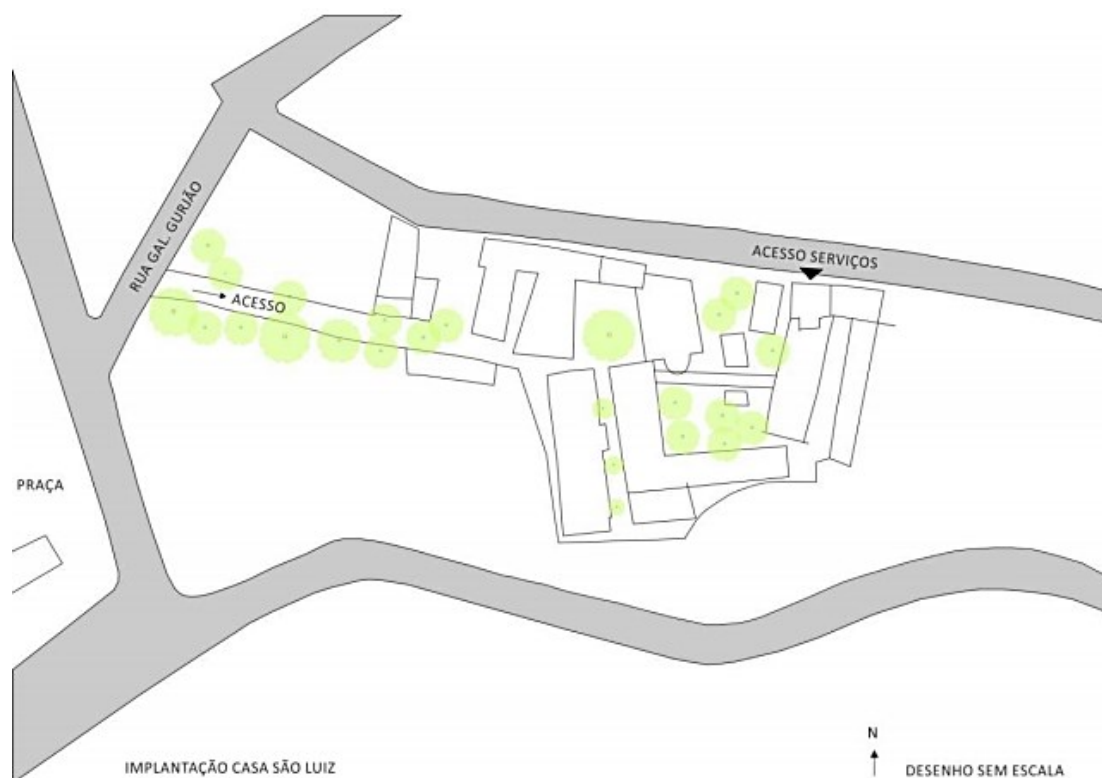
Alguns autores (SANTOS, 2007; ARAÚJO et al., 2010) apontam a Casa dos Inválidos, de 1790 no Rio de Janeiro, como a primeira instituição para os mais velhos criada no Brasil. Foi uma iniciativa do Conde de Resende, então vice-rei, com o objetivo de acolher soldados idosos. Funcionou até 1808, quando o local foi transformado na casa do médico particular de D. João, por ocasião da vinda da família real ao Brasil. Os residentes foram transferidos para a Santa Casa de Misericórdia. Embora o conceito não fosse de assistência para a velhice como um todo, mas especificamente para a velhice dos militares como categoria à parte, essa instituição pode ser considerada um marco na medida em que foi a primeira de responsabilidade estatal sobre a velhice.

Mais tarde, em 1868, foi inaugurado o Asilo dos Inválidos da Pátria, na Ilha de Bom Jesus no Rio de Janeiro, também para militares inválidos. Como salienta SANTOS (2007, p.12), nesse momento a invalidez, em especial para o trabalho, era frequentemente associada à velhice: até a metade do século XIX os idosos desamparados entravam na categoria dos indigentes, junto com os demais indivíduos considerados incapacitados para o trabalho (menores órfãos, doentes, deficientes físicos, viúvas, etc.). Em uma sociedade orientada pelos valores cristãos,

esse grupo era objeto de piedade e tolerância da sociedade, atendidos por instituições de caridade como a Santa Casa de Misericórdia.

Os conceitos higienistas disseminados a partir da segunda metade do século XIX resultaram em intervenções sanitaristas nas cidades, na institucionalização dos indigentes (para sua separação do resto da sociedade) e em um início de sua classificação e divisão dentro desses espaços. Em 1890 o Visconde Luiz Augusto Ferreira D'Almeida fundou o Asilo São Luiz para a Velhice Desamparada, o primeiro voltado para a velhice, no Rio de Janeiro. O objetivo era acolher alguns dos funcionários idosos de sua fábrica de tecidos “São Lázaro”, mas com o tempo foi ganhando apoio de empresários e das irmãs religiosas do Sagrado Coração de Jesus, passando a receber idosos de toda a sociedade. Em 1909, foi criado um pavilhão para idosos que quisessem viver lá mediante pagamento de uma mensalidade – aqui temos um lugar para a velhice como um todo, e não apenas para os idosos desamparados. O asilo existe até hoje; localiza-se em uma chácara e o modelo arquitetônico adotado é o pavilhonar, com ênfase a espaços livres e verdes entre as edificações (ver Figura 23). O projeto demonstra um ideal de lugar para a terceira idade para o descanso e a contemplação (ver Figura 24).

Figura 22 - Implantação do Asilo São Luiz, Rio de Janeiro (situação em 2013)



Amplio terreno com edificações em modelo pavilhonar.
Fonte: BIANCHI, 2013.

Figura 23 - Asilo São Luiz



Estreita relação das áreas verdes de contemplação com as edificações.
Fonte: site da Casa São Luiz.²⁵

Até a criação de mais asilos dessa natureza no país, quando esses não existiam na cidade, os idosos desamparados continuavam sendo atendidos por instituições genéricas para indigentes (ARAÚJO et al., 2010, p. 253). Foi com as mudanças demográficas que a velhice, sua inclusão social e a proteção de seus direitos começaram a ganhar mais destaque. A partir da década de 1970 medidas em prol dos idosos, além das instituições asilares, passaram a ser aplicadas no Brasil em escala nacional. Em 1974 foi instituído o amparo previdenciário para os maiores de 70 anos (lei nº 6.179 de 11 de dezembro de 1974) e desde então outros direitos dos idosos passaram a ser defendidos pela legislação brasileira (na Constituição de 1988, na Política Nacional do Idoso, no Estatuto do Idoso, dentre outras leis). O tema “velhice” também passou a ser colocado mais em evidência na sociedade como um todo, através da promoção de seminários e eventos, de campanhas educacionais, de projetos de integração social do governo, de programas de preparação para a aposentadoria, da criação de conselhos estaduais do idoso, etc.

Como consequência, outras modalidades de apoio ao idoso – com seus respectivos espaços - foram surgindo: grupos e centros de convivência, universidades de ensino para idosos, clubes, centros-dia, etc.

²⁵ Disponível em: <<http://www.casasluiz.com.br/csl/>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

3. Centro de Convivência do Idoso

Dentre as novas modalidades de atendimento ao idoso surgidas no país nas últimas cinco décadas, os centros de convivência se destacam por apresentar uma proposta de serviço até então não muito explorada: o trabalho com idosos não institucionalizados. Os centros possuem foco na integração social e no fortalecimento de vínculos sociais, ao mesmo tempo em que beneficiam a saúde física, cognitiva e emocional de seus usuários.

3.1. Definição e histórico no Brasil

Os centros de convivência do idoso estão incluídos no campo da Assistência Social do país. Do conjunto de leis e políticas no Brasil, a Assistência Social se destaca como institucionalidade de melhoria da qualidade de vida populacional (CNDI, 2006, p. 12). Antes visto como filantropia ou paternalismo, o assistencialismo teve seu significado ampliado e esclarecido ao longo do tempo, com o desenvolvimento das leis nacionais que o envolviam (FALEIROS, 2006, p. 190). Com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, art. 203 e 204), que trouxe pela primeira vez a Assistência Social como uma instituição expressa da seguridade social, e com a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS - lei nº 8.742, 1993), que trouxe sua organização, a Assistência Social passou a ser entendida como um direito incondicional.

[...] a Política de Assistência Social passou a ter a seguinte significação: [...] a ampliação da cidadania à medida que incorpora no circuito de bens, serviços e direitos usufruídos por uma minoria, parcelas da população tradicionalmente excluídas desse circuito; (PEREIRA-PEREIRA apud CNDI, 2006, p. 13).

No que diz respeito à proteção dos direitos do idoso em particular, a Assistência Social tem caráter estratégico e pode assumir diversas formas, “como centros de convivência, centros de cuidados diurnos, casas-lares, oficinas abrigadas de trabalho, atendimentos domiciliares e outros” (BRASIL, 1994, art. 10). Todas elas são possibilidades de serviço que compõem a RENADI. O decreto que regulamenta

a Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996, art. 3 e 4) determina uma classificação para tais serviços, divididos basicamente entre modalidades asilar (relacionada ao internato) e não-asilar de atendimento, sendo categoria à parte aquelas iniciativas da própria comunidade.

O centro de convivência do idoso está incluído na modalidade não-asilar de atendimento, sendo um “local destinado à permanência diurna do idoso, onde são desenvolvidas atividades físicas, laborativas, recreativas, culturais, associativas e de educação para a cidadania” (BRASIL, 1996, art. 4). Dessa forma, o centro de convivência é um local de permanência temporária e diurna fora do domicílio, que engloba atividades que incentivam o envelhecimento ativo e não implica no acompanhamento médico individual ao longo do dia; características essas que o diferencia dos demais serviços da mesma modalidade (Centro de Cuidados Diurno, como Hospital-Dia e Centro-Dia; Casa-Lar; Oficina Abrigada de Trabalho; atendimento domiciliar).²⁶ Por não oferecer acompanhamento individual, os centros de convivência²⁷ recebem idosos que têm sua autonomia²⁸ preservada e um nível de dependência leve.²⁹

Os centros de convivência podem ser considerados parte do nível primário de atenção à saúde do sistema brasileiro, por contribuir para a prevenção de doenças e para a preservação do bem-estar nas comunidades através de seus serviços. Também se inserem na chamada Proteção Social Básica, área de atuação da Assistência Social que tem a finalidade de prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e do fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários.

Os primeiros centros de convivência do idoso no Brasil foram parte de uma iniciativa do Departamento Regional do Serviço Social do Comércio (SESC) de São Paulo,

²⁶ Para ver as definições dos demais serviços, consultar incisos do artigo 4º do decreto nº 1.948/1996.

²⁷ No caso de centros de convivência particulares, o público alvo pode variar ligeiramente dessa descrição, conforme a decisão de seus idealizadores.

²⁸ Neste trabalho, entende-se por autonomia a capacidade de um indivíduo de tomar decisões sobre sua própria vida.

²⁹ Entendendo “dependência” pela “condição do indivíduo que requer o auxílio de pessoas ou de equipamentos especiais para realização de atividades da vida diária”, a ANVISA (2005) define três graus de dependência do idoso. São eles: o Grau de Dependência I (idosos independentes, mesmo que requeiram uso de equipamentos de auto-ajuda); Grau de Dependência II (idosos com dependência em até três atividades de autocuidado para a vida diária tais como: alimentação, mobilidade, higiene; sem comprometimento cognitivo ou com alteração cognitiva controlada) e Grau de Dependência III (idosos com dependência que requeiram assistência em todas as atividades de autocuidado para a vida diária e ou com comprometimento cognitivo). Para mais detalhes, consultar a Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005.

iniciada a partir de 1963 e inspirada por modelos franceses e estadunidenses já existentes na época. O Trabalho Social com Idosos (TSI) do SESC foi o primeiro dessa natureza no país e com o tempo desenvolveu, além dos centros de convivência, com grupos de convivência³⁰, escolas abertas à terceira idade e programas de preparação à aposentadoria (RODRIGUES, 2001, p. 155). Esse trabalho serviu de modelo e desenvolveu-se em todo o país através de outros departamentos regionais e também de outras instituições.

No que diz respeito a iniciativas estatais, foi a partir de 1975 que os centros de convivência foram incluídos com a criação do Programa Nacional de Assistência ao Idoso (PAI) pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O programa consistia na implementação desses centros para previdenciários nos postos de atendimento do Instituto (RODRIGUES, 2001, p. 150). Depois disso, a criação de centros de convivência para idosos continuou a ser incentivada por programas e políticas públicas, como a própria Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1994, art. 10).

Durante a pesquisa para a elaboração deste capítulo, a maior parte das informações obtidas sobre a atuação das instituições para a convivência do idoso no Brasil foi encontrada em sites de prefeituras e de notícias locais, faltando fontes de informação que reunissem dados quantitativos e/ou qualitativos nacionais dessa tipologia. Como agravante, pode-se citar a não padronização da nomenclatura de instituições dessa natureza e a consideração de centros de convivência como setores de instituições de saúde, ficando, portanto, sob o nome das mesmas. Trazer dados gerais sobre a atividade dos centros de convivência do idoso no país era um dos objetivos deste capítulo; no entanto, este foi inviabilizado pela falta da disponibilização e, aparentemente, geração desses dados.

3.2. A situação dos Centros de Convivência do Idoso em Juiz de Fora

No que diz respeito à proteção dos direitos do idoso, Juiz de Fora conta, a nível administrativo, com o Conselho Municipal dos Direitos do Idoso (CMDI), normatizado em 1998. O CMDI é vinculado à Secretaria de Política Social e tem por objetivo

³⁰ Os grupos de convivência se referem à reunião de pessoas, sem implicar necessariamente em um espaço físico específico para esse fim, podendo ter suas atividades realizadas em igrejas, espaços públicos e instalações de instituições variadas.

assessorar a Prefeitura na formulação, implementação e fiscalização de políticas municipais voltadas para o idoso. Também realiza pesquisas, estudos e eventos que promovem a terceira idade. Em Maio, foi criada a Coordenadoria Municipal de Políticas dos Direitos da Pessoa Idosa, que permitirá a articulação das ações realizadas em prol do idoso na cidade, implantando, de fato, uma política. Dentre outras medidas, pode-se citar também o Fundo Municipal de Promoção do Idoso (FUMPI), criado em 1998 e estruturado em 2008 (lei nº 11.701, de 2008), com a finalidade de proporcionar recursos para a realização de planos, programas e projetos de políticas públicas destinadas à promoção do idoso.

Sobre a qualidade de vida do idoso no município, Juiz de Fora foi considerada pela revista Exame, em edição de novembro de 2013, a 14ª melhor cidade do país (com mais de 100 mil habitantes) para se viver após a aposentadoria (JUIZ..., 2013). Para tal classificação, foram considerados fatores como a eficiência das políticas públicas para os idosos e o oferecimento de atividades culturais. No entanto, a cidade ainda tem muito a evoluir em relação ao tratamento de seus idosos: o preconceito e o desrespeito são frequentemente relatados por esse grupo. Além disso, é necessária a descentralização de equipamentos para seu atendimento na cidade (facilitando seu acesso), bem como a implantação de novas modalidades que atinjam os seus mais variados perfis.

Das sete modalidades de atendimento ao idoso definidas pela Política Nacional do Idoso (BRASIL, 1996, art. 3 e 4), em Juiz de Fora é possível encontrar as seguintes:

- a) **Instituições asilares:** a cidade conta com 24 ILPI's, sendo quatro de caráter filantrópico, e as demais, particulares. Delas, 14 foram certificadas pelo Conselho Municipal do Idoso em Maio (INSTITUIÇÕES..., 2017).
- b) **Centros de convivência:** há uma unidade pública de iniciativa da Associação Municipal de Apoio Comunitário (AMAC); além de instituições semelhantes de caráter particular.
- c) **Atendimento domiciliar:** serviço a domicílio prestado por profissionais de saúde ou por membros da comunidade a idosos que vivem sozinhos e são dependentes.
- d) **Outras formas de atendimento:** iniciativas surgidas na própria comunidade, para a integração da pessoa idosa na sociedade. Um exemplo são grupos de convivência formados em bairros.

Desde a criação da Coordenadoria Municipal de Políticas dos Direitos da Pessoa Idosa, tem-se estudado a implementação de um centro-dia na cidade, que se enquadraria na modalidade “Centros de Cuidados Diurnos”. Além das modalidades previstas na Política, há opções de outros tipos de serviço na cidade, embora não coordenadas, como atividades culturais e de lazer para idosos.

Durante a coleta de dados acerca dos centros de convivência do idoso existentes em Juiz de Fora, foi constatado que atualmente existe apenas uma lista das ILPI’s da cidade, e que o trabalho de cadastramento de outros tipos de serviço para o idoso será iniciado ainda neste ano. Assim, ao fim do levantamento, foram identificados apenas dois centros de convivência do idoso em funcionamento na cidade: um de iniciativa pública e um de iniciativa privada.

Como iniciativa pública, a cidade conta com o Centro de Convivência Dona Itália Franco, responsabilidade da AMAC em parceria com a Secretaria de Desenvolvimento Social de Juiz de Fora (SDS). Desde 1988, funcionava em uma casa na Av. Rio Branco, e em 2000 passou a se localizar na Rua Espírito Santo, bem inserido no Centro da cidade. Existem núcleos em alguns bairros (ver Figura 25), mas estes não possuem espaço próprio, tendo suas atividades realizadas esporadicamente em locais públicos ou disponibilizados pela comunidade, como praças e salões paroquiais.

Figura 24 - Localização da unidade central e núcleos do Centro de Convivência do Idoso (da AMAC), em Juiz de Fora

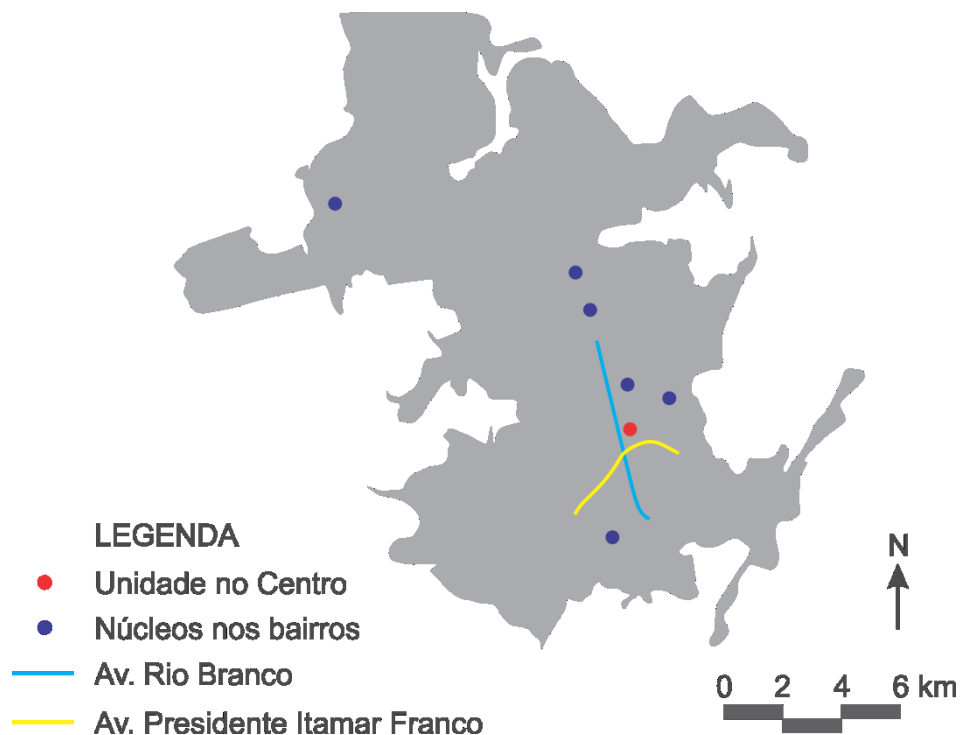


Figura elaborada pela autora.

Seguindo a descrição de sua modalidade de atendimento apresentada pela Política Nacional do Idoso, o Centro Dona Itália Franco é voltado para idosos independentes e com sua autonomia cognitiva preservada; que devem se cadastrar no Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para participar. A unidade do Centro da cidade funciona de segunda a sexta, das 8h às 18h, atendendo cerca de 400 idosos por dia. O trabalho realizado baseia-se em duas ações: a convivência social (eventos e atividades programadas) e a educação para o envelhecimento (trabalho das relações sociais do idoso).

O trabalho realizado pelo Centro de Convivência do Idoso Dona Itália Franco é uma referência no país. Um exemplo desse reconhecimento foi sua apresentação na I CNDPI, em 2006, como parte de um estudo de caso integrante da atividade “Experiências na atenção à pessoa idosa: rede de serviços”.

O centro de convivência de iniciativa privada, por sua vez, localiza-se no bairro Jardim Glória, também na região central do município. Oferece atividades de lazer variadas (físicas e artísticas). Difere do centro de iniciativa pública por atender também idosos dependentes (cognitivamente) e por oferecer acompanhamento individual a estes; além de ter fins lucrativos e atender um público muito menor, de

20 pessoas. Tais diferenças acabam por mudar completamente a finalidade e, portanto, as necessidades de seus espaços.

3.2.1. Considerações gerais

A importância dos centros de convivência do idoso se dá na medida em que prorrogam e/ou previnem o desenvolvimento de doenças, o avanço para maiores graus de dependência e a própria institucionalização do idoso³¹. Promovem a manutenção dos vínculos sociais e da cidadania de seus usuários, ao mesmo tempo em que estimulam sua independência, sua autoestima e sua saúde física e mental através das atividades oferecidas, elevando sua qualidade de vida. Representam um lugar onde os idosos que os frequentam podem encontrar-se a si mesmos e entre si; mas também (e talvez principalmente) onde podem encontrar o resto do mundo que os rodeia. Ainda, beneficiam a comunidade na qual estão inseridos: conforme as atividades oferecidas e das parcerias feitas, contribuem para a convivência intergeracional, para a economia (através de atividades de produção), para a geração e disseminação de conhecimentos sobre o envelhecimento, para a formação de profissionais de diversas áreas, para o resgate e valorização da história da população.

Como é possível observar, o trabalho realizado em Juiz de Fora atinge de muitas maneiras seu objetivo de promover a saúde, autoestima, cidadania e inclusão social do idoso. No entanto, há alguns pontos a serem observados. Como já apresentado neste trabalho, Juiz de Fora possui uma grande porcentagem de idosos em sua população, resultando assim, em um grande número de pessoas com o perfil atendido pela modalidade “centro de convivência”. Mesmo assim, existe apenas uma unidade (de iniciativa pública) com espaço físico próprio e de funcionamento constante em toda a cidade. Além disso, a grande procura acaba por saturar o espaço.

Considerando esse cenário, a perspectiva de continuação do crescimento da população idosa no município e também o perfil de idosos atendidos no centro de

³¹ O Estatuto do Idoso e as leis posteriores a ele apontam a institucionalização do idoso como último recurso, quando não existirem vínculos familiares ou condições de subsistência. O recomendado é que o idoso permaneça sempre em sua família e comunidade, com seus vínculos sociais e afetivos preservados.

convivência (independentes e que acessam o local sozinhos, a pé ou de ônibus, em sua maioria), faz-se necessária a descentralização desse serviço na cidade. Tal medida contribuiria para a maior acessibilidade dos usuários aos centros, além de poder atendê-los com maior conforto e perspectivas de aprimoramentos e adaptações ao longo do tempo.

A descentralização do atendimento ao idoso de forma geral exige planejamento e trabalho para sua concretização e já foi identificada por profissionais da cidade atuantes nesses serviços. Como afirma Sandra Arbex, coordenadora do Polo de Enriquecimento Cultural da Terceira Idade da Faculdade de Serviço Social da UFJF,

É preciso aumentar os serviços e descentralizá-los, para que mais idosos possam ter acesso. Isto é um desafio coletivo, em que o Poder Público Municipal, as instituições de ensino e famílias precisam tomar consciência e mudar de perspectiva e postura. Exige o envolvimento de cada e todos os segmentos da população, independente da idade. (RIOLINO, 2015)

A criação de novos centros de convivência deve considerar características da cidade, como sua população idosa, e outras diretrizes projetuais diretamente relacionadas à arquitetura. No capítulo a seguir, serão apresentados alguns parâmetros de projeto selecionados para este estudo, voltados para espaços de convivência do idoso.

4. Diretrizes para projetos arquitetônicos de Centros de Convivência do Idoso

As diretrizes propostas a seguir têm o objetivo de orientar o desenvolvimento de projetos arquitetônicos para centros de convivência do idoso, localizados em meio urbano e em território brasileiro. São fruto da análise dos tópicos apresentados até este ponto da monografia (o contexto atual e as características do envelhecimento, os atributos da arquitetura desenvolvida para este público, a tipologia centro de convivência), somada ao estudo do relacionamento do idoso autônomo com o espaço físico a sua volta.

4.1. Localização (contexto urbano)

É fundamental que o equipamento esteja inserido próximo a rede de saúde, comércio e serviços estabelecidos (BRASIL, 2001, p. 38). Isso compõe um percurso mais seguro e animado (com movimentação de pessoas e possibilidades de interação social), integra o centro e seus usuários ao cotidiano da cidade e torna o acesso a tais serviços mais prático pelos idosos, por fazerem parte de seu caminho habitual. Contudo, é importante observar que embora seja importante manter o dinamismo no percurso e entorno do centro, deve-se evitar a proximidade com fontes de ruído extremo (como avenidas muito movimentadas, fábricas, rodoviárias, ferrovias e mercados), para que o conforto acústico interno da edificação não seja comprometido (ou exija soluções muito dispendiosas).

Ainda sobre a localização, é pertinente examinar o porte da cidade, bem como sua população total (e percentual) de idosos. Cidades de porte médio³² já podem apresentar a necessidade de descentralização dos serviços, através da criação de unidades que atendam bairros/regiões, conforme suas demandas. A presença de unidades em bairros permite um maior conforto do usuário na medida em que este

³² O porte de uma cidade é definido por seu caráter demográfico. O IBGE considera cidade de porte médio aquela com população entre 50 mil e 500 mil habitantes (SPOSITO apud SILVA, A., 2013, p. 62).

não precisa percorrer longas distâncias. Além disso, a maior proximidade de casa permite que os idosos se mantenham inseridos em uma área da cidade que lhe é familiar; aumentando a sensação de segurança, fortalecendo o sentimento de pertencimento e promovendo a interação com sua comunidade. Um atendimento descentralizado também oferece vantagens em relação a um menor número de frequentadores, como a prevenção de sua saturação e a possibilidade de programação de atividades voltada para as características socioculturais e desejos daquela parcela da população.

4.2. Rotas acessíveis

Considerando que os idosos que frequentam os centros de convivência são independentes e que a maioria vai sozinha ao local, alguns pontos devem ser observados em relação às rotas de acesso. Caminhos seguros e agradáveis podem ser determinantes para a decisão dos idosos de sair de casa e ir a certos lugares. Em guia publicado em 2008, denominado “Guia Global: Cidade Amiga do Idoso”, a OMS definiu parâmetros para a promoção de cidades “amigas do idoso” – acessíveis, seguras e que promovem a qualidade de vida. Utilizando a seção sobre “Espaços abertos e prédios” como base, é possível identificar fatores para a criação de percursos adequados aos idosos pelas ruas de uma cidade:

- a) Agradabilidade:** fator subjetivo, mas que pode ser obtido através da limpeza, do controle dos níveis de poluição sonora e da valorização de vistas naturais e áreas verdes, por exemplo;
- b) Espaços verdes:** valorização através da conservação, da presença de abrigos para o sol, da locação de bancos e de equipamentos de apoio, como banheiros públicos;
- c) Pontos de descanso:** disponibilidade de bancos e de áreas para sentar, quando possível;
- d) Cruzamentos seguros para pedestres:** semáforos visuais e sonoros para pedestres; contagem regressiva visual em sinais de pedestres; faixas de travessia antiderrapantes; controle do volume e velocidade do trânsito local; atenção na determinação do tempo de travessia;

- e) **Acessibilidade:** remoção de barreiras físicas nas calçadas; criação de rebaixos e rampas quando necessário;
- f) **Ambiente seguro:** relacionado a medidas públicas e/ou comunitárias de combate à violência;
- g) **Calçadas e ciclovias:** separação entre calçadas e ciclovias; criação de calçadas em estacionamentos; colocação de banheiros públicos em calçadas;
- h) **Calçadas conservadas:** superfícies homogêneas, planas e antiderrapantes; larguras que permitam a passagem de cadeira de rodas; rebaixamento do meio-fio para nivelamento com a rua (pode-se acrescentar aqui a opção de uso das faixas elevadas); remoção de obstáculos como camelôs, carros estacionados e árvores; prioridade de acesso para pedestres.

Pode-se incluir às condições técnicas para as calçadas: inclinação lateral entre 1% e 5% (para não haver a formação de poças nem dificuldades de equilíbrio ao caminhar); ralos e tampões de inspeção de serviços sem saliências no nível do piso ou fora da área de circulação (PISTORI; FERRÃO, 2004, p.5).

A partir dos itens apresentados, é possível concluir que uma rota acessível ao idoso pelas ruas da cidade é aquela que prioriza a acessibilidade, o conforto e a segurança; considerando as características físicas e psicológicas dos mais velhos. Ainda, é possível acrescentar as seguintes observações, específicas à escolha de um local para a implantação de um centro de convivência do idoso:

- a) **Topografia:** observar a topografia do entorno, para que os idosos atendidos pela unidade não precisem, na medida do possível, caminhar por grandes aclives.
- b) **Transporte público:** o local deve estar inserido na rota dos meios de transporte público da cidade e próximo a seus terminais (como pontos de ônibus e estações de metrô). Não existe uma definição para distâncias máximas e confortáveis de caminhada, mesmo porque isso depende muito das condições dos percursos nas ruas. No entanto, para a adoção de uma referência, pode-se observar a distância máxima de 500 metros, medida usual recomendada no planejamento de locação de pontos de ônibus (PILON, 2009, p.33).

- c) **Infraestrutura do entorno:** boa iluminação e sinalização de trânsito nas ruas, bem como presença de serviços e comércio (oportunidades de uso e de interação social).

4.3. Características do terreno

Tendo em vista que boa parte dos idosos possui algum tipo de dificuldade de mobilidade (necessidade de uso de cadeira de rodas, bengala e andador, menos força muscular e menos disposição para percorrer longas distâncias ou para vencer grandes desníveis), o terreno em si deve ser preferencialmente plano (BRASIL, 2001, p.39), para facilitar a circulação em seu interior. Também é importante que apresente boa insolação e ventilação natural, para fins de conforto ambiental.

Apresentar dimensões que permitam o atendimento de todo o programa de necessidades em pavimento térreo é o mais aconselhável na escolha do terreno, pelas mesmas razões de sua topografia ser idealmente plana. Levando-se em conta o dimensionamento mínimo proposto pelo Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 2001, p.38), a acomodação de um programa de necessidades básico (cômodos mínimos + circulação interna e divisórias + 1 m² de área descoberta por frequentador) em um único pavimento exigiria um terreno com, no mínimo, 525 m² de área total.

No entanto, as condições locais podem influenciar diretamente nesse dimensionamento: o perfil da população idosa (atividades a serem realizadas), as possibilidades de construção (legislação aplicada a edificações, terrenos livres), as condições de manutenção do equipamento (número de funcionários, disponibilização de recursos pelo setor público responsável). Além disso, podem ser acrescentados itens extras (mas também relevantes) a este programa básico: estacionamento, piscina e suas dependências, quadra, horta, maior número de salas, áreas de expansão, etc. Nesse contexto, o terreno pode apresentar uma área menor que 525 m² (nesse caso, o programa seria distribuído em mais de um pavimento) ou atingir dimensões muito maiores (para programas mais extensos).

4.4. Características gerais da edificação

O projeto de um centro de convivência para idosos apresenta algumas especificidades que, se levadas em consideração, trazem maior qualidade de vida aos futuros usuários da edificação.

4.4.1. Implantação no terreno

Como em qualquer outra tipologia, a edificação deve estar implantada no terreno de forma a potencializar o aproveitamento da iluminação e ventilação naturais, bem como permitir a criação de áreas livres e verdes para seu aproveitamento em atividades.

4.4.2. Número de pavimentos

A edificação deve ser preferencialmente térrea, para facilitar a circulação de seus usuários, que em sua maioria apresenta limitações físicas decorrentes da idade.

4.4.3. Receptividade e conexão afetiva

O público atendido pelos centros de convivência se encontra, muitas vezes, em estado de vulnerabilidade social, com a autoestima prejudicada, falta de perspectivas para o futuro e vínculos sociais fragilizados. Dessa forma, é indispensável que o ambiente seja tanto acolhedor quanto possível. Isso pode ser obtido através da criação de um “espaço de acolhida” na entrada (área coberta de transição entre o interior e exterior – ver Figura 26), da utilização de elementos que se relacionem à memória afetiva dos idosos (como materiais, componentes arquitetônicos e formas familiares), e da humanização dos espaços de forma geral (inclusive de circulações). Sobre o desenho exterior da edificação, é aconselhável que componha o entorno edificado, com traçados simples e discretos (PISTORI; FERRÃO, 2004, p.7).

Figura 25 - Lar de Idosos Peter Rosegger, Áustria



Exemplo de espaço de transição em entrada de edificação.
Fonte: site Archdaily, 2014.³³ Fotógrafo: Paul Ott.

4.4.4. Integração interior/exterior

Desenhos que promovam a interação do interior da edificação com elementos naturais exteriores (calor do sol, terra, água, vento, vegetação, iluminação natural) são altamente benéficos ao estado psicológico dos idosos (QUEVEDO, 2002, p. 135). O contato do idoso com o mundo exterior pode ser feito através da contemplação (aberturas, jardins) e também pelo contato direto (possibilidade de sair para varandas e áreas descobertas).

4.4.5. Estímulo à independência e interação social

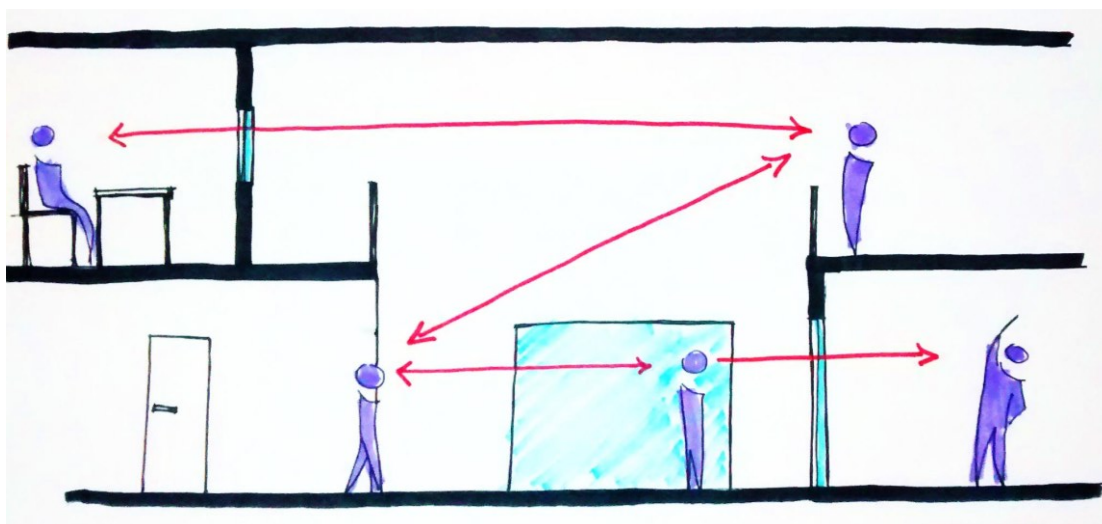
Espaços que permitam o maior controle dos idosos sobre eles contribuem para o desenvolvimento de sua autoestima e independência. Para isso, deve-se ter em mente a acessibilidade, a segurança, a fácil identificação de ambientes e percursos

³³ Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br/760936/lar-de-idosos-peter-rosegger-dietger-wissounig-architekten/545c1d02e58ece1aae000046>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

e a possibilidade de escolha de trajetos dentro da edificação. A criação de estímulos sensoriais também contribui nesse sentido, ao incentivar a exploração do objeto arquitetônico pelo idoso (através de cores, texturas, vistas para o exterior, cheiros, sons, etc.).

Maior autoconfiança é uma maneira de encorajar a interação social, além de estratégias como ambientes multiuso e *layout* favorável. A permeabilidade visual entre ambientes internos (seja pela ausência de paredes, por mezanino, pelo uso do vidro) contribui para a leitura geral do edifício, para a interação social e também para a segurança feita pelos funcionários.

Figura 26 - Permeabilidade visual no interior de edificações



Croqui explicativo elaborado pela autora.

4.4.6. Flexibilidade

A edificação deve ser adaptável às mudanças em seu uso ao longo do tempo; sejam elas eventos específicos, apropriação espontânea ou transformação das necessidades dos usuários de futuras gerações. Isso contribui para a sustentabilidade da construção, parâmetro básico para qualquer tipo de edifício. Prever mobiliário que permita a variação do *layout* e áreas de expansão é uma forma de garantir a flexibilidade.

4.4.7. Materiais – orientações técnicas básicas

De maneira geral, os materiais de acabamento utilizados devem ser de fácil limpeza (para melhor manutenção), incluindo tintas, que devem ser laváveis (BRASIL, 2001, p.41). Não se deve utilizar materiais reflexivos ou brilhosos, para evitar o ofuscamento, nem com padronagens complexas e excessivas, pois podem causar desorientação (BRASIL, 2001, p.42). Ainda, é importante que sejam seguros: evitar texturas ásperas em paredes, utilizar pisos antiderrapantes e propor mudanças de textura e cor do piso para sinalizar desníveis.

Para a melhor conservação da edificação, é desejável o uso de materiais resistentes a batidas de cadeiras de rodas, andadores e bengalas em paredes e portas; e que os pisos sejam resistentes à abrasão pelo uso desses apoios (PISTORI; FERRÃO, 2004, p.9).

Portas e janelas devem ser de fácil manuseio, com materiais leves. Corrimãos devem ter material de temperatura agradável ao tato (QUEVEDO, 2002, p. 113), assim como barras de apoio. Inclusive, as alvenarias devem ser resistentes e permitir a fixação desses acessórios.

Para o maior desempenho térmico da edificação, é aconselhável o emprego de materiais isolantes conforme as características da região de implantação do projeto. Quanto ao conforto acústico, utilizar materiais isolantes em pisos (edificações com mais de um pavimento) e teto. Também se recomenda o uso de materiais de acabamento que absorvam ruídos, em especial em divisões com o exterior e em espaços vazios, como circulações (horizontais e verticais) – o barulho de passos também contribui para o aspecto institucional de um edifício (QUEVEDO, 2002, p. 152). No entanto, é válido salientar que o silêncio em excesso também deve ser evitado, uma vez que pode gerar impressão de monotonia e isolamento.

4.5. Porte/Programa de necessidades

Todas as informações desta subseção, salvo se indicado, são baseados nas recomendações do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 2001).

O desejável é que os centros de convivência do idoso tenham uma capacidade de atendimento para 200 idosos, frequentando quatro dias semanais, 4 horas por dia. No entanto, como é explicado no Guia de Orientações Técnicas: Centro de Convivência do Idoso, do estado de SÃO PAULO (2014, p.12), a frequência acontece conforme as necessidades e desejos de seus frequentadores em participar das atividades programadas. O porte recomendado leva à necessidade de criação de mais unidades em cidades médias e grandes, reforçando o princípio de descentralização do atendimento ao idoso, apresentado anteriormente.

Quanto ao quadro de funcionários, o básico é composto, idealmente, por: 1 coordenador, 1 assistente social, 1 psicólogo, 1 terapeuta ocupacional, 1 professor de educação física, instrutores (específicos para as atividades), auxiliares de serviços gerais e vigilantes. Os três últimos cargos são considerados de apoio e não necessitam de espaços específicos próprios no programa para desempenhar suas atividades.

Os espaços do centro de convivência devem permitir a realização de atividades variadas, programadas conforme o perfil e demandas dos usuários. Apesar da grande diversidade de práticas, é possível montar um programa de necessidades com base nas categorias comumente aplicadas:

- a) Reuniões internas;**
- b) Eventos/atividades comunitárias:** calendário festivo, exposições, campanhas, passeios e excursões;
- c) Educativas:** palestras, cursos em níveis, filmes e vídeos, biblioteca;
- d) Atividades físicas:** caminhada, ginástica, dança, jogos recreativos, hidroginástica, etc.
- e) Atividades socioculturais:** rodas de conversa, coral, encontros intergeracionais, cinema, bailes, horta comunitária, etc.
- f) Artísticas e culturais:** produção literária, costura, fotografia, artes plásticas, culinária, música, artesanato, etc.
- g) Vocacionais/produtivas:** treinamento vocacional, formação de cooperativas de produção.

O programa de necessidades básico e dimensionamento dos ambientes recomendados constam na tabela abaixo:

Tabela 1 - Programa de necessidades e dimensionamento mínimo para centros de convivência do idoso

Programa de necessidades e dimensionamento mínimo para um centro de convivência do idoso	
Ambiente	Dimensão mínima (m²)
Sala para Direção/Técnicos e reuniões	12
2 salas para atividades coletivas (15 pessoas)	2 x 25 = 50
Sala para atividades individuais	8
Sala de convivência	30
Almoxarifado	10
Copa/cozinha	16
Área de serviço/lavanderia (com tanque)	4
Depósito geral	4
2 banheiros para funcionários (com armários)	2 x 3 = 6
2 conjuntos de sanitários (com 1 chuveiro em cada)	2 x 15 = 30
Salão de festas para 150 pessoas (0,60 m ² /pessoa)	90
Subtotal	260
Circulação interna e divisórias (25% do subtotal)	65
TOTAL*	325

*Não estão incluídas áreas descobertas para atividades ao ar livre (no mínimo 1 m²/pessoa).

Fonte: BRASIL, 2001, p.38.

4.6. Legislação e normas aplicáveis

Conforme as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso (BRASIL, 2001, p.37), o projeto arquitetônico de um centro de convivência do idoso, para ser aprovado, deve seguir às seguintes normas/leis:

- a) **Portaria nº 73, de 10 de Maio de 2001, da Secretaria de Políticas de Assistência Social:** estabelece as normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Inclui diretrizes arquitetônicas;
- b) **Legislação urbana municipal:** o código de edificações, o plano diretor, possíveis normas específicas quanto a acessibilidade e prevenção de incêndio, leis relativas à reserva de vagas para idosos e deficientes físicos em estacionamentos, entre outras;
- c) **Normas de prevenção e combate ao incêndio do Corpo de Bombeiros do estado:** o projeto deve estar de acordo com as instruções técnicas e normas publicados pelo Corpo de Bombeiros Militar estadual;
- d) **NBR 9050 da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT):** estabelece parâmetros técnicos de projeto para sua adequação às condições de acessibilidade. Além de ser requisito básico para qualquer tipo de

edificação, seu atendimento torna-se especialmente importante em edificações que voltadas para os idosos, público que naturalmente sofre alterações físicas limitadoras (locomotivas e sensoriais);

- e) **Portaria 810 de 1989, do Ministério da Saúde:** institui normas e padrões de funcionamento para casas de repouso e outras instituições destinadas ao atendimento de idosos. No campo arquitetônico, dispõe sobre acessos, circulações, instalações sanitárias e áreas mínimas de cômodos.

Ainda, se pode considerar a **Resolução RDC nº 216 de 2004, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA)**. No caso do centro de convivência oferecer lanches (não é obrigatório), é preciso que as instalações da cozinha e seu apoio sigam o Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação, instituído nesta resolução (ANVISA, 2004).

O projeto deve, ainda, seguir todas as normas aplicáveis da ABNT.

4.7. Ergonomia e acessibilidade

Segundo a Associação Brasileira de Ergonomia (ABERGO), ergonomia é “uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas (...)”. O termo é muitas vezes aplicado ao ambiente de trabalho, mas de maneira geral “é uma disciplina orientada para uma abordagem sistêmica de todos os aspectos da atividade humana e não apenas no trabalho produtivo” (MOLINA; BRAIDA; ABDALLA, 2015, p.). Sob esse ponto de vista, a ergonomia deve ser aplicada em todos ambientes construídos, sejam eles de trabalho, lazer ou moradia.

No trabalho com a terceira idade em especial, a ergonomia precisa considerar aspectos antropométricos do corpo mais velho, que para fins de dimensionamento, difere do jovem em sua inclinação, curvatura e diminuição de tamanho (QUEVEDO, 2002, p. 196). A postura e o movimento têm importantes papéis na ergonomia, e ambos sofrem alterações com a velhice (HAZIN, 2012, p.48) - afetando diretamente as medidas de alcance, bem como sua capacidade de se mover (erguer-se, abaixar-se, girar o corpo, etc.). Dessa forma, o design do mobiliário, formas de abertura de

janelas e portas, e alturas de maneira geral (assentos e estantes, por exemplo) são aspectos que merecem atenção em projetos para idosos.

Um espaço totalmente adequado a seus usuários precisa, além de adequações ergonômicas, ser acessível em sua totalidade. A ABNT define “acessibilidade” como

possibilidade e condição de alcance, percepção e entendimento para utilização, com segurança e autonomia, de espaços, mobiliários, equipamentos urbanos, edificações, transportes, informação e comunicação, inclusive seus sistemas e tecnologias, bem como outros serviços e instalações abertos ao público, de uso público ou privado de uso coletivo, tanto na zona urbana como na rural, por pessoa com deficiência ou mobilidade reduzida (ABNT, 2015).

A acessibilidade então permite que pessoas com alguma deficiência ou limitação em sua mobilidade (permanente ou temporária) possam acessar e compreender o espaço em que se encontram da forma adequada.

A principal norma brasileira para a padronização da acessibilidade dos espaços hoje é a NBR 9050 da ABNT, que se aplica a edificações, mobiliários, espaços equipamentos urbanos. Um projeto arquitetônico para idosos deve considerar as medidas antropométricas de usuários de cadeiras de rodas, bengalas e andadores, além dos alcances manuais mínimos estabelecidos pela norma (para maior conforto). Assim, deve seguir as recomendações relativas a acessos e circulações, sinalizações (localização, advertência e instrução), determinados ambientes (como sanitários e vestiários), mobiliários e equipamentos urbanos. No entanto, a norma não estabelece diretrizes específicas para idosos. Dessa forma, foram selecionadas recomendações para projetos arquitetônicos complementares à NBR 9050 e específicas à acessibilidade para o idoso, que podem ser aplicadas em centros de convivência:

a) Circulações

- Contrastar corrimão em relação à parede onde for fixado para fácil identificação, em cor ou material (BRASIL, 2001, p.41);
- Corredores devem ter largura mínima de 1,50 m e ser dotados de corrimão de ambos os lados (BRASIL, 2001, p.40);
- Evitar portas simétricas dos dois lados, pois geram desorientação (QUEVEDO, 2002, p.112);
- Previsão de áreas de descanso intermediárias (BRASIL, 2001, p.40).

b) Portas e janelas

- Janelas com comando de abertura de alavanca e peitoris de no máximo 0,70 m, para melhorar a visibilidade de cadeirantes (BRASIL, 2001, p.42);
- Janelas com corrimão suplementar de 0,90 m de altura do piso para maior segurança (BRASIL, 2001, p.42);
- Janelas com cores contrastantes em relação à parede para facilitar a identificação (BRASIL, 2001, p.42);
- Manter as áreas de circulação livres de móveis, na medida do possível, e de fios soltos (BORN, 2008, p.279);
- Pintar, em cor contrastante com o piso o primeiro e o último espelhos da escada e dotá-los de luz de vigília permanente (BRASIL, 2001, p.40);
- No caso do acesso à edificação, a escada e a rampa deverão ter, no mínimo, 1,50 m de largura (BRASIL, 2001, p.40);
- Devem ser previstas, no mínimo, duas portas de acesso, sendo uma exclusivamente de serviço (BRASIL, 2001, p.40);
- Porta de entrada protegida das intempéries (BRASIL, 2001, p.40);
- Portas de abrir para fora, com dobradiças verticais e mecanismo de abertura com comando de alavanca ou automático. Vão livre de no mínimo 0,80m de largura, sendo mais indicada porta com 1,30 m de vão livre - um pano de 0,80 m e outro de 0,50 m a ser utilizado apenas quando necessário (BRASIL, 2001, p.40);
- Portas com cores contrastantes em relação à parede e com luz de vigília permanente sobre a guarnição superior para facilitar identificação (BRASIL, 2001, p.41).

c) Sanitários

- Trancas nos banheiros que permitam a abertura pelo lado de fora. No caso de queda no interior, a abertura da porta por fora não será obstruída (BORN, 2008, p.278);
- Prever campainha de alarme (BRASIL, 2001, p.43);
- Prever iluminação intensa (BRASIL, 2001, p.43);
- Prever, no mínimo, um vaso sanitário para cada seis usuários (BRASIL, 2001, p.43);

- Prever, no mínimo, um box para vaso sanitário e chuveiro que permitam a transferência frontal e lateral de uma pessoa em cadeira de rodas (BRASIL, 2001, p.43);
- Boxes para vaso sanitário e chuveiro com largura mínima de 0,80 m (BRASIL, 2001, p.43);
- Não haver qualquer desnível em forma de degrau para conter a água em chuveiros. Indica-se o uso de grelhas contínuas, desde que respeitada a largura máxima entre os vãos de 1,5 cm (BRASIL, 2001, p.43);
- Portas dos compartimentos internos dos sanitários coletivos com vãos livres de 0,20 m na parte inferior (BRASIL, 2001, p.43);
- Evitar o uso de cortinas plásticas e portas de acrílico ou vidro para o fechamento de box de chuveiro (BRASIL, 2001, p.43);
- Barras de apoio contrastantes com as paredes onde são fixadas (cor ou material) para fácil identificação (BRASIL, 2001, p.43).

d) Mobiliário

- Assentos mais altos que o padrão para facilitar os movimentos de sentar e levantar (BORN, 2008, p.274);
- Assentos de material que não afunde, para a manutenção de uma postura correta (QUEVEDO, 2002, p. 106);
- Assentos de material impermeável (BRASIL, 2001, p.42);
- A altura de utilização de armários entre 0,40 m e 1,20 m do piso acabado (BORN, 2008, p.274);
- Evitar móveis de vidro (BORN, 2008, p.279);
- Móveis, estáveis, robustos e leves para permitir a flexibilidade do *layout* (BRASIL, 2001, p.42);
- Balcões de atendimento com altura máxima de 1,00 m (BRASIL, 2001, p.42);
- Bancadas com altura de 0,75 m (BRASIL, 2001, p.43);
- Prever luz interna nos armários (BRASIL, 2001, p.43);
- Cantos de mesa arredondados (QUEVEDO, 2002, p. 108).

e) Outros pontos

- Adotar iluminação difusa (BRASIL, 2001, p.41);

- Adotar iluminação artificial direta sobre planos de trabalho (BRASIL, 2001, p.41);
- Dotar todos ambientes internos de luz de vigília, campainhas para emergência e sistema de segurança/prevenção de incêndio e detectores de fumaça (BRASIL, 2001, p.41);
- Tomadas e interruptores luminosos, sendo os últimos dotados de mecanismo de variação da intensidade da luz (BRASIL, 2001, p.41);
- Tomadas acima de 0,45 m do piso acabado (PISTORI; FERRÃO, 2004, p.9);
- Preferivelmente, colocar de mais de uma lâmpada por ambiente para evitar a escuridão total, mesmo que temporária, no caso de queima (BRASIL, 2001, p.41);
- Utilizar protetores nas paredes e portas até a altura de 0,40 m do piso com materiais resistentes a batidas de cadeias de rodas e outras formas de apoio, para maior conservação da edificação (BRASIL, 2001, p.41);
- Instalação de um telefone público dotado de regulador de volume no auricular (BRASIL, 2001, p.41);
- Espaço livre mínimo de 0,80 m para circulação entre mobiliário e paredes (BRASIL, 2001, p.42);
- Ambientes guarnecidos de corrimão junto às paredes e contrastante em relação a elas para fácil identificação, pela cor ou material (BRASIL, 2001, p.42).

4.8. Conforto ambiental

“Conforto se traduz por tudo aquilo que constitui o bem-estar material. O conforto ambiental é um fator que promove a qualidade da edificação e a qualidade de vida do usuário.” (HAZIN, 2012, p.62). A qualidade de vida obtida pelo conforto ambiental é aquela que diz respeito à percepção da dimensão física do ambiente. Sendo o corpo o meio de apreensão desses estímulos, a idade tem influência direta na sensação de bem-estar pessoal. Tradicionalmente, tais elementos são divididos em três categorias de conforto: térmico, lumínico e acústico.

4.8.1. Conforto térmico

Com a diminuição do metabolismo e da quantidade de água no corpo, os idosos tendem a sentir mais frio e têm mais dificuldades em perceber e responder a variações de temperatura (HAZIN, 2012, p.63). Por essa razão, é necessário manter as temperaturas internas das edificações estáveis e confortáveis³⁴ pelo controle de fatores como ventilação, incidência solar e umidade. Tal controle pode ser realizado com o dimensionamento e posicionamento de aberturas, pelos materiais construtivos escolhidos, por detalhes arquitetônicos adotados (como cores e brises) e pela vegetação empregada, por exemplo. As estratégias adotadas dependerão das características do clima local.

Os ambientes internos devem ser orientados em relação à insolação de acordo com a natureza das atividades que abrigam: permanência ou passagem, lazer ou trabalho, repouso ou movimento. A circulação do ar é outro fator de peso, uma vez que os idosos são mais sensíveis à qualidade do ar. Seu fluxo pode ser favorecido pela distribuição interna dos cômodos, pela disposição das aberturas e sua orientação em relação aos ventos dominantes.

4.8.2. Conforto lumínico

O conforto lumínico está relacionado à dimensão visual dos espaços. Sabe-se que a capacidade visual dos indivíduos diminui com a idade e que, portanto, são necessárias adaptações do ambiente construído para o melhor desempenho das atividades em seu interior.

Há duas formas de iluminar os ambientes: a natural e a artificial, ambas necessárias e complementares. É imprescindível que a primeira seja sempre prevista em projeto, não apenas pela economia de energia gerada, mas também por seu efeito sobre a saúde dos idosos. Como afirma QUEVEDO (2002, p. 135), “O fato de poder apreciar as variações do espectro solar e das mudanças de tempo é de vital importância, pois permite ao idoso manter contato com a natureza e com o exterior, o qual tem uma influência psicológica altamente positiva.”. Entende-se assim que a luz natural, por suas características intrínsecas de variação e temporalidade, não pode ser

³⁴ São recomendados 24,5°C no verão e 26,5°C no inverno (QUEVEDO, 2002, p. 125).

substituída por luzes artificiais – sua presença é uma necessidade da natureza humana, não apenas do idoso.

Quanto à iluminação artificial, a NBR 5413/92³⁵ traz recomendações para valores de iluminância³⁶ mínima em interiores para a realização de atividades de diferentes naturezas, considerando fatores como a idade dos usuários. No processo de determinação dos valores de iluminância do ambiente, é adicionado um peso quando os usuários possuem mais de 55 anos, o que contribui para valores mais altos.

De maneira geral, a iluminação deve ser forte, porém sem causar ofuscamento. Para tanto, é recomendável evitar superfícies brilhantes, aplicar iluminação indireta e criar espaços de transição entre ambientes com intensidades de iluminação muito diferentes (sejam eles internos e/ou externos). Para maior segurança, as luzes naturais não devem ser projetadas sobre o piso, pois podem causar a sensação de desníveis e gerar insegurança (QUEVEDO, 2002, p. 141). Utilizar-se de contrastes (sem exageros) para ressaltar detalhes arquitetônicos importantes também é uma forma de bom uso da iluminação.

4.8.3. Conforto acústico

Com a velhice, é comum haver o declínio da capacidade auditiva no indivíduo. Há uma diminuição da capacidade de discernir sons e ambientes muito ruidosos tornam-se extremamente incômodos.

O conforto acústico para edificações voltadas para o idoso é obtido principalmente através de sua localização adequada (ver subseção 4.1), da aplicação de materiais de acabamento absorventes em espaços vazios e de materiais ou estratégias construtivas isolantes quando necessário (entre ambientes internos e também com o exterior).

³⁵ Embora cancelada pela ABNT em 2013, a NBR 5413/92 continua a ser a referência para iluminação nos ambientes de trabalho (definição na Nota Técnica 224/2014, do Ministério do Trabalho e Emprego), enquanto uma nova Norma de Higiene Ocupacional é elaborada pela FUNDACENTRO (não publicada até o momento de elaboração desta monografia).

³⁶ Iluminância é o fluxo luminoso que incide sobre uma superfície a partir de uma fonte a determinada distância dela; em outras palavras, é a quantidade de luz em um ambiente. Sua unidade de medida é o Lux.

Os valores de ruídos são recomendados pela ABNT através da NBR 10151/00:

Tabela 2 - Nível de Critério de Avaliação (NCA) para ambientes externos - dB (A)

Tipos de áreas	Diurno	Noturno
Áreas de sítios e fazendas	40	35
Área estritamente residencial urbana ou de hospitais ou de escolas	50	45
Área mista, predominantemente residencial	55	50
Área mista, com vocação comercial e administrativa	60	55
Área mista, com vocação recreacional	65	55
Área predominantemente industrial	70	60

*Obs.: para obter o nível de critério de avaliação (NCA) em ambientes internos, usar valores da tabela com a correção de - 10 dB(A) para janela aberta e - 15 dB(A) para janela fechada.

Fonte: NBR 10151/00.

Considerando os critérios de localização do centro de convivência (ver subseção 4.1), as áreas mistas são as que apresentam os valores potenciais a serem adotados em um projeto para esse tipo de instituição.

É válido lembrar que a ausência de ruídos também não é desejável, pois gera a sensação de isolamento e monotonia, podendo contribuir para um quadro de estado emocional depressivo nos usuários. Assim, os sons também devem ser vistos como potenciais fatores estimulantes do espaço, cujas variações devem ser compatíveis com a finalidade de cada espaço (lazer, aprendizado, descanso, interação social, etc.).

4.9. Percepção do espaço interno

A maneira como cada pessoa se relaciona com o ambiente está diretamente ligada à forma como o percebe. Cada indivíduo apreende o espaço no qual está inserido de forma própria, através de seus sentidos (sensações), processos cognitivos e bagagem cultural. Dessa forma, os espaços ganham, além de suas características físicas (textura, cor, luz, som, iluminação, temperatura, cheiros, etc.), uma dimensão subjetiva e simbólica, construída pelos próprios usuários e decorrente de sua experiência nele, influenciada, ainda, pelos fatores de movimento e de tempo. OKAMOTO (2002, p. 150) discorre sobre esse caráter duplo físico e experimental dos espaços:

Para criá-lo [o espaço arquitetônico], utilizam-se os sentidos perceptivos, os sistemas visual, auditivo, tátil, cinestésico. Mas, além do espaço perceptivo

e do movimento, existe a dimensão do espaço simbólico pleno de proposições e juízos de valor, criado pelo homem, no qual vive deslocando-se de um lado para outro. É sentir o espaço, é pensar o espaço, é mover-se no espaço, é vivenciar o espaço.

Dessa forma, a manipulação das propriedades físicas do espaço arquitetônico e o estudo das características de seus usuários são ferramentas fundamentais na criação de ambientes adequados para seu fim. Para a melhor compreensão da forma como os idosos interagem com os espaços, é necessário primeiro entender a forma como eles os apreendem. Como afirma OKAMOTO (2002, p. 111), “O corpo participa ativamente no processo de conhecimento, principalmente pela constante adaptação ao meio em que vive e com o qual interage.”. Assim, serão apresentados a seguir alguns aspectos físicos característicos de pessoas com mais idade e seu impacto na interação com os ambientes construídos. Relacionadas a esses tópicos, também serão propostas possíveis respostas arquitetônicas para promover uma melhor experiência espacial a esse perfil de usuários.

4.9.1. Visão

Características e impacto na relação com o espaço: diminuição da acuidade visual, da capacidade de adaptação claro-escuro e também da capacidade de distinguir de cores e profundidades. Como resultado, os idosos apresentam dificuldades com excessos de padronagens, com ambientes monocromáticos, com mudanças bruscas de intensidade de iluminação e na percepção de detalhes do ambiente (PERRANI, 2006, p.1144).

Respostas arquitetônicas sugeridas:

- a) Uso de contrastes de luz e cores para a identificação de elementos considerados importantes (como corrimãos e portas) e estímulo, sem exageros;
- b) Criação de espaços de transição entre ambientes com intensidades de iluminação muito diferentes;
- c) Iluminação intensa e indireta (ou lâmpadas de antiofuscantes), para não haver ofuscamento;
- d) Iluminação do interior de móveis (como armários);

- e) Instalação de luzes de vigília permanentes em espaços como corredores, sanitários e escadas;
- f) Eliminação de obstáculos (como móveis baixos) nas áreas de circulação para evitar tropeços e esbarrões;
- g) Evitar superfícies muito brilhosas e reflexivas;
- h) Evitar a projeção de sombras no piso, podendo ser confundidas com desníveis;
- i) Sinalização de superfícies de vidro.

4.9.2. Audição e sistema vestibular³⁷

Características e impacto na relação com o espaço: diminuição da discriminação de sons e diminuição do equilíbrio. Por isso, há uma dificuldade com ambientes ruidosos, com apoios instáveis (móveis, paredes, maçanetas) e os riscos de queda aumentam em alterações de piso (superfícies lisas e irregulares) e desníveis (PERRANI, 2006, p.1144).

Respostas arquitetônicas sugeridas:

- a) A promoção do conforto acústico, através da redução dos índices de reverberação;
- b) A sinalização de desníveis;
- c) A instalação de corrimãos em sanitários e circulações.

4.9.3. Sistema muscular

Características e impacto na relação com o espaço: diminuição da força, potência e flexibilidade muscular. Isso se reflete no maior risco de queda ao levantar-se de cadeiras, sofás e camas baixos; em dificuldade ao subir escadas sem corrimãos e em acessar armários profundos (PERRANI, 2006, p.1145).

³⁷ Conjunto de órgãos do ouvido interno responsáveis pela percepção de movimento e posicionamento da cabeça, contribuindo para o senso de equilíbrio.

Respostas arquitetônicas sugeridas:

- a) A instalação de corrimão em circulações e sanitários;
- b) O uso de mobiliário adequado aos aspectos ergonômicos do idoso;
- c) O uso de maçanetas e torneiras tipo alavanca.

4.9.4. Sistema conjuntivo

Características e impacto na relação com o espaço: aumento da rigidez articular, a diminuição da amplitude de movimentos e a perda da altura corporal (PERRANI, 2006, p.1145).

Respostas arquitetônicas sugeridas:

- a) O uso de mobiliário adequado aos aspectos ergonômicos do idoso;
- b) A aplicação de portas e janelas leves e de fácil abertura;
- c) O correto dimensionamento de escadas;
- d) A colocação de estantes, interruptores, aparelhos e demais objetos de uso ao nível do tronco, preferencialmente.

4.9.5. Sistema cardiopulmonar

Características e impacto na relação com o espaço: diminuição da captação de oxigênio; aumento do risco de infecções pulmonares; hipotensão ortostática³⁸. Dificuldade em vencer desníveis e longas distâncias (PERRANI, 2006, p.1145).

Respostas arquitetônicas sugeridas:

- a) Criação de áreas de descanso com bancos em percursos muito longos;
- b) Correto projeto de rampas e escadas, prevendo patamares e sua humanização;
- c) Uso de corrimãos em áreas de circulação;
- d) Manutenção da qualidade do ar.

³⁸ Queda na pressão arterial quando a pessoa se põe de pé a partir da posição sentada ou deitada.

Figura 27 - Circulação Asilo St. Nikolaus, Áustria



Pontos de descanso em circulação.

Fonte: site Archdaily, 2013.³⁹ Fotógrafa: Margherita Spiluttini.

4.9.6. Sistema neurológico

Características e impacto na relação com o espaço: lentidão no tempo de reação, dificuldade na seleção de estratégias sensoriais e motoras de equilíbrio e o *déficit* de memória em curto prazo. Com isso, há maior instabilidade e risco de queda durante a marcha; maior dificuldade com obstáculos e pisos escorregadios; dificuldade com móveis ou disposição de corredores, portas e janelas que exijam movimento de rotação do tronco (PERRANI, 2006, p.1145).

Respostas arquitetônicas sugeridas:

- a) Criação de ambientes livres para circulação, sem obstáculos (móveis baixos, tapetes, fios, etc.);
- b) Uso de pisos antiderrapantes.

³⁹ Disponível em: <<http://www.archdaily.com.br/br/01-132897/st-nikolaus-slash-kadawittfeldarchitektur>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

4.9.7. Sistema geniurinatório

Características e impacto na relação com o espaço: incontinência urinária. Necessidade de sanitários próximos e bem sinalizados (PERRANI, 2006, p.1145).

Resposta arquitetônica sugerida:

- a) Posicionamento e dimensionamento adequado dos sanitários na edificação, além de sua fácil identificação.

4.9.8. Aparelho termoregulador

Características e impacto na relação com o espaço: os idosos possuem metabolismo mais baixo, e por isso tendem a sentir mais frio que as pessoas mais jovens, em condições normais (QUEVEDO, 2002, p. 124).

Respostas arquitetônicas sugeridas:

- a) Manipulação e aproveitamento da insolação e ventilação naturais para a manutenção do conforto térmico;
- b) Estudo sobre as propriedades térmicas dos materiais utilizados na construção.

4.9.9. Estado psicológico

Características e impacto na relação com o espaço: mudanças psicológicas que fragilizam o estado mental, podendo resultar em autoimagem baixa, desmotivação, e depressão. Muitas vezes, isso leva ao seu isolamento nos espaços (FECHINE; TROMPIERI, 2012, p.21).

Respostas arquitetônicas sugeridas:

- a) Criação de ambientes acolhedores e seguros, que incentivem a interação social através do *layout*, sem, no entanto, forçá-la. Disposição do mobiliário que permita pequenos agrupamentos de pessoas (em detrimento de grandes) confere aspecto mais familiar e menos institucional ao ambiente;

- b) Ambientes que permitam diferentes atividades acontecendo ao mesmo tempo (leitura, jogos, conversa) são estimulantes e dão a opção de interação social ou de privacidade;
- c) Locais de permanência com vistas interessantes (tanto para lugares calmos quanto dinâmicos, como jardins e ruas);
- d) A possibilidade de ver pessoas em atividade dentro das salas é uma forma de estímulo e de convite a quem observa;
- e) Circulações que passem por ambientes de interação ou vistas estimulantes;
- f) Estímulos sensoriais no ambiente.

Figura 28 - Sala do Espaço Geriátrico Santa Rita, Espanha



Sala com diferentes possibilidades de atividade simultâneas.
Fonte: site Archdaily, 2009.⁴⁰

4.10. Bem-estar dos não idosos

Embora os centros de convivência tenham o objetivo final de atender a pessoa idosa, não se pode esquecer que esta não é a única a utilizar seu espaço. Além dos usuários diretos – os idosos -, é possível definir outras duas categorias de pessoas que frequentam o centro de convivência: os funcionários, que têm nele seu ambiente de trabalho; e os visitantes, que vão a ele esporadicamente.

É papel da Arquitetura visar ao bem-estar das pessoas que a utilizam, logo, o conforto de todas as categorias citadas é igualmente importante. Além disso, há uma

⁴⁰ Disponível em: <<http://www.archdaily.com/24725/santa-rita-geriatric-center-manuel-ocana>>. Acesso em: 30 jun. 2017.

série de benefícios que decorrem da construção de espaços pensados para todos. Em primeiro lugar, os funcionários desempenharão seu trabalho com maior disposição e satisfação, e os visitantes se sentirão mais motivados a ir ao centro. Com isso, os serviços prestados são de maior qualidade, há maior integração entre o centro e a comunidade, cresce a divulgação favorável à instituição e, conseqüentemente, aumentam as oportunidades de obtenção de parcerias, patrocínios e voluntariados – em outras palavras, crescem os meios de desenvolvimento do centro. Outro ponto, também muito importante, é o fato de que um ambiente em que todos estão felizes cria uma atmosfera positiva para o idoso, tendo influência direta em sua frequência ao centro e em sua saúde mental.

As diretrizes de projeto apresentadas até o momento não são prejudiciais aos demais perfis de pessoas que possam utilizar o centro além do idoso, ao contrário. Logo, um espaço que as siga estará contribuindo para a qualidade de vida dos mais velhos e também dos mais jovens. No entanto, há algumas medidas de projeto que podem ser adotadas para potencializar o bem-estar dos não idosos, sem entrar em conflito com as necessidades relativas à terceira idade.

Ao pensar nos funcionários, além de seguir as Normas Regulamentadoras elaboradas pelo Ministério do Trabalho e Emprego (MTE) aplicáveis ao ambiente de trabalho, é importante que sejam criadas áreas de convivência para eles, sejam elas externas, como jardins; ou internas, como uma sala para descanso. Além disso, conceder aos funcionários o controle sobre os ambientes nos quais trabalham (na medida do possível) contribui para a construção de uma relação de identidade com o mesmo e da sensação de conforto. A possibilidade de regulação da luz e da temperatura, o uso de mobiliário que permita diferentes posições para o trabalho e a opção de interação ou não com os demais funcionários no espaço são exemplos de estratégias.

A motivação dos visitantes em ir aos centros de convivência depende, em grande parte, da atmosfera criada pelo estado de contentamento das pessoas que estão lá. Além dos fatores já contemplados em subseções anteriores, a arquitetura pode contribuir nesse sentido através da criação de oportunidades, basicamente. Maneiras de fazer isso estão na concepção de espaços que permitam a realização de eventos e atividades variados (dimensionamento, infraestrutura), de áreas

externas interessantes e atrativas (aproveitamento de visadas, jardins) e de espaços que possam ser compartilhados com a comunidade.

Conclusão

O presente trabalho permitiu a compreensão geral da situação contemporânea da pessoa idosa no mundo, enquanto indivíduo e também grupo social; bem como a identificação de novos conceitos e valores relacionados ao tema. Além disso, possibilitou a análise cronológica da construção da relação estabelecida entre os idosos e o espaço que os cerca nos dias de hoje, chegando à tipologia elegida como o foco deste estudo: o centro de convivência do idoso. Ainda, propôs diretrizes para o desenvolvimento de projetos arquitetônicos desse tipo de instituição para áreas urbanas no Brasil, objetivo final desta monografia.

Constatou-se a complexidade inerente ao processo de envelhecimento, que sofre a influência de inúmeras variáveis internas e externas ao indivíduo, resultando em um grupo heterogêneo. Diante desse fato, somado ao acelerado crescimento da população idosa em todo o mundo, é incontestável a demanda por diferentes políticas e formas de atendimento desse grupo, sempre visando ao envelhecimento ativo. Tal necessidade é especialmente significativa na cidade de Juiz de Fora/MG, que apresenta alto percentual de idosos em sua população.

No que diz respeito à relação entre arquitetura e terceira idade, observa-se que esta era muito frágil em sua origem. Em primeiro lugar, porque não existiam locais específicos para o idoso, o que dificultava uma associação direta entre ambos. O segundo motivo era o foco dos projetos em fatores que não seus usuários: valores religiosos, valores políticos, funcionalidade e a institucionalidade. Foi a produção de conhecimento sobre a velhice em outras áreas que trouxe à arquitetura a necessidade de compreensão e adaptação ao fator humano nas instituições voltadas para o idoso, tendência de projeto forte até os dias de hoje.

Como uma forma de adaptação de serviços de atendimento a um perfil específico (porém expressivo) da população idosa, os centros de convivência são importantes ferramentas de manutenção da saúde física e mental dos idosos, além de contribuírem para o envelhecimento ativo e com qualidade da população, trazendo benefícios para toda a sociedade. Foi observado que a descentralização desse tipo de serviço é o ideal

em cidades de médio e grande porte, conforme suas demandas. Percebeu-se também certa dificuldade de obtenção de dados públicos sobre os centros de convivência, devido à não articulação, padronização, disponibilização (e talvez existência) dos mesmos em níveis governamentais acima dos municipais

As diretrizes para projetos arquitetônicos de centros de convivência do idoso devem, como para qualquer outra tipologia, levar em conta aspectos técnicos, normativos, relacionados às condições locais e característicos de seus usuários. Esses últimos acabam por permear todos os demais, orientando as decisões projetuais. Outro ponto que vale ser ressaltado é a importância de considerar o bem-estar de todas as pessoas que podem interagir com a arquitetura, sejam elas os usuários finais ou não – no caso dos centros de convivência, os idosos e os não idosos.

Conclui-se que os projetos arquitetônicos voltados para o idoso exigem o estudo do envelhecimento em diferentes áreas do conhecimento (Saúde, Psicologia, Política, Economia, Sociologia, História, e outras) para o atingimento da qualidade de vida de seus usuários. Especificamente, projetos de centros de convivência do idoso devem visar à criação de espaços que, além de confortáveis e funcionais, permitam a conexão afetiva com seus usuários, a criação de espaços com os quais esses se identifiquem. No entanto, não se pode perder de vista seu objetivo final: o estímulo à independência, à autoestima, à saúde e à interação social. Assim, o centro de convivência não pode se tornar o único ambiente no qual os idosos se sentem à vontade, ou o único ao qual desejam ir. É, na realidade, um instrumento de desenvolvimento e afirmação da pessoa idosa, para que ela se sinta confiante em qualquer lugar – antes disso, para que deseje ir a outros lugares.

O conteúdo desta monografia não esgota, de maneira alguma, os assuntos relativos ao envelhecimento e sua relação com a arquitetura. No entanto, traz informações, análises e orientações que permitem o início de seu estudo e posterior desenvolvimento, a exemplo da segunda parte deste Trabalho de Conclusão de Curso: o projeto de um centro de convivência do idoso para a cidade de Juiz de Fora/MG.

Bibliografia

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 216, de 15 de setembro de 2004**. Dispõe sobre Regulamento Técnico de Boas Práticas para Serviços de Alimentação. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/documents/33916/388704/RESOLU%25C3%2587%25C3%2583ORDC%2BN%2B216%2BDE%2B15%2BDE%2BSETEMBRO%2BDE%2B2004.pdf/23701496-925d-4d4d-99aa-9d479b316c4b>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. **Resolução RDC nº 283, de 26 de setembro de 2005**. Aprova o Regulamento Técnico que define normas de funcionamento para as Instituições de Longa Permanência para Idosos. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/rdc-283-2005.pdf>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

ARAÚJO, Claudia Lysia de Oliveira; SOUZA, Luciana Aparecida de; FARO, Ana Cristina Mancussi e. **Trajetória das instituições de longa permanência para idosos no Brasil**. História da Enfermagem: Revista Eletrônica (HERE), Brasília, v. 1, n. 2, p. 250-262, jul.-dez., 2010.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 10151/00**. Acústica - Avaliação do ruído em áreas habitadas, visando o conforto da comunidade - Procedimento. Disponível em: <<http://www.semace.ce.gov.br/wp-content/uploads/2012/01/Avalia%C3%A7%C3%A3o+do+Ru%C3%ADdo+em+%C3%81reas+Habitadas.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 5413/92**. Iluminância de interiores. Disponível em: <<http://www.labcon.ufsc.br/anexos/13.pdf>>. Acesso em: 25 jun. 2017.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050/15**. Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Disponível em: <<http://www.todosnos.unicamp.br:8080/lab/legislacao/normas-tecnicas/ABNT9050.pdf/view>>. Acesso em: 18 jun. 2017.

BIANCHI, Siva Alves. **Qualidade do Lugar nas Instituições de Longa Permanência para Idosos — Contribuições Projetuais para Edificações na Cidade do Rio de Janeiro**. Tese (Doutorado Ciências em Arquitetura) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://docplayer.com.br/10259444-Qualidade-do-lugar-nas-instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos-contribuicoes-projetuais-para-edificacoes-na-cidade-do-rio-de-janeiro.html>>. Acesso em: 21 mai. 2017.

BORN, Tomiko (Org.). **Cuidar Melhor e Evitar a Violência: Manual do Cuidador da Pessoa Idosa**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Subsecretaria de Promoção e Defesa dos Direitos Humanos, 2008. 330 p. 30 cm. Disponível em:

<<http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-idosa/legislacao/pdf/manual-do-cuidadora-da-pessoa-idosa>>. Acesso em: 14 jan. 2017.

BRANDÃO, Vera. **Memória autobiográfica - reflexões**. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (Org.). Velhice envelhecimento complex(idade). São Paulo: Vetor, 2005. p. 155-184.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm>. Acesso em: 21 jan. 2017.

BRASIL. **Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996**. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 3 de julho de 1996, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D1948.htm>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10.741.htm>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 13 jan. 2017.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social, Secretaria de Estado de Assistência Social. **Portaria SEAS n. 73 de 10 de maio de 2001**. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/10/servicos--de-atencao-ao-idoso.pdf>>. Acesso em: 13 jun. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **História e evolução dos hospitais**. In:_____. História e evolução dos hospitais. Ed. 1965. Rio de Janeiro: 1944. Cap. 1, p. 1- 47.

CIELO, Patrícia Fortes Lopes Donzele; VAZ, Elizabete Ribeiro de Carvalho. **A legislação brasileira e o idoso**. Revista CEPPG. Ano XII, n. 21, p. 33-46, 2º semestre 2009.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO. **Texto base da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa – RENADI**. Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, 1, 2006, Brasília. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/1a-conferencia/3-texto-base-i_-cndpi-renadi-2006>. Acesso em: 04 fev. 2017.

CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO. **Texto base da II Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: Avaliação da Rede Nacional de Proteção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa: Avanços e Desafios**. Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, 2, 2009, Brasília. Disponível em: < <http://www.sdh.gov.br/sobre/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-do-Idoso-CNDI/conferencias/2a-conferencia/5-texto-base-da-ii-cndpi-2008>>. Acesso em: 04 fev. 2017.

CONCONE, Maria Helena Villas Boas. **O corpo: cultura e natureza. Pensando a velhice.** In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (Org.). Velhice envelhecimento complex(idade). São Paulo: Vetor, 2005. p. 131-144.

EM JUÍZ de Fora, idosos e crianças são principais vítimas de atropelamentos. G1 Zona da Mata, 13 fev. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2017/02/em-juiz-de-fora-idosos-e-criancas-sao-principais-vitimas-de-atropelamentos.html>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

FALEIROS, Vicente de Paula. Assistência social à pessoa idosa. In: CONSELHO NACIONAL DOS DIREITOS DO IDOSO. **Anais da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa: construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa – RENADI.** Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, 1, 2006, Brasília, p. 190-193.

FECHINE, Basílio Rommel Almeida, TROMPIERI, Nicolino. **Processo de envelhecimento: as principais alterações que acontecem com o idoso com o passar dos anos.** Revista Científica Internacional. Ed. 20, vol. 1, art. 7, jan./mar. 2012. Disponível em: <<http://www.interscienceplace.org/isp/index.php/isp/article/view/196>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

HAZIN, Márcia Maria Vieira. **Os espaços residenciais na percepção dos idosos ativos.** Dissertação (Mestrado em Design) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2012. Disponível em: <http://repositorio.ufpe.br:8080/bitstream/handle/123456789/3575/arquivo9641_1.pdf?sequence=1>. Acesso em: 24 jun. 2017.

INSTITUIÇÕES que prestam serviços para idosos em Juiz de Fora são certificadas por conselho. G1 Zona da Mata, 16 mai. 2017. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/instituicoes-que-prestam-servicos-para-idosos-em-juiz-de-fora-sao-certificadas-por-conselho.ghtml>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2010. **Esperança de vida ao nascer (em anos) – Brasil – 2000 a 2015.** 1 gráfico. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/esperancas-de-vida-ao-nascer.html>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2014. **Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil.** 25 tabelas. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/perfilidoso/>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2008. **Projeção da população.** IBGE, 2008. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/projecao_da_populacao/2008/piramide/piramide.shtm>. Acesso em: 26 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2002. **Taxa de fecundidade no Brasil – 1940/2000.** 1 gráfico. Disponível em:

<<http://teen.ibge.gov.br/pt/biblioteca/livros-on-line/274-teen/mao-na-roda/1726-fecundidade-natalidade-e-mortalidade>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2013a. **Taxa de fecundidade total - Brasil - 2000 a 2015**. 1 gráfico. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-de-fecundidade-total.html>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. IBGE, 2013b. **Taxa de mortalidade no Brasil - 1940/ 1999**. 1 gráfico. Disponível em: <<http://brasilemsintese.ibge.gov.br/populacao/taxas-brutas-de-mortalidade.html>>. Acesso em: 26 fev. 2017.

JUIZ de Fora está entre cidades com mais qualidade de vida para idosos. G1 Zona da Mata, 22 nov. 2013. Disponível em: <<http://g1.globo.com/mg/zona-da-mata/noticia/2013/11/juiz-de-fora-esta-entre-cidades-com-mais-qualidade-de-vida-para-idosos.html>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora, 2016a. **História da cidade**. Disponível em: <<https://www.pjf.mg.gov.br/cidade/historia.php>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

JUIZ DE FORA. Prefeitura de Juiz de Fora, 2016b. **População**. Disponível em: <<https://pjf.mg.gov.br/cidade/populacao.php>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

MERCADANTE, Elizabeth Frohlich. **Velhice: uma questão complexa**. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (Org.). *Velhice envelhecimento complex(idade)*. São Paulo: Vetor, 2005. p. 23-34.

MOLINA, Flávia; BRAIDA, Frederico; ABDALLA, José Gustavo. **A contribuição da ergonomia no estudo da prevenção de risco de queda de idosos em ambientes domiciliares**. XV Congresso Internacional de Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Humano-Tecnologia: Produto, Informações, Ambientes Construídos e Transportes, XV Congresso Internacional de Ergonomia e Usabilidade de Interfaces Humano-Computador. Vol. 2, n. 1, 2015. Disponível em: <<http://www.proceedings.blucher.com.br/article-details/a-contribuio-da-ergonomia-no-estudo-da-preveno-de-risco-de-queda-de-idosos-em-ambientes-domiciliares-18980>>. Acesso em: 24 jun. 2017.

MURTA, Nadja Maria Gomes; Karsch, Ursula Margarida. **A velhice ao olhar da Equipe de Saúde da Família em Diamantina/MG**. In: CÔRTE, Beltrina; MERCADANTE, Elizabeth Frohlich; ARCURI, Irene Gaeta (Org.). *Velhice envelhecimento complex(idade)*. São Paulo: Vetor, 2005. p. 279-304.

NETTO, Matheus Papaléo. **O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos**. In: FREITAS, Elizabete Viana de. et al. *Tratado de Geriatria e Gerontologia*. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 1, p. 2-12.

OKAMOTO, Jun. **Percepção Ambiental**. In:_____. *Percepção ambiental e comportamento*. 1 ed. São Paulo: Mackenzie, 2002, cap. 4, p. 109-244.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **A society for all age's honours traditional leadership role of elders, secretary-general says, opening international year o folder persons**. Meetings coverage and press realises, out.

1998. Disponível em: <<http://www.un.org/press/en/1998/19981001.sgsm6728.html>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, 1., 1982, Viena. **Viena International Plan of Action on Ageing**, Nova York: Nações Unidas, 1983. Disponível em: <<http://www.un.org/en/events/elderabuse/pdf/vipaa.pdf>>. Acesso em: 21 jan. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 1948. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. Brasília: UNESCO, 1998. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/cidadania-e-justica/2009/11/declaracao-universal-dos-direitos-humanos-garante-igualdade-social>>. Acesso em: 07 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Discriminação afeta saúde física e mental de idosos, diz OMS**. set. 2016. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/discriminacao-afeta-saude-fisica-e-mental-de-idosos-diz-oms/>>. Acesso em: 13 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ageing and health**, set. 2015a. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/en/>>. Acesso em: 12 mar. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Tradução Suzana Gontijo. Revisão em português Janaina Caldeira. Capa e Projeto Gráfico Fabiano Camilo. 1.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Disponível em: <http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2014/11/envelhecimento_ativo.pdf>. Acesso em: 13 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global: a cidade amiga do idoso**. 2008. 66p. Disponível em: <<http://www.who.int/ageing/GuiaAFCPortuguese.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Resumo: relatório mundial de envelhecimento e saúde**. Capa Rose Wiley. 2015b. 28p.: il. Disponível em: <<http://sbgg.org.br/wp-content/uploads/2015/10/OMS-ENVELHECIMENTO-2015-port.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2017.

PERRANI, Mônica Rodrigues. **Planejamento e adaptação do ambiente para pessoas idosas**. In: FREITAS, Elizabete Viana de. et al. Tratado de Geriatria e Gerontologia. 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006, cap. 120, p. 1142-1151.

PILON, José Aguilár. **Sistema de informação ao usuário do transporte coletivo por ônibus na cidade de Vitória-ES**. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Departamento de Pesquisa e Pós-Graduação, Universidade Tecnológica Federal do Paraná, Ponta Grossa, 2009. Disponível em: <<http://www.pg.utfpr.edu.br/dirppg/ppgep/dissertacoes/arquivos/107/Dissertacao.pdf>>. Acesso em: 21 jun. 2017.

PISTORI, Cássia Regina Amadeo Tamburrino; FERRÃO, André Munhoz de Argollo. **Recomendações para o projeto de ambientes adequados ao uso da população idosa**. I Conferência Latino-Americana de construção sustentável, X Encontro Nacional de Tecnologia do Ambiente Construído, São Paulo, 18-21 junho 2004.

Disponível em:
<ftp://ip20017719.eng.ufjf.br/Public/AnaisEventosCientificos/ENTAC_2004/trabalhos/PAP0662d.pdf>. Acesso em: 25 jun. 2017.

QUEVEDO, Ana María Funegra. **Residência para idosos: critérios de projeto**. Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção de mestre em Arquitetura – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/1695>>. Acesso em: 9 abr. 2017.

RIOLINO, Bárbara. **Como é envelhecer em Juiz de Fora?** Tribuna de Minas, Juiz de Fora, 09 ago. 2015. Disponível em: <<http://www.tribunademinas.com.br/como-e-envelhecer-em-juiz-de-fora/>>. Acesso em: 03 jun. 2017.

RODRIGUES, Nara da Costa. **Política Nacional do Idoso – retrospectiva histórica**. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, Porto Alegre, v.3, p. 149-158, 2001.

SANTOS, Claudia Rodrigues de Souza. **O idoso no Brasil: da velhice desamparada à velhice dos direitos?** Rio de Janeiro: UCAM, 2007.

SILVA, Andresa Lourenço da. **Breve discussão sobre o conceito de cidade média**. Geoinf: Revista do Programa de Pós-Graduação em Geografia. Maringá, v. 5, n. 1, p. 58-76, 2013. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/Geoinf/article/view/19983>>. Acesso em: 27 jun. 2017.

SILVA, Kleber Pinto. **A ideia de função para a arquitetura: o hospital e o século XVIII – parte 1/6**. Vitruvius, arquitextos, 009.05, ano 01, fev. 2001.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Desenvolvimento Social. **Guia de Orientações Técnicas Centro de Convivência do Idoso**. São Paulo: Secretaria de Desenvolvimento Social, 2014. 22 p. Disponível em: <<http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/a2sitebox/arquivos/documentos/657.pdf>>. Acesso em: 10 abr. 2017.

UFJF. Centro de Pesquisas Sociais. Pró-reitoria de Extensão. **Relatório executivo: Diagnóstico socioeconômico da população de Juiz de Fora**. Juiz de Fora, 2012.