

QUEM CUIDA DAS PESSOAS IDOSAS?

Proposta arquitetônica de um Centro de atenção diurna a pessoa idosa em Campina Grande- PB

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE - UFCG
CENTRO DE TECNOLOGIA E RECURSOS NATURAIS - CTRN
UNIDADE ACADÊMICA DE ENGENHARIA CIVIL - UAEC
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO - CAU

QUEM CUIDA DAS PESSOAS IDOSAS?

Proposta arquitetônica de um Centro de atenção diurna a pessoa idosa em
Campina Grande- PB

Lorena Ramalho Oliveira Silveira

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação em
Arquitetura e Urbanismo da Universidade Federal
de Campina Grande, apresentado como requisito
parcial para obtenção do título de Bacharel em
Arquitetura e Urbanismo.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Miriam de Farias Panet

Campina Grande, PB
2024



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
 CNPJ nº 05.055.128/0001-76

COORDENACAO DE GRADUACAO EM ARQUITETURA E URBANISMO
 Rua Aprigio Veloso, 882, - Bairro Universitario, Campina Grande/PB, CEP 58429-900
 Telefone: (83) 2101-1400
 Site: <http://ctrn.ufcg.edu.br> - E-mail: ctrn@ufcg.edu.br

DECLARAÇÃO

Processo nº 23096.059332/2024-60

O Trabalho de Conclusão de Curso “**QUEM CUIDA DAS PESSOAS IDOSAS? PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO DIURNA A PESSOA IDOSA EM CAMPINA GRANDE- PB.**”, foi defendido pela(o) aluna(o): **LORENA RAMALHO OLIVEIRA SILVEIRA**, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Bacharel em Arquitetura e Urbanismo outorgado pela Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Tecnologia e Recursos Naturais, Unidade Acadêmica de Engenharia Civil, Curso de Arquitetura e Urbanismo foi **APROVADO** em 29 de outubro de 2024.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.^(a) Dr.^(a) **MIRIAM DE FARIAS PANET** (Orientador(a))

Prof.^(a) Dr.^(a) **FÚLVIO TEIXEIRA DE BARROS PEREIRA** (Examinador(a) Interna(o))

Dra. **ZELMA MARTINS DOS SANTOS** (Examinador(a) Externo (a))

S587q

Silveira, Lorena Ramalho Oliveira.

Quem cuida das pessoas idosas? proposta arquitetônica de um centro de atenção diurna a pessoa idosa em Campina Grande-PB / Lorena Ramalho Oliveira Silveira. – Campina Grande, 2024.
 120 f. : il. color.

Monografia (Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Tecnologia e Recursos Naturais, 2024.

"Orientação: Profa. Dra. Miriam de Farias Panet".
 Referências.

1. Projeto de Arquitetura. 2. Arquitetura Inclusiva – Pessoa Idosa.
 3. Centro-DIA – Arquitetura. I. Panet, Miriam de Farias. II. Título.

CDU 72.012.1(04)

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA BIBLIOTECÁRIA SEVERINA SUELI DA SILVA OLIVEIRA CRB-15/225



Documento assinado eletronicamente por **MIRIAM DE FARIAS PANET, PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 29/10/2024, às 12:20, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



Documento assinado eletronicamente por **FULVIO TEIXEIRA DE BARROS PEREIRA, PROFESSOR(A) DO MAGISTERIO SUPERIOR**, em 29/10/2024, às 14:06, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 8º, caput, da [Portaria SEI nº 002, de 25 de outubro de 2018](#).



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <https://sei.ufcg.edu.br/autenticidade>, informando o código verificador **4946998** e o código CRC **E1F74E93**.

As minhas avós Socorro (*in memorian*) e Rita (*in memorian*) que me ensinaram o valor do cuidado e do carinho.

Aos meus avôs Oliveira e Chagas (*in memorian*) que me ensinaram a importância da perseverança.

AGRADECIMENTOS

Aqui deixo meus sinceros agradecimentos aos meus pais, por todo os ensinamentos, apoio infinito e que ao longo da minha vida sempre estiveram ao meu lado. Obrigada pela paciência nos momentos difíceis e por cada gesto de cuidado. Meu amor e gratidão eternos a vocês.

À minha irmã, agradeço pelos momentos compartilhados, pelas risadas e sonhos compartilhados no dia a dia. Obrigada por seu companheirismo incondicional!

Aos meus avós, os que foram e os que são exemplos vivos de fé e resiliência. Agradeço por todo o carinho que sempre me dedicaram.

Aos meus familiares, tios, tias, primos e primas, quero expressar minha gratidão por estarem sempre ao meu lado e celebrarem comigo cada passo dessa caminhada.

Aos amigos e colegas que a arquitetura trouxe, agradeço pelos momentos compartilhados ao longo desses cinco anos. Por todos os desafios enfrentados, noites mal dormidas e momentos de surtos, mas também pelas muitas risadas e companheirismo, que tornaram tudo mais leve.

Agradeço à professora Miriam, por sua orientação, apoio constante e confiança no meu trabalho. Sua ajuda foi essencial para que eu conseguisse chegar até aqui. E a todos os professores do curso de Arquitetura e Urbanismo da UFCG, pela contribuição a minha formação. Meus mais sinceros obrigada!

○ 2023年10月10日
2023年10月10日

(C 2023年10月10日)

RESUMO

Com o aumento do envelhecimento populacional no Brasil e no mundo, e a crescente dificuldade de inclusão das pessoas idosas na sociedade, aliada ao fato de que as funções de cuidado recaem cada vez mais sobre as famílias, as quais têm dificuldades em conciliar suas vidas profissionais com as demandas de cuidado de seus familiares mais velhos, a necessidade por serviços especializados tem aumentado significativamente. Embora a institucionalização seja uma prática comum, ela gera preocupações quanto à qualidade da infraestrutura e à perda de autonomia das pessoas idosas. Nesse contexto, os centros-dia surgem como uma alternativa, proporcionando atendimento especializado que previne o isolamento social e evita a institucionalização, aliados com os princípios do envelhecimento ativo, que busca promover a saúde, a participação social e a segurança das pessoas idosas. O presente trabalho aborda a carência de assistência humanizadas de atendimento a população idosa em Campina Grande e propõe um projeto arquitetônico, a nível de estudo preliminar, que considera aspectos de acessibilidade, conforto ambiental e flexibilidade espacial, seguindo as diretrizes do desenho universal. A metodologia inclui revisões bibliográficas sobre o envelhecimento e normas técnicas, além da análise de projetos correlatos e das condicionantes pré-projetuais. A proposta final prioriza espaços que favorecem o convívio social e o conforto térmico, contribuindo para a autonomia e a qualidade de vida dos usuários, com ênfase em envelhecimento ativo, arquitetura inclusiva e humanizada. O projeto visa criar ambientes que promovam autonomia, bem-estar e integração social das pessoas idosas, estimulando a interação intergeracional e a inclusão social.



Projeto de arquitetura; centro-dia; arquitetura inclusiva, pessoa idosa.

ABSTRACT

With the growing aging population in Brazil and worldwide, and the increasing difficulty of integrating elderly people into society, coupled with the fact that caregiving responsibilities are increasingly falling on families, who struggle to balance their professional lives with the demands of caring for their elderly relatives, the need for specialized services has significantly increased. Although institutionalization is a common practice, it raises concerns about the quality of infrastructure and the loss of autonomy for elderly individuals. In this context, day-care centers emerge as an alternative, offering specialized care that prevents social isolation and avoids institutionalization, in alignment with the principles of active aging, which aim to promote health, social participation, and safety for the elderly. This study addresses the lack of humanized care services for the elderly population in Campina Grande and proposes a preliminary architectural design that considers aspects of accessibility, environmental comfort, and spatial flexibility, following the guidelines of universal design. The methodology includes bibliographic reviews on aging and technical standards, as well as the analysis of related projects and pre-design conditions. The final proposal prioritizes spaces that foster social interaction and thermal comfort, contributing to the autonomy and quality of life of users, with an emphasis on active aging, inclusive, and humanized architecture. The project aims to create environments that promote autonomy, well-being, and social integration of the elderly, stimulating intergenerational interaction and social inclusion.



Architectural project; day center; inclusive architecture; elderly people.

LISTAS

FIGURAS

Figura 1 - Pirâmide etária da população residente no Brasil (%) 2010 e 2022.....	31
Figura 2 - Centro de Atencion Diurno Del Adulto Mayor.....	45
Figura 3 - Planta baixa setorizada.....	47
Figura 4 - Entrada demarcada pela cobertura.....	46
Figura 5 - Composição da fachada.....	47
Figura 6 - Disposição dos volumes.....	48
Figura 7 - Localização de serviços e equipamentos em uma distância de 500m.....	49
Figura 8 - Residência geriátrica Son Caulelles.....	50
Figura 9 - Planta baixa da tipologia individual setorizada.....	51
Figura 10 - Aspectos sensorias do dormitório.....	52
Figura 11 - Planta baixa do térreo setorizada.....	53
Figura 12 - Planta baixa do subsolo setorizada.....	53
Figura 13 - Planta baixa do 1º pavimento setorizada.....	54
Figura 14 - Módulos de dormitórios.....	55
Figura 15 - Demarcação da entrada principal.....	55
Figura 16 - Elementos construtivos internos.....	56
Figura 17 - Composição da fachada.....	57
Figura 18 - Acessos.....	58
Figura 19 - Localização de serviços e equipamentos em uma distância de 500m.....	59
Figura 20 - Hospital Sarah Kubitschek.....	60
Figura 21 - Planta baixa do térreo setorizada.....	61
Figura 24 - Galerias semienterrada.....	62
Figura 25 - Esquema de ventilação.....	62
Figura 26 - Integração dos jardins com as áreas internas e iluminação natural através de sheds.....	63
Figura 27 - Painéis artísticos na fachada principal.....	64
Figura 28 - Localização de serviços e equipamentos em uma distância de 500m.....	65
Figura 29 - Localização da área.....	66
Figura 30 - Distribuição da População Idosa Acima de 60 Anos por Setores Censitários em Campina Grande em 2022.....	67
Figura 31 - Localização do terreno no bairro da Bela Vista.....	68
Figura 32 - Mapa de uso do solo e principais equipamentos.....	69
Figura 33 - Mapa de hierarquia viária e pontos de ônibus.....	70
Figura 34 - Vista via satélite da área de estudo.....	71
Figura 35 - Estudo de condicionantes físico-ambientais do terreno.....	73

Figura 36 - Evolução do partido forma.....	85
Figura 37 - Implantação da proposta.....	86
Figura 38 - Organização espacial.....	88
Figura 39 - Acesso e fluxos.....	90
Figura 40 - Demarcação do acesso, fachada nordeste.....	92
Figura 41 - Demarcação do acesso, fachada noroeste.....	93
Figura 42 - Pátio central interno.....	94
Figura 43 - Diferenças de nível no pátio central da edificação.....	96
Figura 44 - Permeabilidade visual por meio das esquadrias de vidro.....	98
Figura 45 - Sombreamento das aberturas.....	100
Figura 46 - Espaços de atividade ao ar livre, próximo a setor de saúde e biblioteca.....	101
Figura 47 - Espaços de atividade ao ar livre, próximo as salas de atividades coletivas.....	101
Figura 48 - Uso de cores para orientabilidade.....	102
Figura 49 - Espaços de convivência.....	104
Figura 50 - Acessibilidade nos espaços, setor de saúde.....	104
Figura 51 - Espaços de convivência.....	105
Figura 52 - Perspectiva da fachada nordeste.....	106
Figura 53 - Perspectiva do acesso de serviço.....	106
Figura 54 - Perspectiva da fachada sudoeste.....	107
Figura 55 - Perspectiva da fachada noroeste.....	107
Figura 56 - Relação da edificação com a praça pública.....	108
Figura 57 - Vista aérea do conjunto arquitetônico, destacando os acessos norte.....	108
Figura 58 - Vista aérea do conjunto arquitetônico, destacando os acessos sul e a praça pública.....	109
Figura 59 - Vista aérea do conjunto arquitetônico, destacando a entrada principal e as áreas livres.....	109

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Índice de envelhecimento (parâmetro: 60 anos ou mais de idade), segundo as Grandes Regiões - 2010/2022.....	33
Gráfico 2 - Temperaturas médias e zona de conforto de Campina Grande.....	72
Gráfico 3 - Rosa dos Ventos de Campina Grande.....	73

TABELAS

Tabela 1 - Proporção da população residente por grupos etários específicos - Brasil - 1980/2022.....	32
Tabela 2 - Pré dimensionamento do programa de necessidades para atendimento de 20 pessoas/dia.....	39

QUADROS

Quadro 1 - Escalas de análise com os indicadores.	24
Quadro 2 - Recomendações projetuais.	40
Quadro 3 - Soluções projetuais dos estudos correlatos.	66
Quadro 4 - Distâncias de equipamentos.	69
Quadro 5 - Parâmetros Urbanísticos para Zona de Recuperação Urbana.	74
Quadro 6 - Programa de necessidades e pré dimensionamento.	76

ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
AD	Atividades de Vida Diária
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPIII	Instituições de Longa Permanência para Idosos
INMET	Instituto Nacional de Meteorologia
NBR	Norma Brasileira
OMS	Organização Mundial de Saúde
PB	Paraíba
PNI	Política Nacional do Idoso
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	19
Objetivos	22
Metodologia	22
CAPÍTULO 01 - ENVELHECER E NOSSO FUTURO	27
1.1 Quem são as pessoas idosas?	28
1.2. O panorama da velhice no Brasil.....	31
1.3. Como deveriam viver as pessoas idosas?	34
1.4. Arquitetura para terceira idade: tipologias de equipamentos	36
1.5. Requisitos projetuais	39
CAPÍTULO 02 - ESTUDOS PRÉ-PROJETUAIS	43
2.1. Estudo de correlatos	44
2.1.1. Centro de atención diurno del adulto mayor	45
2.1.2. Residência Son Caulelles	50
2.1.3. Hospital Sarah Kubistchek - Unidade Salvador	60
2.2 Análise do entorno	66
2.3. Condicionantes físico-ambientais	70
2.4. Condicionantes legais	74
2.5. Programa de necessidades	74
2.6. Diretrizes projetuais	78
CAPÍTULO 03 - O PROJETO	81
3.1. Conceito	82
3.2. Partido formal	83
3.3. Implantação	86
3.4. Organização espacial	88
3.5. Aspectos construtivos	91
3.6. O projeto	92
CONSIDERAÇÕES FINAIS	110
Referências	112
Anexos	118
Apêndices	121

INTRODUÇÃO

No ano de 2022, as pessoas idosas representavam 13,9% da população mundial, cerca de 1,1 bilhão de pessoas idosas, e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de pessoas idosas com idade superior a 60 anos chegará a 2 bilhões até 2050. Enquanto isso – de acordo com as pesquisas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) – no Brasil, a população idosa em 2022 representava cerca de 15,6% da população total e, em 2050, estima-se que esse número crescerá para 22,71%.

Podemos dizer que: o Brasil está envelhecendo, segundo o instituto, a previsão é que a população idosa ultrapasse a população de até 15 anos de idade até 2030. Esse fenômeno reflete uma inversão da pirâmide etária – com diminuição da população jovem e o aumento do número de pessoas idosas, seguindo uma tendência observada, não somente no Brasil, mas, também, em outros países em desenvolvimento. Devido a isso, atribui-se, também, a redução das taxas de natalidade em declínio desde meados da década de 1960, com a disseminação dos métodos anticoncepcionais orais – e ao aumento da expectativa de vida.

Para os dados expostos acima, considerou-se pessoas idosas com idade acima de 60 anos, entretanto, é essencial destacar que o conceito de idoso não é uniformemente definido, havendo diferentes concepções sobre seu significado. Tanto o Estatuto da Pessoa Idosa, quanto a OMS, estabelecem como pessoa idosa todo indivíduo de idade igual ou superior a 60 anos, contudo, embora o critério cronológico seja comumente utilizado, reconhece-se que a idade cronológica não é o único fator relevante a abordar a questão do envelhecimento humano. Portanto, o processo de envelhecimento vai além de fatores cronológicos, envolvendo, também, transformações biológicas, psicológicas e sociais que afetam a percepção e a experiência do envelhecimento (BATISTA et al, 2019 apud CASTELNOU NETO, 2019).

Fomentando as discussões sobre o tema do envelhecimento, no final dos anos 1990, a OMS introduziu o conceito de envelhecimento ativo. Esse conceito caracteriza-se pela promoção da participação social contínua, da segurança e das oportunidades de saúde, com objetivo de melhorar a qualidade de vida e a participação social das pessoas mais velhas, promovendo uma visão positiva do envelhecimento, com saúde, segurança e mais participação social. Essa nova perspectiva redefine a forma que as pessoas idosas são vistas, passando de políticas baseadas nas necessidades dos mais velhos para políticas centradas no reconhecimento dos

direitos humanos das pessoas idosas, ganhando protagonismo em suas histórias. Sendo assim, envelhecer é um processo natural, e, que envolve diminuição orgânica e funcional, portanto “tornar-se idoso” não deve ser entendido como um problema, mas como uma etapa vital e que deve ser vivida com bem estar e autonomia. Com a diminuição dessas condições, é normal que as pessoas idosas necessitem de mais assistência de outras pessoas para realizar atividades cotidianas.

Dessa forma, percebe-se que o crescimento da população idosa no Brasil, e no mundo, reflete uma mudança demográfica significativa, exigindo políticas públicas e sociais que busquem integrar as pessoas idosas na sociedade. Além disso, esse cenário ressalta a importância de investimentos em infraestrutura e equipamentos públicos voltados à terceira idade, especialmente no que diz respeito ao convívio social e a promoção da saúde física.

Atualmente, sabe-se que as famílias carregam o peso da responsabilidade pelos cuidados das pessoas idosas, uma tarefa que nem sempre podem enfrentar sozinhos. Isso se deve a diversos fatores, como a crescente participação das mulheres no mercado de trabalho, dificuldades econômicas ou necessidades de apoio emocional. Diante desse cenário, as famílias buscam formas alternativas de assistência às pessoas idosas, como os centros de cuidado diurno ou as Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPI's. De acordo com a RDC nº 502/2021 (que dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial), as ILPI's são instituições de natureza residencial, que podem ser governamentais ou privadas, destinadas a acomodar pessoas com 60 anos ou mais, garantindo-lhes condições de liberdade, dignidade e plena cidadania.

As ILPI's representam modalidade mais antiga e tradicional de cuidado para pessoas idosas no Brasil e frequentemente são associadas a um modelo asilar, o que traz consigo uma conotação negativa. Essas instituições, muitas vezes, acarretam uma série de desvantagens para as pessoas idosas, como o isolamento da sua rotina e vida diária, afastando-os de seu ambiente familiar e comunitário. Além disso, podem gerar uma perda de autonomia, tanto física, quanto mental, e do senso de identidade e pertencimento para seus residentes.

O aumento da demanda dessas instituições asilares levanta discussões sobre as precárias condições de infraestrutura oferecidas, especialmente em termos de acessibilidade e qualidade das instalações. Isso levanta questionamentos sobre a infraestrutura operacional dessas instituições. Até que ponto estão adequadas e preparadas para atender às necessidades físicas e motoras das pessoas idosas? Quantas delas são estruturas projetadas especificamente para esse propósito? E quantas são adaptações de edifícios antigos, de caráter residencial ou similar, cuja estrutura pode ou não atender plenamente às demandas das pessoas idosas?

Tais fatos destacam a importância de se refletir sobre os novos papéis que as instituições dedicadas ao cuidado de pessoas idosas devem desempenhar. Não se trata apenas de reduzir os danos ocasionados pelo isolamento social e a redução de autonomia nas ILPI's, mas também de promover a qualidade de vida dos usuários. Nesse contexto, revela-se a necessidade de buscar por diferentes alternativas para o atendimento e cuidado de pessoas idosas, que ofereçam serviços de assistência integral às suas necessidades básicas de saúde e que possam ser espaço de acolhimento, promovendo a sua autonomia, identidade e o senso de pertencimento junto à comunidade e à família.

Em contraste ao modelo asilar das ILPI's, a Lei nº 8.842/94 - que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (PNI) - enfatiza a priorização do cuidado às pessoas idosas por meio de suas famílias. Dentro dessa perspectiva, foi proposto o modelo de assistência para pessoas idosas na modalidade não-asilar, como os Centros de convivência e Centro-Dia, selecionado como objeto de estudo do presente trabalho. Assim, o Centro Dia torna-se uma alternativa pública que fornece atendimento especializados a pessoas idosas e com deficiência que requerem assistência. Focando em promover a socialização e prevenir o isolamento social e o abandono, além do desenvolvimento de ações voltadas à promoção da saúde. Essa modalidade permite, então, que a pessoa idosa mantenha conexão com o seu núcleo familiar e comunitário, estimulando a autonomia e senso de pertencimento.

A cidade de Campina Grande, situada no agreste paraibano, abriga uma população de aproximadamente 419.379 habitantes, segundo dados do censo demográfico realizado pelo IBGE em 2022. O crescimento da população idosa também é uma tendência observada, visto que, em 2010, a cidade contava com cerca de 42.759 mil pessoas idosas, representando 11,1% da população total. Já em 2022, essa proporção aumentou para 14,9%, o que equivale a aproximadamente 62.827 pessoas idosas. Com o evidente aumento da população idosa, a demanda por instalações especializadas e humanizadas para atender exclusivamente a esse grupo tem crescido na cidade.

Nesse contexto, a arquitetura desempenha um papel crucial na concepção de espaços que atendam às necessidades específicas das pessoas idosas, promovendo conforto e bem-estar. Projetar para a terceira idade significa criar espaços mais inclusivos e menos limitadores, o que requer um planejamento mais consciente das necessidades dos usuários e um compromisso com o bem estar de todos, beneficiando não somente a população idosa, mas a sociedade como um todo (SIMÕES NETO; BALIEIRO, 2023).

O presente trabalho tem como foco o envelhecimento e espaços dedicados à terceira idade, visando compreender as necessidades desse público e propor soluções para espaços dignos que contribuam para um envelhecimento ativo e saudável. Para isso, propõe-se um projeto

arquitetônico, a nível de estudo preliminar, de um Centro Dia destinado a população idosa na cidade de Campina Grande/PB, com o objetivo de oferecer ambiente acolhedor que favoreça o convívio e as interações sociais, além de oferecer experiências que fortaleçam a independência e o senso de pertencimento.

OBJETIVOS

Desenvolver estudo preliminar arquitetônico para centro-dia dedicado ao cuidado e atenção diurna de pessoas idosas em Campina Grande - PB, buscando contribuir com um envelhecimento ativo com melhor qualidade de vida dos usuários por meio de uma arquitetura inclusiva e humanizada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste trabalho são:

- a) Priorizar espaços de acolhimento e convívio social multigeracionais, visando estimular a autonomia e fortalecer o senso de pertencimento e comunidade entre as pessoas idosas;
- b) Desenvolver espaços que considerem as limitações e necessidades da pessoa idosa, promovendo independência e bem-estar;
- c) Considerar o desenho universal nas soluções arquitetônicas para garantir a acessibilidade, mobilidade e o conforto de todos os usuários.

METODOLOGIA

Essa pesquisa consiste em proposta arquitetônica para centro de atenção diurna destinado a pessoas idosas em Campina Grande/PB. Busca-se compreender os desafios do envelhecimento, incluindo limitações motoras, físicas e sociais, a fim de identificar as necessidades desse grupo e propor soluções projetuais adequadas, com enfoque especial para questões de acessibilidade e ergonomia dos espaços. Sendo assim, o trabalho assume caráter de pesquisa propositiva, por se tratar de uma proposta arquitetônica como produto final, e enfoque qualitativo, com o intuito de realizar breve análise e contextualização do processo de envelhecimento.

Assim, a revisão da literatura desempenha um papel essencial para a fundamentação do estudo, visto que possibilita o entendimento dos fatores e características do envelhecimento, o que é vital para definir as necessidades e demandas específicas da terceira idade. Para essa

pesquisa, serão realizados levantamentos de estudos teóricos e bibliográficos com enfoque na arquitetura para terceira idade e o processo de envelhecimento, utilizando-se de artigos, teses, dissertações, livros, em bases e bibliotecas digitais (Biblioteca Nacional de Tese e Dissertações (Google Academy, Periódico Capes, Scielo e Repositórios).

A pesquisa documental, por sua vez, servirá como um recurso técnico e normativo adicional para ampliar o conhecimento sobre estudos relacionados à acessibilidade e ao funcionamento dos serviços de atenção à população idosa. Serão levantados e analisados documentos, normas e legislações direcionadas às pessoas idosas, tais como: NBR 9050 (Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos); Portaria N°73/2001 (Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil); RDC n°502/2021 (Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial); Lei n° 10.741/2003 (Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa) e a Lei n°8.842/1994 (Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências). A partir desses documentos, serão identificadas informações relevantes sobre as técnicas e requisitos projetuais para a proposta.

Além disso, será realizado o levantamento de dados demográficos e pesquisas estatísticas conduzidas pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), a fim de compreender o processo de crescimento da população idosa e a importância da demanda por instalações voltadas para seus cuidados e bem-estar.

Como etapa seguinte, será realizada análise de projetos correlatos a fim de identificar estratégias projetuais em arquiteturas similares. Nessa etapa, as referências utilizadas para análise dos projetos correlatos serão: o conceito do Quatemo Contemporâneo, concebido por ARAVENA; MAHFUZ (2004); e o método gráfico de análise projetual de ILPI's, desenvolvido por PANET; TEJO; SOUZA (2023).

Sendo assim, o Quatemo Contemporâneo é composto por três condições internas ao problema projetual (o lugar, a construção e o programa) e uma condição externa (estruturas formais). Os conceitos que guiarão a análise serão os seguintes. De acordo com Aravena e Mahfuz: o Lugar pode ser entendido como o local onde a arquitetura se insere e interage com capacidade de influenciar e ser moldado pela intervenção arquitetônica; a Construção é processo fundamental que busca encontrar uma solução harmoniosa e funcional entre a estrutura física e visual; o Programa vai além de uma simples lista de espaços, abrangendo também as atividades humanas e usos ao ambiente como um todo; e, por fim, as Estruturas Formais orientam a composição e organização dos elementos arquitetônicos, proporcionando coerência e harmonia ao projeto arquitetônico.

Por sua vez, o método gráfico de análise projetual de ILPI's, desenvolvido por Panet; Tejo e

Souza (2023), divide a análise em alguns conceitos (QUADRO 1), abordando quatro escalas principais: apartamento, pavilhão, instituição e bairro/cidade. Conforme as autoras, o apartamento é considerado o espaço íntimo e de maior permanência do usuário na instituição; o pavilhão, que abrange o espaço interno da instituição, incluindo os usos e fluxos existentes; a instituição, que engloba principalmente a área externa e circundante da edificação, buscando compreender a relação edifício-lote; e o bairro/cidade, uma escala de maior dimensão, que busca compreender a integração da Instituição com a cidade.

Quadro 1 - Escalas de análise com os indicadores.

	APARTAMENTO	PAVILHÃO	INSTITUIÇÃO	BAIRRO/CIDADE
INDICADORES	Territorialidade; Privacidade e proximidade; Estímulos sensoriais; Flexibilidade; Acessibilidade; Conforto ambiental.	Orientabilidade; Acessibilidade; Territorialidade; Construção; Programa; Estruturas formais.	Orientabilidade; Acessibilidade; Territorialidade; Lugar.	Orientabilidade; Acessibilidade.

Fonte: PANET; TEJO; SOUZA (2023), modificada pela autora.

A última etapa da metodologia consiste no desenvolvimento da proposta arquitetônica, a nível de estudo preliminar, de um centro-dia na cidade de Campina Grande/PB. Esta proposta apontará soluções técnicas, espaciais e formais adotadas a partir das diretrizes estabelecidas e de acordo com as normas e recomendações técnicas mencionadas anteriormente. A etapa inclui os estudos pré-projetuais, como análise e diagnóstico do terreno e seu entorno, definição do programa de necessidades e diretrizes, e a elaboração da proposta projetual, que envolve a definição do conceito e do partido formal, bem como a implantação e o projeto arquitetônico.

ENVELHECER É O NOSSO FUTURO

Por acaso me surpreendo no espelho:
quem é esse que me olha e é tão mais velho do que eu?

Que me importa! Eu sou, ainda,
aquele mesmo menino teimoso de sempre.

Que ainda, nas ruas,
sorri para as crianças e me encanta
com o sabor das frutas maduras.

Ah, se eu pudesse!
Com as luzes do meu velho coração
contar estrelas e contar as penas
das aves e as flores das árvores
que já me foram, um dia, tão mais
do que só lamentos e retratos!

E o tempo não passa,
a vida se transforma em espelhos,
mas eu, em verdade, sou o mesmo
menino que foi.

E ao olhar para trás,
com as mãos envelhecidas,
eu vejo que as rugas não são marcas de dor,
mas de todas as alegrias
que, um dia, vivemos juntos.

1.1. QUEM SÃO AS PESSOAS IDOSAS?

O entendimento da velhice e do processo de envelhecimento ainda não são compreendidos em sua totalidade, pois sua definição não é uniforme em todas as culturas e contextos sociais. Esse é um processo complexo e subjetivo a cada indivíduo, assim, quando comparada a outras fases da vida, o “tornar-se velho” traz consigo inúmeras questões a serem exploradas e respondidas (OLIVEIRA et al, 2006 apud ALMEIDA e LOURENÇO, 2009).

A princípio, ao longo da história, as fases comuns da vida – infância, maturidade e velhice – foram sujeitas a diferentes interpretações, influenciadas especialmente pelo contexto sócio-histórico e pelas dinâmicas das relações sociais. Tais mudanças na forma de compreender e determinar essas etapas refletem as transformações culturais e sociais ao longo do tempo, trazendo novas perspectivas sobre as etapas da vida, que distinguem as diferentes épocas passadas, como a idade baseada em gerações, a idade cronológica ou o nível de maturidade (UJIKAWA, 2010).

O estudo conduzido por Ujikawa (2010) visa compreender a evolução da concepção de velhice e da pessoa idosa. Segundo a autora, durante a época Pré-Moderna, as diferentes fases da vida eram definidas pela família através das gerações, distinguindo a infância, a vida adulta e a velhice. Em contrapartida, na Modernidade, Ujikawa relata o acréscimo da idade cronológica associada ao conceito de gerações, uma vez que o Estado buscou estabelecer padrões para etapas da vida com base em uma idade específica, como forma de definir a maioria ou receber a aposentadoria, por exemplo. Por fim, a autora destaca a tendência da era Pós-Moderna de abordar a velhice com base na experiência individual, no qual cada um é responsável por suas próprias decisões ao longo da vida, o que tem impacto direto no “sucesso” ou “fracasso” em seu próprio processo de envelhecimento.

Em 2005, a OMS publicou propostas para um envelhecimento bem-sucedido, abordando os desafios a serem enfrentados para os fatores determinantes do envelhecimento. Nessa perspectiva, o envelhecimento bem-sucedido pode ser caracterizado pela autonomia, independência e participação ativa na sociedade por parte das pessoas idosas, ao mesmo tempo em que desfrutam de boa saúde física e mental. Essa visão destaca que o sucesso no envelhecimento está ligado à presença de amor, autocuidado, bons hábitos e relacionamentos sociais saudáveis à medida em que o ser humano envelhece. Dessa forma, o envelhecimento bem-sucedido se caracteriza pela qualidade de vida alcançada na terceira idade, promovendo o bem-estar e a felicidade mesmo diante dos desafios naturais do processo de envelhecimento. (OMS, 2005; BARBOSA, 2008; UJIKAWA, 2010).

Atualmente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define como pessoa idosa todo

indivíduo de idade igual ou superior a 60 anos – para países em desenvolvimento. No entanto, embora seja amplamente adotado, reconhece-se que os fatores cronológicos e geracionais não são os únicos fatores relevantes ao abordar a questão do envelhecimento humano. Estudiosos como Paschoal (1996), Batista (2019) e Dias (2007) destacam que o envelhecimento é um processo multifatorial, que varia entre cada indivíduo, sendo fundamental considerar, também, as condições biológicas, psicológicas e sociais que influenciam a percepção e a vivência do envelhecimento. Portanto, compreender a natureza desses aspectos torna-se essencial para um melhor entendimento do envelhecimento humano.

Segundo Paschoal (1996), citado por Souza (2023), o envelhecimento pode ser caracterizado em seis dimensões distintas: a biológica, relacionada ao processo natural da vida humana; a social, influenciada pelo contexto cultural, profissional e econômico do indivíduo; a intelectual, que refere-se aos aspectos cognitivos e mentais que podem ser afetados à medida que uma pessoa envelhece; a econômica, que refere-se à mudança no status financeiro do indivíduo que deixa de ser economicamente ativo, geralmente devido à aposentadoria; a funcional, refere-se à deterioração da capacidade física e mental de uma pessoa realizar atividades cotidianas; e a cronológica, que refere-se à medida do tempo decorrido desde o nascimento de uma pessoa, amplamente utilizada em pesquisas e fins administrativos, apesar de sua imprecisão.

Com isso, percebe-se a dificuldade de estabelecer uma definição universal da velhice. Essas mudanças na concepção da velhice e do envelhecimento refletem não apenas mudanças culturais e sociais, mas também alterações nas estruturas de poder e nas relações familiares e governamentais, ou seja, é diretamente afetada pelo contexto histórico e crenças sociais em determinado período. Assim, a velhice é um processo complexo de ser entendido e segundo Almeida (2009, p. 5), citado por Almeida e Lourenço (2009):

É importante destacar que a velhice não é um processo único, mas a soma de vários outros, distintos, entre si. Portanto, uma outra possível explicação para tal dificuldade em se categorizar a velhice consiste no fato em que ela não é um estado, mas um constante e sempre inacabado processo de subjetivação. Portanto, pode-se dizer que na maior parte do tempo não existe um “ser velho”, mas um “ser envelhecendo”. (ALMEIDA, 2009, p. 5)

Nesse sentido, embora o aumento da expectativa de vida represente uma conquista para a população e para a ciência, ainda persiste, na sociedade contemporânea, que a ideia de “tornar-se idoso” é algo a ser evitado, apesar de ser uma etapa essencial do ciclo da vida. Esse pensamento ganha força em um cenário em que a juventude é cada vez mais idealizada, sendo sinônimo de beleza, vitalidade e produtividade, enquanto que a velhice é estigmatizada, sendo vista como uma fase de declínio e fragilidade, que trazem consigo doenças físicas e mentais e a perda da independência (COUTO et al, 2006).

Essa percepção negativa da velhice pode resultar em discriminação e preconceito contra as pessoas idosas, levando a exclusão social desse grupo, a violência, exploração financeira e até mesmo a negligência aos cuidados de saúde, violando assim seus direitos fundamentais. Por sua vez, os direitos das pessoas idosas encontram-se segurados pela Lei nº 10.741/2003 (Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências). Conforme o artigo 2º do Estatuto:

A pessoa idosa goza de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhe, por lei ou por outros meios, 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. (LEI Nº10.741, 2003)

Assim, o Estatuto da Pessoa Idosa estabelece os direitos fundamentais das pessoas idosas, com o objetivo de assegurar sua dignidade, integridade e o direito de participação na sociedade. Visa proteger as pessoas idosas contra qualquer forma de negligência, discriminação e violência, promovendo condições de vida dignas e respeito à sua autonomia e liberdade. Portanto, a velhice é uma fase natural do ciclo da vida e que traz consigo potencialidades únicas, dessa forma, é importante uma cultura que valorize e respeite as pessoas idosas, que busquem promover ambientes e espaços inclusivos que permitam a expressão de suas identidades.

Para isso, no fim dos anos 1990, a OMS introduziu o conceito de “envelhecimento ativo”, com intuito de trazer uma visão mais positiva ao envelhecimento. Sendo definido como “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” (OMS, 2005, p. 14). A política do envelhecimento ativo possui ações em três pilares básicos: saúde, uma vez que, controlados os fatores de risco – comportamentais e ambientais – relacionados a doenças crônicas e de declínio funcional, isso possibilita que os indivíduos permaneçam saudáveis, desfrutando de maior qualidade de vida; participação, que refere-se ao incentivo a inclusão das pessoas idosas nas atividades socioeconômicas, culturais e espirituais, continuando a contribuir para a sociedade enquanto envelhecem; e, por fim, a segurança, que refere-se aos direitos de proteção, dignidade e assistência às pessoas idosas que não podem mais se sustentar, contando com auxílio das famílias e comunidades.

Dessa forma, essa nova abordagem redefine a maneira com que as pessoas idosas são percebidas, uma vez que

[...] o planejamento estratégico deixa de ter um enfoque baseado nas necessidades (que considera as pessoas mais velhas como alvos passivos) e passa ter uma abordagem baseada em direitos, o que permite o reconhecimento dos direitos dos mais velhos à igualdade de oportunidades e tratamento em todos os aspectos da vida à medida que envelhecem. Essa abordagem apoia a responsabilidade dos mais velhos no exercício de sua participação nos processos políticos e em outros aspectos da vida em comunidade. (OMS, 2005, p. 15)

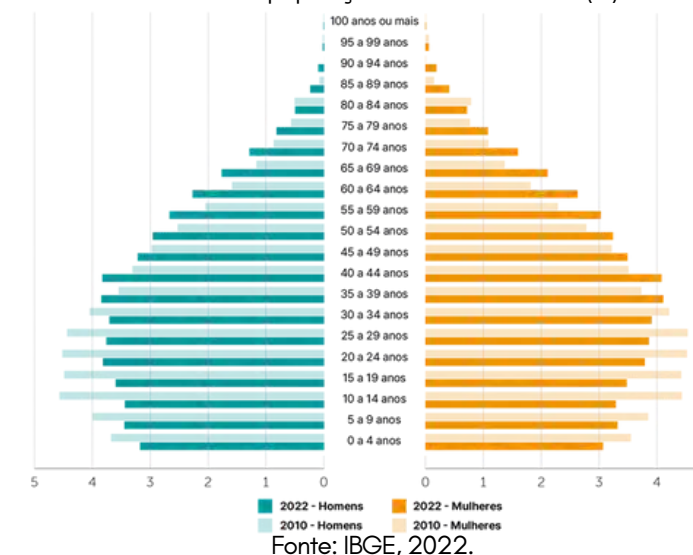
Portanto, o primeiro passo para qualquer decisão projetual e de partido é compreender as necessidades – sociais, psicológicas e funcionais – das pessoas idosas. Isso permite projetar espaços que facilitem o acesso, a permanência, o uso e apropriação por parte daqueles com dificuldades motoras e visuais, incluindo as pessoas idosas (CASTELNOU NETO, 2019). Assim, esses espaços podem se tornar locais de expressão da identidade da população idosa, fomentando a interação social multigeracional e a inclusão social.

Na velhice, as pessoas enfrentam perdas tanto no aspecto biológicas quanto no social, como a redução das habilidades físicas, cognitivas e sociais ao passar dos anos. À medida que envelhecemos, ocorrem mudanças fisiológicas no corpo, resultando na diminuição da capacidade auditiva, visual, perda de força muscular e redução da mobilidade que, muitas vezes, dificultam a realização de atividades cotidianas. Além disso, as pessoas idosas estão mais sujeitas a situações de abandono, maus tratos, perda de entes queridos, perda da autonomia, entre outras adversidades, que podem levar ao isolamento social, impactando negativamente na saúde mental e emocional, aumentando o risco de depressão e ansiedade nessa etapa da vida (SANTANA, 2012, MOSCI, 2014 apud CASTELNOU NETO, 2019). Portanto, é importante levar em conta as necessidades das pessoas idosas ao projetar espaços e serviços destinados a esse grupo.

1.2. O PANORAMA DA VELHICE NO BRASIL

O mundo está passando por notável processo de mudança na estrutura demográfica. As sociedades contemporâneas enfrentam transformação demográfica marcante: o aumento significativo da população idosa em relação aos demais grupos etários. Esse fenômeno reflete uma inversão da pirâmide etária (FIGURA 1), uma tendência observada tanto em países desenvolvidos, quanto em desenvolvimento, como é o caso do Brasil.

Figura 1 - Pirâmide etária da população residente no Brasil (%) - 2010 e 2022.



Essa mudança é principalmente influenciada pela redução das taxas de natalidade e mortalidade, juntamente ao aumento da expectativa de vida – uma conquista da humanidade. Tais fatos são impulsionados pelos progressos da medicina, da tecnologia e pela mudança nas dinâmicas familiares. Assim,

Admite-se que o envelhecimento populacional seja resultado de um sucesso obtido pelas políticas econômicas e sociais que geraram melhorias nas condições de vida das pessoas, especialmente em relação à saúde. O desafio é encontrar maneiras de se comemorar tal conquista, que é o fato de um número maior de pessoas estar vivendo mais tempo, e não permitir que esse sucesso traga a falência dos sistemas que dão suporte à vida das pessoas (CAMARANO, 2006 apud SANTANA, 2012).

Dessa forma, se não forem adotadas políticas públicas adequadas para acompanhar esse crescimento e garantir transição demográfica mais suave e equitativa, a sociedade enfrentará desafios complexos e significativos, especialmente nas esferas sociais, econômicas e políticas. Entretanto, a transição demográfica enfrentada pelo Brasil não deve ser encarada apenas como desafio, mas como possibilidade de reformar suas bases diante de nova perspectiva populacional (NICOLETI, 2023).

Conforme os dados coletados no último censo pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2022), a população brasileira atingiu a marca de 203.080.756 pessoas. Destas, a parcela correspondente às pessoas idosas – considerando pessoas com idade igual ou superior a 65 anos – representa 15,8% do total da população do país, o que é equivalente a aproximadamente 32.113.490 indivíduos, sendo 55,7% mulheres e 44,3% homens. Esse número reflete um aumento de cerca de 56% em relação ao censo realizado em 2010, no qual a porcentagem da população idosa era de 10,8% (TABELA 1).

Tabela 1 – Proporção da população residente por grupos etários específicos – Brasil – 1980/2022.

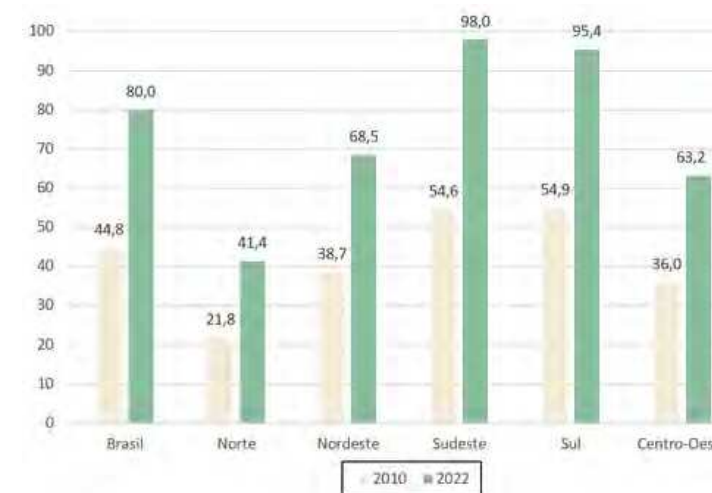
ANO	População 0-14 anos (%)	População 15-59 anos (%)	População 60 anos ou mais (%)
1980	38,2	55,6	6,1
1991	34,7	58,0	7,3
2000	29,6	61,9	8,6
2010	24,1	65,1	10,8
2022	19,8	64,4	15,8

Fonte: IBGE, 2022, p. 9.

Além do crescimento da população idosa, percebe-se também uma tendência de diminuição na proporção dos grupos mais jovens em relação à população total do país. Essa mudança ocorre, principalmente, devido à redução do número de filhos por mulher, que teve uma diminuição rápida e progressiva desde o final da década de 1960 – atribuída principalmente à disseminação dos métodos anticoncepcionais. Enquanto que, em menor medida, atribui-se também à redução da mortalidade e ao aumento da expectativa de vida de todos os grupos etários (IBGE, 2022).

Dessa forma, os dados do instituto revelam que o índice de envelhecimento – que representa a relação entre o número de pessoas idosas e a população jovem em uma determinada região – era de 44,8 em 2010. Esse índice aumentou para 80 em 2022 (GRÁFICO 1), o que significa que para cada 100 crianças de 0 a 14 anos, há, agora, 80 pessoas idosas. Portanto, quanto mais alto o valor do indicador, mais envelhecida é a população.

Gráfico 1 – Índice de envelhecimento (parâmetro: 60 anos ou mais de idade), segundo as Grandes Regiões – 2010/2022.



Fonte: IBGE, 2022, p. 9.

Segundo as projeções do IBGE (2022), a população idosa no país alcançará 22,71% da população total em 2050, assim, o Brasil está rapidamente caminhando rumo a uma estrutura demográfica cada vez mais envelhecida. Esse cenário não apenas levanta questões de natureza demográfica, mas também implicações políticas e sociais significativas. Por exemplo, a crescente demanda de políticas e recursos voltados à área da saúde, devido às condições crônicas de saúde adquiridas ao longo da vida, as quais exigem cuidados contínuos e acompanhamento especializado. (MINAYO, 2012; VERAS & OLIVEIRA, 2018 apud SOUSA et al, 2020). Dessa forma, a promoção da política do envelhecimento ativo assume um protagonismo nos debates sobre estratégias de enfrentamento do envelhecimento populacional, buscando garantir a qualidade de vida das pessoas idosas à medida em que envelhecem.

Aliado a isso, a crescente demanda por habitação e cuidados domiciliares para pessoas idosas é uma importante questão, diante do envelhecimento populacional, fato que requer soluções que sejam especialmente adaptadas às necessidades desse grupo. Visto que, à medida que a população envelhece, problemas relacionados a saúde, mobilidade e autonomia tornam-se mais frequentes, os quais podem resultar em limitações para a realização das Atividades de Vida Diária (AVD), necessitando de cuidados e assistência frequente.

Nesse contexto, surgem diversas opções de moradia e cuidados para idosos, com

características e benefícios distintos – como as ILPI's, os centro-dias, as casas lares, entre outras. Contudo, muitas pessoas idosas optam por permanecer no local que já conhecem – suas próprias residências, buscando apoio de familiares, cuidadores profissionais ou serviços de assistência diurna para auxiliar em suas atividades cotidianas. É fundamental mencionar o papel dos centros-dia, uma instituição pública que oferece alternativa viável e centrada nas necessidades das pessoas idosas e de suas famílias.

1.3. COMO DEVERIAM SER AS PESSOAS IDOSAS?

De acordo com Bestetti (2014, p. 602), a arquitetura transcende a simples construção de estruturas físicas. É a arte de satisfazer as necessidades e aspirações da sociedade, promovendo bem-estar, conforto e segurança. Ao mesmo tempo, a arquitetura tem o poder de transmitir emoções e de criar espaços que ressoam com as pessoas – além de cumprir sua função básica de abrigo. No entanto, quando o ambiente ao redor não é projetado para atender às necessidades sensoriais e funcionais dos indivíduos, a interação com o mundo torna-se desafiadora e desconfortável. Situações cotidianas que poderiam ser simples transformam-se em situações complicadas devido à presença de barreiras físicas ou estruturais, essas que poderiam ser facilmente removidas ou amenizadas (UJIKAWA, 2010). Esse cenário destaca a importância de projetar ambientes que sejam acessíveis e inclusivos para todos, promovendo interação mais harmoniosa e satisfatória com o mundo ao redor.

No Brasil, as adaptações dos espaços públicos voltadas para as pessoas idosas ainda são limitadas. Embora existam esforços para garantir acesso ao ambiente, grande parte dessas mudanças foram implementadas por políticas de acessibilidade voltadas para pessoas com deficiência física, o que, por consequência, também tem beneficiado as pessoas idosas e aqueles com mobilidade reduzida. Entretanto, as iniciativas direcionadas especificamente às necessidades das pessoas idosas ainda são escassas. Assim, muitos espaços públicos não estão completamente adequados para atender às demandas específicas dessa população – como a dificuldade de locomoção, geralmente necessitando de auxílio de cadeiras de rodas ou andadores, as dificuldades visuais e auditivas que requerem sinalização e adaptações adequadas para garantir a acessibilidade, por exemplo – como garantir segurança e proporcionar conforto (SANTANA, 2012).

As discussões sobre acessibilidade e o Desenho Universal ganham relevância no Brasil no início da década de 1980, especialmente após publicação da norma técnica de acessibilidade – a NBR 9050. Essa norma define critérios e parâmetros técnicos-projetuais para garantir a acessibilidade e inclusão de pessoas com deficiência e mobilidade reduzida com objetivo de:

[...] proporcionar a utilização de maneira autônoma, independente e segura do

ambiente, edificações, mobiliário, equipamentos urbanos e elementos à maior quantidade possível de pessoas, independentemente de idade, estatura ou limitação de mobilidade ou percepção. (ABNT, 2020 p. 15)

Abordando uma gama de aspectos projetuais, desde a criação de rampas e corrimãos até adaptações de banheiros, buscando estabelecer padrões e medidas mínimas a serem seguidas pelos projetos arquitetônicos, como forma de assegurar a acessibilidade dos espaços para todos os usuários.

Assim, a NBR 9050/2020 tornou-se referência fundamental para as mudanças e adaptações em toda a legislação, buscando promover maior inclusão social, ao mesmo tempo em que orienta tecnicamente as modificações realizadas nos ambientes construídos. Além disso, o conceito do Desenho Universal complementa essa perspectiva visto que busca criar ambientes acessíveis e utilizáveis por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação para pessoas com deficiência. Isso inclui considerar a diversidade de todo indivíduo e projetar de forma a minimizar as barreiras da inclusão, garantindo que os espaços sejam acessíveis e funcionais para todos os usuários (CARLETO; CAMBIAGHI, 2007, p. 6).

O Desenho Universal adota os sete princípios fundamentais: o uso equiparável, que possibilita que todas as pessoas usem um produto ou ambiente de forma igualitária; o uso flexível, que busca permitir a utilização de maneira equitativa a todos, independentemente de suas capacidades físicas ou cognitivas; o uso simples e intuitivo, que busca garantir que a utilização do objeto seja facilmente compreensível; a informação de fácil percepção, que assegura que o design comunique informações de forma clara e eficaz, independentemente das circunstâncias ou habilidades do usuário; a tolerância ao erro, que visa minimizar riscos de ações acidentais ou não intencionais; o baixo esforço físico, garantindo que o design seja utilizado de forma eficiente e confortável, com o mínimo de esforço; e por fim, as dimensões e espaços para aproximação e uso, que devem prover dimensões e espaços adequados para acesso, aproximação, alcance, manipulação e o uso para qualquer tipo de corpo, postura ou mobilidade dos usuários.

Dessa forma, a arquitetura serve como meio para proporcionar as transformações e adequações dos espaços destinados às pessoas idosas, com foco em questões de acessibilidade e conforto. Projetar para terceira idade requer atenção especial por parte dos arquitetos e projetistas, visto que os problemas de acessibilidade universal estão cada vez mais em destaque. Isso ressalta a importância de garantir o fácil acesso, a permanência, a facilidade de uso e apropriação do espaço para pessoas com dificuldades motoras e visuais, incluindo as pessoas idosas (CASTELNOU NETO, 2019). Assim, segundo Bestetti (2014, p. 602) “O ambiente onde estamos inseridos, seja ele construído ou não, emite estímulos que podem nos agradar ou desagradar, gerando sensação de desconforto se houver grande disparidade com os limites do nosso corpo.”

Para as pessoas idosas, o ambiente em que vivem e interagem desempenham papel crucial no seu bem-estar. Um ambiente adequado às suas necessidades não só contribui com sua qualidade de vida, mas também na preservação da sua capacidade funcional, permitindo que mantenham sua independência e autonomia para realizar as atividades diárias, ao mesmo tempo em que permanecem em contato com a comunidade que convivem, promovendo, assim, o envelhecimento ativo.

Portanto, considerando os inúmeros desafios enfrentados durante o processo de envelhecimento, especialmente os relacionados às capacidades físicas e sociais, a política de saúde do envelhecimento ativo da OMS inclui medidas para garantir ambientes seguros e adequados às necessidades das pessoas idosas. Isso envolve, a promoção de habitações sem barreiras físicas, a adaptação de prédios e transportes públicos para torná-los acessíveis às pessoas com deficiência, a criação de unidades de saúde com padrões assistenciais apropriados para os idosos, além da implementação de grupos comunitários liderados por pessoas mais velhas e o fortalecimento das relações nas sociedades tradicionais.

Percebe-se, então, que planejar para as pessoas idosas requer o entendimento de suas necessidades e restrições físicas, tornando o ambiente em que estão inseridos mais acolhedor e menos limitador, segundo Castelnou Neto (2019): “o desafio é fazer com que a pessoa mais velha, apesar de suas limitações, redescubra possibilidades de viver com qualidade”. Isso implica em garantir que os espaços públicos sejam adaptados para atender às demandas específicas dessa população, como segurança, conforto e acessibilidade. Portanto, é fundamental que haja uma abordagem inclusiva na concepção e no design desses espaços, promovendo o envelhecimento ativo e proporcionando qualidade de vida às pessoas idosas.

Assim, para a manutenção da independência e da autoestima e a continuidade da qualidade de vida na terceira idade, é fundamental que os idosos possam preservar a vivência em seus próprios lares, seja vivendo sozinhos ou na companhia de familiares [...]. Na mesma medida, o espaço urbano e as edificações devem estar aptos para permitir o uso e o acesso destes cidadãos de forma confortável e segura. A conscientização destes valores por parte dos administradores e planejadores do espaço urbano e dos projetistas e financiadores das edificações torna-se, portanto, primordial para oferecer uma qualidade de vida adequada a uma população em franco processo de envelhecimento (UJIKAWA, 2010).

1.4. ARQUITETURA PARA TERCEIRA IDADE: TIPOLOGIAS DE EQUIPAMENTOS

A crescente preocupação com o aumento da população idosa e a procura por instituições de cuidado às pessoas idosas impulsionou o desenvolvimento de espaços arquitetônicos voltados para esse público. É frequente a associação do conceito de instituições asilares ao pensar em equipamentos para a terceira idade, visto que, por muito tempo, foram essas as principais referências de espaços destinados ao cuidado de pessoas idosas.

Inicialmente, as instituições conhecidas como asilos tinham como propósito fornecer alimentação e habitação para as pessoas idosas, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade e abandono. Essas instituições eram financiadas por doações da comunidade e frequentemente associadas a instituições religiosas, que acreditavam na importância de cuidar das pessoas idosas, embora nem sempre envolvessem ativamente as próprias pessoas idosas nesse processo. Assim, esse modelo de cuidado reflete uma abordagem assistencialista, no qual a pessoa idosa é vista como receptora passiva de cuidados, sem participação ativa em suas próprias vidas ou na comunidade ao seu redor (LAFIN, 2004 apud TOMASINI; ALVES, 2007).

Segundo Souza (2023) “no Brasil, devido a este aumento de procura por serviços, as instituições asilares deixaram de ser exclusivamente uma rede de apoio de assistência social e passaram a integrar-se à rede de assistência à saúde, sendo renomeadas como ‘Instituição de Longa Permanência Para Idosos’, as chamadas ILPI’s”. Essas instituições são regulamentadas pela RDC nº 502/2021, que estabelece normas de funcionamento para garantir padrões mínimos que visam proporcionar conforto e bem-estar aos residentes, e, são definidas como “[...] instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinada a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade e dignidade e cidadania” (BRASIL, 2021 p. 2).

No entanto, as ILPI’s carregam consigo uma conotação negativa, visto que a institucionalização frequentemente acarreta uma série de prejuízos às pessoas idosas. Isso inclui o isolamento de suas rotinas e vida diária, afastando-os de seus ambientes familiares e comunitários, e, podem levar à perda de autonomia, tanto física quanto mental, e do senso de identidade e pertencimento (TOMASINI; ALVES, 2007). Além disso, é importante destacar as preocupações quanto à qualidade das infraestruturas, às condições precárias e ao atendimento deficiente nas ILPI’s.

Assim, as discussões sobre a institucionalização das pessoas idosas, incluindo questões de abandono e ruptura dos vínculos familiares e afetivos, destacam a necessidade de repensar o modelo de cuidado oferecido a esse grupo e buscar alternativas que promovam maior qualidade de vida e autonomia. Portanto, segundo Souza (2023) “uma vez que o bem-estar dos idosos está diretamente ligado à sua forma de habitar, é necessário encontrar alternativas para a assistência desse grupo que evitem a retirada dos indivíduos de seus lares e, consequentemente, essa ruptura social drástica.”

A Política Nacional do Idoso (PNI), estabelecida pela Lei nº 8.842 de 1994, propõe a implementação de modelos de assistência não-asilares, como os Centros de Convivência e os Centros-Dia. Essa abordagem prioriza o cuidado das pessoas idosas enfatizando o

envolvimento de suas famílias e comunidades no processo de assistência. Além disso, a Portaria nº 73 de 2001, define as modalidades mencionadas, bem como outras alternativas, como Casa Lar e República para pessoas idosas. Dessa forma, segundo a Portaria nº 73, tais tipologias de equipamentos para a terceira idade são definidas como:

- **Círculo** opção de cuidado que promove convivência mais próxima da pessoa idosa à comunidade em que vive, destinada a pessoas que vivem só ou distantes da família, com recursos financeiros limitados, contribuindo para sua maior participação, interação e autonomia, rompendo vínculos com as práticas assistencialistas e tutelares, assim, busca utilizar a rede de serviços locais sempre que possível;
- **Centro de Atividades** espaço destinado às pessoas idosas que têm autonomia para realizar atividades diárias e que possuem moradia própria ou vivem sob os cuidados da família. Promove atividades associativas, produtivas e promocionais, contribuindo para envelhecimento ativo e saudável, prevenção do isolamento social, socialização e aumento da renda própria;
- **Centro de Atenção Integral** programa ou local de atenção integral para pessoas idosas com carências familiares e funcionais, e que não podem ser atendidas em seus domicílios ou por serviços comunitários. Busca atender as necessidades básicas dos idosos, mantendo-os próximos à família, reforçando a segurança, autonomia, bem-estar e promovendo sua socialização;
- **Residência Coletiva** opção de residência coletiva para as pessoas independentes e com autonomia para viver sozinhas, cofinanciada com recursos da aposentadoria no qual os moradores contribuem com gastos básicos, como água, luz e aluguel.

O Centro Dia surge, então, como alternativa pública que fornece atendimento especializados a pessoas idosas e com deficiência e que requerem assistência multidisciplinar, servindo de apoio à família ou ao cuidador do idoso que muitas vezes não pode oferecer cuidados integrais.

Portanto, não deve ser pensado como local de isolamento, inviolável ao contato com a vida urbana nem como espaço de uniformização e despersonalização da vida de seus usuários, devendo ser prevista, na medida do possível, a participação dos mesmos na qualificação individualizada dos ambientes.

Além disso, o projeto do Centro-Dia deve contemplar o uso de elementos que atuem de forma positiva sobre a memória física e afetiva dos idosos e em suas relações com o novo espaço - o aprendizado desse novo espaço deve ser facilitado pela inclusão de objetos que sejam capazes de resgatar antigos hábitos, experiências e recordações e trazê-los para o cotidiano atual dos usuários (BRASIL, 2005, p. 34).

1.5. REQUISITOS PROJETUAIS

A Portaria nº 73 de 2001 dispõe sobre normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, estabelecendo parâmetros técnicos mínimos para a implementação e funcionamento dessas instituições. Essa norma busca assegurar a qualidade dessas instituições, promovendo o bem estar e saúde das pessoas idosas atendidas. Assim, para os centros-dias a norma define que:

[...] deve estar localizado dentro da malha urbana, com facilidade de acesso por transporte coletivo e, preferencialmente, próximo à rede de saúde, comércio e demais serviços da vida da cidade (posto médico, hospitais, supermercado, farmácia, padaria, centros culturais, cinemas, etc.), favorecendo a integração do idoso, independente e mesmo dependente, à comunidade do entorno (BRASIL, 2001, p. 34).

Além disso, os centros-dias devem oferecer atividades terapêuticas e socioculturais, bem como o atendimento às necessidades pessoais básicas das pessoas idosas.

Para isso, a portaria traz recomendações que incluem dimensionamento mínimo prévio (TABELA 2) dos ambientes para atender a uma média de 20 pessoas idosas por dia no centro, resultando em área total de 316m², o que equivale a aproximadamente 15,80m² por usuário.

Tabela 2 - Pré dimensionamento do programa de necessidades para atendimento de 20 pessoas/dia.

PROGRAMA DE NECESSIDADES	DIMENSÃO MÍNIMA
Sala para Direção/Técnicos e Reuniões	12m ²
Sala para Atividades Coletivas (p/ 15 pessoas)	25m ²
Sala para Atividade Individuais	8m ²
Sala de Convivência	30m ²
Ambulatório	8m ²
Almoxarifado	10m ²
Copa/cozinha	16m ²
Refeitório para 10 pessoas	20m ²
rea de serviço/lavanderia (c/ tanque)	4m ²
Depósito Geral	4m ²
2 Banheiros para Funcionários (com armários)	2 x 3m ²
2 Salas para Repouso para 10 pessoas	2 x 40m ²
2 Conjuntos de Banheiros (com 01 chuveiro em cada)	2 x 15m ²
Circulação interna e divisórias (20% do total)	63m ²
TOTAL	316m²

Fonte: Portaria nº 73/2001, p. 33, modificado pela autora, 2024.

A Portaria nº 71/2001 e a NBR 9050/2020 trazem recomendações e requisitos projetuais a serem seguidos. Tais requisitos foram categorizados no quadro 2 separando por ambientes, contendo as especificações de acessórios, mobiliários e aspectos sensoriais, e as

recomendações. É importante salientar que, de forma geral, as informações fornecidas pela norma e a portaria se complementam, com a portaria frequentemente referenciando a NBR 9050 para especificações detalhadas, especialmente nos quesitos de acessos, rampas e escadas e acessórios, como corrimão. No entanto, há uma discrepância de informações em relação à largura dos corredores: enquanto a NBR 9050 estabelece medidas mínimas específicas dependendo da extensão, a portaria traz largura mínima fixa de 1,50m para todos os casos. Dessa forma, optou-se por adotar a medida mais favorável aos usuários visando atender os requisitos de ambas as normas.

Quadro 2 - Recomendações projetuais.

RECOMENDAÇÕES PROJETUAIS					
AMBIENTE	RECOMENDAÇÕES	ACESSÓRIOS	MOBILIÁRIOS	SENSORIAL	
E X T E R N O S	reas Externas	Composto por áreas verdes, solarium, locais para jardinagem e atividades ao ar livre, sendo, no mín. 1m ² por usuário; reas mínima de solo permeável igual a 15%.	Canteiros de jardinagem: devem ser elevados a uma altura de 0,70m.	Bancos.	Piso antiderrapante; Sinalização visual e tátil no piso.
	Acessos	Todas as entradas e acessos devem ser acessíveis; Distância entre cada entrada acessível e as demais até 50 m; Mín. duas portas de acesso, sendo uma exclusiva para serviço; Escadas e rampas de acesso devem ter largura mínima de 1,50m.	Portas de acesso: vão livre de no mínimo 0,80m, ou vão livre de 1,30m (composta por um painel de 0,80m e outro de 0,50m, a ser utilizado apenas quando necessário).		Piso antiderrapante; Iluminação natural ou artificial; Sinalização visual e tátil no piso.
	Estacionamento	Faixa de circulação de pedestre deve ter largura mínima de 1,20m; Necessário um vaga de ambulância com espaço adicional de 1,20m para circulação da maca.			30m ²
	Circulação	Faixa de serviço: largura mínima de 0,70 m; Faixa livre ou passeio: inclinação transversal de até 3 % e largura mínima de 1,20 m; Faixa de acesso: é possível apenas em calçadas com largura superior a 2,00 m; Prever áreas de descanso, fora da faixa de circulação, a cada 50m.	Corrimãos: caso haja rampas e escadas, os corrimãos podem ser acoplados ao guarda-corpo e devem ser construídos com materiais rígidos.	Bancos com encosto e braços.	Piso antiderrapante
I N T E R N O S	Recepção; Salas de convivência; Salas de atividades; Salas de atendimento	Prever espaços que respeitem a privacidade dos indivíduos, possibilitando vivências em separado e contatos com a família; Espaço livre mínimo de 0,80m para circulação entre mobiliário e paredes.	Recomendada a presença de corrimãos junto às paredes; Portas: vão livre maior ou igual a 0,80m; Janelas: peitoris de 0,70m, complementadas com corrimão a 0,90m do piso.	Móveis que permitam o rearranjo do layout; Assentos com altura entre 0,42 e 0,46m; Balcões de atendimento com altura máx. de 1,00m.	Piso antiderrapante; Sinalização visual e tátil no piso.
	Salas de repouso	Distância mínima entre duas camas paralelas é de 1,00m, enquanto entre uma cama e outra em posições opostas é de 1,50m; Circulação mínima entre a cama e a parede deve ser de 0,50m.	Recomendada a presença de corrimãos junto às paredes; Portas: vão livre maior ou igual a 0,80m; Janelas: peitoris de 0,70m, complementadas com corrimão a 0,90m do piso.	Assentos com altura entre 0,42 e 0,46m; Camas com altura entre 0,46 e 0,51m.	Pontos de iluminação nos interiores dos armários.

I N T E R N O S	Cozinhas; reas de serviço	Espaço livre para circulação de 0,80m; Deve ser prevista lixeira ou abrigo externos à edificação para armazenamento de resíduos.	Recomendado a presença de corrimãos junto às paredes; Portas: vão livre maior ou igual a 0,80m.	Bancadas devem ter altura de 0,75m.	Iluminação intensa e eficaz; Evitar revestimentos brilhosos e reflexivos; Alarmes e detectores de gás.
	Corredores	Largura mínima de 1,50m; Podem ser previstas áreas de descanso intermediárias.	Presença de corrimão de ambos os lados.		Variação de revestimento e cores nas paredes e portas.
	Banheiros	Espaço de giro de 360° ou 1,50 m de diâmetro; Cabines sanitárias devem ter largura mín. de 0,80m, e boxe de chuveiro de medidas mín. de 0,90x0,95m; reas necessária para a transferência lateral, perpendicular e diagonal para bacia sanitária ou chuveiro; reas de manobra pode utilizar no máximo 0,10 m sob a bacia sanitária e 0,30 m sob o lavatório.	Barras de apoio: fixadas a uma distância mín. de 40mm da parede e altura de 0,75m do piso; Barra de apoio posterior à bacia sanitária: deve estar a 0,15m da caixa acoplada.	Bacia sanitário: mínimo de um para cada seis usuários, com assento entre 0,43 a 0,45m de altura. Chuveiro: mínimo de um para cada doze leitos; Lavatórios com altura entre 0,78m a 0,80m do piso, e área livre de 0,73m sob o lavatório.	Evitar revestimentos brilhosos e reflexivos; Iluminação intensa e eficaz.

Fonte: NBR 9050/2020; Portaria nº73/2001; modificado pela autora, 2024.

CAP TULO02

ESTUDOS PR PROJETOAIS

Ando devagar porque já tive pressa
E levo esse sorriso porque já chorei demais
Hoje me sinto mais forte, mais feliz, quem sabe
Eu só levo a certeza de que muito pouco sei, ou nada sei...

(Almir Sater, Renato Teixeira, 1990 - Tocando em Frente)

2.1 ESTUDO DE CORRELATOS

Com objetivo de identificar e compreender as estratégias de projeto e a funcionalidade de espaços para pessoas idosas, serão analisados projetos correlatos de obras que possuem relação, direta ou indireta, com o tema da proposta. Dessa forma, buscou-se projetos que apresentem soluções relevantes quanto a materialidade, estrutura, funcionalidade e humanização arquitetônica dos espaços.

Para isso, serão consideradas os métodos de análise do quaterno contemporâneo, desenvolvido por Avarena e Mahfuz (2004), e o método gráfico de análise projetual de ILPIs, desenvolvido por Panet; Tejo e Souza (2023). Diante disto, os seguintes projetos foram selecionados: Centro De Atencion Diruno Del Adulto Mayor, Residência Son Caulelles e Hospital Sarah Kubitschek - Salvador.

2.1.1. CENTRO DE ATENCION DIRUNO DEL ADULTO MAJOR

L: Macas, Equador
P: Side FX Arquitectura
A: 2022
Á: 370m²
C: Centro dia

Figura 2 - Centro de Atencion Diurno Del Adulto Mayor.
Fonte: Side FX Arquitectura, 2023.



O Centro De Atencion Diruno Del Adulto Mayor, projetado pelo escritório Side FX Arquitectura e concluído em 2022, está situado na cidade de Macas, Equador, em uma região de clima quente e úmido (FIGURA 2). O edifício possui área construída de 370m² e, faz parte do programa Projetos de Desenvolvimento Territorial promovido pelo governo.

O programa, distribuído em um único pavimento dividido em quatro setores, inclui áreas administrativas, serviços, sala de espera e de convivência. O edifício foi projetado para atender aproximadamente 40 pessoas idosas. Sendo composto por blocos em forma de U que delimitam pátio central a qual todos os ambientes convergem, promovendo vistas e interconexão entre os espaços.

E: Arquitetura

Por se tratar de centro dia, cujo objetivo é fornecer ambiente acolhedor e funcional durante o período diurno, não há unidades habitacionais na instituição em análise. Portanto, a análise não se aplica a este estudo de caso.

ENTRADA

O programa do projeto é dividido em quatro setores: administrativos, de convivência, de saúde e de serviço, além das áreas verdes e de circulação (FIGURA 3). Composto por consultório médico e dentário, sala multiuso e espaço de oficina, espaço administrativo, cozinha e refeitório com capacidade para 40 pessoas, e banheiros acessíveis. Disposto em um único nível para facilitar a acessibilidade das pessoas, aproveitando o terreno predominantemente plano, e eliminando a necessidade de escadas ou rampas em percursos de passeio.

O acesso principal é linear, direcionando o fluxo entre a área de saúde, os espaços de convivência e as áreas verdes. Todos os ambientes convergem para a praça central que conecta a instituição a uma quadra de esportes no terreno adjacente à edificação. Quanto à acessibilidade, os corredores internos são largos, com mobiliário de descanso nas periferias e espaço central livre para circulação.

Quanto aos aspectos construtivos e formais, a volumetria se dá a partir de bloco em forma de U, com estrutura de concreto pilares e laje nervurada. A partir disso, há delimitação da circulação central por meio de cobertura mais elevada que o bloco principal, em estrutura metálica, que interliga os setores e demarca a entrada, sendo reforçada pela diferenciação dos materiais e estruturas utilizadas (FIGURA 4).

Na escolha dos materiais, priorizou-se o uso dos materiais locais e que representem a arquitetura da região. Os materiais, estrutura e as instalações são deixadas aparentes, com acabamento próprio do material utilizado: tijolo cerâmico, concreto, estrutura metálica e madeira. A fachada é marcada pela diferenciação da alvenaria de vedação, das esquadrias que vão de piso a teto, permitindo maior permeabilidade visual - e da laje nervurada, criando ritmo na composição arquitetônica (FIGURA 5).

Figura 4 - Entrada demarcada pela cobertura.
Fonte: Side FX Arquitectura, 2023.



Figura 3 - Planta baixa setorizada.
Fonte: Side FX Arquitectura, modificado pela autora, 2023.



LEGENDA:

- 1 - Praça de entrada
- 2 - Estacionamento
- 3 - Espaço Multiuso
- 4 - Oficina
- 5 - Administração
- 6 - Banheiro

- 7 - Depósito
- 8 - Consultório Odontológico
- 9 - Enfermaria
- 10 - Fisioterapia
- 11 - Despensa

- 12 - Cozinha
- 13 - Sala de refeições
- 14 - Refeitório
- 15 - Praça
- 16 - Estacionamento Serviço

- ADMINISTRAÇÃO
- CIRCULAÇÃO
- ÁREA DE SAÚDE

- ÁREA DE CONVIVÊNCIA
- SERVIÇOS
- ACESSOS

0 3m 6m



Figura 5 - Composição da fachada.
Fonte: Side FX Arquitectura, 2023.

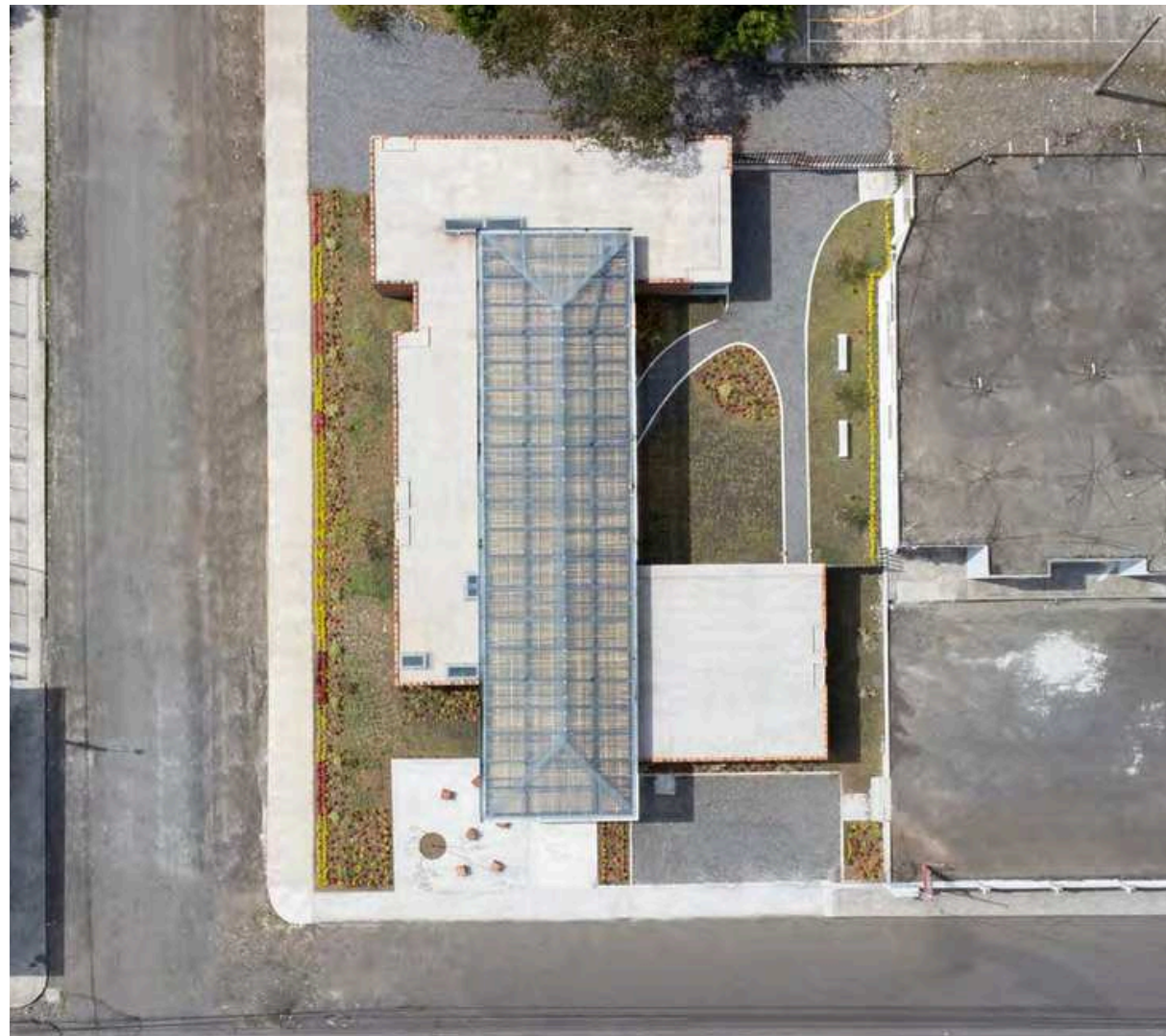


E

O terreno é predominantemente plano, eliminando a necessidade de escadas e rampas de acesso, visto que o acesso principal está no mesmo nível da calçada. Além disso, foram integradas áreas verdes nos recuos laterais. Há, também, estacionamento próximo à entrada principal para os usuários, além do estacionamento de serviço, localizado na parte posterior, próximo a cozinha e ao depósito.

A disposição dos volumes transforma o próprio edifício em espaço de transição entre o público e o privado, caracterizando-o como um edifício acolhedor, com paisagismo e a praça na entrada principal que convida as pessoas a usufruírem do ambiente (FIGURA 6). Uma das faces do bloco principal foi recuada para criar uma praça, enfatizando a importância desse espaço público e, também, demarcando o volume da entrada.

Figura 6 - Disposição dos volumes.
Fonte: Side FX Arquitectura, 2023.



E

A localização da instituição é um fator importante a ser analisado, visto que pode facilitar ou dificultar a participação das pessoas idosas na comunidade próxima, permitindo-lhes manter uma vida normal e cotidiana. A instituição em estudo está localizada na cidade de Macas, na região amazônica do Equador. A cidade, com cerca de 20 mil habitantes, é conhecida por possuir uma rica biodiversidade e cultura indígena, localizada a cerca de 2km de atrações turísticas, como o Parque Nacional Sangay e as cachoeiras da região.

Quanto à escala do bairro, dentro de um raio de 500 metros, identificaram-se equipamentos e serviços que podem ser utilizados por pessoas idosas (FIGURA 7), como restaurantes, espaços esportivos e uma companhia de táxi. Além disso, a instituição está próxima a uma escola pública e ao centro jurídico da cidade. Devido à falta de informações disponíveis, não foi possível identificar a disponibilidade e rotas de transporte coletivo.

Figura 7 - Localização de serviços e equipamentos em uma distância de 500m.
Fonte: Google Earth, modificado pela autora, 2024.



2.1.2. RESIDÊNCIA SON CAULELLES

L Pórtol, Espanha
P Santi Vives, Tomás Montis e Adrià Clapés
A 2022
Á : 4317m²
C Residencial

Figura 8 - Residência geriátrica Son Caulelles.
Fonte: Vives, 2022.

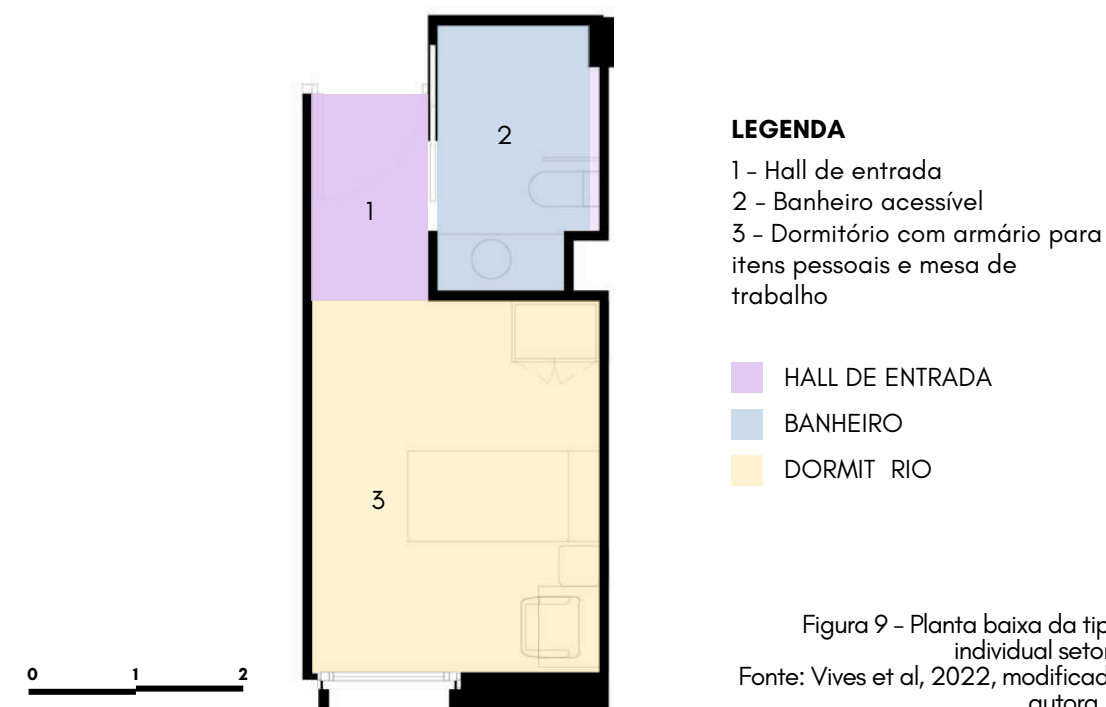


A residência geriátrica Son Caulelles (FIGURA 8), projetada pelos arquitetos Santi Vives, Tomás Montis e Adrià Clapés, foi concluída em 2022 e está situada na cidade de Pórtol, na Espanha, com clima mediterrâneo. O projeto abrange área construída de 4317m² e conta com três pavimentos, sendo um subsolo. O propósito dos arquitetos era criar ambientes confortáveis e luminosos para os usuários.

A organização do programa está distribuída nos três pavimentos da edificação, por meio de planta retangular e compacta integrada a pátios internos. Dessa forma, o programa é estruturado em seis setores: convivência, dormitórios, administração, serviços, área de saúde e área dos funcionários. O centro é composto por espaços de convivência e recepção de visitantes, dormitórios individuais e duplos, serviços de fisioterapia, cabeleireiro, psicologia, farmácia e enfermagem, além de leitos hospitalares, distribuídos entre o térreo e o segundo pavimento. Enquanto que, no subsolo, estão concentradas as áreas logísticas, como a cozinha, vestiário de funcionários, lavanderia e salas de reunião.

FIGURA 9

O projeto apresenta duas tipologias de apartamentos: individuais e duplos. Os apartamentos individuais possuem área de 16,7m² enquanto os apartamentos duplos têm área de 28,6m². No total, são 64 apartamentos individuais e 10 duplos. Ambas as tipologias contam com um espaço de dormitório (com armários para itens pessoais) e uma área para mesa de trabalho (FIGURA 9). Além disso, cada apartamento possui hall de entrada que permite acesso ao banheiro acessível e a área do dormitório.



Ao projetar ambientes, é essencial considerar as necessidades e atividades desenvolvidas pelos usuários e garantir flexibilidade no layout. No entanto, no âmbito da territorialidade, os apartamentos, que embora tenham sido projetados prevendo espaços destinados a pertences pessoais e áreas para refeição ou trabalho e a disposição dos mobiliários, como a cama, de acordo com desejo do usuário, os espaços ainda são compactos, assim, a flexibilidade para o rearranjo de mobiliários é limitada. Além disso, esses espaços não oferecem áreas para receber visitas, considerando que isso poderia interferir na privacidade do morador, ou para o preparo de alimentos.

Quanto à acessibilidade, os quartos foram projetados com espaço para manobra de cadeiras de rodas entre os móveis, e os banheiros são acessíveis. As janelas de piso a teto permitem as vistas para o exterior e a entrada de luz natural, além de maior permeabilidade visual. Entretanto, a presença de apenas uma janela no quarto não garante a ventilação cruzada e a renovação do ar.

No quesito sensorial, as janelas oferecem vistas para o exterior e para a floresta próxima, permitindo conexão direta com a natureza de qualquer ponto do quarto, conforme desejado pelos arquitetos. Além disso, os dormitórios são em cores neutras, mas permitem a personalização do morador e as esquadrias possuem cor contrastante em relação às paredes para facilitar sua identificação (FIGURA 10).

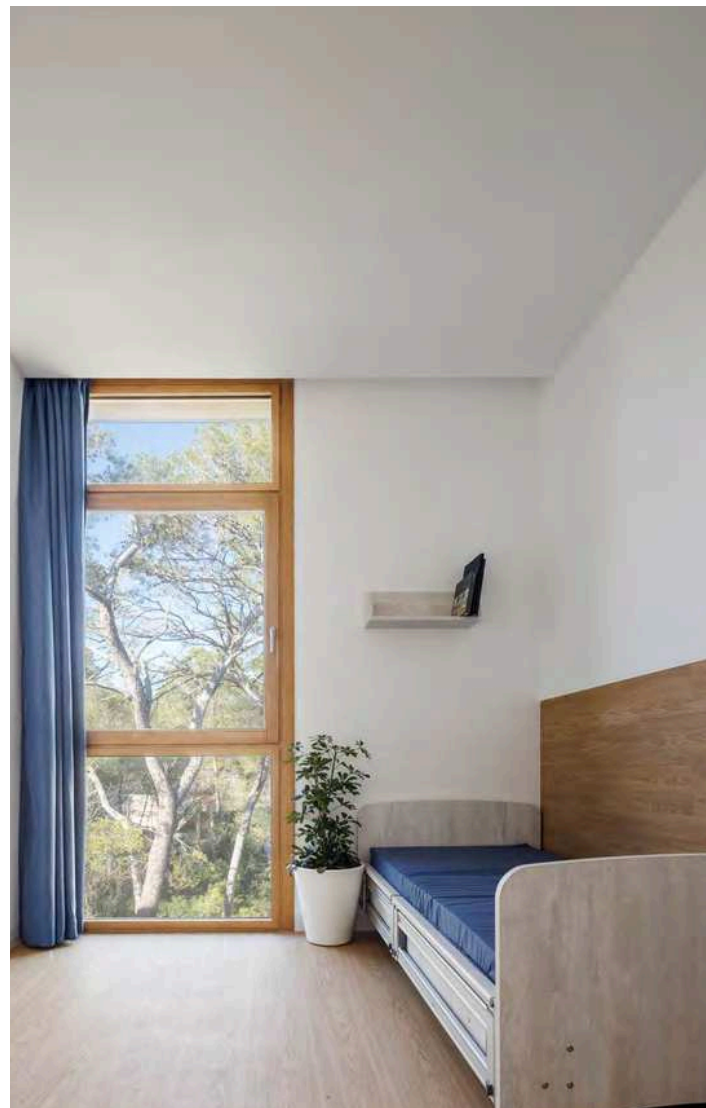


Figura 10 - Aspectos sensoriais do dormitório. Fonte: Vives, 2022.

PROGRAMA

O programa do projeto é dividido em seis setores: convivência, dormitórios, administração, serviços, área de saúde e área dos funcionários, além das áreas verdes e de circulação (FIGURA 11).

No subsolo (FIGURA 12) estão localizadas as áreas destinadas aos funcionários e algumas áreas de serviço, como a cozinha e a lavanderia, concentrando as funções mais operacionais. No térreo (FIGURA 11), encontram-se as áreas administrativas, próximas à entrada principal,

Figura 11 - Planta baixa do térreo setorizada. Fonte: Vives et al, 2022, modificado pela autora, 2024.



LEGENDA:

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| 1 - Pátio Central | 10 - Cabeleireiro | 19 - Dormitório individual |
| 2 - Recepção | 11 - Farmácia | 20 - Dormitório duplo |
| 3 - Espaço Multiuso | 12 - Fisioterapia e terapia ocupacional | 21 - Vestiário |
| 4 - Administração | 13 - Dormitório hospitalar | 22 - Cozinha |
| 5 - Almoarifado | 14 - Enfermaria | 23 - Armazenamento |
| 6 - Banheiro | 15 - Refeitório | 24 - Sala de descanso |
| 7 - Consultório médico | 16 - Sala de estar/convivência | 25 - Sala de treinamento/aula |
| 8 - Consultório de assistente social | 17 - rea de funcionários | 26 - rea técnica |
| 9 - Consultório de psicologia | 18 - Depósito | 27 - Lavanderia |

- | | | |
|----------------------|---------------|-----------|
| ADMINISTRAÇÃO | RE A DE SA DE | SERVIÇOS |
| REA DE CONVIÊNCIA | CIRCULAÇÃO | → ACESSOS |
| REA D E FUNCIONARIOS | DORMITRIOS | |



Figura 12 - Planta baixa do subsolo setorizada. Fonte: Vives et al, 2022, modificado pela autora, 2024.

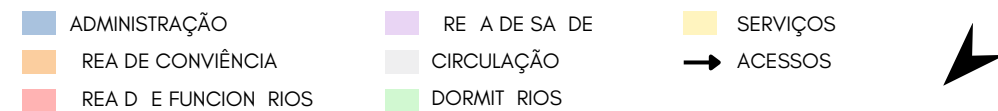
além de dormitórios e áreas de saúde e de convivência. No primeiro pavimento (FIGURA 13), estão localizadas áreas de convivências e dormitórios, concentrando um espaço mais privado.

Figura 13 - Planta baixa do 1º pavimento setorizada.
Fonte: Vives et al, 2022, modificado pela autora, 2024.



LEGENDA:

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| 1 - Pátio Central | 10 - Cabeleireiro | 19 - Dormitório individual |
| 2 - Recepção | 11 - Farmácia | 20 - Dormitório duplo |
| 3 - Espaço Multiuso | 12 - Fisioterapia e terapia ocupacional | 21 - Vestiário |
| 4 - Administração | 13 - Dormitório hospitalar | 22 - Cozinha |
| 5 - Almoarifado | 14 - Enfermaria | 23 - Armazenamento |
| 6 - Banheiro | 15 - Refeitório | 24 - Sala de descanso |
| 7 - Consultório médico | 16 - Sala de estar/convivência | 25 - Sala de treinamento/aula |
| 8 - Consultório de assistente social | 17 - rea de funcionários | 26 - rea técnica |
| 9 - Consultório de psicologia | 18 - Depósito | 27 - Lavanderia |



A residência foi organizada em seis módulos, sendo um módulo de serviço e cinco módulos de dormitórios, com cerca de 20 dormitórios por módulo (FIGURA 14). Cada módulo contém uma unidade de controle, enfermaria e área de convivência, além de possuir núcleo vertical com elevador e escada.

Quanto a orientabilidade, a entrada principal é bem demarcada pela diferenciação de materiais e pela curvatura da parede (FIGURA 15), que convida os pedestres a adentrarem. Os caminhos internos convergem para as áreas de convivência e pátios centrais - elementos de conexão com a natureza e que permitem a iluminação e ventilação natural nos corredores.

No quesito da acessibilidade, a circulação interna se dá por meio de largos corredores com presença de corrimão ao longo das paredes, para auxiliar a locomoção de pessoas com mobilidade reduzida. Segundo os arquitetos, a intenção era que os corredores, que possuem

Figura 14 - Módulos de dormitórios.
Fonte: Vives et al, 2023.

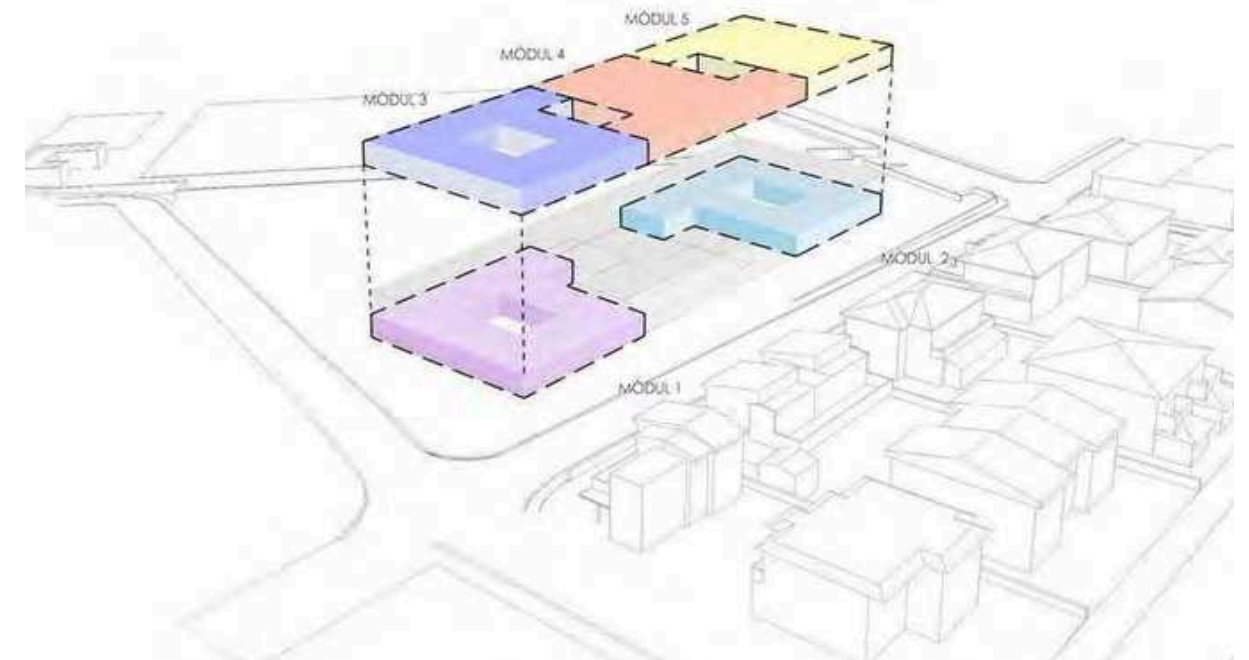


Figura 15 - Demarcação da entrada principal.
Fonte: Vives, 2022.



cerca de 2,40m de largura, funcionassem como extensões das áreas de convivência, aproveitando-se da vista e iluminação dos pátios centrais. Além disso, a circulação entre os pavimentos é realizada por meio de elevadores e escadas.

Quanto às questões construtivas internas (FIGURA 16), utilizam-se tons neutros e claros para as paredes, complementados por elementos de madeira e forro acústico nas áreas comuns. Elementos construtivos como portas, janelas e corrimãos possuem cores e materiais diferentes das paredes, destacando-os e facilitando sua identificação. Além disso, as entradas dos dormitórios são demarcadas pela diferença de material e pelo recuo no volume.

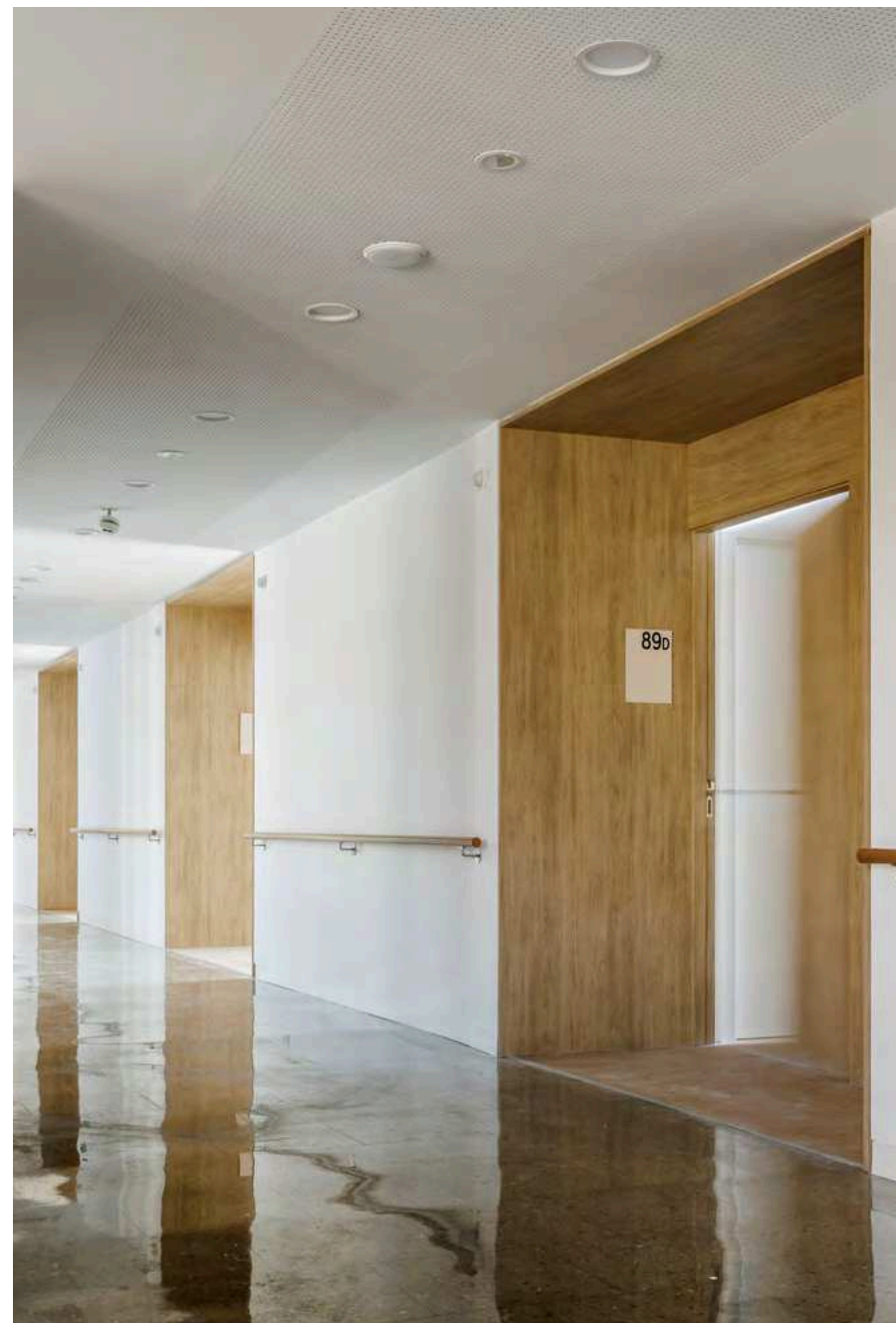


Figura 16 - Elementos construtivos internos.
Fonte: Vives, 2022.

No exterior, optou-se pela utilização de materiais locais e que se conectem com a história da região, como a madeira e a pedra de Marés. A volumetria da edificação é retangular e compacta, com recortes interiores para criação dos pátios. A composição da fachada (FIGURA 17) é definida pela modulação das aberturas, com janelas - que vão do piso a teto, permitindo maior permeabilidade visual - agrupadas em conjuntos de 4, formando uma grande abertura. Para conexão desse agrupamento, utilizou-se um material de resina sintética de alta densidade que imita a madeira, porém necessita de menos manutenção devido à sua resistência às intempéries. O agrupamento dessas aberturas cria verticalidade ao edifício, cortando-o de cima a abaixo, contrastando com sua forma retangular, e criando sensação de horizontalidade.

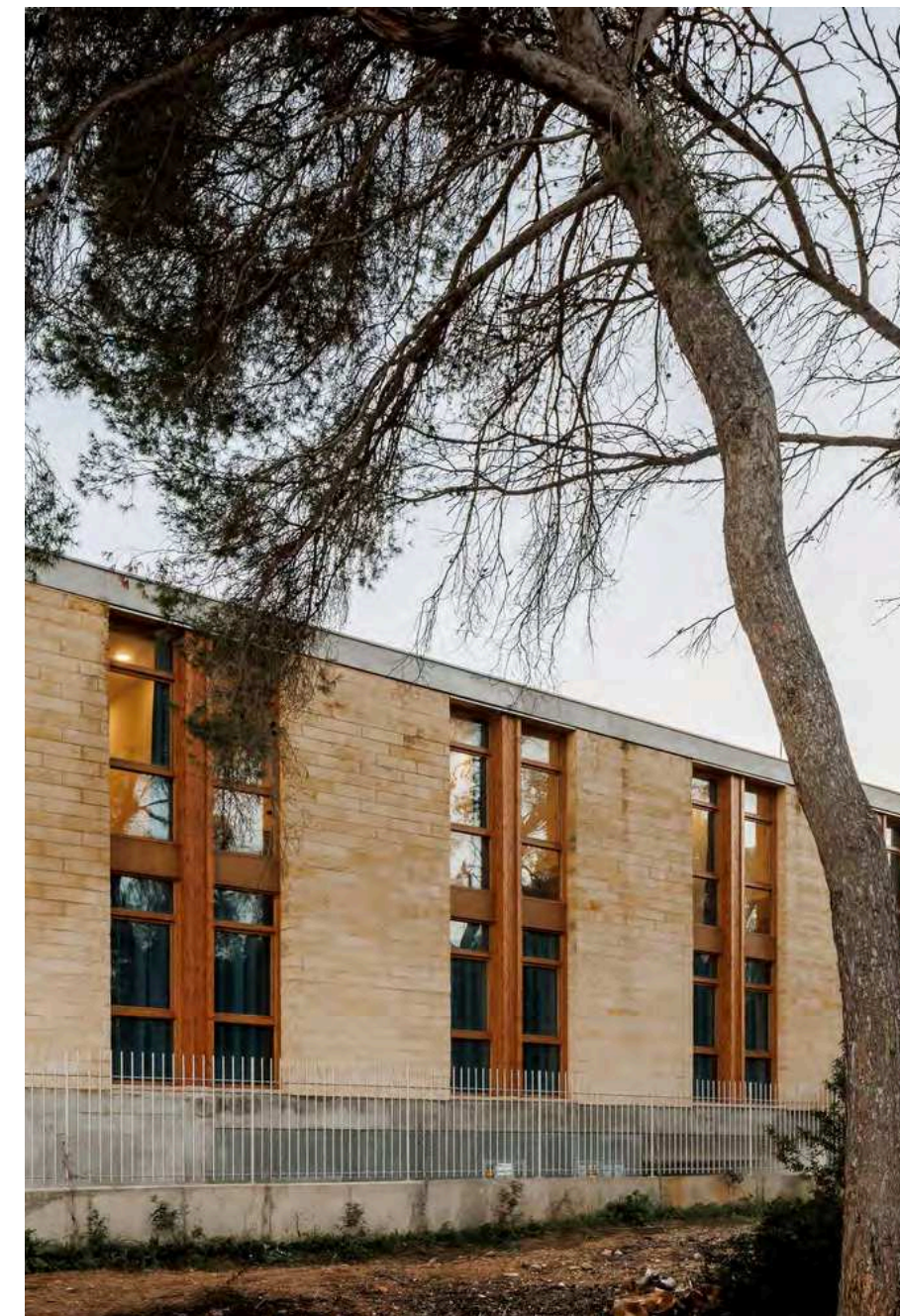


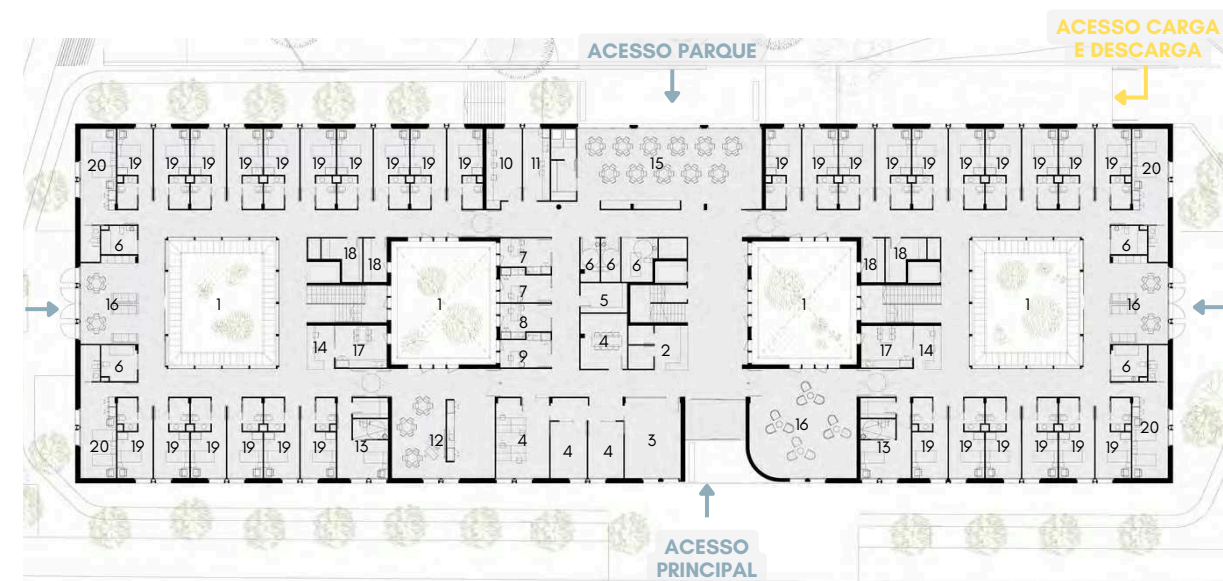
Figura 17 - Composição da fachada.
Fonte: Vives, 2022.

E

A volumetria da construção é retangular, ocupando ao máximo a área disponível do lote, para permitir que cada módulo se organize em torno de um pátio central. O terreno onde situa-se a construção está próximo a área de proteção arqueológica e ocupa o local de antiga pedreira de Marés – pedra utilizada no projeto para lembrar a história e cultura da região. Assim, o projeto buscou criar ligação entre a construção e a área florestal por meio de áreas verdes e de permanência.

Dessa forma, a entrada posterior, que dá acesso ao refeitório, interliga-se à área florestal por meio de rampas e passeios. Enquanto que a entrada principal foi projetada para ficar no nível da calçada, facilitando o acesso sem a necessidade de rampas ou escadas. E, no subsolo, há acesso para veículos de carga e descarga, próximo às áreas de armazenamento do setor de serviço (FIGURA 18).

Figura 18 - Acessos.
Fonte: Vives et al, 2022, modificado pela autora, 2024.



LEGENDA:

- | | | |
|--------------------------------------|---|-------------------------------|
| 1 - Pátio Central | 10 - Cabeleireiro | 19 - Dormitório individual |
| 2 - Recepção | 11 - Farmácia | 20 - Dormitório duplo |
| 3 - Espaço Multiuso | 12 - Fisioterapia e terapia ocupacional | 21 - Vestiário |
| 4 - Administração | 13 - Dormitório hospitalar | 22 - Cozinha |
| 5 - Almoarifado | 14 - Enfermaria | 23 - Armazenamento |
| 6 - Banheiro | 15 - Refeitório | 24 - Sala de descanso |
| 7 - Consultório médico | 16 - Sala de estar/convivência | 25 - Sala de treinamento/aula |
| 8 - Consultório de assistente social | 17 - rea de funcionários | 26 - rea técnica |
| 9 - Consultório de psicologia | 18 - Depósito | 27 - Lavanderia |

→ ACESSO PEDESTRES → ACESSO VEICULOS

E

A instituição residencial está localizada em Pòrtol, na ilha de Mallorca, na Espanha. A cidade, com cerca de 35 mil habitantes, localiza-se no município de Marratxí e é conhecida por sua tradição em trabalho de cerâmica.

Na escala do bairro, analisando um raio de 500 metros, identificaram-se equipamentos e serviços que podem ser utilizados por pessoas idosas (FIGURA 19), incluindo restaurantes, centros esportivos, centros culturais e de arte, mercado, além da presença de pontos de ônibus próximos à instituição.

Figura 19 - Localização de serviços e equipamentos em uma distância de 500m.
Fonte: Google Earth, modificado pela autora, 2024.



2.1.3. HOSPITAL SARAH KUBITSCHKEK – UNIDADE SALVADOR

- L** Salvador, Brasil
- P** João Filgueiras Lima – Lelé
- A** 1994
- Á** : 27.000m²
- C** Hospitalar

Figura 20 Hospital Sarah Kubitschek. Fonte: Kon, 2012.



O Hospital Sarah Kubitschek (FIGURA 20) foi projetado pelo arquiteto João Filgueiras Lima, o Lelé, em 1994, e está localizado na cidade de Salvador, Bahia. O hospital conta com área construída de aproximadamente 27.000m² e atua principalmente nas áreas de reabilitação neurológica e ortopédica.

O programa é estruturado em cinco setores: hospitalar, administrativo, educacional, lazer e serviços. A organização do programa está distribuída em dois pavimentos, por meio de uma planta retangular. O térreo abrange as áreas hospitalares, como ambulatório, enfermaria, centro cirúrgico, fisioterapia, além do setor educacional. Já o subsolo abriga a área técnica e operacional do hospital, como a cozinha e o refeitório, lavanderia, manutenção.

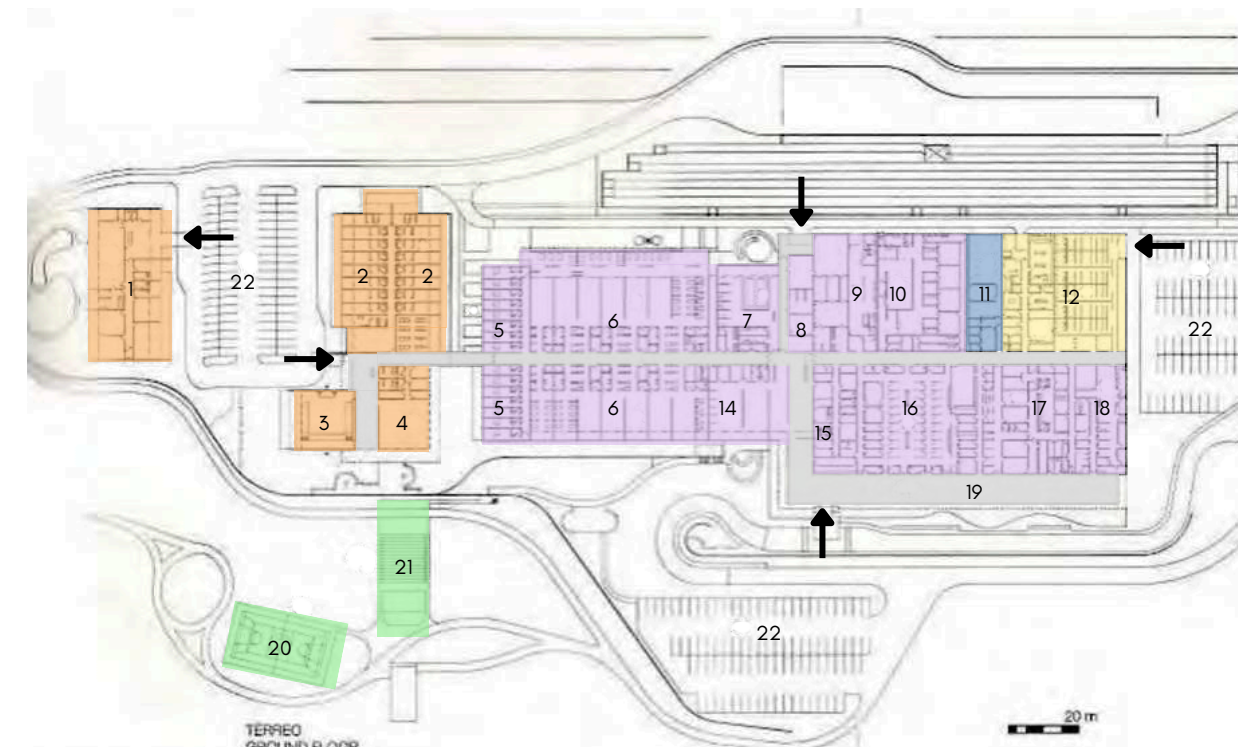
ANÁLISE DE UNIDADES HABITACIONAIS

Por se tratar de hospital, cujo objetivo é fornecer cuidados de saúde e tratamento médico, não há unidades habitacionais na instituição em análise. Dessa forma, a análise de unidades habitacionais não se aplica a este estudo de caso.

ANÁLISE DE UNIDADES HABITACIONAIS

O programa do hospital é dividido em cinco setores: hospitalar, administrativo, educacional, lazer e serviços, distribuído em dois níveis, o térreo e o pavimento semienterrado. No térreo (FIGURA 21) concentram-se as áreas hospitalares, que abrangem os ambientes destinados ao atendimento e tratamento de pacientes; a área educacional, que inclui a área de residência médica, biblioteca e auditório; a área administrativa e a área de serviços, onde está localizado o laboratório clínico. A disposição dos ambientes foi pensada para contribuir com o controle de ruídos, posicionando os ambientes que mais geram ruídos distantes das áreas de tratamento de paciente.

Figura 21 - Planta baixa do térreo setorizada. Fonte: Latorraca, 1999, apud Rocha, 2011, modificado pela autora, 2024.



LEGENDA:

- | | | |
|---|----------------------------|------------------------------|
| 1 - Centro de apoio à crianças com paralisia cerebral | 10 - Centro cirúrgico | 21 - Concha acústica |
| 2 - Área de residência médica | 11 - Arquivo médico | 22 - Estacionamento |
| 3 - Auditório | 12 - Laboratório | 23 - Manutenção |
| 4 - Biblioteca | 13 - Vestiário | 24 - Lavanderia |
| 5 - Apartamentos enfermaria | 14 - Fisioterapia | 25 - Cozinha |
| 6 - Enfermaria | 15 - Administração | 26 - Refeitório |
| 7 - Hidroterapia | 16 - Ambulatório | 27 - Pátio de serviços |
| 8 - Internação e alta | 17 - Radiologia | 28 - Central de materiais |
| 9 - 1º Estágio | 18 - Oficina ortopédica | 29 - Galerias semienterradas |
| 10 - Centro cirúrgico | 19 - Espera do ambulatório | |
| | 20 - Quadra | |

- | | | |
|---|--|--|
| ADMINISTRAÇÃO | HOSPITALAR | SERVIÇOS |
| CIRCULAÇÃO | LAZER | ACESSOS |
| EDUCACIONAL | | |

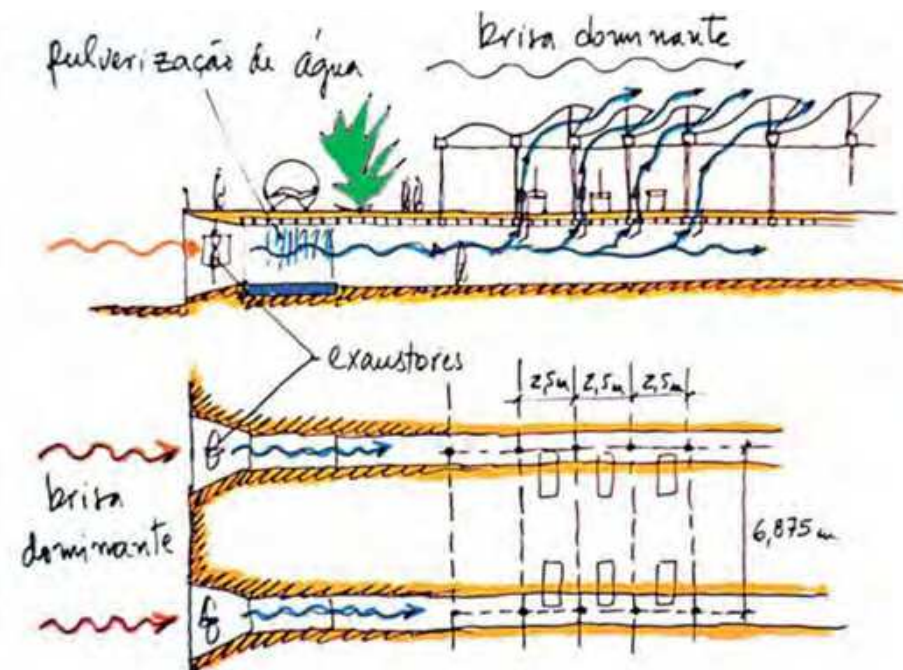


A volumetria do hospital é composta por um bloco horizontal com circulação central, disposto sobre as galerias subterrâneas e o pavimento técnico. As galerias subterrâneas (FIGURA 24) funcionam como estratégia de ventilação, atuando como um túnel de vento que distribui o ar para o pavimento superior por meio de ventilação vertical (FIGURA 25), importante para a assepsia e renovação do ar do ambiente hospitalar. No pavimento superior, a ventilação sai pelos sheds, elementos de conforto térmico na cobertura e que fazem parte da identidade do projeto.

Figura 24 - Galerias semienterradas.
Fonte: Kon, 2012.



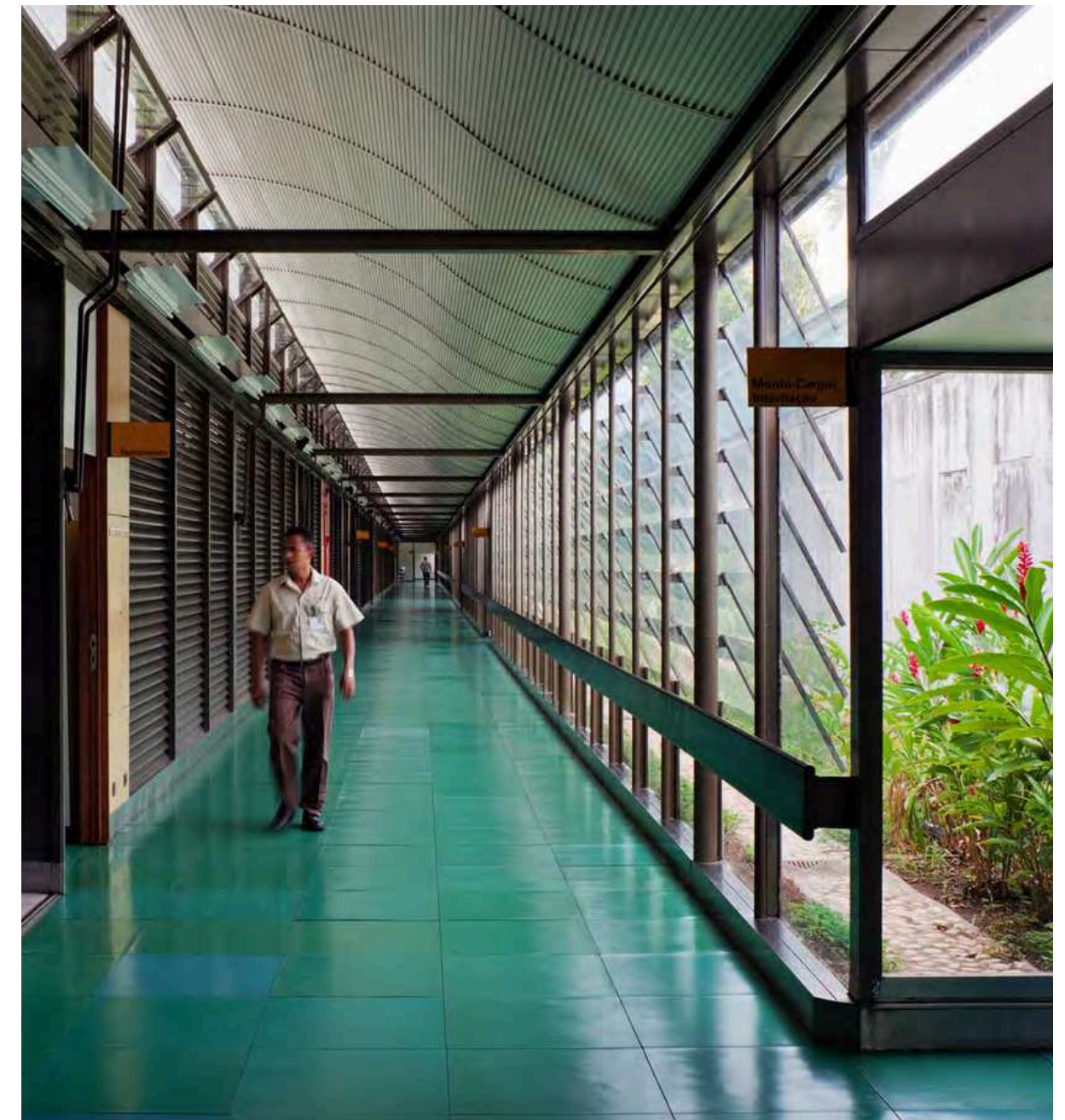
Figura 25 - Esquema de ventilação.
Fonte: Latorraca, 1999, apud Rocha, 2011.



Os sheds, além de auxiliarem na ventilação vertical, foram projetados para auxiliar na iluminação dos ambientes internos do hospital (FIGURA 27), especialmente aqueles que não são conectados ao exterior do edifício. Para isso, foram adicionados brises aos sheds, protegendo os ambientes da iluminação solar direta.

Além disso, panos de vidro são usados em alguns ambientes, tanto por fins de iluminação quanto proporcionar o contato com os jardins externos que rodeiam o edifício. Assim, o edifício promove a interação entre os ambientes internos e os espaços verdes externos, criando ambientes mais agradáveis (FIGURA 27).

Figura 26 - Integração dos jardins com as áreas internas e iluminação natural através de sheds.
Fonte: Kon, 2012



Na fachada, são utilizados painéis coloridos criados por Athos Bulcão (FIGURA 28), destacando-se como componentes que conferem identidade ao edifício e aos demais hospitais da rede Sarah.

Figura 27 - Painéis artísticos na fachada principal.
Fonte: Kon, 2012.



E

O terreno do projeto possibilitou a criação de diferentes níveis para o hospital, com pequenos cortes nos topos da elevação, destacando, também, a preocupação em preservar a flora local. Assim, a implantação do hospital apresenta-se em planos nivelados conectados ao solo, eliminando os desníveis nos acessos à edificação, melhorando significativamente a acessibilidade. Isso permitiu a idealização da volumetria de maneira horizontal.

Além disso, houve a preocupação em criar ambientes agradáveis, por meio da integração das áreas verdes externas com os espaços interiores, proporcionando o contato com a natureza. Destacam-se também os painéis coloridos vazados de argamassa armada, projetados por Athos Bulcão, que criam um efeito de luz e sombra e um jogo de permeabilidade visual com o exterior.

E

A instituição hospitalar está localizada na cidade de Salvador, capital do estado da Bahia, no Brasil. A cidade, com população de aproximadamente 2,9 milhões de habitantes, é conhecida por seu patrimônio colonial e é um importante centro turístico e econômico. O hospital está situado em área afastada do centro urbano, caracterizada por uso residencial com e pela presença de alguns comércios.

Na escala do bairro, analisando raio de 500 metros, foram identificados poucos equipamentos e serviços que podem ser utilizados pelos usuários do hospital (FIGURA 29), incluindo restaurantes, centros comerciais, igreja e praças. Além disso, a presença de pontos de ônibus próximos à instituição facilita o acesso ao transporte público, garantindo a mobilidade dos pacientes e visitantes.

Figura 28 - Localização de serviços e equipamentos em uma distância de 500m.
Fonte: Google Earth, modificado pela autora, 2024.



A seguir apresenta-se um quadro resumo (QUADRO 3) com as soluções analisadas a partir dos estudos correlatos a serem aplicadas no projeto:

Quadro 3 Soluções projetuais dos estudos correlatos

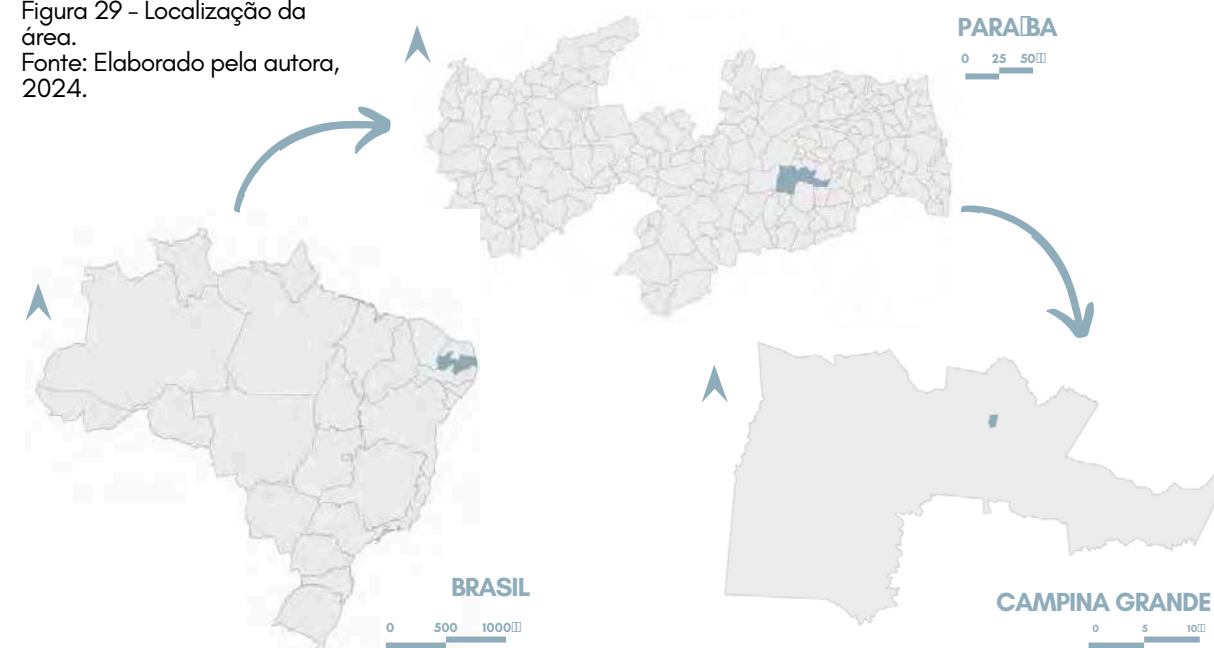
CORRELATO	SOLUÇÃO
Centro De Atención Diruno Del Adulto Mayo	<ul style="list-style-type: none"> • Relação da edificação e o espaço público; • Materialidade;
Residência Son Caulelles	<ul style="list-style-type: none"> • Jardins e pátios interiores; • Modulação/ritmo nas fachadas;
Hospital Sarah Kubitschek Unidade Salvador	<ul style="list-style-type: none"> • Esquema de ventilação; • Integração com os jardins.

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

2.2 ANÁLISE DO ENTORNO

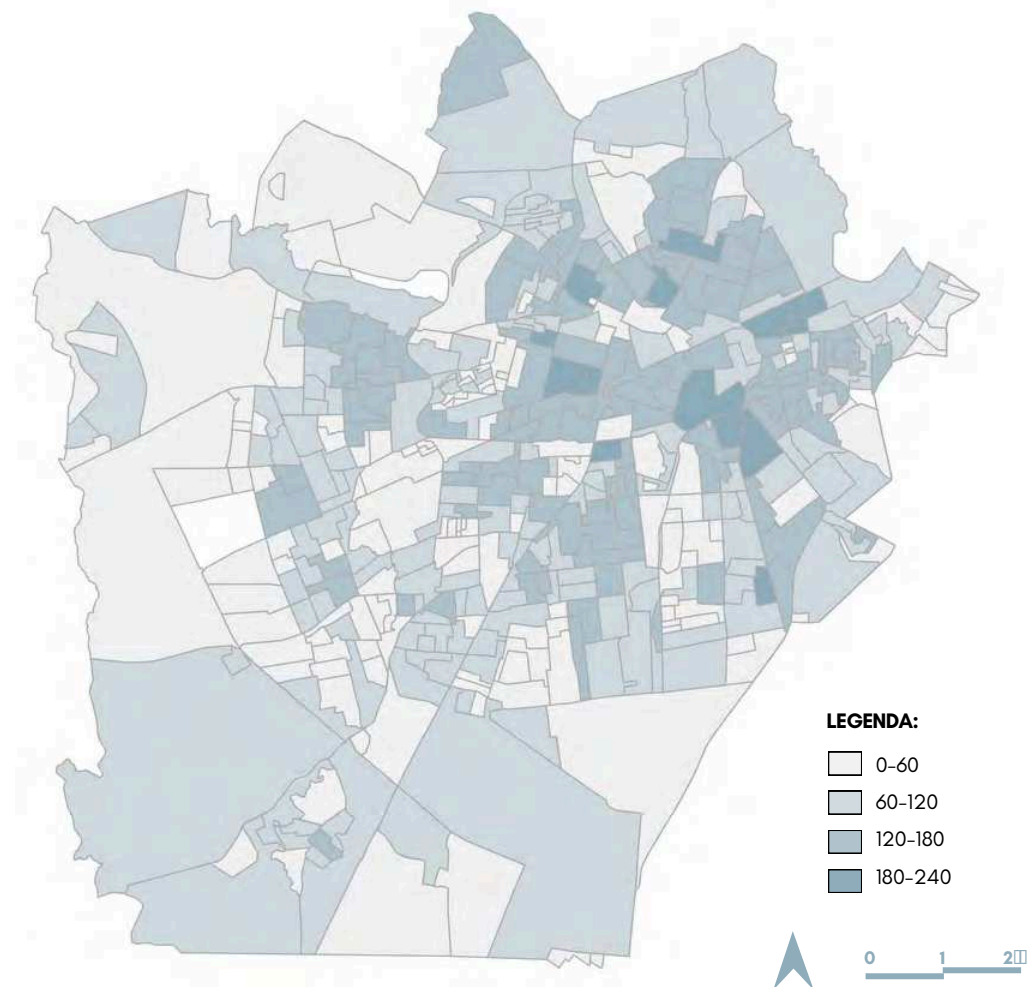
A proposta arquitetônica do presente trabalho foi implementada na cidade de Campina Grande. A cidade tem cerca de 420 mil habitantes e ocupa área de cerca de 595 mil km quadrados. O perímetro urbano do município foi escolhido como setor de implantação do projeto uma vez que oferece melhor abastecimento de infraestruturas, além da proximidade a equipamentos públicos relevantes para o público-alvo pessoas idosas, como unidades de saúde, centros comunitários e culturais e áreas de lazer.

Figura 29 - Localização da área.
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.



A localização também busca favorecer a integração do centro-dia com a rede de transporte público da cidade, promovendo acessibilidade e maior facilidade de deslocamento tanto para os usuários quanto para seus familiares. A proximidade com o tecido urbano existente busca facilitar e incrementar as relações com a comunidade, fortalecendo a interação entre o projeto e a vida cotidiana da cidade, alinhando-se com os princípios do envelhecimento ativo.

Figura 30 - Distribuição da População Idosa Acima de 60 Anos por Setores Censitários em Campina Grande em 2022.
Fonte: IBGE, 2022, modificado pela autora, 2024.



Para a definição do local de implantação do projeto, foram analisadas áreas dentro do perímetro urbano, com foco em regiões centrais com boa acessibilidade e maior concentração de pessoas idosas. Assim, a análise dos setores censitários quanto à distribuição da população acima de 60 anos (FIGURA 30) possibilitou a identificação das áreas da cidade onde a população idosa é mais presente, o que foi importante para nortear a escolha do terreno. A partir dessa análise, foram estabelecidas diretrizes para definição do local, considerando fatores importantes como topografia, proximidade de equipamentos públicos e orientação solar. Dessa forma as diretrizes para local de implantação são:

- proximidade a equipamentos de saúde, lazer e comércio, além de fácil acesso ao transporte público;
- ausência de obstáculos que comprometam a circulação de ar natural;
- preferência por terrenos com menores desníveis para garantir acessibilidade e facilidade de circulação para pessoas idosas;
- localizado próximo a setores censitários com maior concentração de pessoas idosas;

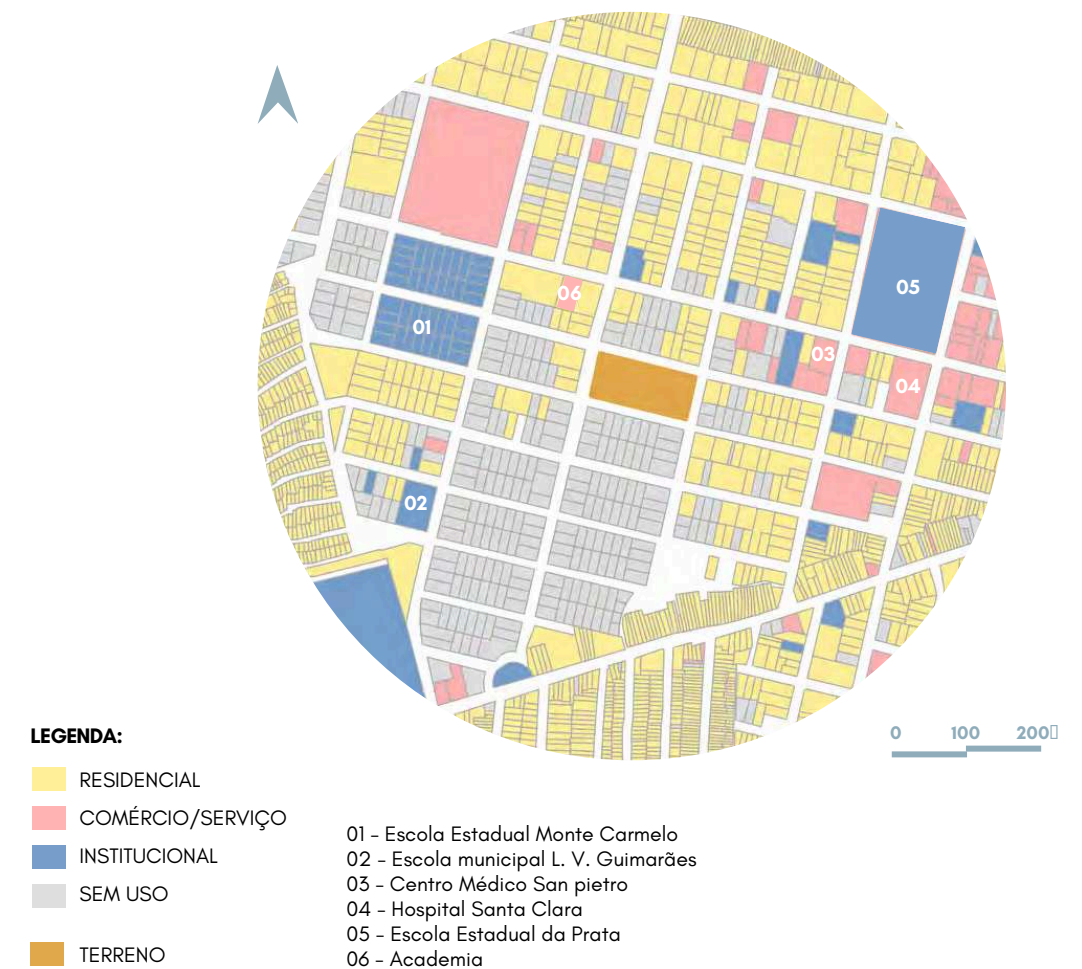
Com base nesses critérios, foram identificados os terrenos que melhor atendem às necessidades do projeto, priorizando aqueles que oferecessem condições ideais para a implementação do centro-dia. Assim, o terreno escolhido está localizado no bairro Bela Vista (FIGURA 31), entre as ruas Marechal Deodoro e Auta Leite. O terreno encontra-se em setor que abriga cerca de 120 a 180 pessoas idosas, conta com área aproximada de 6.000m² e está próximo a equipamentos de saúde, comércios e escolas.

Figura 31 - Localização do terreno no bairro da Bela Vista..
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.



Para a análise do entorno, foi considerado raio de 500 metros, conforme a distância recomendada para o planejamento e execução de paradas de ônibus, segundo Andrade et al. (2004). Após a análise do uso do solo (FIGURA 32), conclui-se que a área ao redor é predominantemente residencial, com a presença de alguns usos institucionais, destacando-se principalmente escolas públicas, localizadas a aproximadamente 300 metros do terreno (QUADRO 4). Além disso, a região abriga diversos comércios e serviços, com ênfase nas clínicas e hospitais privados, situados a uma distância similar, cerca de 300 metros, considerando o percurso a pé.

Figura 32 - Mapa de uso do solo e principais equipamentos.
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.



Quadro 4 Distâncias de equipamentos.

LOCAL	DISTÂNCIA
Centro Médico San pietro	Aprox. 290m
Hospital Santa Clara	Aprox. 340m
Escola Estadual Monte Carmelo	Aprox. 320m
Escola municipal L. V. Guimarães	Aprox. 430m

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

Ao analisar o mapa de hierarquia viária (FIGURA 33), observa-se que o terreno apresenta boa conectividade a estrutura viária da cidade. Situado em via local pavimentada com paralelepípedos, próximo a vias coletoras e arteriais, o que facilita o acesso e a mobilidade na região. Além disso, há boa disponibilidade de pontos de ônibus nas proximidades, localizados a uma distância mínima de aproximadamente 170 metros do terreno, o que contribui para a integração do centro-dia ao restante da cidade, promovendo acessibilidade urbana ao local e a inclusão social dos usuários.

Figura 33 - Mapa de hierarquia viária e pontos de ônibus.
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.



LEGENDA:

- VIA ARTERIAL
- VIA COLETORA
- VIA LOCAL
- PONTO DE ÔNIBUS
- TERRENO

2.3. CONDICIONANTES FÍSICO-AMBIENTAIS

Conforme mencionado anteriormente, o terreno está situado entre as ruas Marechal Deodoro e Auta Leite, com uma área total de aproximadamente 6.173 m² (FIGURA 34). O lote em estudo ocupa toda a extensão da quadra, o que lhe confere quatro faces voltadas para as vias públicas, possibilita uma maior flexibilidade no planejamento dos acessos e circulação, tanto de pedestres quanto de veículos.

Figura 34 - Vista via satélite da área de estudo.
Fonte: Google Earth, modificado pela autora, 2024.

Vista A



Vista B



Vista C

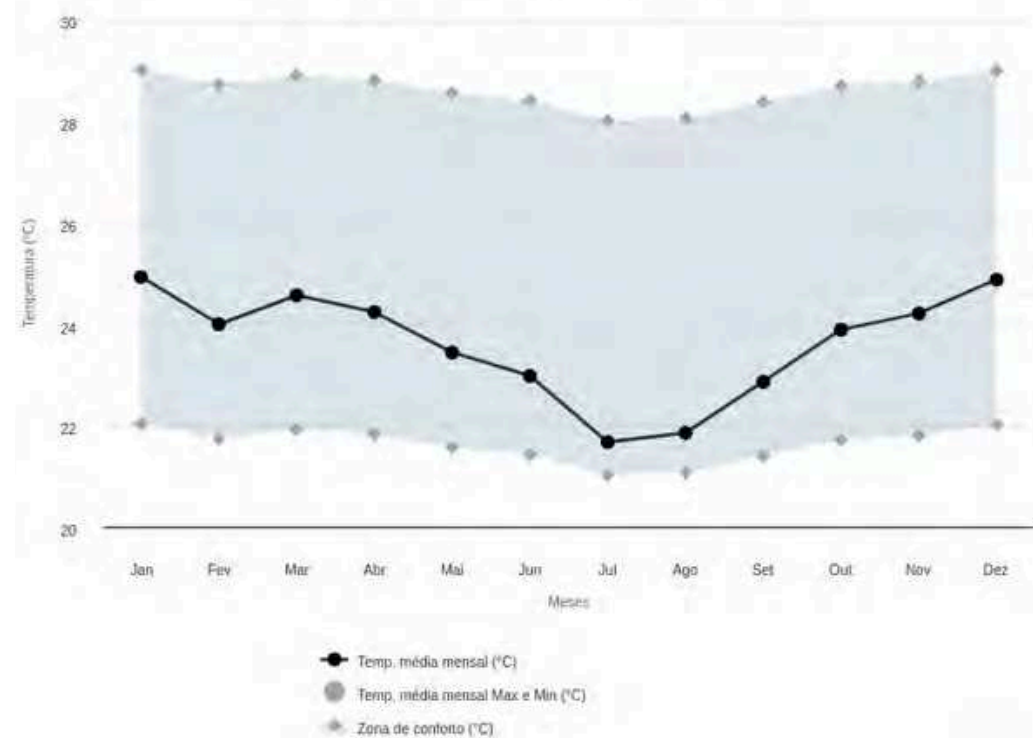


Vista D



No que diz respeito ao clima, a cidade de Campina Grande apresenta clima tropical semiárido, com base dos dados do Instituto Nacional de Meteorologia (INMET). As temperaturas médias variam aproximadamente de 21°C até 25°C (GR FICO 2), sendo março o mês mais quente, com uma média de 25°C, e julho, o mais frio, com média de 22°C. Essas condições climáticas reforçam a importância de soluções arquitetônicas que considerem o conforto térmico e a ventilação passiva.

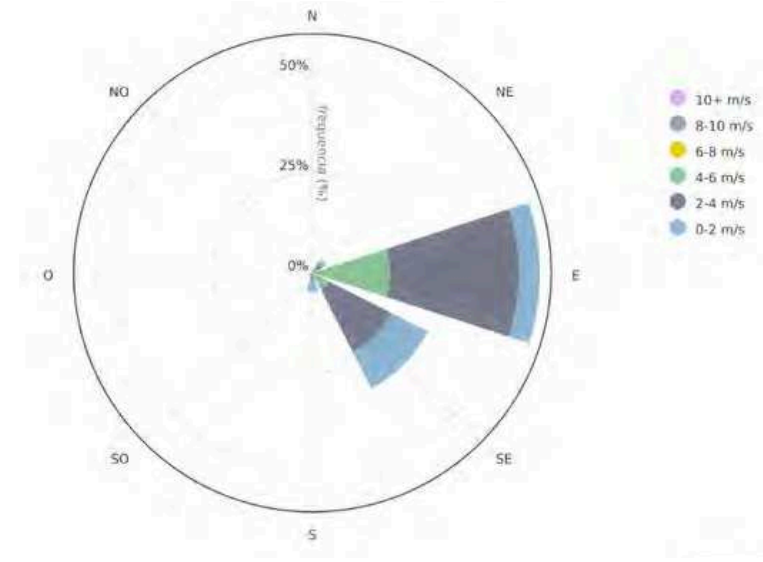
Gráfico 2 - Temperaturas médias e zona de conforto de Campina Grande. Fonte: INMET, 2016, adaptado pela autora, 2024.



Além disso, por meio da análise dos ventos predominantes, observou-se que na cidade de Campina Grande a ventilação predominante vem do leste, seguido pelo sudeste (GR FICO 3). Segundo a NBR 15220/2005, que aborda sobre o zoneamento bioclimático brasileiro e das estratégias de condicionamento térmico passivo, a cidade se classifica na zona bioclimática 8. Dentre as recomendações dessa norma, incluem-se considerar a ventilação natural para otimizar o conforto ambiental, por meio de grandes aberturas alinhadas ao de elementos de sombreamento, como brises e beirais, para reduzir a incidência de luz solar. Recomenda-se, também, a integração de áreas verdes e árvores próximas ao edifício para proporcionar sombra e resfriar o entorno.

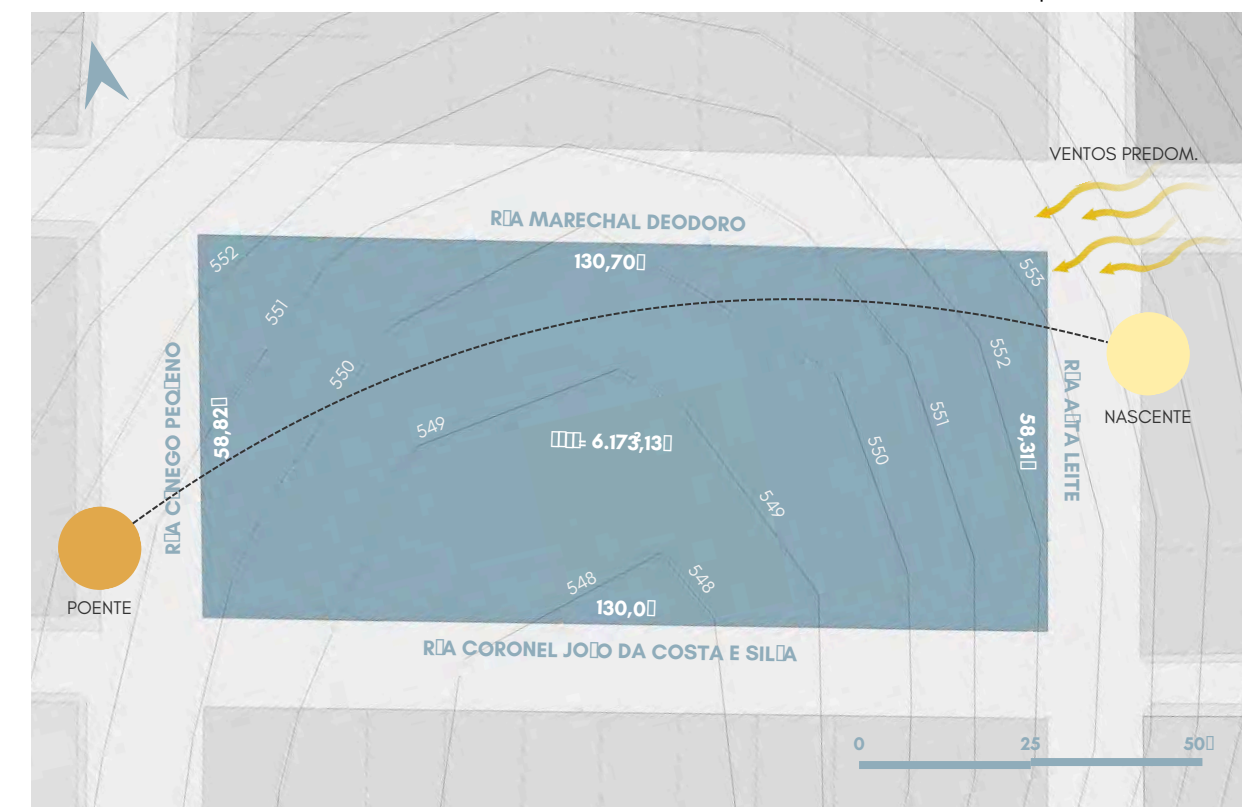
No que diz respeito à orientação do terreno, as testadas maiores estão voltadas para as ruas Marechal Deodoro e Coronel João da Costa e Silva, no sentido leste-oeste, enquanto as fachadas menores estão voltadas para as ruas Auta Leite e Cônego Pequeno, no sentido norte-sul.

Gráfico 3 - Rosa dos Ventos de Campina Grande. Fonte: INMET, 2016, adaptado pela autora, 2024.



O terreno possui dimensões aproximadas de 130m nos lados maiores e 59m nos menores, caracterizando um formato retangular. Quanto a topografia, apresenta-se uma variação de nível entre 548 e 553m, com diferença de aproximadamente 7,7% de inclinação. Com seis curvas de nível afastadas em 1 metro passando pelo terreno, observa-se que o declive é mais acentuado nas laterais e menos pronunciado na área central (FIGURA 35). Assim, devido à extensão do lote, o desnível pode ser considerado como moderado e pode ser superado com nivelamento e a construção de rampas, garantindo acessibilidade e drenagem eficiente.

Figura 35 - Estudo de condicionantes físico-ambientais do terreno. Fonte: Elaborado pela autora, 2024.



2.4. CONDICIONANTES LEGAIS

O Código de Obras de Campina Grande, regulamentado pela Lei nº 3.454 de 23 de setembro de 2010, estabelece diretrizes essenciais para a construção civil, incluindo parâmetros urbanísticos como taxa de ocupação, coeficiente de aproveitamento e requisitos de recuos mínimos.

Segundo o Plano Diretor de Campina Grande, o terreno em estudo localiza-se na Zona de Recuperação Urbana, onde os parâmetros urbanísticos são definidos da seguinte forma:

Quadro 5 Parâmetros Urbanísticos para Zona de Recuperação Urbana.

PARÂMETROS URBANÍSTICOS	RECOMENDADO
Taxa de Ocupação (T.O)	Uso residencial: 60% Outros usos: 75%
Índice de Aproveitamento (I.A)	Uso residencial: 5,5 Outros usos: 4,0
Taxa de permeabilidade (TP)	20%

Fonte: Código de Obras de Campina Grande, 2010, modificado pela autora, 2024.

O código de obras determina, também, os recuos mínimos para as edificações, considerando 4m para vias do sistema viário urbano, 5m para a Avenida Prefeito Severino Cabral e 6m para edificações não residenciais, com creches, escolas e hospitais. Para o projeto em questão, adotou-se o recuo de 6 metros, apesar de não haver uma especificação direta para centros-dia.

Além desses parâmetros, serão consideradas as recomendações das normas técnicas brasileiras, como a NBR 9050, e as orientações para serviços de atendimento ao idoso, incluindo a RDC 502 e a Portaria Nº 73/2001, mencionadas anteriormente.

2.5. PROGRAMA DE NECESSIDADES

Para a definição do programa de necessidades e o pré-dimensionamento da proposta, foram considerados os estudos correlatos, as recomendações da Portaria nº 73/2001 e as recomendações do Guia de Orientações Técnicas para Centros Dia do Idoso (2014), que estabelece diretrizes para o funcionamento dos centros dia em São Paulo.

Conforme o guia de orientações, o centro dia deverá funcionar em regime integral – das 8h

até 17h – de segunda a sexta-feira, com exceção de feriados. Além disso, o espaço poderá ser utilizado nos fins de semana para realização de atividades – como palestras, exposições, oficinas – envolvendo os usuários, suas famílias e a comunidade, com o objetivo de promover a integração e fortalecer as relações sociais. Ainda segundo o guia de orientações, os centros dias poderão ofertar vagas para até 50 pessoas idosas.

Para compor o quadro de profissionais dos centros dia, será necessária a disponibilização de equipe técnica multidisciplinar, além de uma equipe operacional, sendo:

1 Coordenador – nível superior na área de Ciências Humanas.
1 Assistente Social.
1 Profissional para Atividades Socioeducativas e Socioculturais – preferencialmente Pedagogo, Psicólogo, Gerontólogo.
1 Profissional para Atividades Físicas – Educador Físico, Terapeuta Ocupacional.
1 Cuidador para cada grupo de 10 idosos – nível médio.
1 Técnico ou Auxiliar de Enfermagem.
1 Agente Administrativo – nível médio.
2 Auxiliares de limpeza – nível fundamental.
1 Cozinheiro – nível fundamental.
1 Auxiliar de Cozinha – nível fundamental.
(Guia de Orientações Técnicas Centro Dia do Idoso 2014)

Com base nos dados expostos, estabeleceu-se a capacidade do centro-dia para atender 50 pessoas idosas, pensando na utilização de alguns espaços por grupos menores de a 10 a 15 pessoas, o que possibilitou o pré-dimensionamento do local. Para garantir funcionamento eficiente e atendimento de qualidade, estima-se a necessidade de equipe composta por aproximadamente 16 a 20 profissionais. Para isso, definiu-se o programa de necessidades da proposta, organizado em cinco setores, sendo eles: administrativo, saúde, descanso, social/lazer e serviços.

O programa foi pensado para atender às necessidades dos usuários, propondo espaços de convivência e atividades, áreas de descanso, cuidado e saúde. Também pensou-se em áreas que possam permitir a integração da comunidade, promovendo o uso compartilhado do espaço e incentivando as relações intergeracionais especialmente devido à proximidade a escolas públicas. Isso cria oportunidades para a interação entre as diferentes gerações, como as pessoas idosas, jovens e crianças, propiciando trocas e fortalecendo os laços comunitários e de pertencimento.

Levando em consideração o dimensionamento mínimo estipulado pela Portaria nº 73/2001, apresentado anteriormente, foi desenvolvido o pré-dimensionamento da proposta. A partir de módulo base de 3,15 x 3,15 m, que resulta em área aproximada de 10 m², pensando nas dimensões dos quartos de descanso, para que atendam às normas, garantindo uso confortável e acessível. Este módulo permite a criação de submódulos para ambientes menores, como depósitos e lavanderias e a união de módulos para estrutura, visto que as áreas de convivência e de atividade coletivas se beneficiam de grande vão livre.

Quadro 6 - Programa de necessidades e pré dimensionamento.

SETOR	QUANT.	AMBIENTE	ÁREA
ADMINISTRAÇÃO 4,48%	01	Direção	18,45
	01	Secretaria	18,45
	01	Sala da assistente social	18,45
	01	Sala de reuniões	18,45
	01	Almoxarifado	18,45
	01	Direção	18,45
REA DO SETOR	92,25 m²		
SOCIAL/LAZER 45,96%	01	Recepção Sala de Convivência	220,40
	01		
	01	Sala de jogos	57,20
	01	Sala de TV	57,20
	01	Sala de oficinas	57,20
	01	Terapia Ocupacional	57,20
	01	Espaço multiuso	57,20
	01	Refeitório	101,95
	01	Refeitório/Varanda	65,25
	01	Biblioteca/Brinquedoteca	217,19
	02	WC	28,14
	01	Horta comunitária	-
	01	Espaço ecumênicio	-
	REA DO SETOR	947,07 m²	
DESCANSO 8,15%	05	Dormitórios	18,45
	01	Sala de estar íntimo	38,75
	02	WC	18,45
REA DO SETOR	167,91 m²		

SETOR	QUANT.	AMBIENTE	ÁREA	
SA DE 15,34%	01	Enfermaria	33,20	
	01	Farmácia	18,45	
	01	Psicologia	18,45	
	01	Fisioterapia	18,45	
	02	Consultórios	18,45	
	01	Hidroterapia	130,45	
	01	WC	4,00	
	01	Enfermaria	33,20	
	01	Farmácia	18,45	
	01	Psicologia	18,45	
	01	Fisioterapia	18,45	
	02	Consultórios	18,45	
	01	WC	4,00	
	02	Vestiários	28,14	
REA DO SETOR	316,16 m²			
SERVIÇO 10,65%	01	Sala de apoio	47,51	
	02	Vestiário	18,23	
	01	Pré higienização	11,09	
	01	Despensa	11,73	
	01	Cozinha	76,57	
	01	Lavanderia	11,44	
	01	DML	11,09	
	01	Depósito	13,73	
	REA DO SETOR	219,62 m²		
	CIRCULAÇÃO 15,42%	317,76 m²		
REA TOTAL	2.060,76 m²			

Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

2.6. DIRETRIZES PROJETUAIS

Para o desenvolvimento da proposta arquitetônica, foram definidas diretrizes projetuais, fundamentadas nas normas e recomendações técnicas, além dos estudos teóricos e projetuais.

As diretrizes são:

□ **Integração com o ambiente externo** promover a integração entre ambientes internos e jardins ou áreas livres, utilizando vegetação como elemento de integração e conexão com a natureza, além de proporcionar sombreamento natural, redução de ruídos, conforto visual e estímulos sensoriais. Por meio da utilização de esquadrias que possibilitam a integração física e visual, jardins internos e áreas de contemplação e a incorporação da natureza à edificação;

□ □ **Ventilação natural** priorizar a ventilação natural cruzada para áreas de convivência e descanso, melhorando o conforto térmico. Garantir a renovação do ar em áreas de saúde e serviços, promovendo ambiente saudável e agradável. Além disso, gerar iluminação natural em todas as áreas por meios de esquadrias e dos jardins internos;

□ **Transição gradual** criar transição gradual e acolhedora entre os espaços públicos e privados/restritos, utilizando o próprio edifício como elemento de integração, além de elementos vazados quando necessários (cobogó), buscando criar ambientes convidativos e que permitam a interação entre os usuários do centro-dia e a comunidade;

□ **Espaços de convivência** desenvolver espaços de convivência que possam ser utilizados por pessoas idosas e pela comunidade, especialmente crianças, promovendo a convivência intergeracional, a fim de fortalecer os vínculos sociais e promover a troca de experiências entre diferentes gerações;

□ **Acessibilidade** priorizar soluções que assegurem a acessibilidade, facilitando o acesso e a circulação de pessoas idosas, como edificação térrea, corredores amplos, evitar desníveis e escadas, utilizar corrimãos nas áreas de circulação, sinalização adequada. Por exemplo, a implantação em um único nível - edificação térrea - corredores amplos, corrimão nas áreas de circulação.

3.1. CONCEITO

O conceito da proposta arquitetônica surge a partir das premissas do envelhecimento ativo, com objetivo de promover a integração das pessoas idosas à comunidade por meio da criação de espaços acolhedores e dignos, que respeitem suas necessidades sociais, psicológicas e físicas. Alinhada às diretrizes da OMS sobre envelhecimento ativo, a proposta busca otimizar as oportunidades de saúde, participação e segurança para as pessoas idosas, proporcionando ambiente que estimule a autonomia e fortaleça o senso de pertencimento.

Além disso, a proposta busca promover a interação e integração com o entorno, através de áreas comuns e espaços públicos compartilhados, incentivando a convivência intergeracional e reforçando os laços sociais. Assim, o objetivo é não apenas melhorar a qualidade de vida e o bem-estar das pessoas idosas, mas também estimular a integração com a comunidade e o envelhecimento ativo.

Outro aspecto fundamental da proposta é a incorporação da natureza aos espaços construídos, para proporcionar mais conforto aos ambientes. Dessa forma, as áreas verdes e os jardins irão desempenhar papel importante, servindo como extensão dos espaços internos, contribuindo para a qualidade de vida. Dessa maneira, a proposta busca não apenas atender às demandas físicas e de saúde, mas também promover uma arquitetura humanizada, na qual cada espaço é pensado para proporcionar dignidade, autonomia, pertencimento e melhor qualidade de vida para as pessoas idosas.

3.2. PARTIDO FORMAL

A construção do partido formal da proposta tem como princípio norteador a busca pela horizontalidade, buscando favorecer a acessibilidade dentro da edificação. A partir dessa premissa, a volumetria se desenvolve a partir de volume retangular térreo (FIGURA 36-a), garantindo que todos os ambientes internos estejam em um único nível, facilitando a circulação dos usuários.

Outro elemento central do partido é a criação de um pátio interno (FIGURA 36-b), que atua como ponto de conexão entre os setores, promovendo a interação entre os ambientes internos e externos. Assim, o pátio é um elemento que surge como espaço de transição entre interior e exterior (FIGURA 36-c), ao mesmo tempo em que proporciona vistas e que conectam os usuários com o exterior, criando ambiente de convivência que se expande para fora. O pátio também desempenha papel importante na circulação de ar e na iluminação natural, auxiliando no conforto ambiental e criando espaço agradável para as atividades ao ar livre.

A partir disso, o partido formal da proposta se baseia na desconstrução do volume retangular original em dois blocos independentes organizados em formato de L (FIGURA 36-e), conectados por passarela e envolvendo pátio central e áreas de convivência externas. Os dois blocos (FIGURA 36-f) possuem funções distintas: o primeiro, mais voltado para o setor social e de descanso, no qual concentram-se as áreas de convivência, atividades e repouso. Enquanto que, o segundo bloco concentra os setores de saúde e serviços e áreas compartilhadas, como a biblioteca/brinquedoteca, organizando os fluxos de acordo com as necessidades funcionais.

Dessa maneira, a organização volumétrica possibilita a distribuição dos diferentes fluxos de acesso nas quatro faces do terreno. Assim, pensou-se as entradas separadas para áreas sociais e de serviços, garantindo a separação funcional dos usos. Por fim, no lado noroeste do terreno, pensou-se na criação de praça pública, pensada como ponto de encontro da comunidade, para promover a convivência e relações sociais.

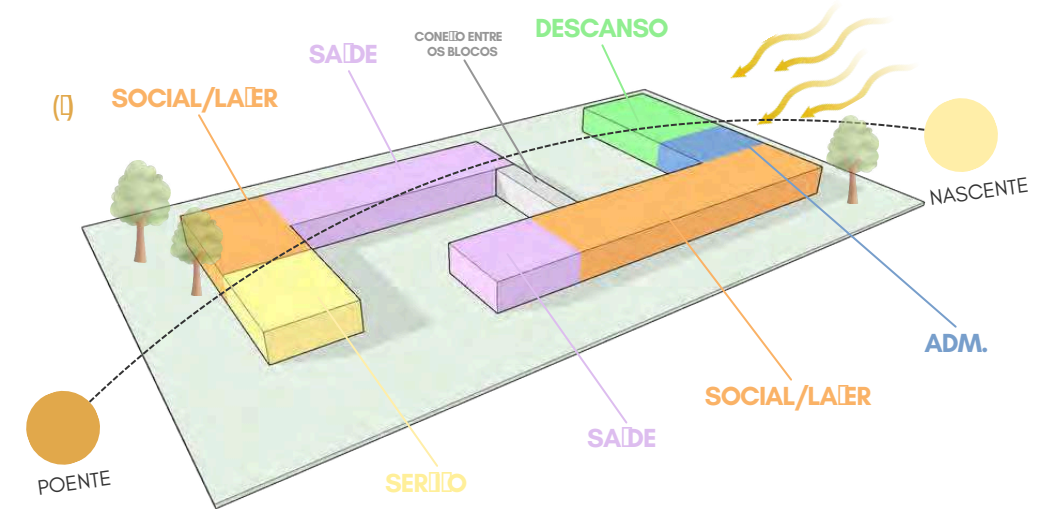
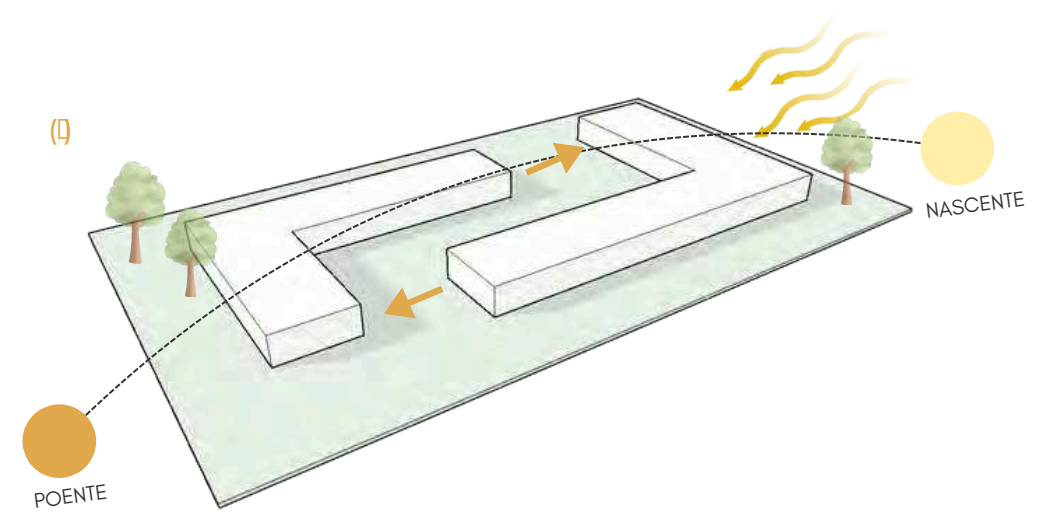
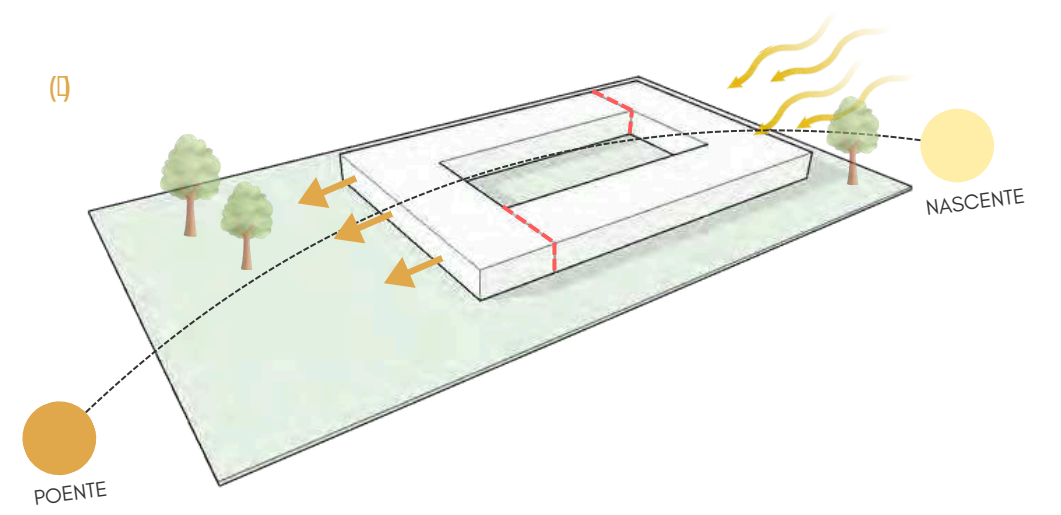
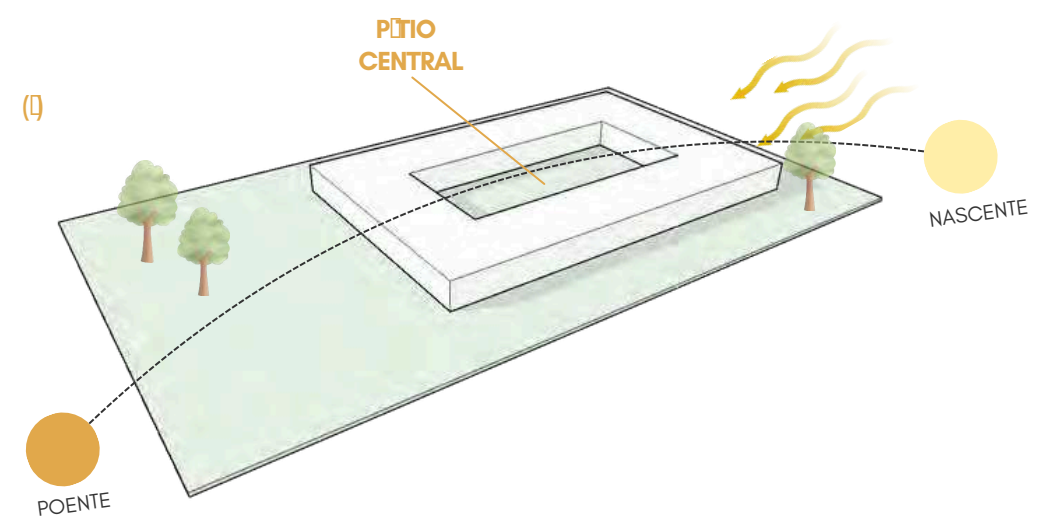
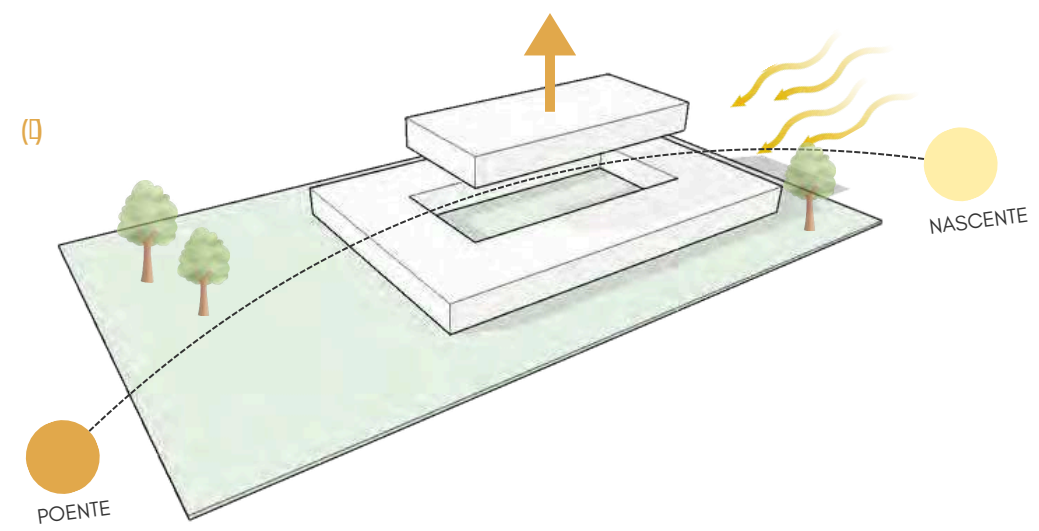
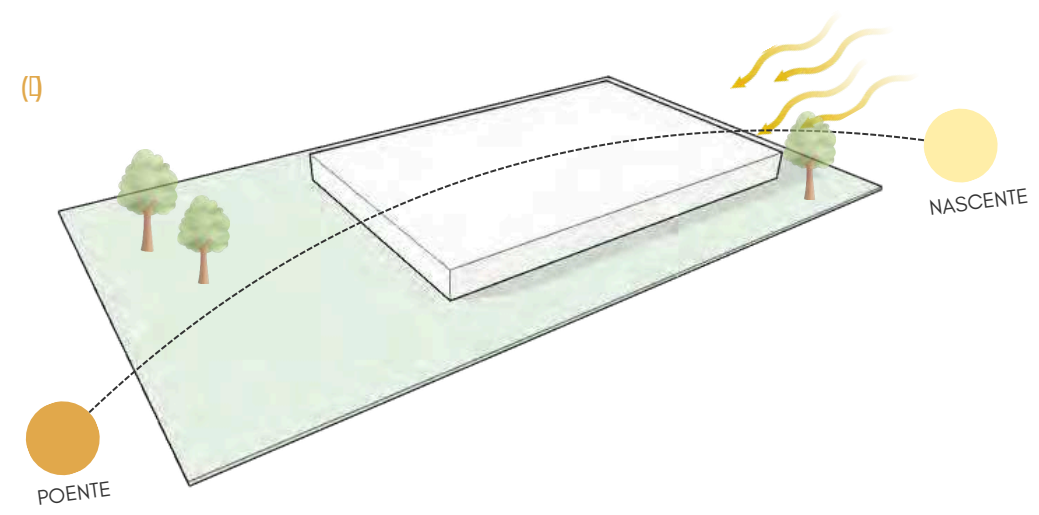


Figura 36 - Evolução do partido formal.
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

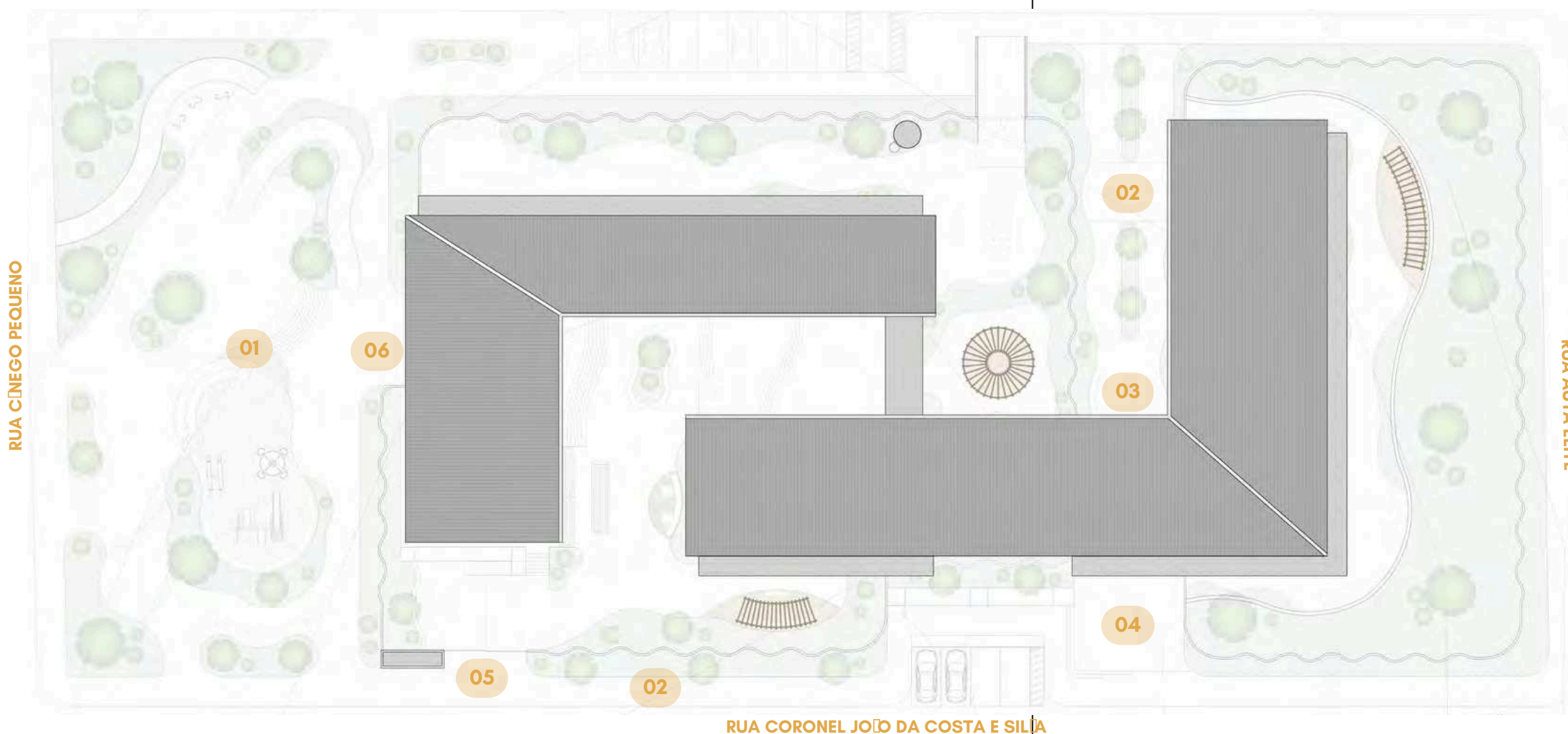
3.3. IMPLANTAÇÃO

A proposta visa estimular o contato das pessoas idosas com a comunidade, reconhecendo a importância das interações sociais para prevenir o isolamento e as perdas associadas ao envelhecimento. Para isso, foi fundamental pensar em implantação que criasse pontos de conexão com o entorno, promovendo encontros e interações entre os usuários do equipamento e os moradores da região.

Nesse sentido, a implantação prioriza a criação de espaços abertos e livres, que funcionam como pontos de encontro, além de integrar os ambientes internos e externos. Um dos principais destaques é a criação de praça pública e áreas de permanência ao longo do percurso (FIGURA 37-01 e 02), projetada para unir a comunidade ao equipamento. Beneficiando-se da proximidade à escolas, a praça desempenha papel essencial na conexão entre diferentes faixas etárias. Além disso, também oferece acesso à biblioteca/brinquedoteca (FIGURA 37-06), pensada em ser um espaço de uso compartilhado entre o centro dia e a comunidade, proporcionando a convivência intergeracional.

Figura 37 - Implantação da proposta.
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

RUA MARECHAL DEODORO



RUA CORONEL JOÃO DA COSTA E SILVA

Portanto, a integração entre os espaços internos e externos é um dos princípios fundamentais da implantação, buscando fortalecer as interações sociais e garantindo que o centro seja percebido não apenas como uma instituição, mas como um ponto de encontro e convivência comunitária.

Ademais, na implantação do edifício, o fácil acesso à edificação foi uma prioridade. Devido à topografia do terreno, que apresenta cerca de 5 metros de desnível, o edifício foi posicionado de maneira a minimizar as diferenças de nível nos acessos principais (FIGURA 37-03 e 04), garantindo que as pessoas com mobilidade reduzida, incluindo as pessoas idosas, possam acessar e circular confortavelmente.

Dessa forma, os acessos principais e de pedestres foram mantidos no mesmo nível da rua ou calçada, evitando a necessidade de rampas e escadarias, exceto no acesso norte (FIGURA 37-03), onde foi necessária a criação de rampas com inclinação suave para vencer o desnível. Além disso, os acessos de serviço (FIGURA 37-05) foram planejados separadamente dos acessos principais, buscando setorizar e otimizar os fluxos.

LEGENDA:

- 01 - Praça pública
- 02 - Área de permanência
- 03 - Acesso setor social - norte
- 04 - Acesso setor social - sul
- 05 - Acesso setor serviços
- 06 - Acesso biblioteca



3.4. ORGANIZAÇÃO ESPACIAL

Com base na análise dos estudos correlatos, na definição do programa de necessidades e no pré-dimensionamento, foram estabelecidos cinco setores para a edificação: administração, descanso, saúde, serviços e social/lazer (FIGURA 38). A implantação da edificação se dá por meio de dois blocos dispostos em formato de "L", interligados por passarela coberta.

A proposta busca criar espaços e circulação que favoreçam a fácil identificação e percurso intuitivo dentro da edificação. Visto que é fundamental contar com edificações bem zoneadas para facilitar a orientação das pessoas idosas, uma vez que é uma fase da vida em que pode apresentar desafios quanto à orientabilidade.

Assim, o bloco principal abriga as áreas comuns, como as salas de atividades e a área de convivência, além das áreas administrativas do centro-dia, que incluem a secretaria, diretoria, sala da assistente social. Essas áreas foram localizadas próximas à entrada para facilitar o fluxo dos usuários. Além disso, buscou-se separar os fluxos, tornando o acesso à área de

Figura 38 - Organização espacial.
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

descanso, que compreende os dormitórios e a sala de repouso, mais privativo.

Unidos por uma passarela coberta, que também dá acesso às áreas externas e de lazer, o segundo bloco contém espaços que podem ser utilizados não apenas pelos usuários do centro-dia, mas também por outras pessoas. Esse bloco abriga áreas de saúde, incluindo consultórios, fisioterapia, enfermaria e áreas sociais, como biblioteca e refeitório. O setor de serviços, como a cozinha, lavanderia, áreas de funcionários, também está localizado neste bloco.

A implantação da proposta considerou, principalmente, a análise dos condicionantes do local, priorizando a iluminação e a ventilação natural nas áreas de maior permanência e descanso. Assim, os setores social de descanso foram posicionados voltados para o leste, aproveitando-se da ventilação natural, o que contribui para um melhor conforto térmico nessas áreas. Enquanto que, o setor de serviços e as áreas molhadas, por serem locais de menor permanência, foram posicionados mais a oeste.

Visando, também, a funcionalidade do espaço, foram definidos acessos independentes ao



edifício, com o objetivo de separar os fluxos de circulação. Ao todo, foram criados cinco acessos distintos (FIGURA 39).

O acesso principal, voltado para os usuários do centro-dia, se dá pela recepção e área de convivência, situadas no setor social/lazer. O segundo acesso é destinado exclusivamente aos funcionários, e está localizado no setor de serviços, atendendo também à área de carga e descarga para abastecimento do edifício. O setor de saúde conta com um acesso específico para emergências, permitindo a parada de ambulâncias e sendo posicionado estrategicamente no ponto mais próximo aos hospitais da região. Por fim, o acesso comunitário, voltado para a praça, permite que a comunidade acesse a biblioteca e também, que possam usufruir dos espaços abertos ao público finais de semana - quando o centro dia não está em funcionamento - como o refeitório e a biblioteca.

Tanto o zoneamento da proposta quanto a separação dos acessos, independentes entre si, contribuem para uma melhor organização dos fluxos, evitando o cruzamento entre setores

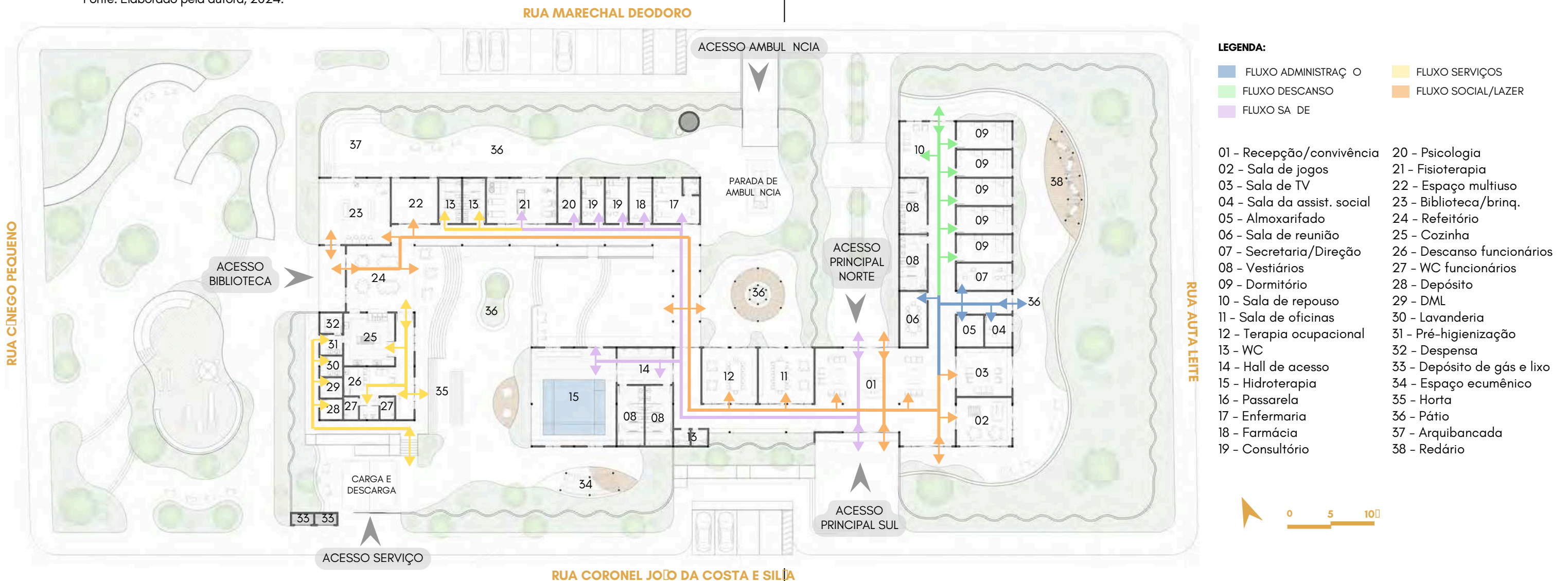
Figura 39 - Acesso e fluxos.
Fonte: Elaborado pela autora, 2024.

distintos. Essa estratégia visa minimizar problemas de circulação e facilitar o uso adequado dos espaços por todos.

3.5. ASPECTOS CONSTRUTIVOS

Para a proposta, adotou-se o sistema estrutural de pórticos, com pilares e vigas metálicas devido à necessidade de grandes vãos, especialmente nas áreas comuns e de atividades coletivas. O sistema metálico - por sua vez, mais leve e mais resistente que o concreto armado - permite a adoção de vãos maiores com seções menos robustas, o que proporciona maior flexibilidade ao layout arquitetônico. Enquanto que, para as vedações adotou-se os blocos de concreto, nas áreas externas e internas.

Para as esquadrias, visando a racionalidade construtiva, optou-se pela padronização ao máximo desses elementos. Assim, as esquadrias são de alumínio e vidro temperado, o que garante baixa manutenção e alta durabilidade para um equipamento público. Além de promover a integração visual entre interior e exterior. Também foram incorporadas no projeto marquises de concreto, com inclinação de 2%, garantindo o sombreamento para as



esquadrias.

Além disso, o projeto incorpora paredes de cobogó, com blocos de concreto maciço pintados e dispostos de forma alternada. Esses elementos conferem permeabilidade visual ao mesmo tempo que permitem a passagem de iluminação natural. São aplicados no muro e em segundas peles, contribuindo, também, para o conforto térmico e bloqueio da radiação solar direta, além de se destacarem como um elemento de identidade do projeto.

3.6. O PROJETO

Ao analisar o projeto com base nos métodos de análise do Quaterno Contemporâneo, propostos por Aravena e Mahfuz (2004), e no método gráfico de análise projetual de ILPIs, desenvolvido por Panet, Tejo e Souza (2023) – mencionados na metodologia – observa-se a demarcação do acesso principal, voltado para o nordeste, por meio de marquise, que facilita a orientabilidade na entrada da edificação (FIGURA 40). Além disso, a entrada da biblioteca e o acesso externo ao refeitório, na fachada noroeste, são demarcados pelo recuo da volumetria e pelo beiral da coberta, contribuindo também para a orientação dos usuários. Esses elementos são importantes para a fácil identificação das entradas pelos usuários, visto que a idade pode trazer perdas significativas na capacidade de localização e orientação (FIGURA 41).

Figura 40 - Demarcação do acesso, fachada nordeste.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Como mencionado anteriormente, a proposta de implantação segue uma organização linear dos volumes ao redor do pátio central, promovendo a integração dos ambientes. Os espaços convergem para o pátio central, que atua como um ponto de conexão entre os diferentes setores do edifício (FIGURA 42), e que possibilitam atividade ao ar livre, localizando uma horta comunitária, espaços de descanso e convívio. Essa disposição espacial favorece a convivência e a circulação natural de ar.

No que diz respeito à acessibilidade, a edificação é térrea, reduzindo a necessidade de escadas e facilitando a circulação de pessoas com mobilidade reduzida. Quando necessário, rampas suaves e patamares garantem o acesso a todas as áreas do centro dia e ajudam a vencer desníveis do terreno (FIGURA 43). Além disso, a utilização de esquadrias de piso a teto, que além de proporcionarem maior permeabilidade visual para todos os usuários, atuam também como um elemento que integra os ambientes internos e externos (FIGURA 44).

Para garantir o conforto térmico, foram adotadas segundas peles de cobogós em algumas áreas da edificação. Essas estruturas protegem os ambientes da incidência solar direta e contribuem para a ventilação natural, além de conferirem identidade ao projeto. Juntamente com brises metálicos na coberta, que permitem a entrada controlada de luz natural e a renovação do ar por meio da ventilação cruzada, ademais, o próprio beiral da coberta

Figura 41 - Demarcação do acesso, fachada noroeste.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 42 - Pátio central interno.

Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 43 - Diferenças de nível no pátio central da edificação.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 44 - Permeabilidade visual por meio das esquadrias de vidro.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



também oferece sombreamento parcial, protegendo as aberturas e melhorando a eficiência energética (FIGURA 45).

Além disso, foram priorizadas áreas verdes externas como pontos de interação e conexão com a natureza, servindo como extensão do ambiente interno. Buscando ao máximo criar oportunidades de utilização dos espaços ao ar livre, foram criados espaços como o redário próximo à área de descanso, o pátio acessado pela área de fisioterapia, que permite a realização de atividades ao ar livre, pergolados com vegetação que permitem momentos de encontro e socialização. Assim, a incorporação de pátios e jardins internos cria ambientes que estimulam os sentidos e promovem uma sensação de bem-estar entre os usuários (FIGURA 46 E 47).

Ao adentrar a parte interna da edificação, foram utilizadas cores para demarcar os diferentes setores do edifício (FIGURA 48), facilitando também a orientação dos usuários no local. Corredores largos, com a presença de corrimãos, garantem acesso seguro e confortável, especialmente para aqueles com dificuldade de locomoção (FIGURA 49 E 50). Além disso, as áreas comuns internas foram projetadas para serem amplas e livres de obstáculos, permitindo múltiplas configurações conforme as atividades que serão realizadas. Essa flexibilidade espacial é um fator importante para atender às diferentes demandas do equipamento (FIGURA 51).

Figura 45 - Sombreamento das aberturas.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 46 - Espaços de atividade ao ar livre, próximo a setor de saúde e biblioteca.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 47- Espaços de atividade ao ar livre, próximo as salas de atividades coletivas.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 48 - Uso de cores para orientabilidade.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 49 - Acessibilidade nos espaços, setor social.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Por fim, as figuras seguintes (FIGURA 52 A 59) apresentam diferentes vistas e perspectivas da volumetria do conjunto, proporcionando melhor compreensão das relações criadas entre os diferentes volumes edificados, as áreas verdes, os espaços abertos e o os pontos de encontros no entorno.

Figura 50 - Acessibilidade nos espaços, setor de saúde.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 51 - Espaços de convivência.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 52 – Perspectiva da fachada nordeste.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 54– Perspectiva da fachada sudoeste.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 53 – Perspectiva do acesso de serviço.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 55– Perspectiva da fachada noroeste.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 56 - Relação da edificação com a praça pública.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 58 - Vista aérea do conjunto arquitetônico, destacando os acessos sul e a praça pública.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 57 - Vista aérea do conjunto arquitetônico, destacando os acessos norte.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



Figura 59 - Vista aérea do conjunto arquitetônico, destacando a entrada principal e as áreas livres.
Fonte: Elaborada pela autora, 2024.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio dos dados apresentados no referencial teórico, foi possível entender melhor a problemática do crescimento populacional, no Brasil e no mundo. Essa mudança traz aspectos que merecem atenção, como o aumento da população idosa e a demanda por equipamentos que possam oferecer atendimento de qualidade a esse grupo.

Dessa forma, o presente trabalho teve como objetivo propor estudo preliminar de Centro de Atenção Diurna para pessoas idosas em Campina Grande, PB, por meio da criação de espaços que garantam o bem-estar e a independência dos usuários. Para isso, foram realizados estudos de projetos correlatos para compreender as demandas e a organização de equipamentos voltados para pessoas idosas, além de diagnósticos do terreno e do entorno, considerando as condicionantes físicas e ambientais, bem como estudos pré-projetuais para definir as questões e objetivos do projeto.

A proposta arquitetônica enfatiza a criação de ambiente acessível, inclusivo e humanizado, com foco na promoção da autonomia e do envelhecimento ativo. Propondo a implementação de soluções que estimulam a convivência intergeracional e a integração do equipamento com a comunidade, promovendo a inserção social e evitando o isolamento e a institucionalização. Assim, para o desenvolvimento da proposta, buscou-se seguir os princípios do desenho universal, garantindo acessibilidade a todos os usuários e promovendo arquitetura que respeita as necessidades específicas deste grupo, incluindo elementos que facilitam a orientação espacial e a socialização.

Portanto, entende-se a importância e o papel da arquitetura na criação de espaços inclusivos e acolhedores, sendo um meio para promover melhor qualidade de vida para as pessoas idosas. Destaca-se também a relevância de projetar pensando nas necessidades específicas deste grupo, para que o ambiente seja acolhedor e permita a autonomia, estimulando a independência e o senso de pertencimento. Assim, este trabalho, dentro das limitações de tempo e recursos, apresenta solução que busca colaborar com a discussão acadêmica e profissional sobre a importância de equipamentos assistenciais humanizados para as pessoas idosas e que buscam promover um envelhecimento ativo e saudável.

AGÊNCIA BRASIL. **Brasileiros com 60 anos ou mais superam 32 milhões**. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202310/brasileiros-com-60-anos-ou-mais-superam-32-milhoes-de-pessoas-mdhc-reforca-importancia-do-cuidado-e-respeito-com-essa-faixa-etaria>. Acesso em 05 abr. 2024.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA - ANVISA. **Portuguese**. ANVISA, 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/servicosdesaude/saloes-tatuagens-creches/instituicoes-de-longa-permanencia-para-idosos>. Acesso em: 18 mar. 2024.

ALMEIDA, T. **Além da idade: o envelhecimento e a saúde**. 2009. Disponível em: <http://thiagodealmeida.com.br/site/files/pdf/artigo5.pdf>. Acesso em 12 abr. 2024.

ALMEIDA, T. de; LOURENÇO, M. L. **Resiliência e bem-estar em idosos**. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, [S. l.], v. 6, n. 2, 2010. DOI: 10.5335/rbceh.2012.171. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/171>. Acesso em 22 abr. 2024.

ARCHDAILY. **Como cuidar do idoso / Saúde**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/velhice_melhor_idade_dilemas_eticos.pdf. Acesso em 13 abr. 2024.

ARCHDAILY. **Resiliência e bem-estar em idosos**. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/velhice_melhor_idade_dilemas_eticos.pdf. Acesso em 13 abr. 2024.

ARQ A. **Resiliência e bem-estar em idosos**. 2017. Disponível em: <https://arqa.com/arquitectura/residencia-geriatrica.html>. Acesso em 13 abr. 2024.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. **NBR 9050: Acessibilidade**. Rio de Janeiro: ABNT, 2020. Disponível em: https://www.caurn.gov.br/wp-content/uploads/2020/08/ABNT-NBR-9050-15-Acessibilidade-emenda-1_-03-08-2020.pdf. Acesso em: 23 de mar. 2024.

BARBOSA, A. C. **Resiliência e bem-estar em idosos**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. Rio de Janeiro, p. 169, 2008. Acesso em: 23 de mar. 2024.

BATISTA, A. S.; JACCOUD, L.; AQUINO, L.; EL-MOOR, P. D. **Os idosos e a proteção social no Brasil**. Brasília: INSTITUTO DE PESQUISA ECONOMICA APLICADA - IPEA, 2009. Disponível em: <https://www.researchgate.net/profile/Luciana_Jaccoud/publication/46456345_Serie_Seguridade_Social_Os_Idosos_em_Situacao_de_Dependencia_e_a_Protecao_Social_no_Brasil/links/58470bc908ae61f75ddfe623/Serie-Seguridade-Social-OsIdosos-em-Situacao-de-Dependencia-e-a-Protacao-Social-no-Brasil.pdf origin=publication_list>. Acesso em 15 mar. 2024

BESTETTI, M. L. **Atividade física em idosos**. Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 500-512, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/sRNrKc96QsmC6fybS8LQmDc/?lang=pt>. Acesso em 20 mar. 2024.

BRASIL. **Atividade física em idosos**. Portal Gov.br, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/pt-br/servicos/acessar-centro-dia#:~:text=O%20que%20%C3%A9%3F,e%20a%20necessidade%20de%20acolhimento>. Acesso em: 08 mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 13 de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/l10741.htm. Acesso em: 08 de mar. 2024.

BRASIL. **Lei nº 8.842, de 4 de maio de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso e dá outras providências. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm. Acesso em: 08 de mar. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). **Resolução de Diretoria Colegiada nº RDC nº 502/2017**. Regulamenta o funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf. Acesso em: 08 de mar. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 73 de 10 de maio de 2001**. Normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil. Brasília, 2001. Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br/sites/sisapidoso.icict.fiocruz.br/files/normasdefuncionamentodeservicosdeatencaoaidoso>. Acesso em: 08 de mar. 2024.

CAMARANO, A. **Envelhecimento e saúde: o idoso e a família**. In: Freitas EV, et al, editores. Tratado de geriatria e gerontologia. 2a ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 88-105. Acesso em: 08 de mar. 2024.

CARLETO, A. C.; CAMBIAGHI, S. **Diagnóstico geriátrico**. Instituto Mara Gabrielli. São Paulo, 2007. Acesso em: 08 de mar. 2024.

CASTELNOU NETO, Antônio Manoel. **Projeto de arquitetura**. In: Seminário Internacional Projetar, 9., 2019, Curitiba. Anais do 9º Projeto. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Acesso em 8 mar. 2024.

COUTO, M. C. et al. **Resiliência em idosos**. In: FALCÃO, D. V. S. et al. (Org.). Maturidade e velhice: pesquisa e intervenções psicológicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 315-338. Acesso em 22 mar. 2024.

DIAS, A.M. **O envelhecimento e a saúde do idoso**. **UNIVALI**. 2007. 189 f. Dissertação de Mestrado - Universidade do Vale do Itajaí, 2007. Acesso em 22 mar. 2024.

IBGE. **Censo Demográfico 2022**. 2022 Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/populacao/22827-censo-demografico-2022.html?edicao=38166&t=publicacoes>. Acesso em 05 abr. 2024.

IBGE. **População em Idade 2022**. Disponível em: <https://educa.ibge.gov.br/jovens/conheca-o-brasil/populacao/18318-piramide-etaria.html>. Acesso em: 22 de abr. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cidades - PB**. Cidades, 2010. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/pesquisa/23/25207?ano=2010&indicador=25186>. Acesso em: 18 mar. 2024.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **População em Idade**. Cidades, 2022. Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>. Acesso em: 18 mar. 2024.

LAFIN, S. **Atividade física em idosos**. In: CORTELLETTI, I.; CASARA, M.; HERÉDIA, V. Idoso asilado: um estudo gerontológico. Caxias do Sul: Educs, 2004. p. 111-113. Acesso em: 24 mar. 2024.

MAHFUJ, Edson. **R**evista Vitruvius. **Vitruvius**, Mar. 2024. Disponível em: <https://vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/04.045/606>. Acesso em: 24 mar. 2024.

MINAYO, M. **O** envelhecimento e a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 28(2):208-209. Acesso em: 15 mar. 2024

MOSCI, T. L. **C**ompreendendo o envelhecimento. 2014. Disponível em: <https://sbgg.org.br/sobre-como-envelhecemos-e-quais-as-principais-repercussoes/>. Acesso em: 24 mar. 2024.

NICOLETI, João Vitor. **O** envelhecimento e a saúde pública. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso, Curso de Bacharelado em Ciências Atuariais, Escola Paulista De Política, Economia E Negócios, Universidade Federal de São Paulo - São Paulo, 2023. Acesso em: 24 mar. 2024.

OLIVEIRA, R. et al. **D**esenvolvimento sustentável e envelhecimento. Brasília: Ipea, 2004. Disponível em: https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11798/1/ppp_n59_Artigo10_da_velhice_a_terceira.pdf. Acesso em: 22 mar. 2024

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SA DE. **E**nvelhecimento e saúde. Tradução Suzana Gontijo. Revisão em português Janaina Caldeira. 1.ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il. Acesso em 18 mar. 2024.

PANET, M. de F.; TEJO, B. R.; SOUZA, I. B. L. de S. **U**rbano e rural. Revista Arquitetura e Lugar, Campina Grande, v. 1, n. 1, p. 59-73, 2023. Disponível em: <https://revistas.editora.ufcg.edu.br/index.php/arql/article/view/364>. Acesso em: 09 abr. 2024.

PASCHOAL, S. **E**nvelhecimento e saúde. In: PAPANETTO, Matheus. (org). Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada. São Paulo: Atheneu, 1998. p. 26-43. Acesso em: 09 abr. 2024.

SANTANA, C. **O** mundo da saúde. O Mundo da Saúde, São Paulo, v. 36, n. 1, p. 98-102, 2012. Disponível em: https://bvsm.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/velhice_melhor_idade_dilemas_etico_s.pdf. Acesso em 13 abr. 2024.

SECRETARIA ESPECIAL DE COMUNICAÇÃO SOCIAL. **C**enso 2022: **57,4%** em 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/secom/pt-br/assuntos/noticias/2023/10/censo-2022-numero-de-idosos-na-populacao-do-pais-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em 05 abr. 2024.

SIMÕES, N.; BALIEIRO, C. Arquitetura para a terceira idade. Revista Científica Multidisciplinar do CEAP. [s.l.] v 5, 2023. Disponível em: <http://periodicos.ceap.br/index.php/rcmc/article/view/210>. Acesso em: 08 mar. 2024.

SOUZA, M. da C., et al. **O** envelhecimento e a saúde pública. Brazilian Journal of Development, [S. l.], v. 6, n. 8, p. 61871-61877, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n8-564. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15567>. Acesso em: 14 out. 2024.

SOUZA, J. **E**nvelhecimento e saúde pública. 2023. 123f. Trabalho de Conclusão de Curso (Monografia), Curso de Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo, Centro de Tecnologia e Recursos Naturais, Universidade Federal de Campina Grande - Campina Grande - Paraíba - Brasil, 2023. Disponível em: <http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/jspui/handle/riufcg/29008>. Acesso em 08 mar. 2024.

TOMASINI, S.; ALVES, S. **E**nvelhecimento e saúde pública. Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano, [S. l.], v. 4, n. 1, 2007. DOI: 10.5335/rbceh.2012.119. Disponível em: <https://seer.upf.br/index.php/rbceh/article/view/119>. Acesso em: 23 mar. 2024. Acesso em 23 mar. 2024.

UJIKAWA, Camila Mie. **A** arquitetura e o envelhecimento. 2010. Tese (Doutorado em Projeto de Arquitetura) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010. Acesso em 23 mar. 2024.

VERAS, R; OLIVEIRA, M. **E**nvelhecimento e saúde pública. Ciência & Saúde Coletiva.[s.l.] v 23, n 6, p.1929-1936, jun. 2018. FapUNIFESP (SciELO). Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/141381232018236.04722018>> Acesso em: 15 mar. 2024.

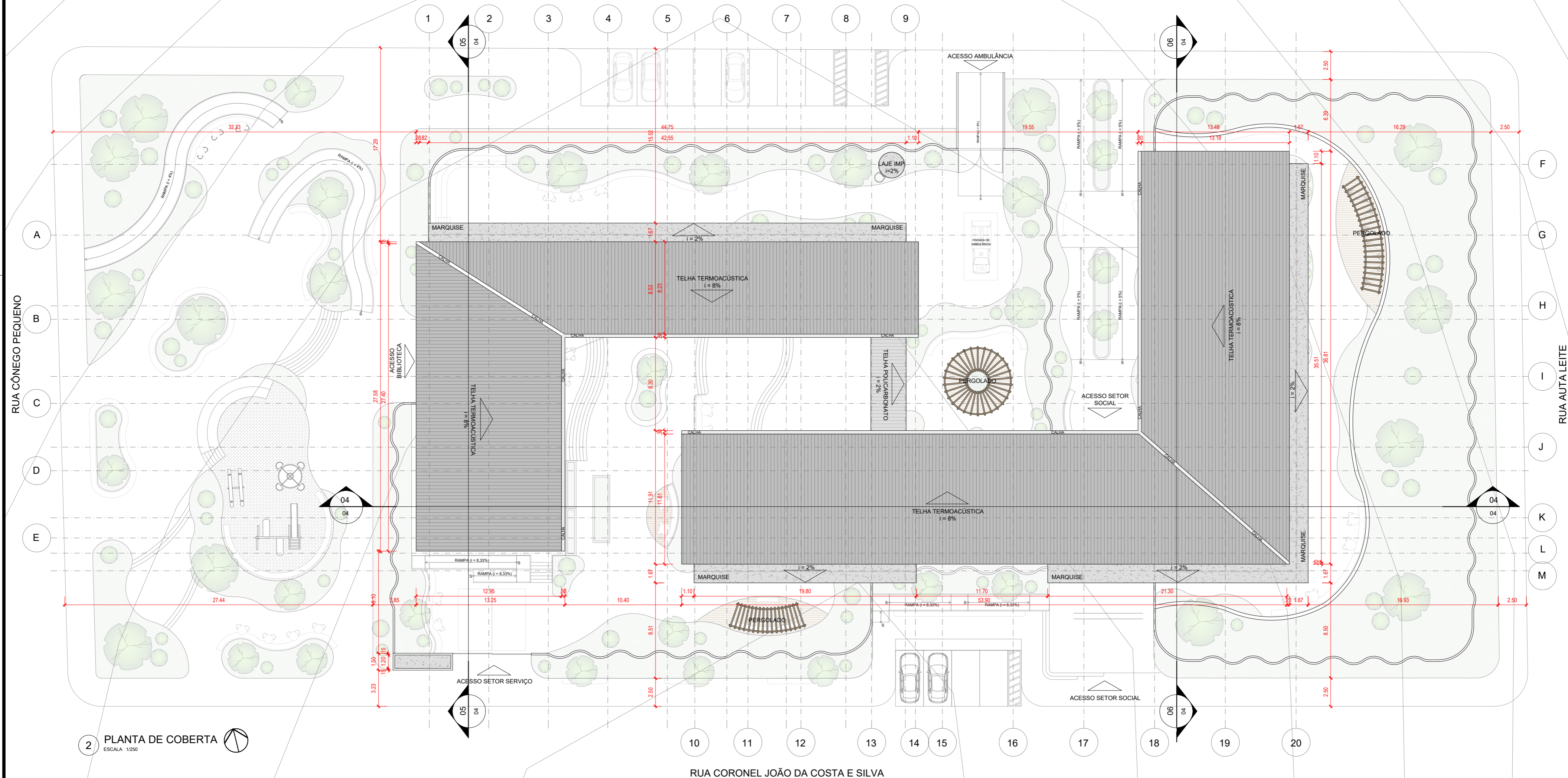
Anexo 1 – Indicadores utilizados no método de análise.

INDICADOR	DEFINIÇÃO	RELEVÂNCIA	COMO IDENTIFICAR
Privacidade. (ULRICH, 1990) (MALKIN, 1991)	Possibilidade de controlar o espaço. Exemplos: dispositivos de controle de interfone, luz, telefone, televisão, rádio, janelas, camas automatizadas, ar condicionado.	Local barulhento, sem privacidade, prejudica o morador, reduzindo sua sensação de autonomia e controle do ambiente.	<ul style="list-style-type: none"> - Observar se o morador exerce controle da televisão; - Observar se o morador exerce controle da temperatura e da iluminação; - Observar a acessibilidade de espaços abertos/jardins; - Observar a existência de espaços privativos para visitas; - Observar a existência de espaços de múltiplos usos.
Proxemia/ espaço pessoal. (HALL, 1989); (GIFFORD, 1987).	O espaço pessoal pode ser descrito como uma área invisível em torno do indivíduo que limita a distância de intimidade entre os sujeitos.	Possibilita a regulação dos estímulos e da comunicação. É um aspecto intimamente ligado à privacidade.	<ul style="list-style-type: none"> -Configuração do ambiente: Distância entre as camas; Distância entre cadeiras. -Parâmetros numéricos para o espaço pessoal: <ul style="list-style-type: none"> -Distância íntima até 0,40m. -Distância pessoal entre 0,45m e 1,25m
Territorialidade (SOMMER, 1973) (NICKERSON, 2003) (ITTELSON et al, 1973)	O grau de controle sobre o território exercido pelos seus ocupantes	Apego ao lar; Identidade	<ul style="list-style-type: none"> -Observar a existência de mobiliário adequado para objetos pessoais; -Observar a existência de armários nos banheiros.
Acessibilidade (ROSSETTO, 2019), MILANEZE (2013), (ABNT NBR 9050, 2015)	Normas Técnicas que estabelecem dimensões apropriadas para os espaços, acessos, alcance, manipulação e uso, bem como texturas e materiais adequados para pisos e paredes.	Os ambientes e seus acessos devem ter dimensões mínimas para que sejam apropriadas ao uso por pessoas com mobilidade reduzida.	<ul style="list-style-type: none"> -Largura Mínima de corredores e portas de 0,90m; - áreas de circulação muito extensas podem causar fadiga e desequilíbrio. Quando muito necessárias precisam de áreas de apoio e descanso ao longo do caminho; -Materiais de piso devem ter superfície regular, firme e estável; -Altura do peitoril que possibilite visualização do exterior por pessoas sentadas ou em cadeira de rodas; - rea para manobra de cadeira de rodas (círculo com diâmetro de 1,50m); -Espaço Livre de circulação entre mobiliários; - Barras de apoio nos lavatórios, áreas do chuveiro e sanitários; -As barras de apoio e corrimões devem ser de um material rígido e firmemente fixado; -Sinalização tátil nos pisos para alertar e direcionar.
Orientabilidade (MILANEZE, 2013)	Senso de orientação espacial.	Ter autonomia para percorrer caminhos; Situar-se na instituição.	<ul style="list-style-type: none"> -Observar a presença de marcos; -Observar a convergência de caminhos para espaços de uso comum, como: cozinha/refeitório, espaços de convivência.

<p>Psiconeuroimunologia (PNI) e estímulos sensoriais (GAPPEL, 1991); (ADER; MALARD, 1993); (CAVALCANTI; MASCAR, J.; MASCAR, L., 2002)</p>	<p>Termo criado por Robert Ader para referir-se às emoções e estímulos ligados à patogenia das doenças físicas associadas às disfunções imunológicas. Segundo Gappell, o bem estar físico e emocional do homem é influenciado por seis fatores: luz, cor, som, aroma, textura e temperatura.</p>	<p>Criar ambientes que ajudam a evitar doenças, acelerar a cura, e promover o bem-estar das pessoas</p>	<p>-LUZ: Observar a existência de aberturas para o exterior; Existência de jardins externos e/ou aberturas zenitais; Adequação da iluminação artificial (quanto à incidência, a quantidade de lux presente no ambiente e a temperatura da iluminação). -CORES: Contrastes visuais/cores estimulantes; Presença de cores quentes ou frias (a determinar o benefício de cada uma dentro do espaço. Em ambientes hospitalares, cores frias são normalmente associadas à higiene. Também podem conferir um aspecto "pouco acolhedor do espaço". -SOM: Avaliar os materiais presentes e suas características físicas. Deve-se procurar se houve a preocupação em atenuar os barulhos por meio da acústica adequada; Presença de barreiras ou amplificadores auditivos. -AROMA: Observar se o fluxo dos ventos favorece a propagação de odores desagradáveis; Presença de vegetação. -TEXTURA: Observar as texturas aplicadas/materialidade; Texturas metálicas são pouco acolhedoras, além de possuir alta condutividade térmica; Avaliar se o mobiliário é adequado, considerando as texturas do mesmo. -TEMPERATURA: as sensações de calor e frio podem causar sentimentos adversos de acordo com o clima do lugar. Os idosos, em geral, tendem a preferir mais o calor que o frio.</p>
<p>Flexibilidade espacial (VASCONCELOS; BOMM, 2004); (ULRICH, 1990); (GAPPEL, 1991); (ADER; MALARD, 1993).</p>	<p>Configuração física de seres e coisas em virtude da estruturação de suas partes.</p>	<p>A forma do espaço interfere no processo de percepção do mesmo, podendo inibir ou desenvolver estímulos. A forma está ligada, também, à privacidade e ao estresse espacial, já que um espaço desorganizado e/ou pouco flexível pode induzir respostas estressantes e desagradáveis.</p>	<p>-Observar, de modo gráfico, as possibilidades de layout dos ambientes; -Observar a locação de enfermarias e/ou pontos de socorro. -Conferir se há espaço adequado para uma realocação futura; -Ordenação do espaço: observar se os percursos são rígidos e estreitos ou de livre circulação; -Observar as possibilidades de uso dos espaços comuns.</p>
<p>Conforto ambiental. (GIVONI, 2008); (ULRICH, 2012).</p>	<p>Estado de satisfação humana em um determinado espaço.</p>	<p>O conforto ambiental está ligado a respostas positivas ou negativas induzidas por fatores sensoriais. Um ambiente confortável favorece a atenuação do estresse, enquanto que o desconforto prejudica o bem estar do usuário.</p>	<p>-CONFORTO TÉRMICO: Observar se os aspectos térmicos estão adequados ao clima. Em regiões frias e secas, grandes aberturas translúcidas e pouca ventilação natural no interior são aspectos favoráveis. Em regiões quentes e úmidas, a ventilação natural é uma estratégia essencial para o conforto adequado. -CONFORTO LUMÍNICO: Observar a possibilidade de ofuscamento e/ou penumbras. A avaliação deve ser feita através de simulações. -CONFORTO ACÚSTICO: Observar os materiais utilizados (absorventes ou refletivos); Avaliar a inserção do local na malha urbana (próximo à avenidas, presença de vegetação alta no exterior...).</p>

Fonte: Panet; Tejo; Souza, 2023.

RUA MARECHAL DEODORO



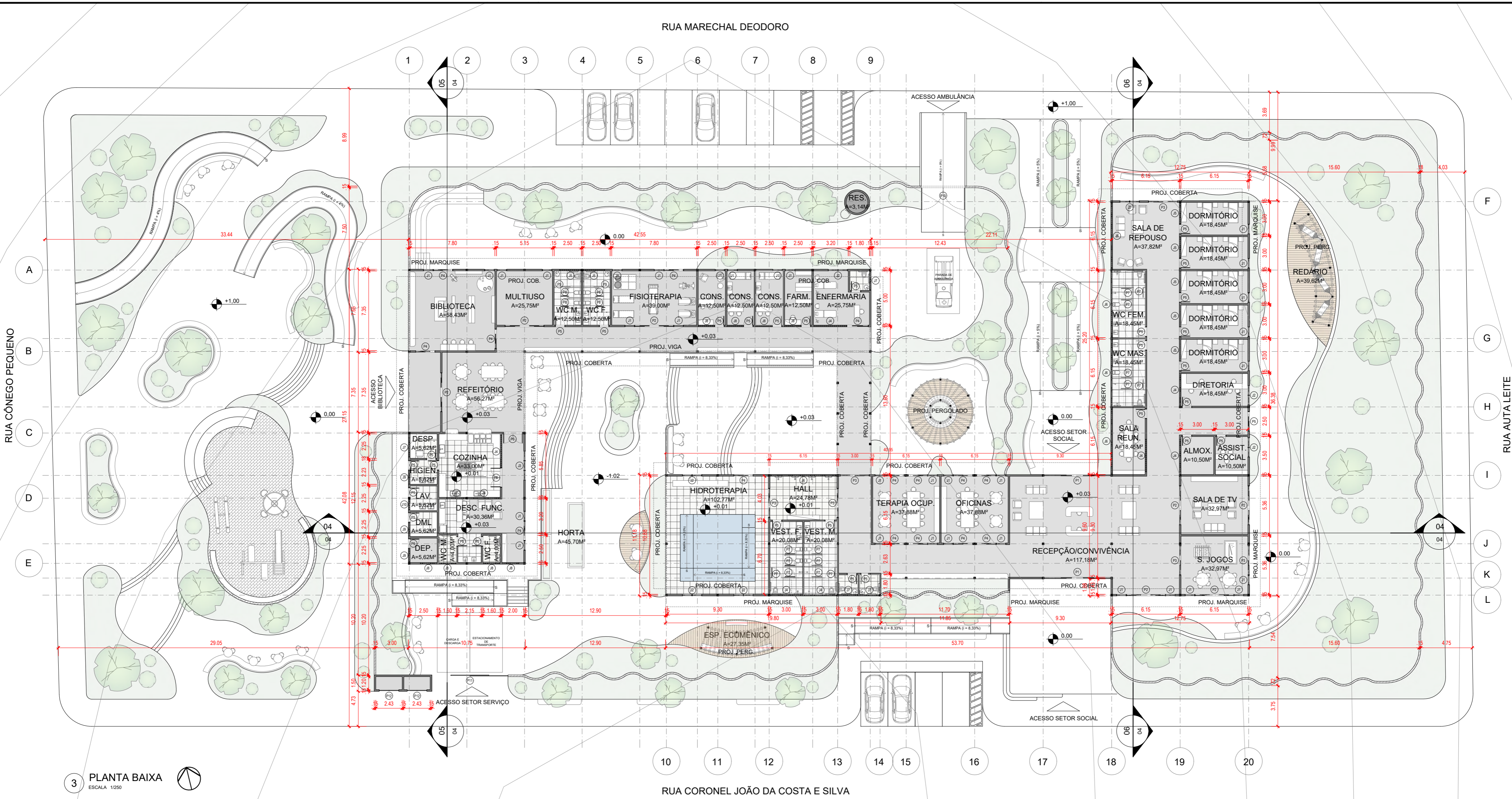
2 PLANTA DE COBERTA
ESCALA: 1/250

RUA CORONEL JOÃO DA COSTA E SILVA



1 PLANTA DE SITUAÇÃO
ESCALA: 1/4000

FOLHA	QUEM CUIDA DAS PESSOAS IDOSAS? PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO DIURNA A PESSOA IDOSA EM CAMPINA GRANDE-PB		
01/04	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	DISCENTE: LORENA RAMALHO OLIVEIRA SILVEIRA DOCENTE: MIRIAM DE FARIAS PANET	
DATA	PROJETO: CENTRO DIA PARA PESSOAS IDOSAS LOCALIZAÇÃO: RUA CORONEL JOÃO DA COSTA SILVA, BAIRRO BELA VISTA, CAMPINA GRANDE-PB DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO		
ESCALA	DESENHO	QUADRO DE ÁREAS	
1/4000	PLANTA DE SITUAÇÃO	TERRENO	6.173,13 m ²
1/250	PLANTA DE COBERTA	ÁREA CONSTRUÍDA	1.595,46 m ²
		ÁREA PERMEÁVEL	2.108,57 m ²
		TAXA DE OCUPAÇÃO	25,84%
		TAXA DE PERMEABILIDADE	34,15%
		ÍNDICE DE APROVEITAMENTO	0,26

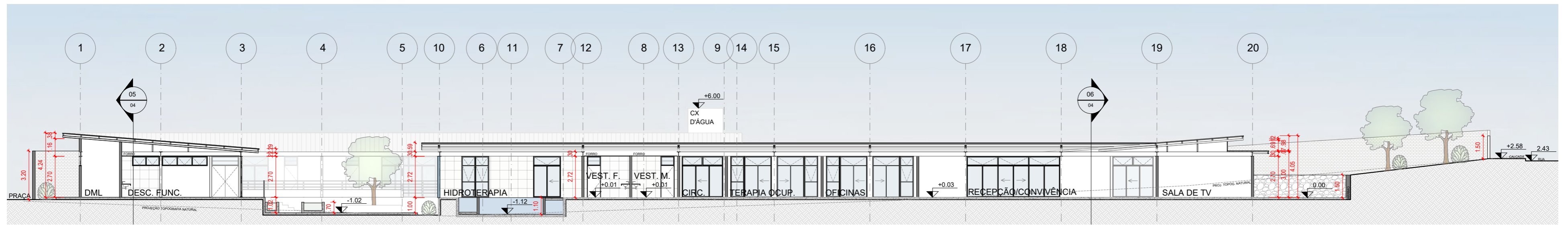


3 PLANTA BAIXA
ESCALA 1/250

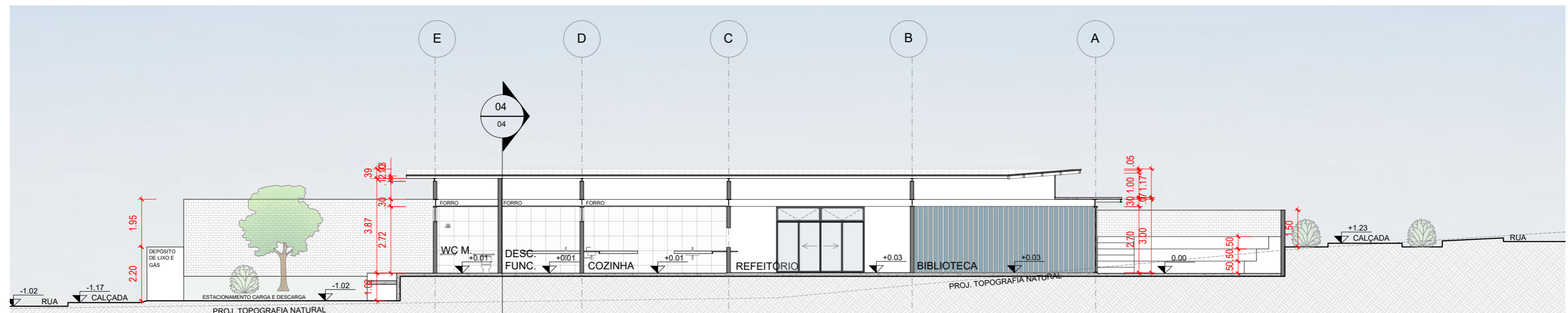
QUADRO DE ESQUADRIAS

PORTAS			JANELAS				
SÍMBOLO	DIMENSÕES (LxA)	DESCRIÇÃO	QUANT.	SÍMBOLO	DIMENSÕES (LxA)	DESCRIÇÃO	QUANT.
P1	6,15 x 2,70 m	PORTA DE CORRER COM 6 FOLHAS (04 FIXAS 02 MÓVEIS) EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO E BANDEIRA MÁXIMA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	02	J1	0,90 x 2,70 m	JANELA BAIXA TIPO MÁXIMA COM 01 FOLHA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO, PEITORIL EM VIDRO FIXO E BANDEIRA MÁXIMA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	02
P2	3,60 x 2,70 m	PORTA DE CORRER COM 4 FOLHAS (02 FIXAS 02 MÓVEIS) EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO E BANDEIRA MÁXIMA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	06	J2	1,80 x 2,70 m	JANELA BAIXA TIPO MÁXIMA COM 02 FOLHAS EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO, PEITORIL EM VIDRO FIXO E BANDEIRA MÁXIMA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	04
P3	2,70 x 2,70 m	PORTA DE CORRER COM 3 FOLHAS (02 FIXAS 01 MÓVEL) EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO E BANDEIRA MÁXIMA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	06	J3	2,70 x 2,70 m	JANELA BAIXA TIPO MÁXIMA COM 03 FOLHAS EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO, PEITORIL EM VIDRO FIXO E BANDEIRA MÁXIMA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	06
P4	1,80 x 2,70 m	PORTA DE CORRER COM 2 FOLHAS (01 FIXAS 01 MÓVEL) EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO E BANDEIRA MÁXIMA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	15	J4	3,00 x 0,60 m	JANELA ALTA TIPO MÁXIMA 3 FOLHAS EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (PEITORIL= 2,10m)	16
P5	0,90 x 2,70 m	PORTA DE GIRO EM MADEIRA SEMI-OCA E BANDEIRA 'BOCA DE LOBO' MADEIRA E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	30	J5	2,00 x 0,60 m	JANELA ALTA TIPO MÁXIMA 2 FOLHAS EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (PEITORIL= 2,10m)	30
P6	1,80 x 2,70 m	PORTA DE GIRO EM MADEIRA SEMI-OCA E BANDEIRA 'BOCA DE LOBO' MADEIRA E VIDRO TEMPERADO (H=0,60m, PEITORIL= 2,10m)	02	J6	6,00 x 0,60 m	JANELA ALTA TIPO MÁXIMA 6 FOLHAS EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (PEITORIL= 2,10m)	02
P7	0,90 x 1,50 m	PORTA DE GIRO EM ALUMÍNIO	14	J7	1,80 x 0,60 m	JANELA ALTA TIPO MÁXIMA 2 FOLHAS EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (PEITORIL= 2,10m)	14
P8	0,70 x 1,50 m	PORTA DE GIRO EM ALUMÍNIO	04	J8	1,50 x 0,60 m	JANELA ALTA TIPO MÁXIMA 2 FOLHAS EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (PEITORIL= 2,10m)	04
P9	0,90 x 1,0 m	PORTA DE CORRER EM ALUMÍNIO	02	J9	1,30 x 0,60 m	JANELA ALTA TIPO MÁXIMA 1 FOLHA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (PEITORIL= 2,10m)	02
P10	4,00 x 1,50 m	PORTÃO DE GIRO EM AÇO COM GRADIL	01	J10	1,00 x 0,60 m	JANELA ALTA TIPO MÁXIMA 1 FOLHA EM ALUMÍNIO E VIDRO TEMPERADO (PEITORIL= 2,10m)	01
P11	7,00 x 1,50 m	PORTÃO DE CORRER 2 FOLHAS EM AÇO COM GRADIL	01				
P12	1,80 x 2,10 m	PORTA DE GIRO EM AÇO COM GRADIL	02				

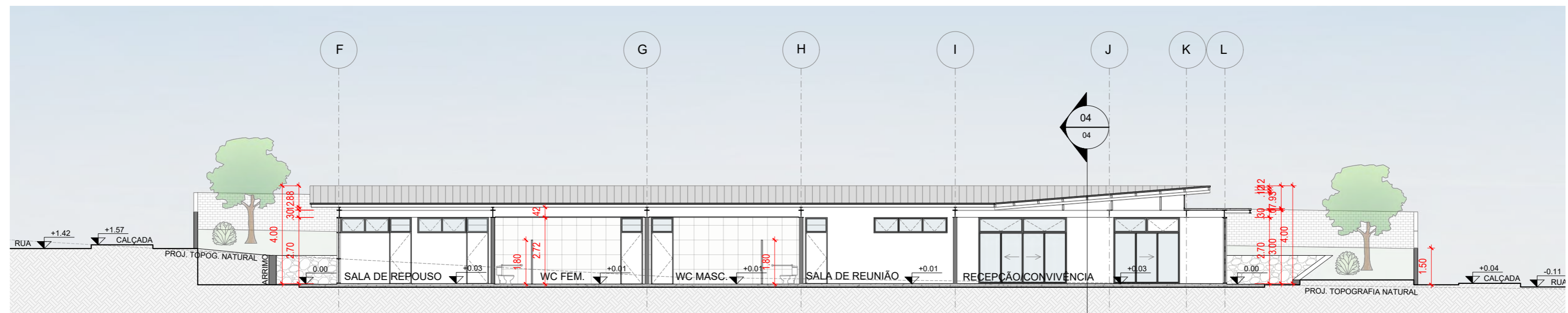
FOLHA	QUEM CUIDA DAS PESSOAS IDOSAS? PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO DIURNA A PESSOA IDOSA EM CAMPINA GRANDE-PB													
02/04	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	DISCENTE: LORENA RAMALHO OLIVEIRA SILVEIRA DOCENTE: MIRIAM DE FARIAS PANET												
DATA	PROJETO: CENTRO DIA PARA PESSOAS IDOSAS LOCALIZAÇÃO: RUA CORONEL JOÃO DA COSTA SILVA, BAIRRO BELA VISTA, CAMPINA GRANDE-PB DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO													
ESCALA	DESENHO	QUADRO DE ÁREAS												
1/250	PLANTA BAIXA	<table border="0"> <tr> <td>TERRENO</td> <td>6.173,13 m²</td> </tr> <tr> <td>ÁREA CONSTRUÍDA</td> <td>1.595,46 m²</td> </tr> <tr> <td>ÁREA PERMEÁVEL</td> <td>2.108,57 m²</td> </tr> <tr> <td>TAXA DE OCUPAÇÃO</td> <td>25,84%</td> </tr> <tr> <td>TAXA DE PERMEABILIDADE</td> <td>34,15%</td> </tr> <tr> <td>ÍNDICE DE APROVEITAMENTO</td> <td>0,26</td> </tr> </table>	TERRENO	6.173,13 m ²	ÁREA CONSTRUÍDA	1.595,46 m ²	ÁREA PERMEÁVEL	2.108,57 m ²	TAXA DE OCUPAÇÃO	25,84%	TAXA DE PERMEABILIDADE	34,15%	ÍNDICE DE APROVEITAMENTO	0,26
TERRENO	6.173,13 m ²													
ÁREA CONSTRUÍDA	1.595,46 m ²													
ÁREA PERMEÁVEL	2.108,57 m ²													
TAXA DE OCUPAÇÃO	25,84%													
TAXA DE PERMEABILIDADE	34,15%													
ÍNDICE DE APROVEITAMENTO	0,26													



4 CORTE A
ESCALA 1/200

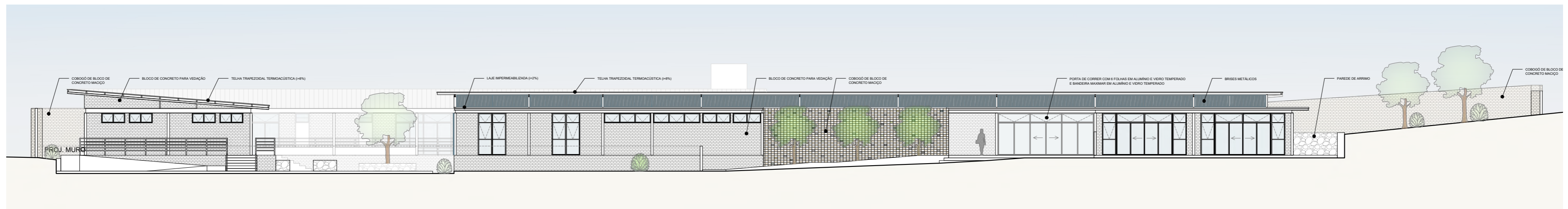


5 CORTE B
ESCALA 1/150



6 CORTE C
ESCALA 1/150

FOLHA	QUEM CUIDA DAS PESSOAS IDOSAS? PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO DIURNA A PESSOA IDOSA EM CAMPINA GRANDE-PB		
03/04	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	DISCENTE: LORENA RAMALHO OLIVEIRA SILVEIRA DOCENTE: MIRIAM DE FARIAS PANET	
	PROJETO: CENTRO DIA PARA PESSOAS IDOSAS LOCALIZAÇÃO: RUA CORONEL JOÃO DA COSTA SILVA, BAIRRO BELA VISTA, CAMPINA GRANDE-PB DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO		
ESCALA	DESENHO	QUADRO DE ÁREAS	
1/200	CORTE A	TERRENO	6.173,13 m ²
1/150	CORTE B	ÁREA CONSTRUÍDA	1.595,46 m ²
1/150	CORTE C	ÁREA PERMEÁVEL	2.108,57 m ²
		TAXA DE OCUPAÇÃO	25,84%
		TAXA DE PERMEABILIDADE	34,15%
		ÍNDICE DE APROVEITAMENTO	0,26



7 FACHADA NORDESTE
ESCALA 1/200



8 FACHADA SUDESTE
ESCALA 1/150



9 FACHADA SUDOESTE
ESCALA 1/200



10 FACHADA NOROESTE
ESCALA 1/150

FOLHA	QUEM CUIDA DAS PESSOAS IDOSAS? PROPOSTA ARQUITETÔNICA DE UM CENTRO DE ATENÇÃO DIURNA A PESSOA IDOSA EM CAMPINA GRANDE-PB		
04/04	UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO	DISCENTE: LORENA RAMALHO OLIVEIRA SILVEIRA DOCENTE: MIRIAM DE FARIAS PANET	
DATA	PROJETO: CENTRO DIA PARA PESSOAS IDOSAS LOCALIZAÇÃO: RUA CORONEL JOÃO DA COSTA SILVA, BAIRRO BELA VISTA, CAMPINA GRANDE-PB DISCIPLINA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO		
ESCALA	DESENHO	QUADRO DE ÁREAS	
1/200	FACHADA NORDESTE	TERRENO	6.173,13 m ²
1/150	FACHADA SUDESTE	ÁREA CONSTRUÍDA	1.595,46 m ²
1/200	FACHADA SUDOESTE	ÁREA PERMEÁVEL	2.108,57 m ²
1/150	FACHADA NOROESTE	TAXA DE OCUPAÇÃO	25,84%
		TAXA DE PERMEABILIDADE	34,15%
		ÍNDICE DE APROVEITAMENTO	0,26