



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TOCANTINS
CAMPUS DE PALMAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ARQUITETURA E URBANISMO

ISAAC BRENO DOS SANTOS SILVA

COHOUSING SÊNIOR
MORADIA PARA A TERCEIRA IDADE EM TAQUARUÇU

Palmas/TO
2019

ISAAC BRENO DOS SANTOS SILVA

COHOUSING SÊNIOR
MORADIA PARA A TERCEIRA IDADE EM TAQUARUÇU

Monografia apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Palmas, Curso de Arquitetura e Urbanismo para obtenção do título de graduação e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

Orientadora: Profa. Arq. Ms. Claudia Maria Miranda Alencar Rocha

Palmas/TO
2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Sistema de Bibliotecas da Universidade Federal do Tocantins

S586c Silva, Isaac Breno dos Santos .
Cohousing Sênior: Moradia para a terceira idade em Taquaruçu . /
Isaac Breno dos Santos Silva. – Palmas, TO, 2019.
85 f.

Monografia Graduação - Universidade Federal do Tocantins –
Câmpus Universitário de Palmas - Curso de Arquitetura e Urbanismo,
2019.

Orientadora : Claudia Maria Miranda Alencar Rocha
Coorientador: Rodrigo Botelho de Hollanda Vasconcellos

1. Idoso. 2. Cohousing. 3. Ativo. 4. Taquaruçu. I. Título

CDD 720

TODOS OS DIREITOS RESERVADOS – A reprodução total ou parcial, de qualquer forma ou por qualquer meio deste documento é autorizado desde que citada a fonte. A violação dos direitos do autor (Lei nº 9.610/98) é crime estabelecido pelo artigo 184 do Código Penal.

Elaborado pelo sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFT com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

FOLHA DE APROVAÇÃO

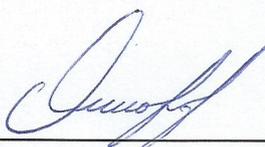
ISAAC BRENO DOS SANTOS SILVA

COHOUSING SÊNIOR MORADIA PARA A TERCEIRA IDADE EM TAQUARUÇU

Monografia foi avaliada e apresentada à UFT – Universidade Federal do Tocantins – Campus Universitário de Palmas, Curso de Arquitetura e Urbanismo para obtenção do título de graduação e aprovada em sua forma final pelo Orientador e pela Banca Examinadora.

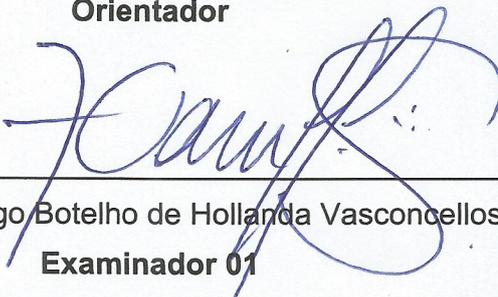
Data de aprovação: 05 / 12 / 19

Banca Examinadora



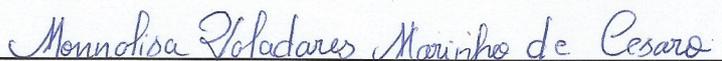
Profa. Arq. Ms. Claudia Maria Miranda Alencar Rocha, UFT

Orientador



Prof. Arq. Ms. Rodrigo Botelho de Hollanda Vasconcellos, UFT

Examinador 01



Arq. Ms. Monnalisa Valadares Marinho de Cesaro

Examinador 02

Palmas, 2019

AGRADECIMENTOS

Agradeço em primeiro lugar a Deus, por ter me dado capacidades e oportunidades para fazer esse trabalho e futuramente exercer a profissão de arquiteto e urbanista.

Agradeço aos meus pais, Josué Vieira e Eliene Pereira, e meu irmão Samuel Victor, por sempre estarem comigo mesmo de longe, e também a minha namorada, Esther Carneiro, pela paz e esperança que ela me concede todos os dias, para realizar esse trabalho.

Sou grato também aos meus amigos, Izabela Coelho, Tércio Carneiro, Fabrine Brito, Wallace Xavier e, principalmente, a Vivian Albuquerque, pelo apoio, conselhos e ideias que me deram.

Agradeço também as arquitetas Claudia Alencar Rocha, Monnalisa de Cesaro e Hamistenie Borges, e o arquiteto Rodrigo Vasconcellos, por serem modelos de profissionais a seguir, no qual eu me espelho.

RESUMO

O objetivo geral desse trabalho é propor uma moradia compartilhada para idosos no distrito de Taquaruçu. O projeto foi elaborado a partir de estudos sobre correlatos de casas para idosos, *cohousings* e normas regulamentadoras, que melhor proporcionam um processo de envelhecimento, ativo, seguro e adaptado ao idoso. No Brasil, ainda não é levado em conta na elaboração do projeto arquitetônico, a pessoa com limitações devido a velhice. O resultado desse processo de pesquisa é o *Cohousing* Sênior Taquaruçu, que foi pensado desde a sua concepção para proporcionar qualidade de vida a pessoa idosa, sem adaptações ou erros grotescos, mas em um lugar tranquilo e pacato, atendendo todos os tipos de idosos, respeitando os seus níveis de dependência. A velhice é a última e mais longa fase da vida, porém não é a mais fraca, a terceira idade é representada pela independência e sabedoria nessas últimas décadas, algo que só tende a melhorar com os avanços da atualidade.

Palavras-chaves: Idoso. *Cohousing*. Ativo. Taquaruçu.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	07
1.1	Justificativa	07
1.2	Problematização	08
1.3	Objetivos	09
1.3.1	Objetivo geral.....	09
1.3.2	Objetivos Específicos.....	09
1.4	Metodologia	09
1.4.1	Estudo inicial.....	10
1.4.1.1	Pesquisa bibliográfica.....	10
1.4.2	Estudo de correlatos.....	10
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	11
2.1	O Envelhecimento e a sociedade	11
2.2	O Idoso	16
2.2.1	Idosos que moram sozinhos.....	18
2.2.2	Estatuto do idoso.....	22
2.3	Os Asilos	24
2.3.1	<i>Cohousing</i>	32
2.4	Normas e Legislações.....	36
3	FUNDAMENTAÇÃO PROJETUAL	38
3.1	Correlatos	38
3.1.1	Condomínio Cidade Madura, João Pessoa/PB.....	38
3.1.2	Lar de Idosos Peter Rosegger, Graz/Áustria.....	42
3.1.3	Vila dos Idosos, São Paulo/SP.....	47
3.1.4	Belterra Cohousing, Ilha Bowen/Canadá.....	51
3.2	Referências Projetuais	55

3.2.1	Referências de implantação.....	55
3.2.2	Referências funcionais.....	58
3.2.3	Referências plástico-formais.....	60
4	PROJETO.....	62
4.1	Público Alvo.....	62
4.2	Taquaruçu.....	65
4.2.1	O terreno.....	70
4.3	Programa Funcional.....	71
4.3.1	Programa de necessidades.....	74
4.3.2	Quadro de funcionários.....	76
4.4	Proposta de Projeto.....	76
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	82
	REFERÊNCIAS.....	83
	APÊNDICES.....	85

1 INTRODUÇÃO

Ter uma moradia sempre foi umas das coisas mais primordiais para o ser humano, esse lugar chamado de “lar” o acompanha em todos os ciclos da vida, da mocidade à velhice, a casa cumpre o seu papel de proteger. E com o avançar da idade, a dependência pelo lar aumenta, e os cuidados com o mesmo para prover uma vida segura e acessível é fundamental.

O processo de envelhecimento populacional e queda da natalidade, que o mundo está passando nas últimas décadas, vem causando um crescimento nunca antes visto na quantidade de pessoas idosas. Auxiliado com a melhoria da qualidade de vida, e desenvolvimento nas áreas da saúde e serviços básicos, a população mais velha vem perdendo o estigma de frágil e inativa.

E a busca por moradia específica para esse tipo de pessoa segue no mesmo ritmo, a exemplo dos países europeus que adotaram os princípios das moradias colaborativas (*cohousings*), para abrigarem principalmente a população idosa, em lugares que transmitem a ambiência tranquila de viver em comunidade.

No Brasil, esse princípio é recente, com grande parte dos poucos projetos ainda no planejamento, reflexo do processo de envelhecimento mais tardio que o país passou. O que abre diversas opções de serviços específicos para o cuidado e promoção de condições de vida favoráveis para os idosos.

Tendo a necessidade de fazer um projeto pensado especificamente para esse tipo de cliente, este trabalho busca propor uma *cohousing* sênior, na cidade de Palmas-TO, no distrito de Taquaruçu, que proporcione arquitetonicamente o máximo de qualidade de vida, independente e segura que um idoso precisa.

1.1 Justificativa

Com o aumento da população brasileira, como também da quantidade de pessoas acima dos 60 anos, a necessidade de moradia específica para esse grupo aumentou, não só as de interesse público, como as particulares.

Tendo em vista isso, a implantação de mais políticas públicas e do melhor cuidado com a população mais velha, se demonstra de grande importância, não só para prolongar a vida deles, mas para lhes proporcionar melhores oportunidades.

A realização desse projeto justifica-se pela falta de locais apropriados para idosos, com segurança e acessibilidade, considerando também o bem-estar físico e psicológico dos mesmos. Levando em consideração que a população idosa que antes vivia no campo, migrou para as cidades, e sente falta da vida em comunidade, mais perto da natureza.

O presente trabalho apresenta estudo teórico e projetual para o desenvolvimento de proposta de uma *cohousing* sênior com um Instituto de Longa Permanência para Idosos, no distrito de Taquaruçu, onde os idosos possam desfrutar de melhor qualidade de vida. O local escolhido para a proposta é ideal para a realização desse projeto, pois apresenta características que possibilitam trabalhar o terreno de forma a respeitar suas condicionantes, como arborização, topografia e visuais.

1.2 Problematização

No Brasil, atualmente, existem poucas instituições de permanência para idosos, tendo em relação a demanda, e muitas delas não funcionam conforme definido pelo Estatuto do Idoso e RDC 283/2005. Abrindo assim uma lacuna para novos tipos de serviços de atenção a idosos.

A falta de acessibilidade nas maiorias das casas, que são projetadas não objetivando o dono como idoso, também agrava as condições de vida do morador idoso, necessitando sempre de adaptações para ter uma vida segura em seu lar, o que se torna oneroso, sendo que o problema poderia ser resolvido na concepção do projeto.

Somado a isso ainda tem as dificuldades da vida urbana para uma pessoa de mais idade, a cidade é um ambiente estressante, contrário a maioria da vontade dos idosos, que buscam a tranquilidade.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Propor um projeto arquitetônico, em fase de anteprojeto, de uma moradia assistida para idosos que residem sozinhos ou com o cônjuge, e que possibilite um modo de viver mais independente, livre de riscos e acidentes, de acordo com as diretrizes do *cohousing*.

1.3.2 Objetivos Específicos

- Investigar os principais obstáculos para o idoso em uma residência;
- Estudar os meios para a elaboração de um projeto que seja acessível para todos, levando em conta a relação custo-benefício;
- Estudar formas para proporcionar uma vida ativa e independente para o residente;
- Estudar elementos como paisagismo, mobiliário, materiais e formas para servir de incentivo cerebral e físico para os idosos, levando em conta a segurança de cada um;
- Analisar determinadas atividades de lazer e ocupação que possam ser introduzidas no projeto;
- Escolher e analisar ambientes no complexo que sirvam para apoio e monitoramento da saúde dos residentes, como consultórios;
- Propor os princípios de *cohousing* para a implementação do projeto.

1.4 Metodologia

Para concretizar os objetivos citados nesse projeto de pesquisa, será necessário o desenvolvimento das seguintes etapas:

1.4.1 Estudo Inicial

Revisão bibliográfica relativo aos principais estudos sobre o tema, que possam auxiliar na elaboração do processo projetual.

1.4.1.1 Pesquisa Bibliográfica

Buscar novos trabalhos sobre o tema, atestando sua veracidade, e analisar a NBR 9050, RDC 283/2005, Estatuto do Idoso e Código de Obras de Palmas.

1.4.2 Estudo de Correlatos

Pesquisar residências para idosos e *cohousings* em outras cidades e países, analisando a relação dos moradores com o lugar.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Neste capítulo será apresentada a revisão bibliográfica que fundamenta o desenvolvimento da pesquisa, estruturado nos seguintes temas: o envelhecimento e a sociedade, o idoso, os asilos, normas e legislações.

2.1 O Envelhecimento e a Sociedade

A imagem do velho sofre variações em determinadas épocas da história, algumas ele é visto como forte e mágico, por desafiar o tempo e as forças da natureza, e em outras visto como uma aberração, um peso para a sociedade, a velhice não era vista como parte do ciclo da vida. Esses conceitos sobre o idoso deriva de poucas fontes concretas: escritos, pinturas, relatos de tradições populares (UJIKAWA, 2010).

Um das primeiras representações gráficas que faz alusão ao envelhecimento é um hieróglifo, que foi encontrado no Egito e datado por volta de 2.800-2.700 a.C. que mostra uma pessoa deitada e com o ideograma que significa fraqueza e perda óssea (LEME, 2001 *apud* FLORES, 2010).

Na cultura oriental o envelhecimento não era apontado como um flagelo. O filósofo chinês Confúcio ao analisar o percurso de sua vida fez uma divisão da mesma, apontando a sua velhice como ápice da sua sabedoria, conforme descrito por Beauvoir (1990, p. 113).

Aos 15 anos, eu me aplicava ao estudo da sabedoria; aos 30, consolidei-o; aos 40, não tinha mais dúvidas; aos 60, não havia mais nada no mundo que me pudesse chocar; aos 70, podia seguir os desejos do meu coração sem transgredir a lei moral (BEAUVOIR, 1990, p. 113).

Para os povos semitas, quem atingisse a velhice era tratado com honra, tendo papel importante na vida pública e na liderança da sua família, enquanto mantivesse o seu vigor físico e moral. O que ocorreu também na Grécia antiga, onde relacionavam o privilégio da idade à honra e reputação. Na Roma antiga o idoso estava ligado à estabilidade da sociedade, ele tinha o papel de ser o chefe da família, com poderes sobre todos os membros e bens. (FLORES, 2010).

Já nas sociedades clássicas o poder dos anciãos estava ligado à sua situação como proprietário de terras, o que lhes dava respeito e influência nas relações políticas do Estado. Mas para aqueles que não tinham isso lhes restava apenas o esquecimento e a solidão (UJIKAWA, 2010).

Na Idade Média o idoso, além de raro, era representado como um indivíduo fisicamente fraco, frustrado e impotente perante as situações do cotidiano, sempre como alguém dependente de outro, excluindo as possibilidades de uma vida independente. O que perdurou até o final do Renascimento, onde nas artes era exaltada a beleza da juventude, e a velhice tratada com escárnio (FLORES, 2010).

O papel do idoso mudou nos séculos XVIII e XIX, onde houve um crescimento em certas classes da sociedade e também melhorias nas condições de moradia e higiene, que gerou uma redução na mortalidade de pessoas mais velhas. Também surgiu uma visão mais humanista para com os necessitados e humildes, assegurando-lhes o direito de existir, tendo em vista que uma grande parcela da população estava chegando a uma idade avançada (UJIKAWA, 2010).

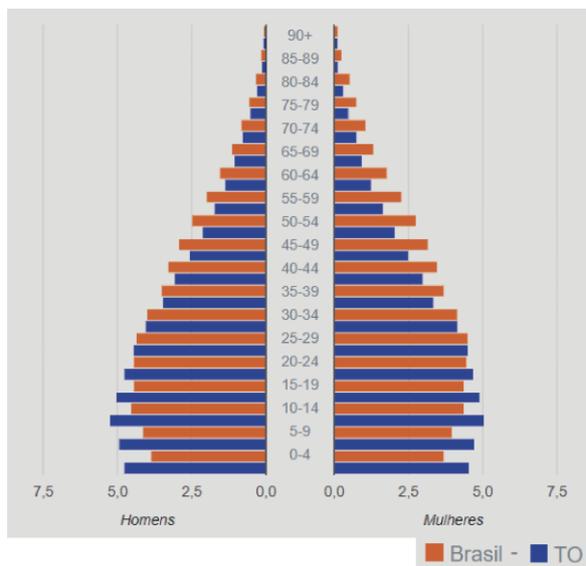
No século XX, com o aumento do número de idosos, desenvolveram-se estudos e pesquisas relacionadas ao seu físico e comportamento, surgindo um ramo da medicina para essa parcela da população, a gerontologia. Não só nessa área, mas também em outras que lhes garantiram direito à aposentadoria, as mínimas condições de sobrevivência e acessibilidade (UJIKAWA, 2010).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2015), até a dois séculos atrás, o ser humano comum, desprovido de uma vida cômoda, não tinha esperanças de viver até os 60 anos ou mais, algo que atualmente ocorre. Conciliado com as quedas acentuadas de fertilidade, o aumento da expectativa de vida proporciona um rápido envelhecimento da população mundial, a exemplo do Brasil, onde uma criança nascida em 2015, em relação a outra que nasceu há 50 anos, tem esperança de viver 20 anos a mais. O Estatuto do Idoso (2013, p. 5) comenta sobre esse fato, que ocorre em níveis mundiais.

O envelhecimento da população é um fenômeno mundial que, nos anos mais recentes, ganha maior importância nos países em desenvolvimento. No Brasil, o crescimento da população idosa é cada vez mais relevante, tanto em termos absolutos quanto proporcionais. Os efeitos do aumento desta população já são percebidos nas demandas sociais, nas áreas de saúde e na previdência (Estatuto do Idoso, 2013, p. 5).

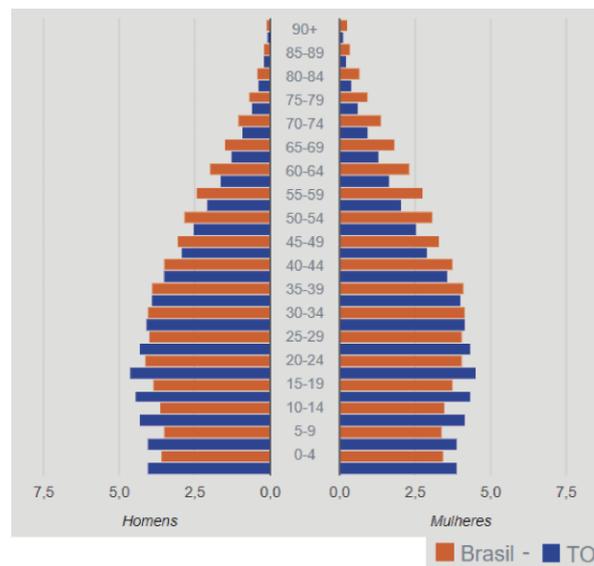
Isso pode ser comprovado a partir dos dados levantados pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no censo de 2010. As pirâmides etárias a seguir, demonstram as projeções, em porcentagem, de crescimento da população brasileira e do estado do Tocantins. Na Figura 1 vê-se que, no ano em que o censo foi realizado, a população brasileira é composta majoritariamente por pessoas em idade ativa, o Tocantins segue esse padrão, exceto por possuir mais jovens. Comparando com a Figura 2, é notável a diminuição de nascimentos, representado pelo estreitamento da base da pirâmide, fazendo com que a faixa de pessoas com mais de 40 anos, tenha uma porcentagem maior.

Figura 1: Pirâmide etária em 2010



Fonte: IBGE (2010)

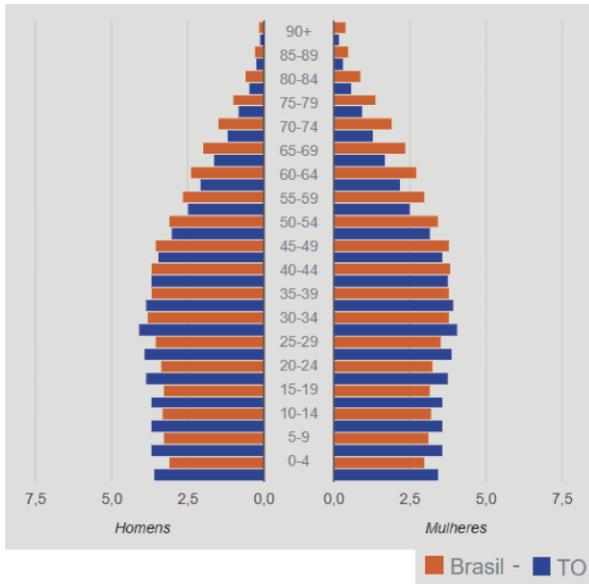
Figura 2: Projeção da pirâmide etária para 2019



Fonte: IBGE (2010)

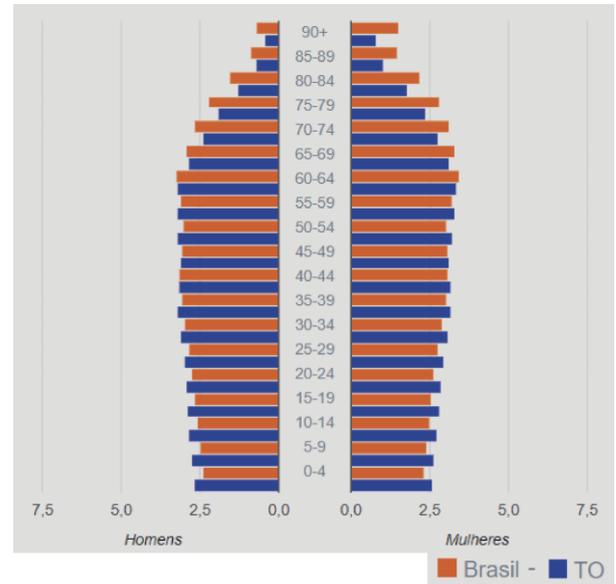
As projeções para 2029 e 2060, mostradas nas Figuras 3 e 4, respectivamente, expõem a continuidade do processo de diminuição da população mais jovem e aumento da população mais velha, conforme dados do IBGE (2010).

Figura 3: Projeção da pirâmide etária para 2029



Fonte: IBGE (2010)

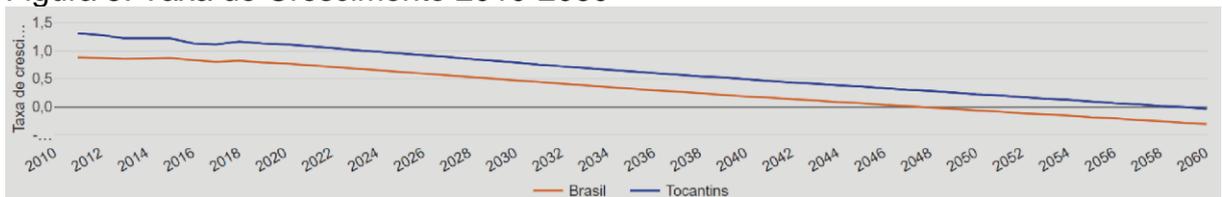
Figura 4: Projeção da pirâmide etária para 2069



Fonte: IBGE (2010)

O Brasil segue a tendência dos países mais desenvolvidos, onde também ocorre a diminuição da taxa de crescimento populacional, que futuramente chegará a números negativos, como pode ser visto na Figura 5.

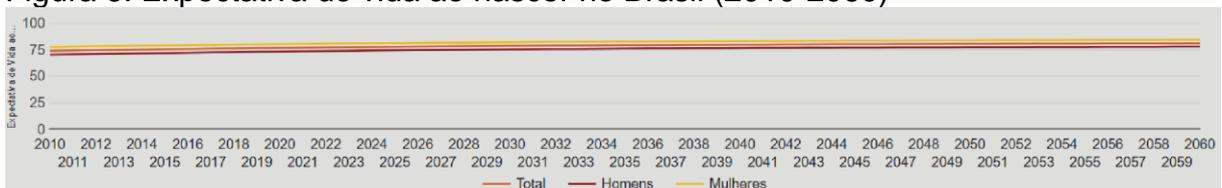
Figura 5: Taxa de Crescimento 2010-2060



Fonte: IBGE (2010)

Ainda de acordo com o IBGE (2010), a expectativa de vida do brasileiro continua crescendo, só que agora mais lentamente (Figura 6).

Figura 6: Expectativa de vida ao nascer no Brasil (2010-2060)



Fonte: IBGE (2010)

A expressão expectativa de vida saudável, geralmente, é correlacionada com uma vida sem incapacidades físicas. Enquanto a expectativa de vida ao nascer, refere-se ao tempo de vida que a pessoa pode viver sem precisar de cuidados especiais (WHO, 2005).

Para o ano de 2019 a média de idade de homens e mulheres é de 76,5 anos, chegando a 81,4 anos em 2060. No estado do Tocantins ocorre a mesma evolução diferindo nos valores, de 74,15 anos em 2019 para 78,48 anos em 2060 (Figura 7).

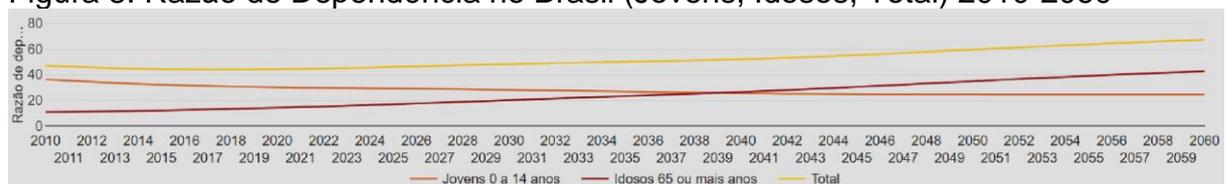
Figura 7: Expectativa de vida ao nascer no Tocantins (2010-2060)



Fonte: IBGE (2010)

Com o aumento da população idosa, cresce o número de dependência dos mesmos, em relação a população mais jovem, a Figura 8 demonstra esse dado em nível nacional.

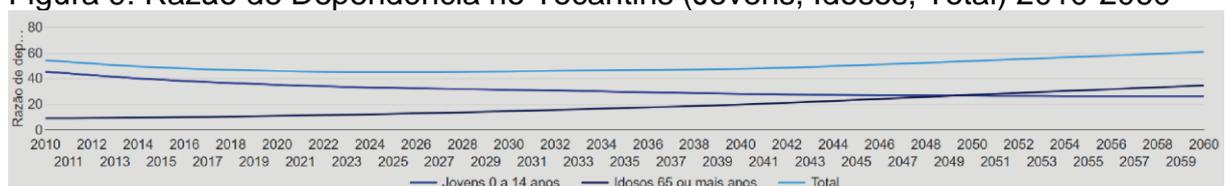
Figura 8: Razão de Dependência no Brasil (Jovens, Idosos, Total) 2010-2060



Fonte: IBGE (2010)

Comparando com a Figura 9, que expõe em nível estadual, é notável que o Tocantins segue a mesma tendência nacional.

Figura 9: Razão de Dependência no Tocantins (Jovens, Idosos, Total) 2010-2060



Fonte: IBGE (2010)

O aumento da dependência é o que tem alarmado as autoridades mundiais, direcionando as discussões sobre a previdência social. Em economias como a brasileira, deficitária e desigual, o pagamento da aposentadoria é importante para a estabilidade social, auxiliando uma grande parcela da população, onde a falta desse recurso causaria aumento da pobreza no país e um desequilíbrio nas contas que só tende a aumentar (UJIKAWA, 2010).

Ter uma vida longa e sadia é considerado um privilégio valioso, pois tem-se a oportunidade de repensar os desdobramentos da vida e no que todos esses anos vividos podem trazer de experiência. Em muitas partes do mundo, o ciclo da vida é enquadrado em um conjunto rígido de fases – infância, estudos, trabalho e aposentadoria –, e o que vier a mais de anos extras na última fase significa apenas uma aposentadoria mais longa, sem maiores oportunidades de experiências novas na vida. Porém, existem evidências de que estão repensando esse enquadramento, já que mais pessoas chegam na terceira idade, pensando em estudar mais, buscar novas carreiras, novas paixões e experiências que não foram vividas em suas mocidades. (OMS, 2015).

2.2 O Idoso

Classifica-se como idosa a pessoa que compõe a parcela da população com mais de 60 anos, a chamada terceira idade. E com o aumento da expectativa de vida, é comum indivíduos que passem dos 90 anos, classificada como a quarta idade. Estima-se que em 2050 o ser humano chegue a viver até os 130 anos (BESTETTI, 2006).

A velhice não ocorre de maneira veloz e nem radical, é um processo gradativo, que acontece em ritmos e maneiras diferentes para cada pessoa. É o período da vida mais longo, e o ideal para o idoso é vivê-la bem (PAIVA, 2005).

Bernardo (2005, p. 53) relata que cada idoso possui suas peculiaridades em relação a velhice.

Existe grande diferença individual entre os idosos, mais que em qualquer outro grupo etário; são características físicas, mentais, psicológicas, condições de saúde e socioeconômicas. Esse envelhecimento heterogêneo leva a duas situações: muitos idosos podem permanecer bastante saudáveis e com boa habilidade funcional até anos tardios, por outro lado, os que dependem de ajuda de outras pessoas para desempenhar as

atividades do dia-a-dia. Este grau de dependência pode variar de idoso para idoso porque a longevidade depende dos genes (BERNARDO, 2005, p. 53).

A velhice é uma fase natural da vida, para vivê-la com serenidade é preciso enfrentar as dificuldades da própria realidade. Como problemas com as questões sociais e a autoimagem, que eles fazem de si mesmos devido ao modo de que são tratados, sentindo vergonha da perda de certas capacidades que ocorrem com a idade, algo que não deveria ser motivo de escárnio (PAIVA, 2005).

Segundo Flores (2010), as principais características da velhice são: redução da capacidade de adaptação ambiental, aumento da suscetibilidade de doenças e diminuição da velocidade de desempenho motor e psicológico. A possibilidade de uma pessoa com mais de 60 anos ter alguma deficiência é de 50%, um risco alto, tendo em vista que para crianças de zero a quatro anos o percentual é de menos de 3%. As mudanças biológicas, fisiológicas, psicossociais, econômicas e políticas cercam esse período da vida, alterando o cotidiano dessas pessoas.

Mudanças físicas graduais e progressivas: quando ocorre o aparecimento de rugas, perda da elasticidade e maciez da pele; decréscimo da força muscular, da mobilidade e agilidade das articulações; problemas no sistema respiratório, circulatório, auditivo e visual; aparição de cabelos brancos e perda de cabelos nos homens; redução da sensibilidade tátil, como também de localização; perda e alteração da memória; redução da altura corporal, alargamento do tronco e afinamento dos membros superiores e inferiores, em decorrência disso a perda da massa muscular e óssea (FLORES, 2010).

Mudanças psicossociais: incluem alterações físicas e afetivas, consciência da aproximação do fim da vida, os efeitos fisiológicos do envelhecimento, aposentadoria, desesperança, sensação de frivolidade, solidão, segregação familiar e afastamento de pessoas de outras idades (FLORES, 2010).

Mudanças funcionais: ocorrem em escala crescente ao passar dos anos e estão associadas às atividades cotidianas e práticas. Como por exemplo, tomar banho, utilizar o vaso sanitário, vestir-se, fazer compras, pagar contas, utilizar meios de transporte, cuidados com a saúde e cuidados com a própria segurança e integridade. Disso parte as necessidades de adaptação na sua residência, não só para garantir segurança, mas para que os idosos respondam aos estímulos do ambiente (FLORES, 2010).

Mudanças socioeconômicas: esse conceito varia de acordo com cada indivíduo, dependendo do seu grau de dependência ou se ele é economicamente ativo, conforme descrito por Flores (2010, p. 42).

As mudanças socioeconômicas ocorrem quando as pessoas que se aposentam podem apresentar dificuldades econômicas, declínio no prestígio social e de valorização por parte de outras pessoas. Uma geração só vai preocupar-se com o envelhecer quando sentir que essa nova fase da vida está aproximando-se, produzindo sensações de desconforto, ansiedade, temores e medos fantasiosos. Frequentemente essa ansiedade gera a falta de motivação, levando o indivíduo a uma depressão, repercutindo organicamente e acelerando o envelhecimento ou provocando distúrbios e dificuldades de adaptação a um novo contexto social (FLORES, 2010, p. 42).

O idoso que equilibra uma mente sadia e produtiva, aliada a prática regular de exercícios físicos, participação de grupos de instituições e exercício da cidadania, abranda o processo de envelhecimento de forma natural e agradável (PAIVA, 2005).

2.2.1 Idosos que moram sozinhos

A Organização Mundial da Saúde (OMS) adotou o termo “envelhecimento ativo” no final dos anos 90, para caracterizar o processo de envelhecimento saudável fisicamente e mentalmente, com segurança e inclusão na sociedade. Essa nova política coloca os idosos como protagonistas na sua própria história, mudando o ponto de vista de como eles eram tratados de acordo com a necessidade, para algo mais próximo relacionado aos direitos humanos, incluindo seus próprios desejos e capacidades (UJIKAWA, 2010).

Para a *World Health Organization* (2005, p. 13), “envelhecimento ativo é o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas”.

O envelhecimento ativo pode-se aplicar em indivíduos ou em grupos populacionais, de modo que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo da vida, permitindo sua participação ativa na sociedade. Fazendo isso propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando for preciso (WHO, 2005).

O termo “ativo” diz respeito a participação nas questões econômicas, sociais, civis, culturais e espirituais, como também de bem estar físico e mental. Mesmo aquelas pessoas mais velhas que apresentam alguma doença ou necessidade especial, pode continuar a contribuir ativamente na sua sociedade, ciclo de amigos e família. O objetivo do envelhecimento ativo é aumentar a expectativa e a qualidade de vida para todos, independente da sua condição (WHO, 2015).

Segundo Ujikawa (2010), o envelhecimento ativo requer certos determinantes, que exigem a contribuição do próprio indivíduo, da família, da sociedade e do governo, esmiuçado pela OMS como:

- Determinantes comportamentais, referente ao estilo de vida do indivíduo, à sua saúde e hábitos adquiridos desde a mocidade, como alimentação saudável e prática de exercícios físicos e mentais;
- Determinantes pessoais, a respeito das condições psicológicas de cada indivíduo, que interfere diretamente nos fatores comportamentais, como consciência e autoconfiança do controle da própria vida, e a herança genética e biológica de cada um que possibilita o desenvolvimento de certas doenças;
- Determinantes sociais, sobre as relações interpessoais, com parentes e amigos, o nível educacional e as oportunidades de voltar a estudar, e também sobre situações de maus tratos e violência;
- Determinantes econômicos, referentes ao rendimentos do indivíduo, como aposentadoria, ganhos como trabalhador caso exija alguma atividade remunerada, e auxílios financeiros da família, amigos ou instituições de apoio;
- Serviços sociais e de saúde, programas de incentivo a saúde, apoio social e prevenção de doenças, públicos ou não;
- Gênero e cultura, como a velhice não afeta igualmente homens e mulheres, esses fatores afetam todos já citados anteriormente, e com modificação em cada sociedade;
- Ambiente físico, em relação a acessibilidade e facilidade de acessos a locais públicos e transporte, e dentro da sua residência. De acordo com a OMS, atualmente existe um grande número de idosos que moram sozinhos, em contraste com a quantidade de casas adaptadas para os mesmos.

Ainda se referindo ao ambiente físico Azevedo (2015) complementa que, esses espaços podem diferenciar as situações de dependência e independência de cada idoso. Quando existem muitas barreiras físicas no local, predispõe para o surgimento da depressão, isolamento social, redução da resistência física e aumento de problemas de mobilidade. É recomendável atenção a esses fatores, pois quedas, acidentes domésticos, catástrofes naturais podem causar lesões irreversíveis e incapacitantes no idoso, e eles precisam de um lugar que lhe transmita segurança para viver e ajudar no seu processo de envelhecimento. A localização da residência perto da família, perto de serviços públicos e transporte são importantes para propiciar a interação social.

Os padrões construtivos devem levar em conta as necessidades de segurança e saúde dos idosos, como os obstáculos nas residências que aumentam o risco de queda, que precisam ser corrigidos ou removidos (WHO, 2015).

Os problemas de quedas de pessoas idosas são comuns em todo o mundo, sendo a maior causa de morte por lesão acidental ou não intencional, logo após acidentes rodoviários (OMS, 2010 *apud* AZEVEDO, 2015).

As quedas são um problema de saúde pública, registram-se cerca de 424 mil quedas fatais por ano, e mais de 80% das mortes com quedas acontecem em países em desenvolvimento. Também está relacionado ao ambiente físico a água potável, ar puro e alimentos seguros, elementos importantes para as gerações mais vulneráveis, como os idosos, que possuem um sistema imunológico mais frágil e doenças crônicas (AZEVEDO, 2015).

A *World Health Organization* (2005, p. 28) comenta alguns obstáculos para os idosos em suas residências.

A queda de pessoas idosas é uma causa crescente de lesões, custos de tratamento e morte. Os obstáculos dos ambientes que aumentam os riscos de queda incluem pouca iluminação, pisos irregulares ou escorregadios e a falta de corrimão para apoio. Estas quedas ocorrem frequentemente no ambiente da casa e podem ser evitadas. As consequências das lesões sofridas em uma idade mais avançada são mais graves do que entre pessoas mais jovens. Para lesões da mesma gravidade, os idosos experimentam mais incapacidade, período de internação mais longo, extensos períodos de reabilitação, maior risco de dependência posterior e de morte (WHO, 2015, p. 28).

Grande parte das lesões pode ser prevenida, entretanto a percepção tradicional do que seja “acidente”, ocasionou uma negligência histórica nessa área da saúde pública (WHO, 2015).

Nesse contexto, com a perspectiva de idosos mais ativos e independentes, deve-se considerar a possibilidade dos mesmos manterem a preservação da individualidade morando sozinhos. Conforme descrito pela *World Health Organization* (2005, p. 27).

Em todo o mundo há uma tendência maior de que os idosos vivam sozinhos – especialmente mulheres livres mais velhas, a maioria viúvas e pobres, até mesmo em países desenvolvidos. Outros podem ser forçados a viver em lugares que não são os de sua escolha, como com parentes, e em lares já cheios. Em muitos países em desenvolvimento, a proporção de idosos vivendo em cortiços e favelas está aumentando rapidamente, pois muitos que se mudaram para as cidades há tempos tornaram-se moradores de favelas, enquanto outras pessoas idosas migram para as cidades a fim de se unir a membros mais jovens da família que mudaram antes. As pessoas idosas que vivem nesses lugares correm um risco maior de isolamento social e saúde precária (WHO, 2015, p. 27).

De acordo com Costa (2013), está ocorrendo uma tendência na comparação entre grupos: “idosos que moram sozinhos” *versus* “idosos que moram acompanhados”. Os que moram sozinhos estão mais propensos a várias condições de fragilidade, como estado de saúde autorreferido como regular ou ruim, complicação em realizar atividades básicas cotidianas, distúrbio de humor e maior declínio cognitivo, uso abusivo do álcool, risco de isolamento social, não ter a quem recorrer em caso de emergência e maior número de quedas. Também é destacado que, para o idoso, o fato de morar só está associado a um decréscimo da qualidade de vida, agravamento da morbidade e aumento no risco de mortalidade.

A decisão de morar sem companhia está quase sempre associada a um episódio de ruptura, como a morte do cônjuge ou separação, a saída de casa ou morte dos filhos, poucos são os casos em que essa decisão é baseada numa opção individual. Isso evidencia um misto de necessidades e opções, que são decisivas na velhice (COSTA, 2013).

Conforme descrito por Costa (2013), as estratégias para idosos morarem sozinhos se dividem em três categorias, de acordo com o comportamento identificado dos mesmos em sua dissertação, sintetizados no Quadro 1.

Quadro 1: Descrição das estratégias desenvolvidas pelos idosos para morarem sozinhos de acordo com os comportamentos identificados

Estratégias	Comportamentos	Achados
Estratégia 1	Comportamentos em busca de apoio social	-Buscar apoio na família, amigos e vizinhos; -Ser fonte de apoio para a família; -Morar próximo daqueles que oferecem apoio; -Manter proximidade nas relações afetivas.
Estratégia 2	Comportamentos em busca de manter-se ativo	-Praticar atividades de lazer; -Participar de atividades da comunidade.
Estratégia 3	Comportamentos em busca de religiosidade	-Rezar/orar para ter saúde; -Rezar/orar para evitar a solidão.

Fonte: Costa (2013)

A primeira estratégia é adequada já que os idosos necessitam desse apoio para realizar atividades cotidianas, e permanecer seguros em seus domicílios mesmo morando sozinho. A ausência desse tipo de apoio formal, salienta a necessidade da criação e um dispositivo que atenda as carências dos idosos, na ausência da rede informal, como uma alternativa de institucionalização (COSTA, 2013).

A estratégia de comportamentos em busca de manter-se ativo, está relacionada a atividades de lazer e participação em atividades da comunidade, práticas que proporcionam maior autoestima aos idosos, evitam a ociosidade, contribuem para criação e manutenção de amizades, enriquecendo a rede de apoio. Isso pode ser alcançado com maior oferta de grupos de convivência para idosos, mais diversidade nas atividades e a disponibilidade desses grupos em comunidades mais isoladas (COSTA, 2013).

A terceira estratégia destacam as atividades religiosas, que são práticas individuais, a religiosidade reflete na saúde física e mental dos indivíduos, trazendo benefícios como o distanciar da solidão. Essa estratégia pode produzir passividade e conformismo, diminuindo a dependência dos idoso ao estado, na questão do apoio, pois essa ajuda é direcionada de maneira informal (COSTA, 2013).

2.2.2 Estatuto do Idoso

Conhecendo o crescimento recente no que diz respeito ao envelhecimento e seu impacto no desenvolvimento do país, torna-se, portanto, necessário um cuidado maior com essa Classe (BRASIL, Ministério da Saúde, 2013).

Garantir às pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos, é o objetivo do estatuto do idoso, principalmente ao observar que hoje, o Brasil apresenta uma população de 20 milhões de idosos, revelando um impacto e um desafio considerável nessa nova “ordem demográfica”.

Envelhecer é um direito pessoal e inevitável, o que implica ao Estado o dever de garantir proteção à vida e a saúde, proporcionando assim, condições dignas e saudáveis. Essas garantias estão determinadas na legislação com o advento do Estatuto do Idoso – Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

Assegura-se, por lei ou por outros meios, todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo, beneficiando as oportunidades e facilidades, na saúde física, mental, no aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual ou social. O poder público, a sociedade, e a família devem priorizar de forma absoluta a concretização do direito à vida, ao trabalho, a cultura, à alimentação, educação ao convívio familiar e comunitário, a saúde, lazer, esporte, liberdade e cidadania.

Noutro direito fundamental, se encaixa a previdência social, que prevê no Art.29 os benefícios de aposentadoria e pensão. No que diz respeito a habitação, é direito do idoso, moradia digna, quer seja com a família natural ou substituta, sem familiares, caso queira ou em instituições públicas ou privados, dependendo do seu poder aquisitivo.

Art. 38. Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, o idoso goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte: I - reserva de 3% (três por cento) das unidades residenciais para atendimento aos idosos; II - implantação de equipamentos urbanos comunitários voltados ao idoso; III - eliminação de barreiras arquitetônicas e urbanísticas, para garantia de acessibilidade ao idoso; IV - critérios de financiamento compatíveis com os rendimentos de aposentadoria e pensão (BRASIL, 2013, p. 25).

A divulgação dessas leis precisa ser renovada, com a finalidade de que seja distribuída a todos os gestores (estaduais, municipais e do Distrito Federal), e órgãos envolvidos nessa causa. Promovendo uma fiscalização ampla aos seus direitos, valorizando, portanto, a grande conquista, alcançada pela população idosa brasileira.

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2005), define o grau de dependência dos idosos em três, eles são:

- Grau de dependência I: idosos independentes, mesmo que requeiram de uso de equipamentos de autoajuda;
- Grau de dependência II: idosos com dependência em até três níveis de atividades de autocuidado da vida cotidiana, tais como mobilidade, alimentação e higiene, sem o comprometimento cognitivo;
- Grau de dependência III: idosos que requeiram assistência em todas as suas atividades diárias e ou com comprometimento cognitivo.

2.3 Os Asilos

Segundo a Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (2003), a palavra Asilo refere-se (do grego *ásylos*, pelo latim *asylu*) como casa de Assistência Social onde são recolhidos idosos, órfãos, pessoas pobres, mendigos e crianças abandonadas, para o sustento e educação das mesmas. Conciliando a ideia de guarita, proteção e abrigo, independente do caráter social, político ou dos cuidados em relação as dependências físicas ou mentais da pessoa.

De acordo com Quevedo (2002), a atividade de cuidar das pessoas nos seus últimos anos de vida, em um determinado ambiente, surgiu na idade média, onde eles eram alojados nas enfermarias dos hospitais, juntamente com outros necessitados e desabrigados. O hospital medieval funcionava como casa de hospedagem, abrigo para os rejeitados, orfanato e casa de caridade. A sociedade acreditava que uma pessoa desamparada que era ajudada, simbolicamente, representava a Deus sendo acudido, por isso essa forma de caridade chegou até as abadias.

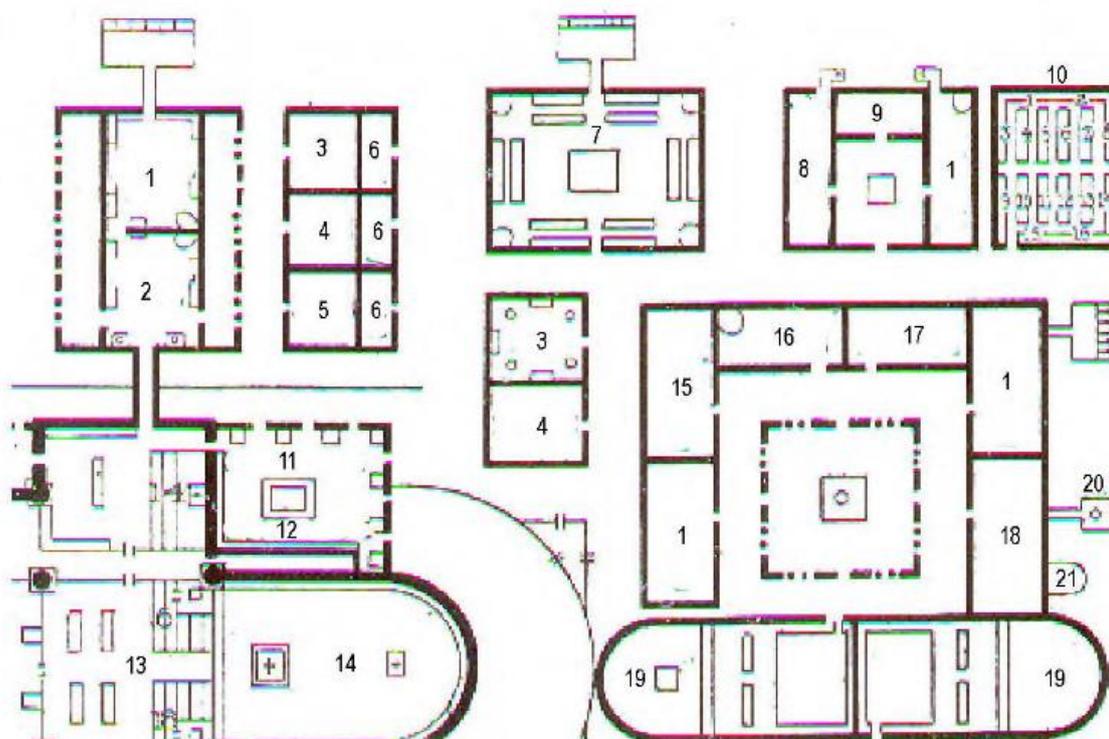
Existem poucas referências sobre asilos para idosos na literatura e na arquitetura. Sabe-se que os cuidados de velhos e pobres aconteciam nos hospitais urbanos, localizados próximos ao centro das cidades, para manter os pacientes no

cerne da vida urbana, integrados na comunidade. Apenas aqueles com doenças consideradas incuráveis que eram colocados em hospitais fora da cidade, que eram dedicados a isso (QUEVEDO, 2002).

As enfermarias dos hospitais em geral eram grandes salas, de formas retangulares e altas, atingindo as vezes até as proporções das igrejas, com coberturas abobadadas de madeira ou feitas por um teto de vigas apoiadas em suportes. As camas para os pacientes eram dispostas nas paredes longitudinais, e ao fundo da sala ficava o altar ou a capela, que ficava na linha de visão de todos da enfermaria, era forma de fazer os hóspedes participarem dos serviços religiosos (QUEVEDO, 2002).

Isso pode ser notado na Abadia de Saint Gall (Figura 10), na Suíça, com alojamento para os pobres e peregrinos ao lado da abside da igreja, casa de abrigo para os principais hóspedes, e a enfermaria para os padres idosos e doentes com o seu próprio claustro e capela (QUEVEDO, 2002).

Figura 10: Planta da Abadia de Saint Gall (820 d.C.)

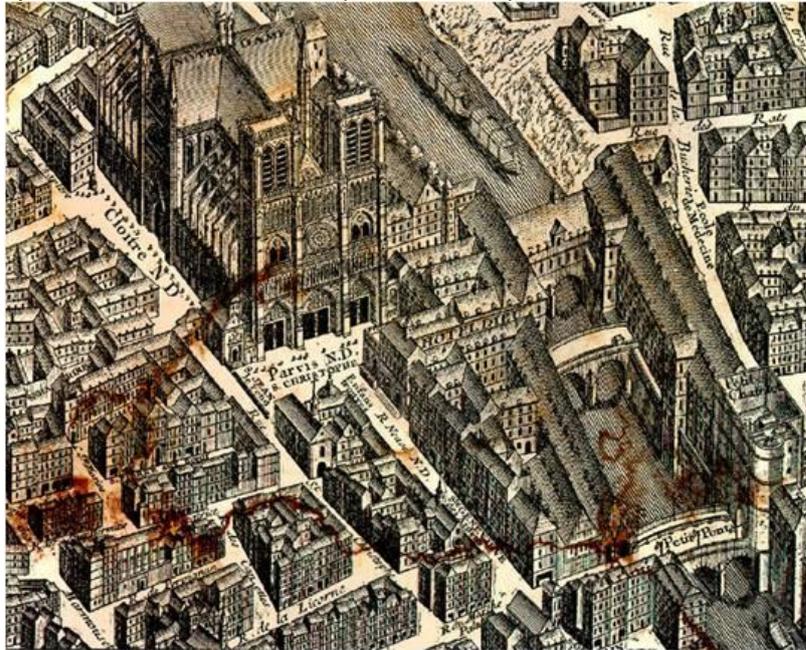


Casa do abade: 1- quarto; 2- sala de estar; 3- banheiro; 4- celeiro; 5- cozinha; 6- quarto do servente / 7- exames físicos / Casa do doutor: 8- quarto de pacientes muito doentes; 9- depósito de remédios / 10- jardim medicinal / 11- escritório; 12- biblioteca; 13- coro; 14- altar / Enfermaria: 15- refeitório; 16- mestre; 17- quarto de doentes perigosos; 18- altar; 19- pislis; 20- chaminé; 21- fogão.

Fonte: PEVSNER, 1979 *apud* QUEVEDO, 2002 p. 29.

Na Idade Moderna, o hospital que teve o estigma de mais precário foi o Hôtel-Dieu de Paris (Figura 11). Ele era situado a oeste de Notre Dame e estendendo-se até a margem sul do rio Sena, nada restou do hospital que foi destruído por um incêndio, em 1772 (QUEVEDO, 2002).

Figura 11: Hospital Hôtel-Dieu, Paris (Século XVI).



Fonte: Arqdobrasil (2010)

De acordo com Quevedo (2002), a sua má fama veio pelo fato de ser o maior hospital da cidade no século XVI, e não ser especializado, e ainda abrigava sem distinções no mesmo espaço físico idosos, doentes, dementes, delinquentes e outros (Figura 12).

Figura 12: Atendimento aos pacientes no Hospital Hôtel-Dieu, Paris (Século XVI).



Fonte: Alamy (2007)

A planta do hospital (Figura 13) consistia em duas naveas que formavam quatro longas salas, três eram alinhadas e a quarta em ângulo reto, elas são: as salas *Saint Dennis*, *Saint Thomas*, *Infirmiere* e *Salle Neuve*, construídas aproximadamente em 1260. *Hôtel-Dieu* sofria um problema sério de superlotação, no final da Idade Média o número estimado de camas era de 450, para 1280 pacientes, equivalente a três pacientes por cama, entre eles doentes, viajantes, pobres e idosos (QUEVEDO, 2002).

Figura 13: Planta do *Hôtel-Dieu* antes do incêndio em 1772.

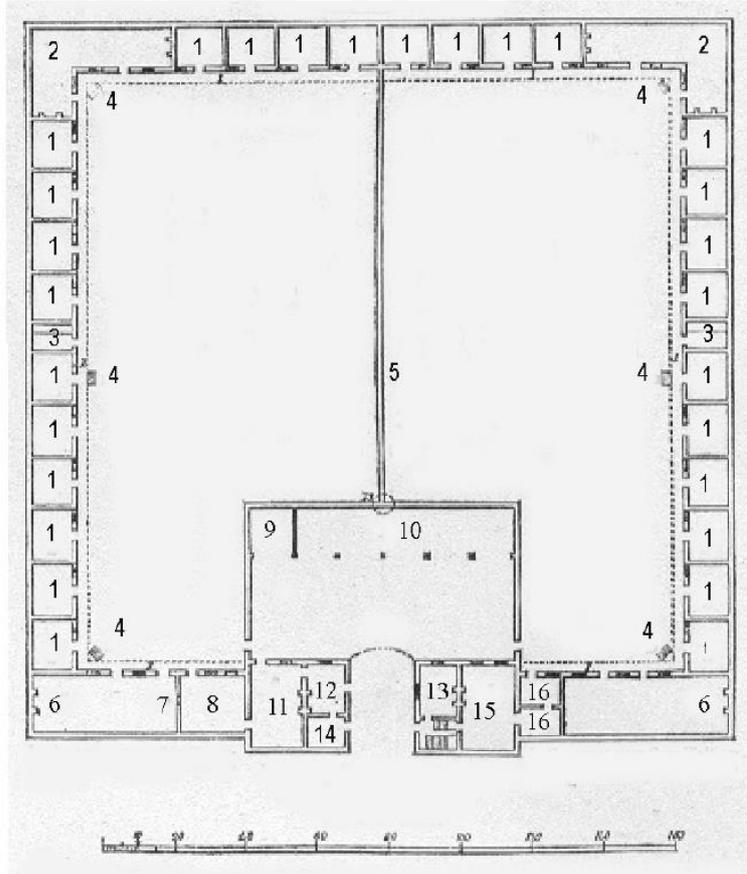


Fonte: Docplayer (2008)

Em 1782, utilizou-se o termo *workhouses* para a distinção de edifícios para o uso exclusivo de enfermos, idosos e crianças. E a partir de 1834 que muitos edifícios novos de asilo demonstraram a sua origem arquitetônica, de fábricas, prisões e barracos, existindo uma relação dessa tipologia de edifícios com os de arquitetura industrial, caracterizadas por paredes altas e longas, portas de entrada alta e pelo uso do panóptico, com o bloco de observação (QUEVEDO, 2002).

Segundo Quevedo (2002), no ano de 1835 foi autorizada a construção dos *workhouses* seguindo quatro modelos distintos de planta, com tamanhos diferentes e capacidade de abrigar 100 a 500 necessitados. O primeiro a ser construído foi o de Francis Head (Figura 14), um asilo localizado numa área rural para 500 pobres, formado por um grande bloco quadrangular de dois andares, dividido por uma parede central, que formava dois pátios retangulares, para a separação por sexo.

Figura 14: Planta do asilo para 500 pessoas na área rural de Francis B. Head, 1835.

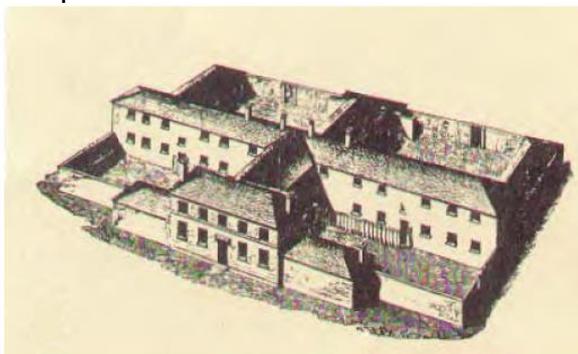


1- Dormitório; 2- sala de reunião; 3- sala privada; 4- degraus; 5- parede divisória; 6- refeitório; 8- janela para passar a comida; 8- lavagem; 9- quarto do carvão; 10- área dos cavalos dos guardas; 11- quarto de preparo dos alimentos; 12- cozinha; 13- sala do patrão; 14- depósito; 15- sala do curados de alienados; 16- sala de espera.

Fonte: Quevedo (2002)

Os outros três modelos ficaram a cargo do arquiteto inglês Sampson Kempthorne, que construiu asilos nos anos de 1830 e 1840. Um dos projetos abrigava 200 pessoas (Figura 15), tinha dois pavimentos.

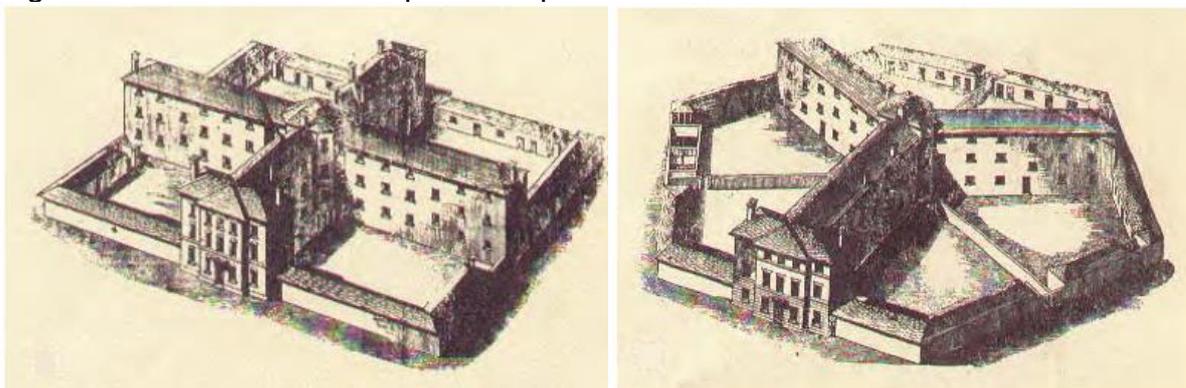
Figura 15: Asilo para 200 pessoas



Fonte: Quevedo (2002)

E outros dois de três pavimentos (Figura 16), um com planta cruciforme e outro em forma de Y, que com o seu limite formava um plano hexagonal. Todos tendo em comum a vigilância gerada pelo tipo de planta, com um ponto central e pátios vigiados (QUEVEDO, 2002).

Figura 16: Modelos de asilo para 300 pessoas



Fonte: Quevedo (2002)

No século XIX iniciou a especialização dos asilos, onde começou a se definir um novo tipo de organização espacial adequada as necessidades dos idosos, com vários edifícios pequenos formando uma colônia, abandonando o modelo de pavilhões. Já a partir de 1954 houve a necessidade de criar novos ambientes, segundo as perspectivas dos geriatras, para que o local proporcionasse as realizações das atividades (QUEVEDO, 2002).

Diante disso os arquitetos tiveram que repensar na concepção e no desenho destes edifícios, adequando as novas necessidades, conforme relata Quevedo (2002, p. 42).

Os tipos de edifícios afins que formaram o novo programa foram as áreas de diagnóstico e tratamento, os centros de reabilitação, os lares para convalescentes, os lares de enfermeiras e os hospitais para doenças crônicas. As definições destes tipos foram mudando à medida que encontravam seu novo lugar dentro do novo tipo de edifício para idosos. Através dos serviços de atendimento médico e social nestes novos edifícios, conseguiu-se integrar os idosos na sua comunidade. Os edifícios de retiro para idosos extremamente doentes ou empobrecidos seriam uma das últimas alternativas de morada. Considerava-se que as pessoas idosas deveriam continuar vivendo normalmente nas suas casas, integradas à sua comunidade, a menos que não se encontrassem em boas condições físicas e psíquicas para tal. (QUEVEDO, 2002, p. 42)

No Brasil a primeira instituição para idosos foi uma chácara, construída em 1790 no Rio de Janeiro, para acolher restritamente soldados portugueses velhos e cansados, para terem uma vida digna e cômoda, não abrigava civis. Denominada de casa dos inválidos foi construída a mando do Conde Resende, 5º Vice-Rei do Brasil na época, que contrariando todas as normas criou a entidade inspirada na obra de Luís XIV, *Hôtel des Invalides*, em Paris. Em 1808, com a vinda da Família Real Portuguesa, a chácara foi cedida ao médico particular do Rei e os internos transferidos para a Casa de Santa Misericórdia. Lima (2005, p. 26) destaca mais informações sobre essa residência.

No que se refere à Casa de Santa Misericórdia, sabe-se que foram os serviços de hospitalização da época colonial. Fundadas e administradas por irmandades de leigos ou eclesiásticos (origem privada), exerciam uma atividade assistencial, destinada aos doentes pobres. Mas não só os pobres se beneficiavam desses serviços, também os indigentes, forasteiros, soldados e marinheiros. A manutenção desses hospitais dependia da caridade dos habitantes, doações ou esmola, recolhidos nas ruas e das arrecadações dos dízimos concedidos pelo Rei (LIMA, 2005, p. 26).

De acordo com Lima (2005), essas instituições caíram no esquecimento e somente 47 anos depois a partir de um decreto foi criado o “Asilo dos Inválidos da Pátria”, que ficou mais três décadas apenas no projeto e foi construído em 1868, na Ilha do Bom Jesus, Rio de Janeiro. Isso demonstra que o problema referente as pessoas inválidas no Brasil não era de tamanha urgência na época, causando pouco incomodo na população.

Até o século XVIII todos os excluídos socialmente como criminosos, mendigos e prostitutas, eram tratados de forma idêntica, apenas com o desenvolvimento da medicina, no início do século XIX, aconteceu a separação desses indivíduos, mas ainda levou tempo para perceberem as diferenças entre esses pacientes, ordenado espaços específicos para cada (LIMA, 2005).

Em 1854 foi fundado o “Asilo de Mendicidade”, pois a sociedade da época via os miseráveis como uma ameaça ao modo de vida sadio que eles buscavam, isto por serem perigosos agentes propagadores de doenças. A livre coexistência desses com os demais da população, não era tolerada e o asilo foi criado para acomodar esse problema (LIMA, 2005).

Um fator que favoreceu o surgimento de mendigos foi a abolição da escravidão, onde os escravos sem trabalho e de idade avançada passaram a perambular pelas ruas, aumentando o número de moradores de rua, isso contribuiu para a criação de instituições asilares. Nesse contexto também é que surge a diferença entre velhice e mendicância, surgindo uma nova categoria, a velhice desamparada (LIMA, 2005).

A primeira instituição destinada a esse público foi o Asilo São Luiz, criado no Rio de Janeiro, em 1890, conforme descrito por Lima (2005, p. 40).

Na realidade, o asilo para velhos foi criado para dar “sossego” e “repouso” aquele que já se chamava cansado de tanto viver e agora aguardava o seu último “suspiro”. Tradicionalmente, portanto, o asilo não é um lugar de trabalho e, sim, para descanso. Não há registros de quando tenha começado o uso da ocupação pela população idosa asilada, mas supõe-se que tenha sido implantado por influência desses acontecimentos narrados. Em algum momento, alguém achou que seria bom, também para essa clientela. De fato, o fazer nos acompanha, faz parte da nossa vida e deveria continuar a nos acompanhar até a morte (LIMA, 2005, p. 40).

De acordo com Bestetti (2006), as antigas instituições asilares, instaladas em edifícios com tipologia hospitalar, que representavam o único destino aos idosos sem auxílio familiar ou sem renda para propiciar uma vida independente, passam a considerar o idoso como alguém que chegou em uma nova etapa da vida, que dependem das características de vida que eles tem. Tendo como base os atuais modelos americanos, canadenses e europeus, onde existem programas que custeiam totalmente as residências para idosos, foram levantadas diferentes soluções para as mesmas. Dentre elas estão:

- Moradia assistida, é parte de um serviço que combina cuidados domésticos, pessoais e de saúde, definidos de acordo com cada indivíduo, para promover o máximo de independência para eles. Esses serviços são providos em residências isoladas, próximas ou integradas a hospitais, em clínicas especializadas e em complexos residenciais independentes, como as *cohousings*. As residências com moradia assistida apresentam supervisão 24 horas e assistência, uma diversidade de adaptações para as necessidades pessoais, atividades e serviços relacionados a saúde, máxima dignidade, privacidade, independência, autonomia, escolha e segurança, e encoraja a família e a sociedade envolvida com os idosos;
- Moradia independente, é um espaço de moradia para idosos que podem ou não suprir serviços de hospitalidade ou suporte. Nela, o idoso leva um estilo de vida independente, com o mínimo ou nenhuma assistência. Em sua maioria são subsidiadas pelo governo, as moradias particulares também incluem assistência terceirizada ou corretores de imóvel especializados em residências adaptadas ou casa de campo, mas o residente tem a opção de usufruir ou não desse serviço. As moradias são projetadas para que os idosos apreciem um estilo de vida autônomo, preenchido de atividades recreativas, sociais e educativas;
- Moradia congregada, é semelhante as moradias independentes, exceto por prover serviços de conveniência ou suporte, como limpeza, alimento e transporte;
- ILPI's (Instituição de Longa Permanência para Idosos), promovem serviços especializados de enfermagem, destinados a idosos, que necessitam de cuidados médicos 24 horas por dia;
- Clínicas especializadas, como em mal de Alzheimer, provem cuidados médicos especializados para esse tipo de paciente, com ambientes adequados para as suas necessidades.

2.3.1 *Cohousing*

Segundo Oliveira (2017), *cohousing* é um tipo de comunidade internacional de casas agrupadas em torno de um espaço compartilhado, para

peças que buscam um estilo de vida alternativo e interação social, que tem como prioridade resgatar o verdadeiro sentido de bairro e viver em comunidade. O primeiro exemplo desse tipo de moradia surgiu em 1972, em Copenhague, Dinamarca, construído por um grupo de 27 famílias que queriam proporcionar esse senso de comodidade, que os subúrbios da época não ofereciam.

A organização sem fins lucrativos *Senior Cohousing Advocates* (SAGE, 2017), que promove *cohousings* para pessoas com mais de 50 anos, definiu seis princípios básicos que tornam esse tipo de habitação diferente das outras residências colaborativas, que são:

- Processo participativo (*Participatory process*), onde os futuros residentes – impulsionados por um desenvolvedor – participam do projeto da comunidade, para que possam ser satisfeitas as suas necessidades. Uma comunidade bem desenhada, com acessibilidade, mas sem participação significativa dos moradores no planejamento, pode até ser “inspirada na *cohousing*”, porém não é uma *cohousing*;
- Projeto de vizinhança (*Neighborhood design*), a implantação e a orientação dos prédios incentivam um senso de comunidade e interações sociais. Por exemplo, as residências privadas são agrupadas no local, deixando um espaço aberto mais partilhado. O objetivo: criar um forte sentido de comunidade usando escolhas de design físico;
- Instalações comuns (*Common facilities*), são projetadas para uso diário, são parte integrante da comunidade e são sempre complementares às residências particulares. Participar da comunidade é sempre opcional, não obrigatório;
- Gestão de residentes (*Resident management*), os moradores administram suas próprias *cohousings* e também realizam grande parte do trabalho necessário para manter a propriedade. Participam na preparação de refeições comuns e reúnem-se regularmente para resolver problemas e desenvolver políticas para a comunidade;
- Estrutura não-hierárquica e tomada de decisões (*Non-hierarchical structure and decision-making*), os papéis de liderança existem naturalmente nas comunidades em coabitação, no entanto, nenhuma pessoa (ou pessoas) tem autoridade sobre os outros. A maioria dos grupos começa com um ou dois indivíduos que conhecem o conceito. À medida que as pessoas se juntam ao

grupo, cada pessoa assume um ou mais papéis consistentes com suas habilidades ou interesses. A maioria dos grupos de residentes de *cohousing* tomam todas as suas decisões por consenso ou formas semelhantes de tomada de decisão de consentimento (por exemplo, a sociocracia), e embora muitos grupos tenham uma política para votar, se o grupo não consegue chegar a um consenso após uma série de tentativas, raramente ou nunca é necessário recorrer à votação;

- Nenhuma economia comunitária compartilhada (*No shared community economy*), a comunidade não é uma fonte de renda para seus membros. Ocasionalmente, uma comunidade em coabitação pagará a um de seus moradores para fazer uma tarefa específica (geralmente limitada no tempo), mas tipicamente o trabalho é considerado como uma contribuição desse membro para as responsabilidades compartilhadas.

Entre as principais características de uma *cohousing* está a existência de área de apoio e de serviço comum, chamada de *common house* ou casa comum, é a principal área compartilhada da comunidade, onde se pode encontrar refeitório, lavanderia, cozinha, biblioteca, sala para *workshop*, sala de leitura, quarto para hóspedes e outros ambientes, variando com a necessidade da comunidade. Pode-se encontrar outras áreas comunitária como jardim, horta, piscina, parque, academia e outras possibilidades. A Figura 17 demonstra a relação entre os ambientes comuns e privados, de uma *cohousing* de uso residencial (OLIVEIRA, 2017).

Figura 17: Corte esquemático de uma *cohousing*.



Fonte: Oliveira (2017)

Existem quatro modelos genéricos de implantação de uma *cohousing* (Figura 18), que possibilitam diferentes interações, principalmente com o pátio

central. As unidades habitacionais são representadas pelos retângulos cinzas e a casa comum pelo retângulo laranja. As variações de implantação desses modelos variam de acordo com a topografia, com a quantidade de habitações e o meio em que a *cohousing* se situa, urbano ou rural, a Figura 19 apresenta oito exemplos, instalados na Dinamarca, onde esse tipo de habitação é bastante difundida.

Figura 18: Modelos de implantação de uma *cohousing*

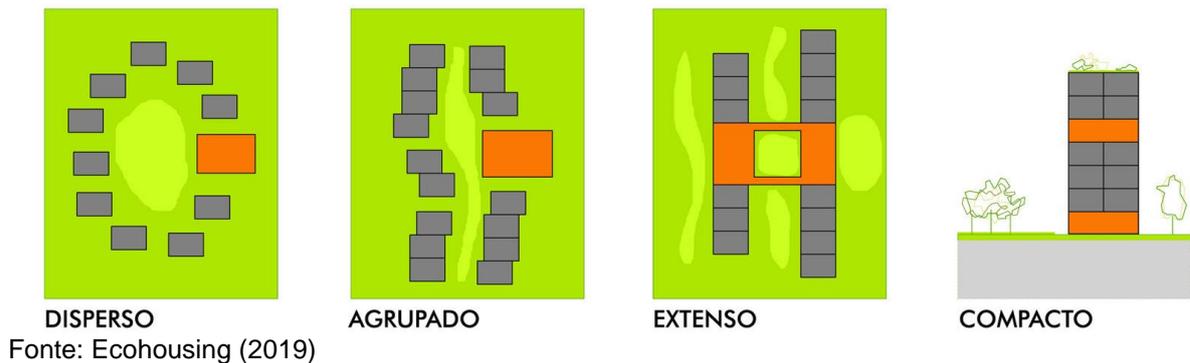
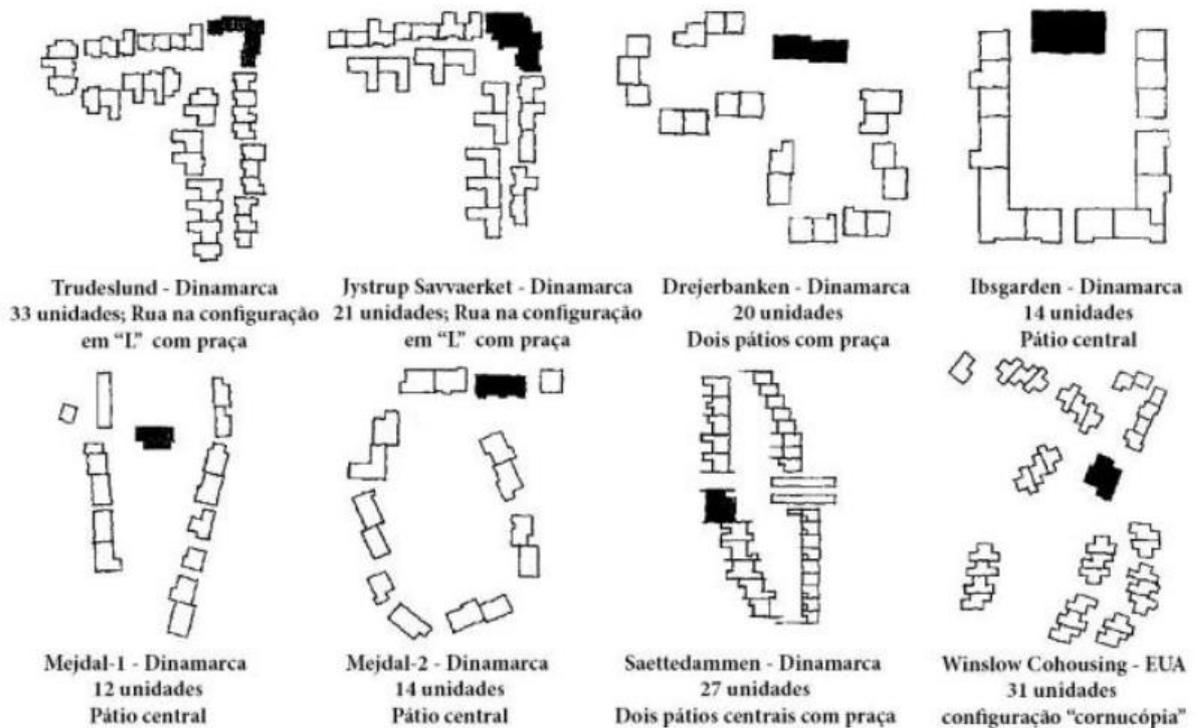


Figura 19: Exemplos de implantação de uma *cohousing*



Fonte: Oliveira (2017)

No Brasil não há modelos de *cohousings*, mas a quantidade de grupos interessados por esse tipo de moradia cresce em todo país. A exemplo da Vila

ConViver, elaborada a partir das demandas de professores sindicalizados e aposentados da Unicamp, por meio de um grupo de estudos e pesquisas sobre moradia, da própria universidade. A proposta é criar uma *cohousing sênior*, ideia difundida em alguns países, abrigando moradores de diferentes faixas sociais e econômicas, onde são acompanhados por especialistas em gerontologia, arquitetura, sociologia, e psicologia. Esse tipo de moradia contribui para que o idoso tenha uma vida mais longa e ativa, fazendo com que mantenham relações interpessoais, diminua os riscos de doenças comuns na velhice melhorando a qualidade de vida (ADUNICAMP, 2018).

Embora existam comunidade de co-residência para idosos, muitos idoso, preferem viver em comunidades de idade mista. Eles se beneficiam da presença animadora de famílias jovens com filhos. Um residente do Sol Terra Cohousing falou que adorava a privacidade de sua pequena casa, e fica feliz em saber que se ela ficar doente, seus vizinhos rapidamente se organizarão para visita-la e levar refeições (SNYDER, 2016, p. 2 apud OLIVEIRA, 2017, p. 50).

Em uma *cohousing* os espaços livres são pensados na escala do pedestre, como pistas de caminhada, jardins e espaços de contemplação, o morador utiliza transportes alternativos, fazendo com que os estacionamentos sejam situados em áreas periféricas (OLIVEIRA, 2017).

2.4 Normas e Legislações

As normas, legislações e planos de ação vigentes no Brasil e no mundo, que regulamentam as residências para idosos, como também os direitos e cuidados com os mesmo são:

- Plano de Ação Internacional de Viena sobre o Envelhecimento – Estabelecido pela Organização das Nações Unidas (ONU), em 1982, na Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento. O plano insta para ação em assuntos como saúde e nutrição, proteção de consumidores idosos, habitação e meio ambiente, família, bem-estar social, emprego, segurança de renda, educação e a coleta e análise de dados de pesquisa;
- Princípio das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas – Adotado pela ONU, em 1991, enumerando 18 direitos da pessoa idosa, em relação à independência, cuidado, participação, autorrealização e dignidade;

- Política de Envelhecimento Ativo – Desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2005, tendo em vista fornecer aos países membros informações que subsidiassem discursões e formulações de planos de ação que promovesse o envelhecimento ativo e saudável;
- Artigo 230, da Constituição Federal de 1988 – Ressalta que o apoio aos idosos é de responsabilidade da família, a criação de serviços médicos especializados para idosos, a revisão de critérios para a concessão de subvenções a entidades de abrigo a idosos e formação de recursos humanos para o atendimento dos mesmos;
- Política Nacional do Idoso (PNI) – Aprovado pela Lei nº 8.842/1994, que estabelece a competência dos órgãos e entidades públicas nas áreas de assistência aos idosos;
- Normas de Funcionamento de Serviços de Atenção ao Idoso no Brasil – Constitui uma das etapas de regulamentação da Política Nacional do Idoso, Lei nº 8.842/1994, no qual consta a adequação das demandas e serviços de cada modalidade de habitação para idosos;
- Estatuto do Idoso – Sancionado pela Lei nº 10.741/2003, é um conjunto de leis e políticas que estabelece medidas que visam proporcionar o bem-estar dos idosos e sua identificação como um subgrupo populacional que carece de regras específicas;
- RDC nº 283 – Por intermédio da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 2005, estabelece o padrão mínimo de funcionamento das Instituições de Longa Permanência para Idosos;
- Lei nº 1.787/2007 – Dispõe sobre a prevenção contra à incêndio e pânico em edificações no estado do Tocantins;
- ABNT NBR 9050 – Elaborada no Comitê Brasileiro de Acessibilidade, e está na sua terceira edição, a de 2015. Estabelece critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, construção, instalação e adaptação do meio urbano e rural, e de edificações às condições de acessibilidade.

3 FUNDAMENTAÇÃO PROJETUAL

Neste capítulo, será apresentado a revisão projetual que fundamenta o desenvolvimento da pesquisa, estruturado nos seguintes temas: correlatos e referencias projetuais.

3.1 Correlatos

Grande parte das edificações projetadas no decorrer dos tempos não foram pensadas para a permanência dos idosos, sempre consideravam o morador como alguém independente e sem limitações na locomoção, por isso apresentavam barreiras para os mesmos, necessitando sempre de adaptações (FLORES, 2010).

Segundo Buxton (2017), o projeto de residência para idosos deve suceder em um ambiente aconchegante, confortável e simpático. Deve-se enfatizar a necessidade de evitar que o local tenha aparência institucional, e proporcionar uma moradia que estimule a independência.

3.1.1 Condomínio Cidade Madura, João Pessoa/PB

De acordo com Oliveira (2017), o condomínio faz parte do Programa Cidade Madura, criado pelo Governo do Estado da Paraíba, através da Companhia Estadual de Habitação Popular (CEHAP). Os residenciais estão presentes em quatro cidades paraibanas, sendo que o de João Pessoa foi inaugurado em junho de 2014, implantado no bairro mais populoso da cidade, Mangabeira, região periférica da capital (Figura 20).

Figura 20: Localização do condomínio Cidade Madura, em João Pessoa/PB



Fonte: GoogleEarth (2019)

O programa foi idealizado por Emília Correia Lima, presidente da CEHAP, com o objetivo de proporcionar autonomia e individualidade aos moradores. E desenvolvido devido ao envelhecimento da população, gerando uma necessidade de um programa habitacional específico para idosos. O projeto foi realizado pelos arquitetos e urbanistas Júlio Gonçalves e Rafaela Mabel, que fazem parte da equipe técnica da CEHAP (CEHAP, 2014).

O público atendido pelo empreendimento é de idosos que não possuem moradia ou que estejam em casa de familiares, e com renda de até cinco salários mínimos. Nestas residências eles podem morar sozinhos ou com companheiro, e devem ter autonomia de mobilidade e plena atividade física e mental, caso ocorra a perda dessa autossuficiência, o idoso é encaminhado para uma Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). O residente não é proprietário do imóvel, eles pagam um aluguel social simbólico de R\$ 50,00, para a manutenção do empreendimento (OLIVEIRA, 2017).

O condomínio é fechado e horizontal, composto por 40 unidades habitacionais, duas salas multiuso, guarita, horta, praça, pista de caminhada, academia de ginástica, um centro de convivência e um redário (Figura 21). Está

situado em uma área de 5,07 ha, ocupando 34% do terreno, o restando 66% para futuras ampliações (OLIVEIRA, 2017).

Figura 21: Implantação do condomínio Cidade Madura



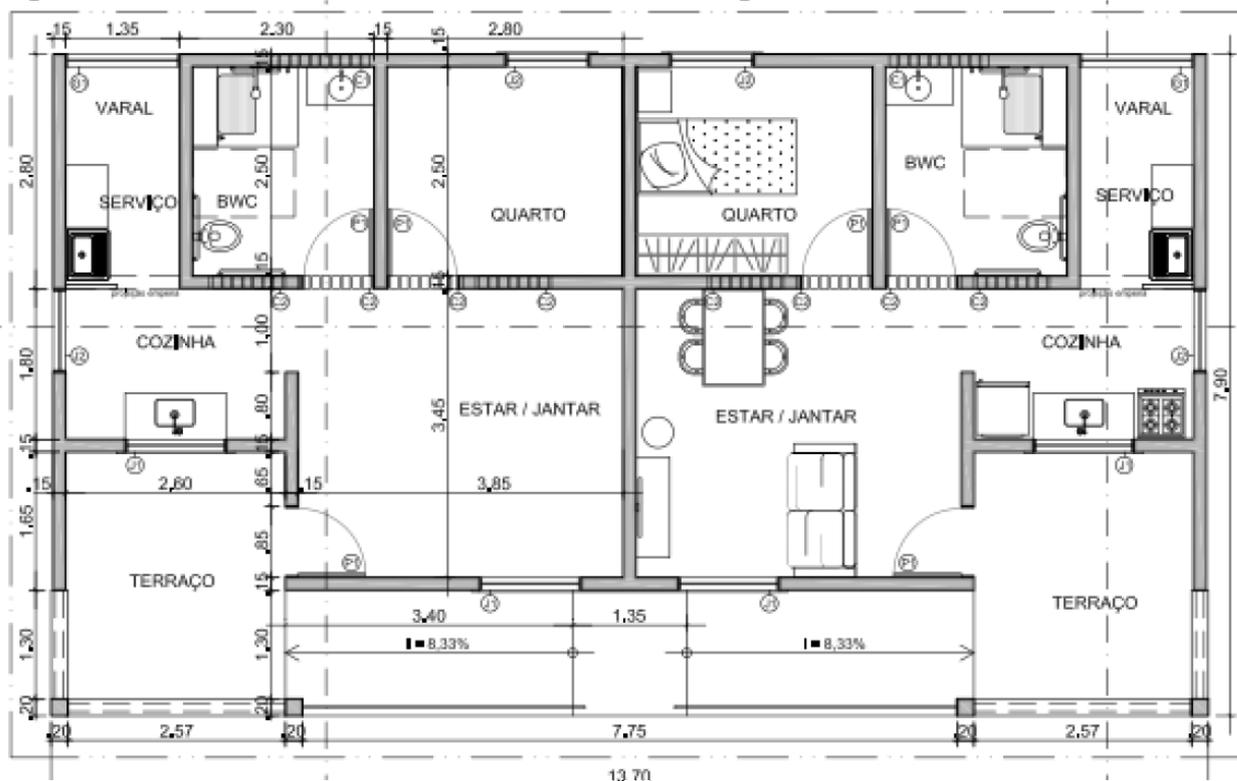
- | | | |
|----------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------|
| 01 – Guarita | 04 – Horta | 07 – Centro de Vivência |
| 02 – Unidade Habitacional | 05 – Equipamentos de Ginástica | 08 – Pista de caminhada |
| 03 – Praça | 06 – Núcleo de Saúde | 09 – Aparelhos de Ginástica |

Fonte: CEHAP (2014)

No condomínio existe uma via interna, que liga todas as residências, favorecendo um possível acesso de ambulância, entretanto não existem vagas de estacionamento. A praça interna comporta os equipamentos comuns agrupados (OLIVEIRA, 2017).

As unidades habitacionais têm 54,11m², com rampa de acesso, varanda, sala de estar/jantar, cozinha, área de serviço, quarto e banheiro acessível (Figura 22). O quarto único foi escolhido pelo fato dos residentes serem idosos com ou sem acompanhante, para evitar que parentes se apossassem da residência, interferindo na independência do idoso (OLIVEIRA, 2017).

Figura 22: Planta baixa das unidades habitacionais geminadas



Fonte: CEHAP (2014)

O projeto das residências e os equipamentos são padronizados, para serem reproduzidos em distintos microclimas, das cidades paraibanas (Figura 23). Com isso os estudos de ventilação e insolação foram mínimos, mas houve a preocupação de proporcionar iluminação natural e ventilação cruzada (OLIVEIRA, 2017).

Figura 23: Unidades habitacionais geminadas e centro de vivência



Fonte: CEHAP (2014)

O Cidade Madura, mesmo sendo um projeto pioneiro, apresenta algumas falhas na questão de acessibilidade, falta de sinalização tátil, dimensões reduzidas

dos ambientes, peitoris altos. Entretanto, o condomínio é importante pois prova que o poder público tem capacidade de promover moradias dignas para os idosos.

3.1.2 Lar de Idosos Peter Rosegger, Graz/Áustria

Localizado na cidade de Graz, na Áustria, e inaugurado em 2014, o projeto foi feito pelo escritório Dietger Wissounig Architekten, a obra ganhou o prémio GerambRose em Styria, 2014.

O terreno é localizado no entorno de um antigo pavilhão de Hummelkaserne, em um ambiente urbano bastante diverso, a edificação tem dois pavimentos, é compacto e de forma quadrangular (Figura 24).

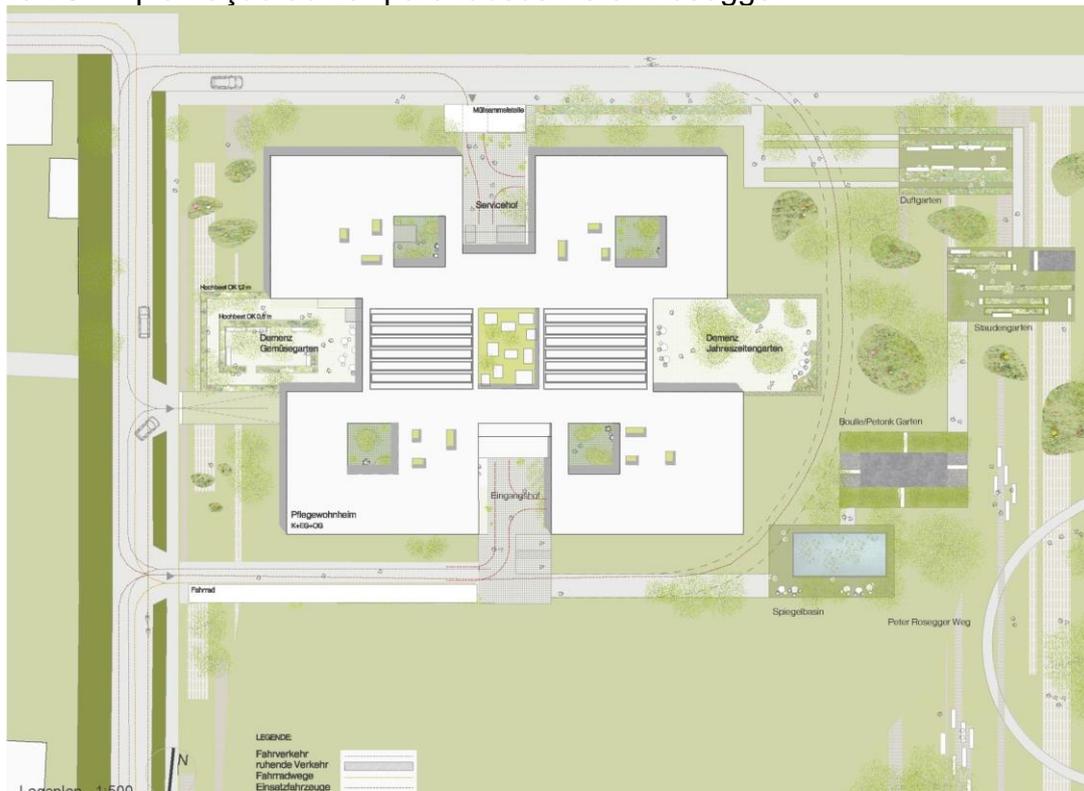
Figura 24: Fachada do Lar para idosos Peter Rosegger



Fonte: Archdaily (2014)

É dividido em oito habitações de comunidades, quatro em cada pavimento, que estão agrupados em torno de um pátio central, que é parte de um terraço coberto, e em perpendicular a esses espaços estão os jardins, de uso exclusivo dos residentes, que seccionam o edifício (Figura 25). Outros espaços abertos incluem quatro átrios no segundo pavimento e um acesso ao parque público de Graz, a leste das instalações.

Figura 25: Implantação do Lar para idosos Peter Rosegger



Fonte: Archdaily (2014)

Para a circulação vertical existem dois elevadores e nove escadas (Figura 26), todas acessíveis, o número alto de escadas assegura uma melhor evacuação em caso de incêndio. Ao norte fica o acesso de serviço da edificação.

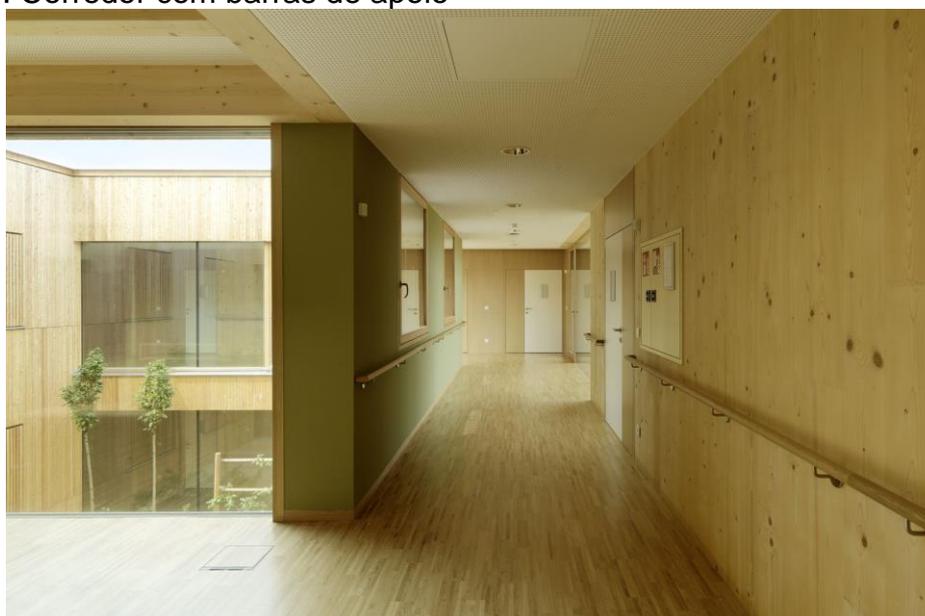
Figura 26: Plantas baixas com acesso e circulação



Fonte: Andrade (2015)

O edifício, exceto pela escada principal, tem estrutura feita com tecnologia a seco autoportante com painéis de fechamento em madeira laminada, e superfícies aparentes em muitos lugares. Para que o ambiente tenha uma atmosfera aconchegante e espaçosa, vigas de madeira foram deixadas aparentes no teto das salas comuns, com painéis externos de madeira. Também foi utilizado o vidro, compondo grandes aberturas, e espaçosas varandas e galerias, unidas de uma gama de vistas e caminhos ao longo do edifício, todos com sinalização visual e barras de apoio (Figura 27).

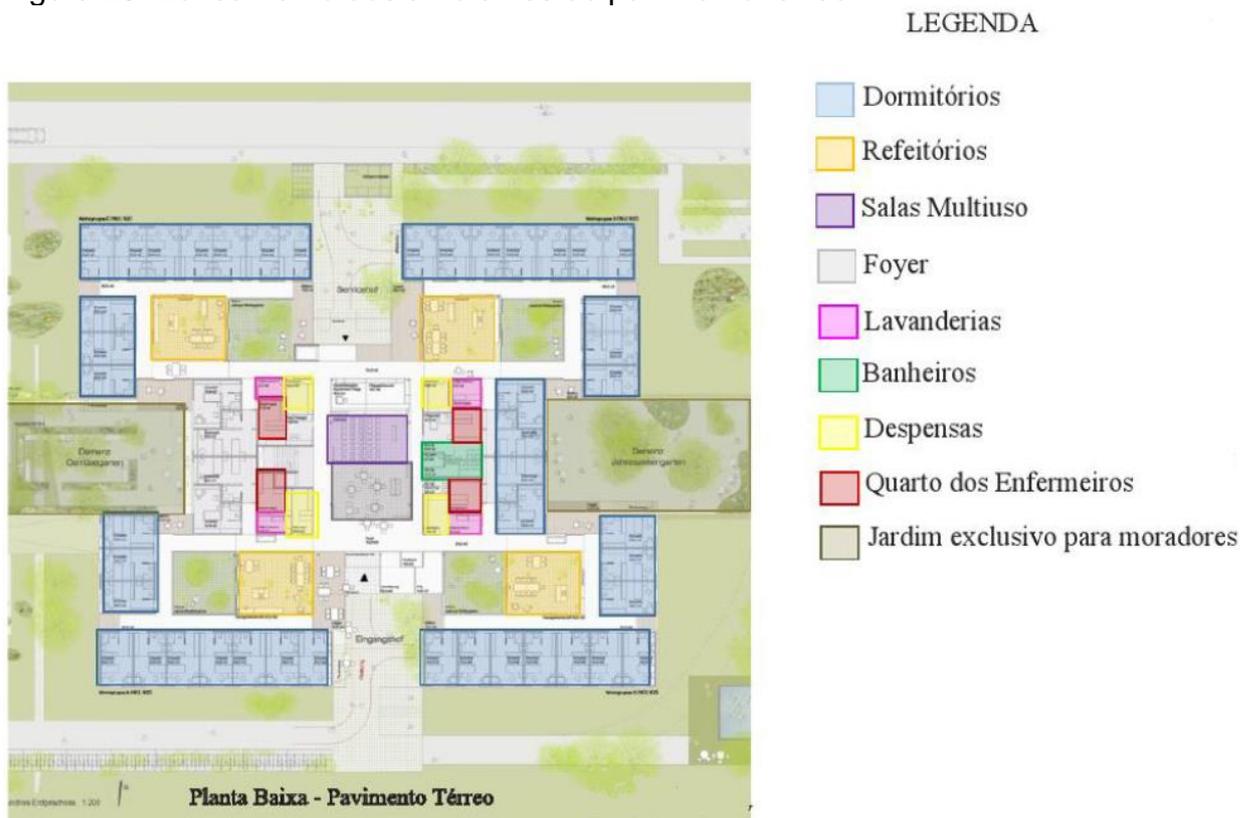
Figura 27: Corredor com barras de apoio



Fonte: Archdaily (2014)

O zoneamento do edifício (Figuras 28 e 29) determinou que os quartos ficassem alocados nas laterais do edifício, para que o idoso além de receber a luz do sol e ventilação natural, tivesse contato com o exterior. Os demais equipamentos foram zoneados no centro da edificação, para estar mais próximo igualmente dos quartos.

Figura 28: Zoneamento dos ambientes do pavimento térreo



Fonte: Andrade (2015)

Figura 29: Zoneamento dos ambientes do pavimento superior



Fonte: Andrade (2015)

As unidades habitacionais consistem de dormitórios, cozinha e área de jantar para treze residentes e um enfermeiro, algo que não sobrecarrega o mesmo (Figura 30).

Figura 30: Planta baixa das unidades habitacionais



Fonte: Archdaily (2014)

Os quartos possuem 24m², uma grande janela, com um parapeito baixo, que pode servir como banco (Figura 31), eles variam levemente dependendo da sua posição e o sentido em que estão orientados. Os quartos de enfermagem estão localizados próximos aos residentes, ficando o núcleo do edifício, isso faz com que cada cuidador possa realizar suas tarefas eficientemente.

Figura 31: Imagem interna de um dos quartos



Fonte: Archdaily (2014)

3.1.3 Vila dos Idosos, São Paulo/SP

O edifício Vila dos Idosos (Figura 32) integra o Programa Morar no Centro, iniciativa da Companhia Metropolitana de Habitação de São Paulo (COHAB), órgão responsável por dar respostas às demandas de habitação social na cidade de São Paulo (VIGLIECCA, 2007).

Figura 32: Imagens do pátio e corredor da Vila dos Idosos



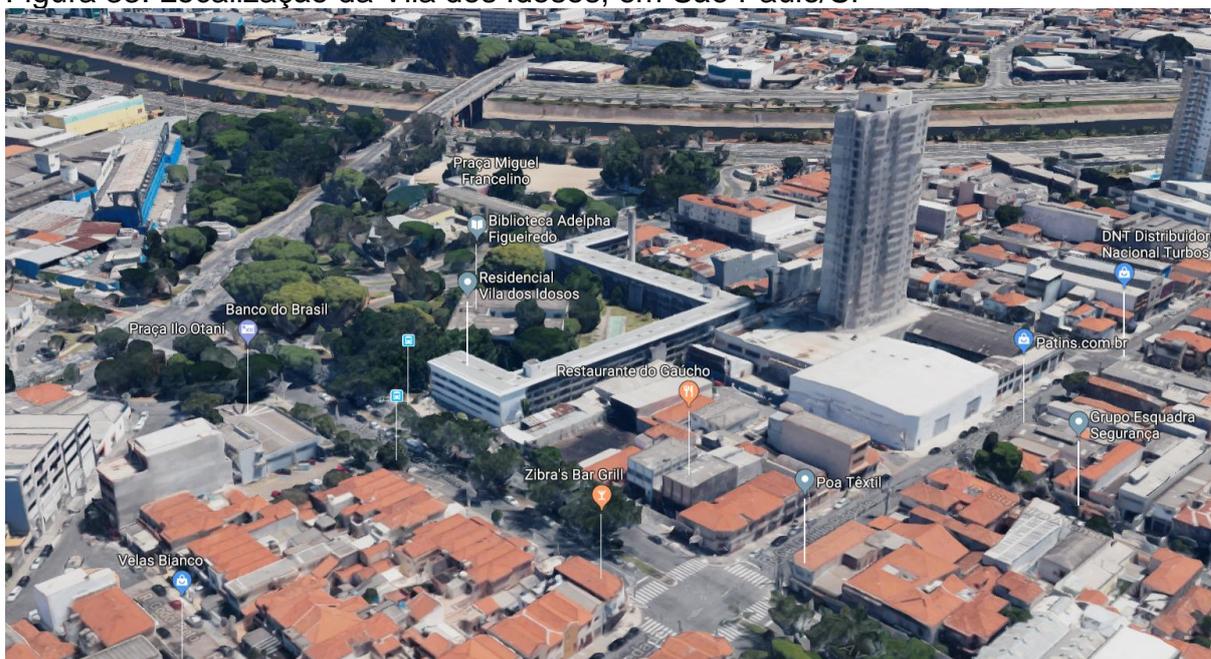
Fonte: Vigliecca (2007)

Os beneficiários do programa social são idosos e famílias cuja a renda não ultrapasse a três salários mínimos, que pertençam aos grupos de moradores em área de risco e insalubridade, famílias que tenha alguém deficiente, e pessoas ou

núcleos familiares residentes próximo ao empreendimento. Foi estipulado para os idosos na vila, em caso de falecimento, se o indivíduo morasse sozinho a prefeitura indicaria outro inquilino para o apartamento, mas se residia com um companheiro, seria permitido que o mesmo continuasse. Nas unidades compartilhadas é permitida a presença de uma pessoa com a idade entre 14 e 60 anos. Por ser uma habitação social os moradores pagam um valor mensal de 10% a 15%, da sua renda familiar (OLIVEIRA, 2017).

Segundo Vigliecca (2007), o projeto é pioneiro na cidade, e responde as reivindicações do Grupo de Articulação para Conquista de Moradia dos Idosos da Capital (GARMIC), fundado em 2001. O plano pra construir um conjunto habitacional executivo para idosos existia desde 1999, mas apenas em 2003 foi disponibilizado o terreno. O conjunto está localizado no bairro Pari, ao lado da Biblioteca Pública Adelpha Figueiredo, nas proximidades do centro da cidade (Figura 33).

Figura 33: Localização da Vila dos Idosos, em São Paulo/SP



Fonte: GoogleEarth (2019)

O escritório responsável pelo projeto foi o Vigliecca & Associados, a obra foi concluída em 2007, com área total construída de 8.290m², com 142 unidades habitacionais, organizadas em quatro pavimentos, e divididas em 57 apartamentos de um quarto (42m²) e 88 quitinetes (30m²). Ainda compõem o conjunto, três salas de jogos e televisão, salão comunitário com cozinha e sanitários, quatro salas multiuso, quadra de bocha, espelho d'água, área verde e horta comunitária (Figura

34). Possui também duas caixas com circulação vertical com elevadores e escadas, 25% dos andares com acessibilidade, todos eles situados no térreo, pois as unidades habitacionais dos pavimentos superiores não levam em conta as restrições de mobilidade que o envelhecimento pode trazer, como as nas plantas dos banheiros, que não possuem área de aproximação para o cadeirante, sendo recomendado a adequação do ambiente, caso o morador tenha limitações (OLIVEIRA, 2017).

Figura 34: Implantação e pavimento tipo Vila dos Idoso

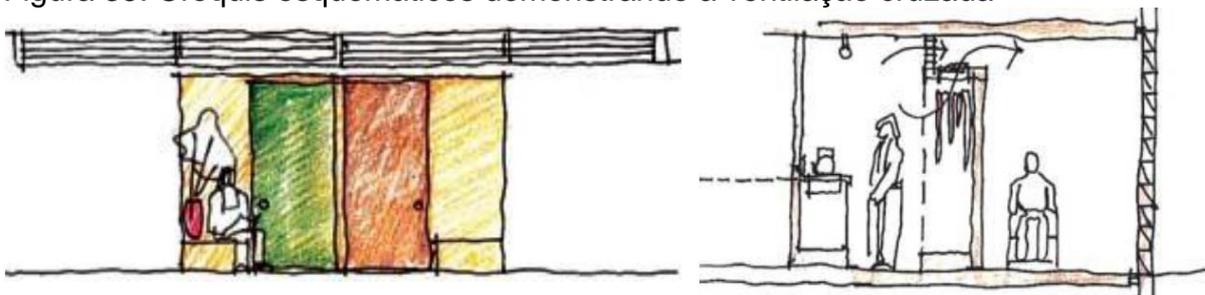


Fonte: Adaptado de Vigliecca (2007)

Levando em conta as condições econômicas dos moradores, e as limitações orçamentárias, foi recomendado utilizar materiais padronizados, de alta durabilidade para que houvesse pouca necessidade de manutenção. Essa economia também foi buscada na simplificação dos acabamentos, uso de laje aparente e eliminando os revestimentos das paredes e dos pisos (VIGLIECCA, 2007).

De acordo com Oliveira (2017), houve uma preocupação com as características de conforto térmico e ambiental do edifício, objetivando proporcionar melhor ventilação cruzada nos apartamentos, através do uso de janelas paralelas, voltadas para a circulação horizontal. Também foram utilizados cobogós, marquises e o posicionamento correto de esquadrias, para auxiliar nesse aspecto (Figura 35).

Figura 35: Croquis esquemáticos demonstrando a ventilação cruzada



Fonte: Oliveira (2017)

O *layout* das unidades habitacionais (Figura 36) seguem dois padrões, as quitinetes possuem cozinha, banheiro, espaço para duas camas de solteiro e bancos na entrada da casa, com o intuito de promover melhor interação coletiva, enquanto os dormitórios compartilhados possuem cozinha, banheiro, sala e um quarto maior, que pode ser dividido em dois, de acordo com a necessidade dos futuros moradores.

Figura 36: *Layout* padrão das quitinetes e dormitórios, respectivamente



Fonte: Vigliecca (2007)

A Vila dos Idosos é composta em sua maioria por habitantes mulheres e pessoas que vivem a sós. Outro ponto de destaque foi a proposta de integrarem o edifício a biblioteca, equipamento importante no bairro, entretanto o perímetro da biblioteca foi cercado e o acesso controlado (OLIVEIRA, 2017).

3.1.4 Belterra *Cohousing*, Ilha Bowen/Canadá

Situada na Ilha de Bowen, próximo a Vancouver, a comunidade sustentável apresenta um ecossistema preservado, em uma das áreas mais modernas do Canadá (Figura 37).

Figura 37: Vista aérea Belterra *Cohousing* ainda em construção

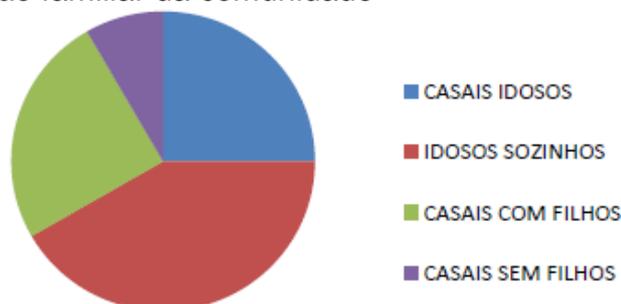


Fonte: Belterracohousing (2016)

O modelo de *cohousing* adotado pela comunidade Belterra, é totalmente participativo, os moradores colaboraram no planejamento, projeto e desenvolvimento da comunidade, com a ajuda de uma consultoria especializada nesse tipo de edificação e de um escritório de arquitetura. A comunidade é de 2015, e todos trabalharam juntos para a finalização da mesma, realizando limpeza dos terrenos, montagem dos móveis, fixação dos pisos e outras atividades (OLIVEIRA, 2017).

É uma comunidade moradores de diferentes idades e tipos, composta por casais de idosos, anciãos sozinhos, casais com filhos e sem filhos. O último dado a respeito da quantidade de habitantes é de 2016, relatando que há 60 moradores, que em sua maioria indivíduos que moram sozinhos, conforme figura 38 (OLIVEIRA, 2017).

Figura 38: Composição familiar da comunidade



Fonte: Oliveira (2017)

O terreno tem 42.000 m² (4,2 Ha), e o complexo é composto por cinco edifícios residenciais, ligados por caminhos para pedestres que seguem a inclinação do terreno, e uma *common house* que fica na entrada da comunidade (Figura 39). Um dos principais norteadores da implantação foi a vista das montanhas e a do oceano, mais distante, possibilitando maior interação dos moradores com a natureza, e a implantação dos estacionamentos no perímetro da comunidade (Belterra *Cohousing*, 2016).

Figura 39: Implantação Belterra Cohousing



LEGENDA: ★ Edifícios Residenciais ★ Common House
 Fonte: Adaptado de Belterracohousing (2016)

São 30 unidades habitacionais, de 46m² a 111m², com sete tipos de plantas para atender os vários perfis dos moradores, os edifícios tem três pavimentos, todos com acesso ao nível do solo (Figura 40). No pavimento térreo existe um pátio privado, que pode ser utilizado de acordo com o que é estabelecido pela comunidade (OLIVEIRA, 2017).

Figura 40: Imagens e *layout* de um dos tipos de unidades habitacionais



Fonte: Oliveira (2017)

A casa comum tem dois pavimentos e área de 310m² (Figura 41), representa o eixo da vida em comunidade, oferecendo espaços compartilhados que servem de extensão dos lares, propiciando um ambiente mais colaborativo. Semelhante a cozinha e a sala de jantar, que foram projetadas de acordo com as necessidades dos moradores, e onde estes compartilham suas refeições uma ou duas vezes por semana. Cozinhar é uma ótima oportunidade para socializar, e jantar acompanhado proporciona um senso de parentesco (belterra cohousing, 2016).

Figura 41: *Common house*



Fonte: Belterracohousing (2016)

3.2 Referências Projetuais

Para auxiliar na elaboração do projeto foram escolhidas algumas obras que servirão como inspiração para implantação, função ou forma, dentre elas umas já citadas como correlatos, porém com o enfoque em pontos mais específicas.

3.2.1 Referências de implantação

- Gainesville cohousing, Flórida/EUA

A Gainesville cohousing é uma obra recente, em fase de execução, foi iniciada neste ano de 2019, conta com 24 residências que envolvem a *common house* e o espaço para lazer da comunidade. A figura 42 demonstra o croqui inicial de concepção da Gainesville, com as divisões dos lotes.

Figura 42: Croqui inicial de concepção Gainesville cohousing



Fonte: Gainesvillecohousing (2019)

A proposta de implantação possui uma boa setorização, com toda a parte de serviço e estacionamento localizadas ao leste, atrás da *common house*, que está

cercada pelos dois jardins e um pequeno bosque, que manteve a vegetação do local. Os caminhos foram criados para que os moradores percorressem a pé, criando uma sensação de vila (Figura 43).

Figura 43: Croqui de implantação Gainesville *cohousing*



Fonte: Gainesvillecohousing (2019)

- La Querencia *cohousing*, Fresno, Califónia/EUA

O projeto é do ano de 2006 implantado no subúrbio de Fresno, uma cidade da Califórnia com pouco mais de 500 mil habitante, apresenta-se numa conformação mais compacta se comparado a Gainesville, razão pela qual as residências se encontram divididas em blocos, composto por casas geminadas. Nela existem apenas dois acessos, o de pedestre que leva a rua central margeada pelas residências entre as casas, e o de carros e serviço, localizado a oeste da comunidade, onde também estão as vagas de estacionamento (Figura 44).

Figura 44: Croqui de implantação da Gainesville *cohousing*



Fonte: Fresnocohousing (2019)

A área compartilhada, piscina e o parque comunitário estão localizados ao norte da comunidade, oposto a rua de acesso, dificultando a aproximação das residências mais distantes, apesar da arborização existente na rua central (Figura 45).

Figura 45: Perspectiva da implantação da Gainesville *cohousing*



Fonte: Fresnocohousing (2019)

3.2.2 Referências funcionais

- *Vancouver cohousing, Vancouver/Canadá*

Essa *cohousing* é composta por apartamentos, e está disposta em um terreno compacto e urbano, apresentando modelos diferentes de unidades habitacionais, de acordo com a quantidade de moradores (Figura 46).

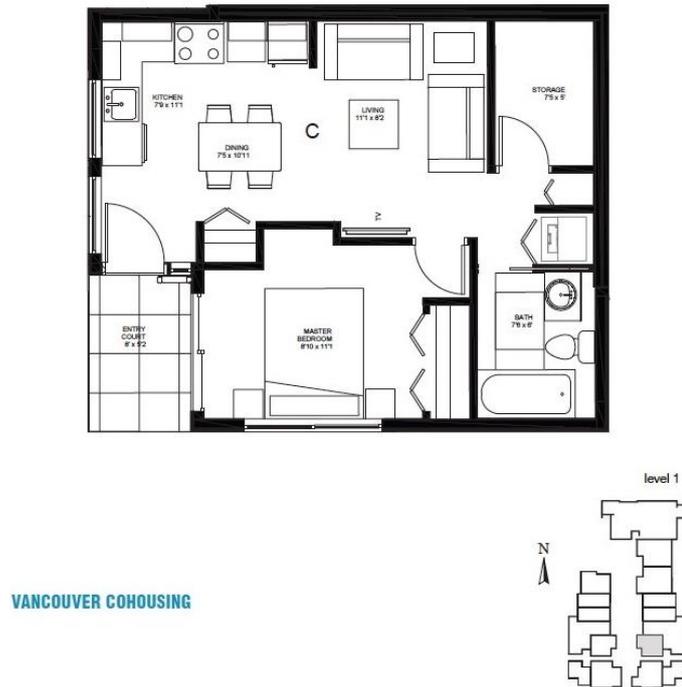
Figura 46: Imagem do caminho central da *Vancouver cohousing*



Fonte: Vancouvercohousing (2019)

O modelo que será inspiração deste trabalho é próprio pra casal ou individuo solteiro, tem 47,38m² contemplando quarto, banheiro, deposito e uma cozinha integrada com a sala (Figura 47). Por se tratar de uma tipologia de planta de outro país, existem elementos distintos do Brasil, mas o aproveitamento das áreas e a disposição dos mobiliários promovem um apartamento compacto extremamente fluído.

Figura 47: *Layout* de um tipo de planta baixa da *cohousing*

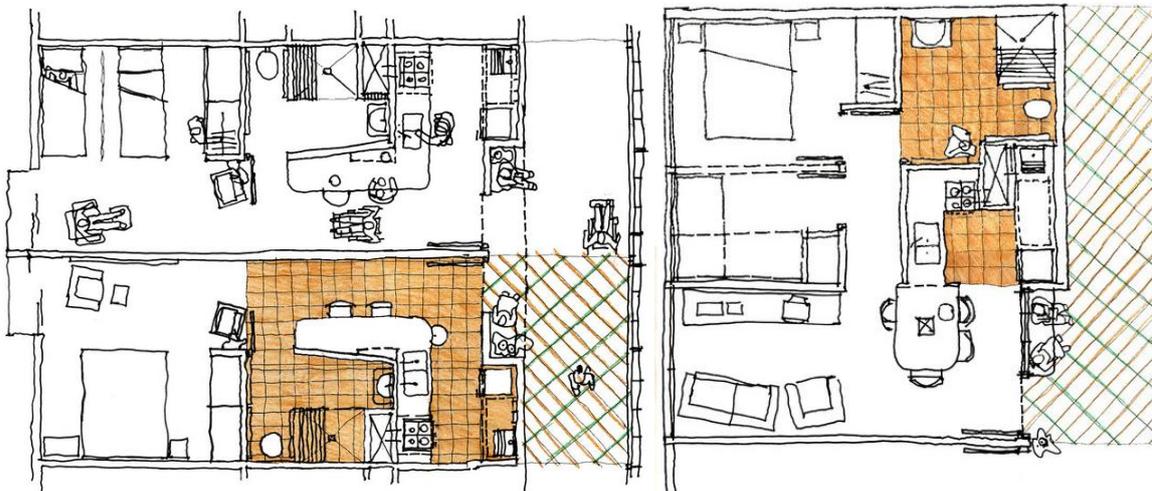


Fonte: Vancouvercohousing (2019)

- Vila dos idosos, São Paulo/SP

O projeto já foi apresentado como correlato, mas vale ressaltar as soluções aplicadas nos apartamentos, que são espaços otimizados, feitos diretamente para os idosos, com banheiros acessíveis, com o mínimo de obstáculos para a mobilidade dos moradores e com espaços integrados porém fáceis de distinguir (Figura 48).

Figura 48: Croqui das quitinetes e dormitórios, respectivamente

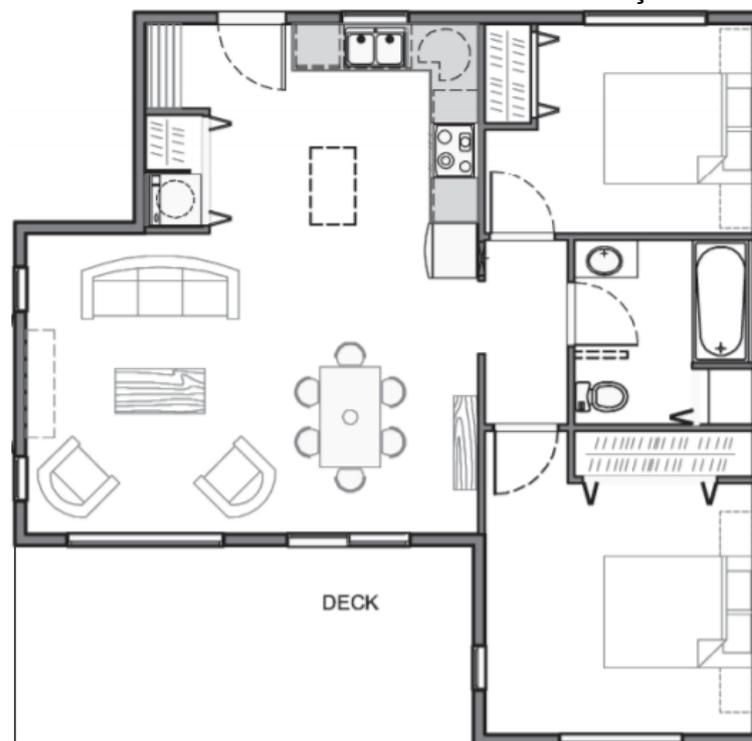


Fonte: Vigliecca (2007)

- Belterra *cohousing*, Ilha Bowen/Canadá

O projeto também já citado como correlato, não segue o padrão de diagramação das casas brasileiras, mas é importante destacar as soluções aplicadas na planta, que buscou separar o espaço íntimo da casa, no caso os dois quartos e banheiro, as áreas comuns foram integradas obtendo melhor iluminação para o local (Figura 49).

Figura 49: *Layout* de um dos modelos de unidade de habitação



Fonte: Belterracohousing (2016)

3.2.3 Referências plástico-formais

- Jetavana, Maharashtra/Índia

O nome do edifício, Jetavana, significa “o bosque de Buda”, é um dos edifícios mais importantes para a mitologia budista. O projeto foi feito pelo escritório Sameep Padora & Associates, e um dos seus aspectos mais importantes foi a diversidade de materiais usados, principalmente da própria região, para criar um ambiente calmo e aconchegante. O predomínio de formas ortogonais e grandes

aberturas, permitem iluminação e ventilação, em um país com o clima semelhante ao brasileiro (Figura 50).

Figura 50: Fotos do templo Jetavana



Fonte: Archdaily (2016)

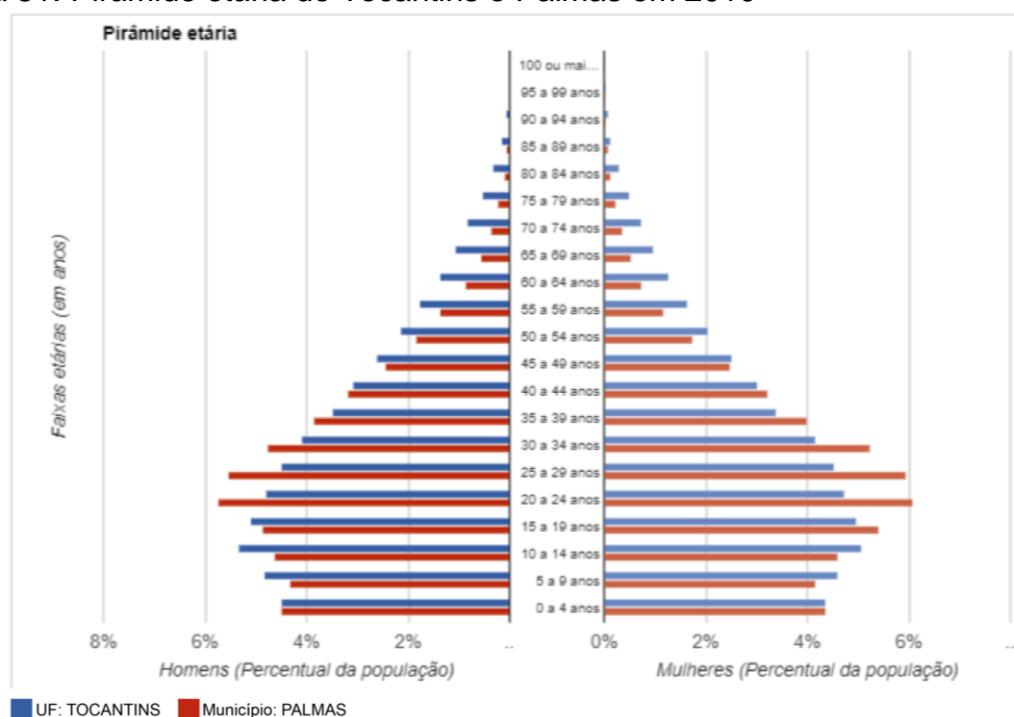
4 PROJETO

Neste capítulo, será apresentado o projeto, as demandas para a implantação do mesmo, como também o estudo sobre o local e entorno.

4.1 Público Alvo

Tocantins é um estado formado em sua maioria por uma população jovem, entretanto, como em todo o Brasil, o processo de envelhecimento da população e a diminuição da taxa de natalidade, tem ampliado a população idosa. Na capital, Palmas, esse processo já ocorre de maneira mais lenta, em comparação à média estadual, conforme demonstra a Figura 51, onde é possível notar – a partir do estreitamento do topo da pirâmide – que a população acima dos 60 anos na capital é menor do que a estadual.

Figura 51: Pirâmide etária do Tocantins e Palmas em 2010

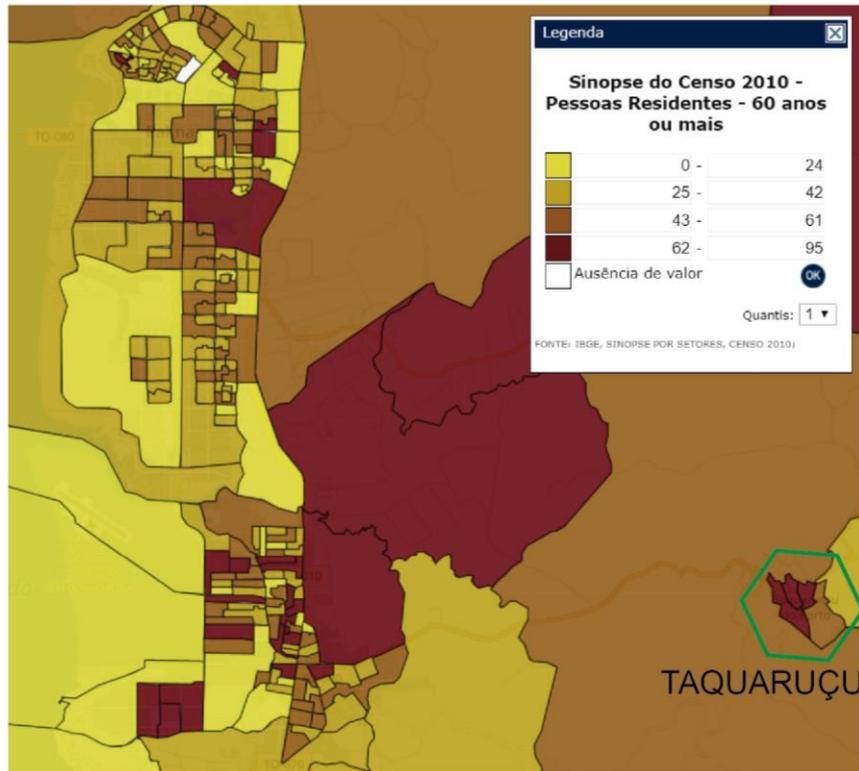


Fonte: Censo2010 (2010)

De acordo com o IBGE (2010), a população de Palmas é de 228.332 habitantes, no ano decorrente da pesquisa, sendo que 4,34% dessa população tem mais de 60 anos, dando o total de 9.910 habitantes. Grande parte dessa população

mora na região sul da cidade, que também é a mais densificada, nela se destaca o distrito de Taquaruçu, que possui uma quantidade maior de pessoas idosas (Figura 52).

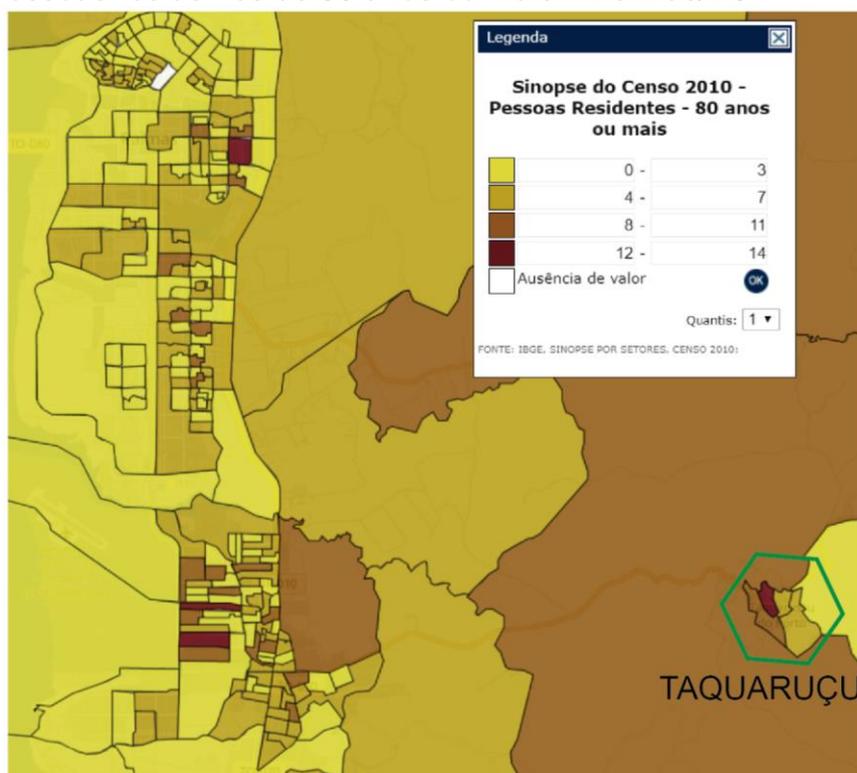
Figura 52: Pessoas residentes de 60 anos ou mais – Palmas/TO



Fonte: Adaptado de Censo2010 (2010)

Taquaruçu também abriga uma parcela maior de habitantes com mais de 80 anos, idade na qual os idosos começam a apresentar necessidades maiores de dependência (Figura 53).

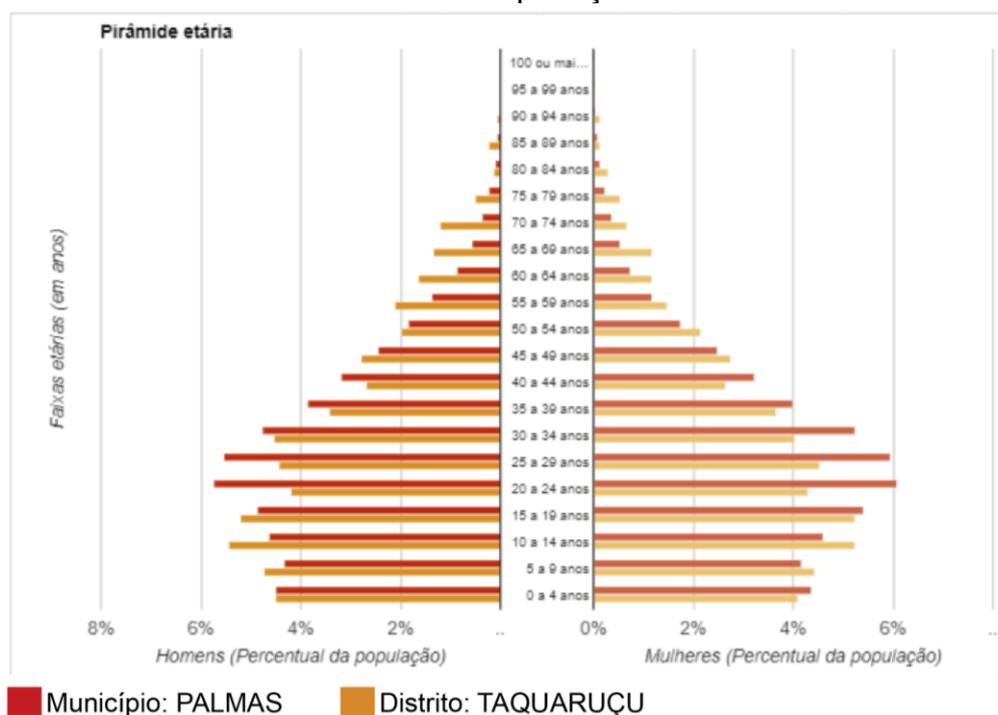
Figura 53: Pessoas residentes de 80 anos ou mais – Palmas/TO



Fonte: Adaptado de Censo2010 (2010)

Como citado anteriormente, a população do distrito de Taquaruçu apresenta uma porcentagem maior de idosos quando comparado à capital, principalmente em relação ao número de homens. Dos 4.739 habitantes de Taquaruçu 9,32% são de idosos, onde 5,15% são de homens e 4,17% de mulheres, totalizando 442 pessoas acima dos 60 anos (IBGE, 2010). Palmas, a sede do distrito entretanto, apresenta uma porcentagem maior de adultos e de quem está entrando nessa fase da vida (Figura 54).

Figura 54: Pirâmide etária de Palmas e Taquaruçu em 2010



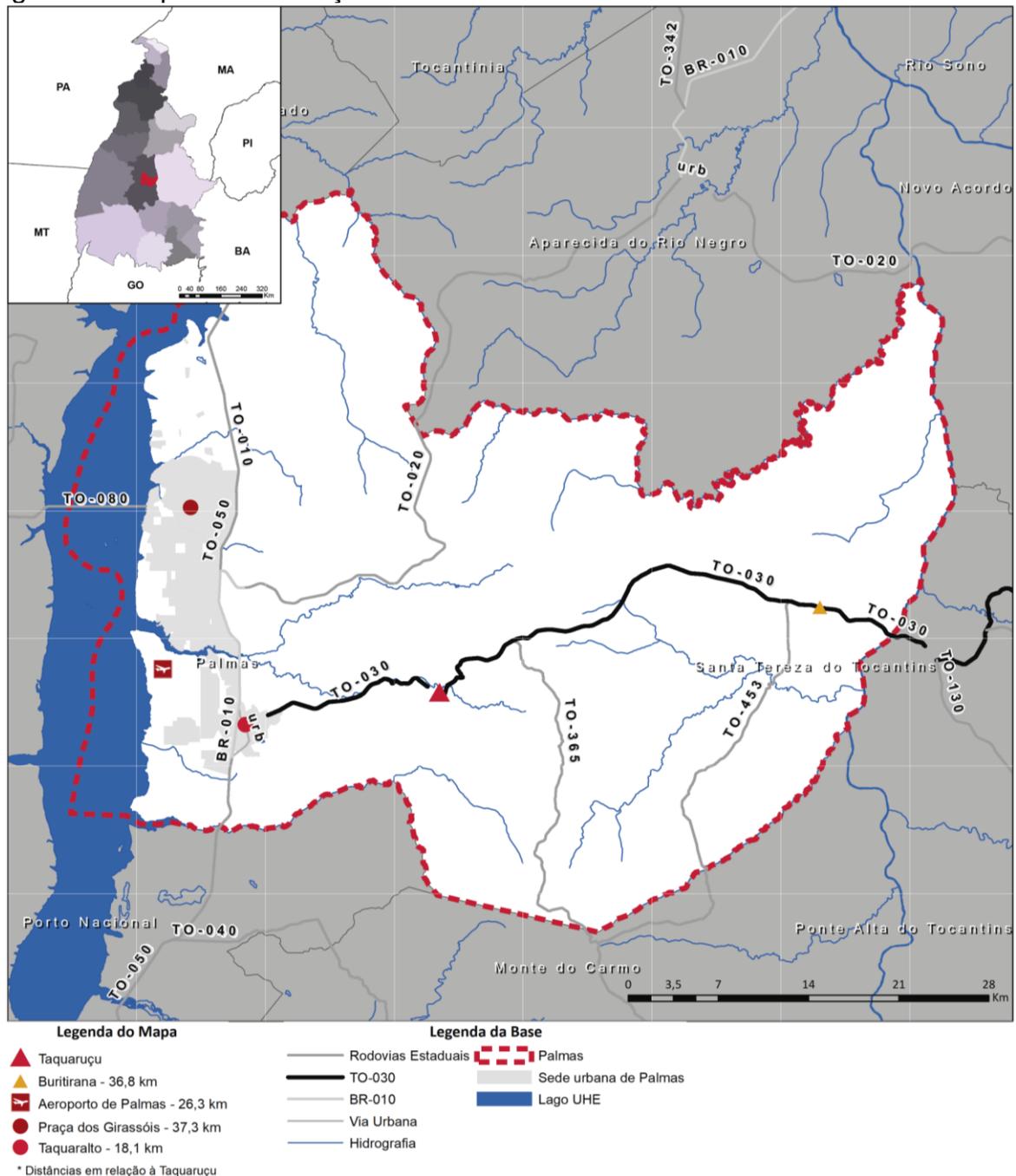
Fonte: Censo2010 (2010)

4.2 Taquaruçu

O Distrito de Palmas, Taquaruçu, está localizado na porção centro-oeste da capital Palmas, com cotas de 395 a 545 metros acima do nível médio do mar. Está delimitado ao norte pela Serra de Lajeado, ao sul pelos municípios de Porto Nacional e Monte do Carmo, à leste pelo Distrito de Buritirana e à oeste por Palmas.

O principal acesso a Taquaruçu faz-se pela a Rodovia Estadual TO-030, que corta o Distrito no sentido longitudinal, sendo a única ligação com a área urbana de Palmas, distante 32 km, Taquaralto está a 18,1 km e Buritirana a 36,8 km (Figura 55).

Figura 54: Mapa de localização



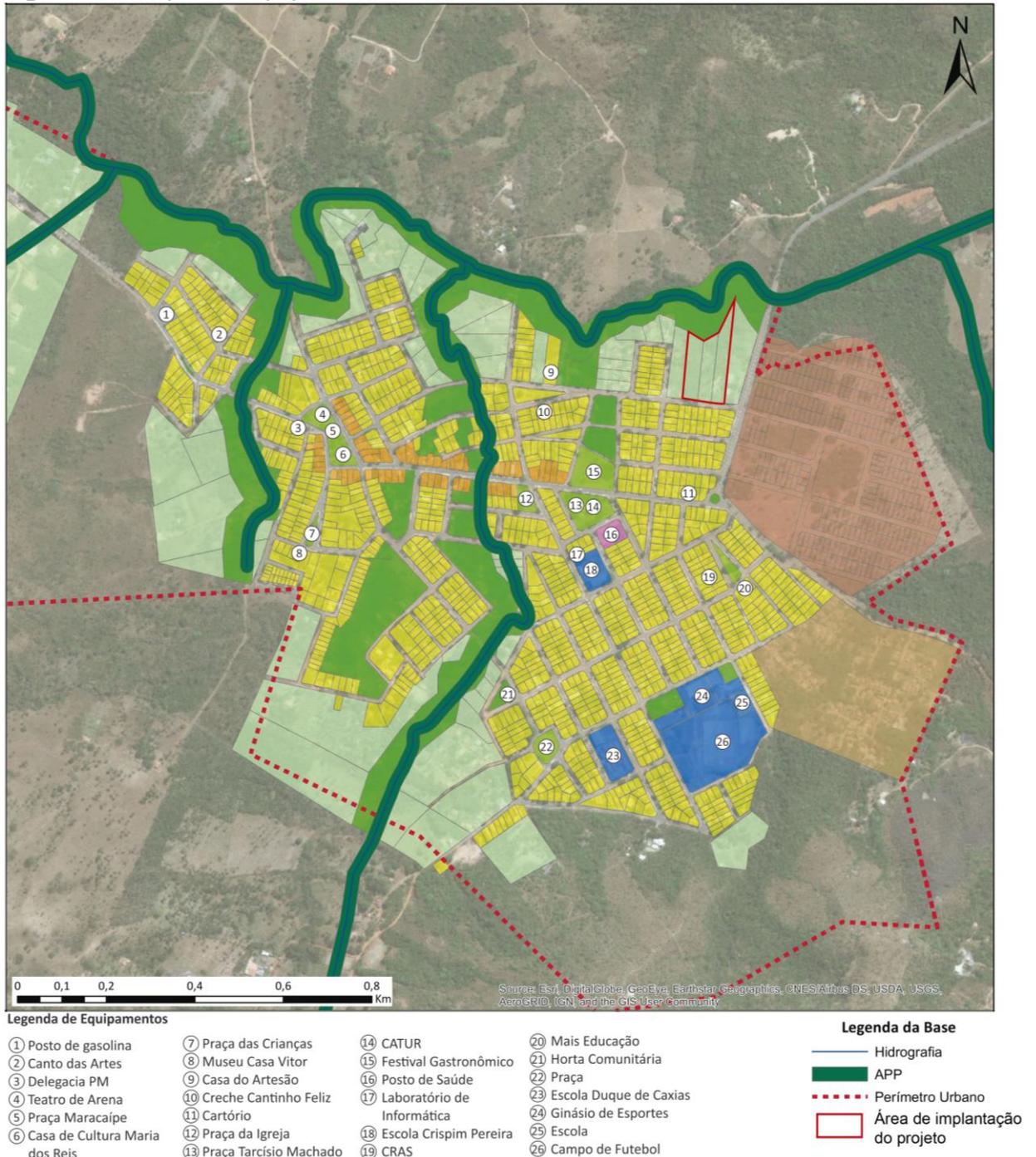
Fonte: Elaborado pelo autor

Segundo Amorim (2016), aproximadamente 42% da população residente em Taquaruçu e Buritirana em 2007 era do interior do estado do Tocantins, esse número subiu para 54% em 2009. Nesse período também houve uma significativa mudança no número de pessoas que vieram de Palmas, em 2007 os moradores vindos da capital representavam 2,9% da população e em 2009 passou para 8%. Em relação a população imigrante de outros estados, os principais são Maranhão e Goiás.

As tipologias construtivas das edificações de Taquaruçu são diversas e evidenciam o processo de ocupação do distrito. No entorno da praça Maracaípe, encontra-se tipologias de casas históricas, com arquitetura vernacular, por se tratar da área inicial do distrito. Em todo o perímetro da Av. Belo Horizonte, a tipologia é moderna, com alguns usos de platibanda e fachadas comerciais. Nas demais áreas, há um misto de edificações inclusive, casas com e sem muros ou até mesmo cercadas com arame farpado. Nas quadras internas a maioria das construções ainda não tem acabamento, o que mostra que o processo de urbanização e modernização no distrito ainda está em ritmo lento. O distrito possui uma ambiência pacata, comum nas pequenas cidades tocantinenses, assim a proposta arquitetônica da *cohousing* sênior busca manter essa característica, propondo edifícios que não agridem a paisagem local.

A figura 55 demonstra os principais equipamentos urbanos observados no distrito, que ocupam diversos lotes institucionais, distribuídos pela malha urbana, principalmente em meio a áreas residenciais, facilitando o acesso do morador, bem como sendo essencial para o funcionamento da cidade. A maioria das instituições são culturais, o que a torna característica importante da região.

Figura 55: Mapa de equipamentos urbanos

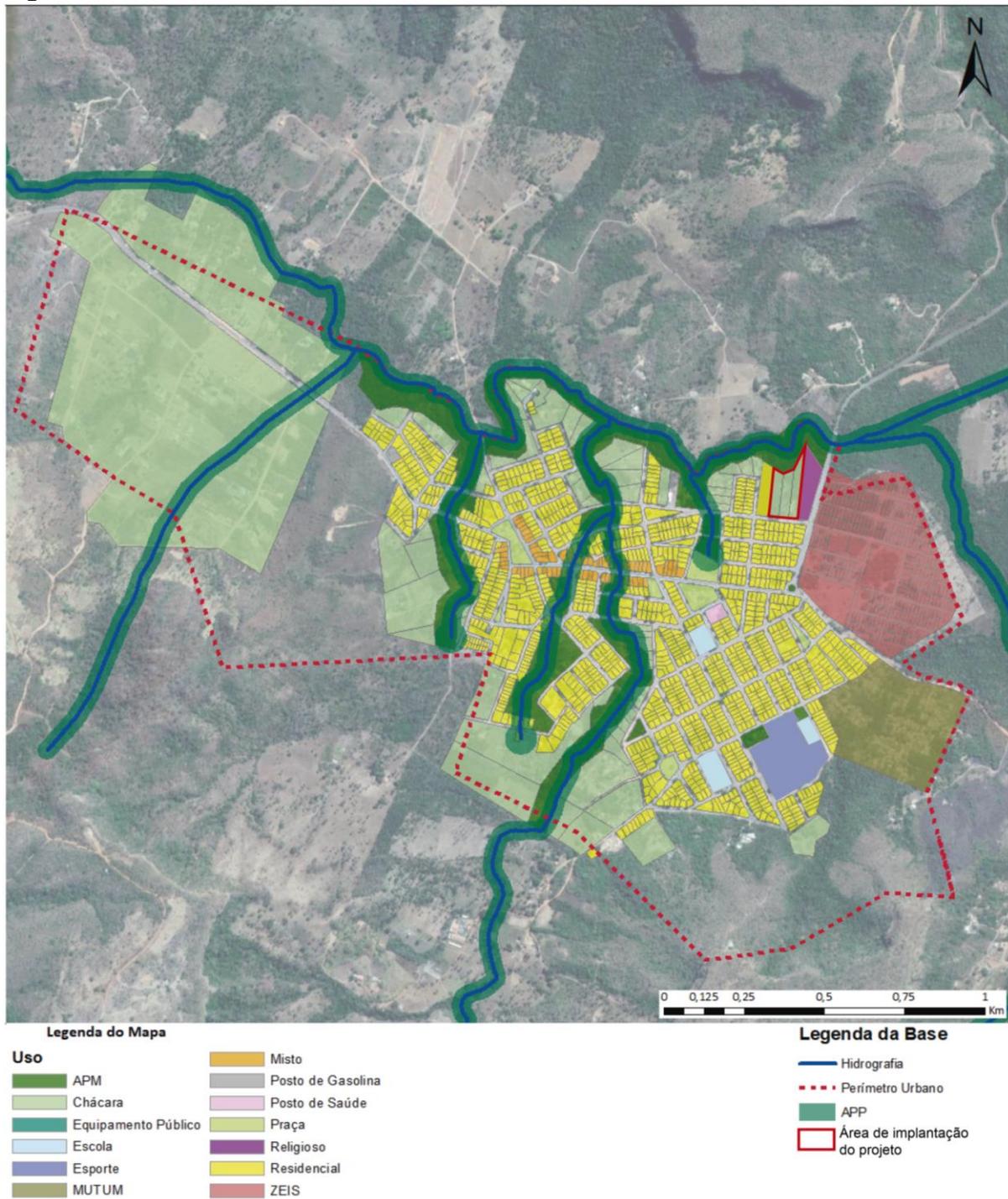


Fonte: Elaborado pelo autor

A área urbanizada de Taquaruçu é formada predominantemente de uso residencial com um eixo de uso misto e serviços, – Lei Complementar nº 026 de 29 de Agosto, permitindo que as Avenidas Belo horizonte, São Sebastião, o entorno da Praça Maracaípe e da Praça Vereador Tarcísio Machado e casa Vitor Brito seja feito uso misto – e áreas de preservação a margem do córrego. O terreno escolhido para

ba *cohousing* está inserido nas áreas de chácaras dentro do perímetro urbano, próximo aos lotes residenciais (Figura 56).

Figura 56: Usos do solo atual do distrito



Fonte: Elaborado pelo autor

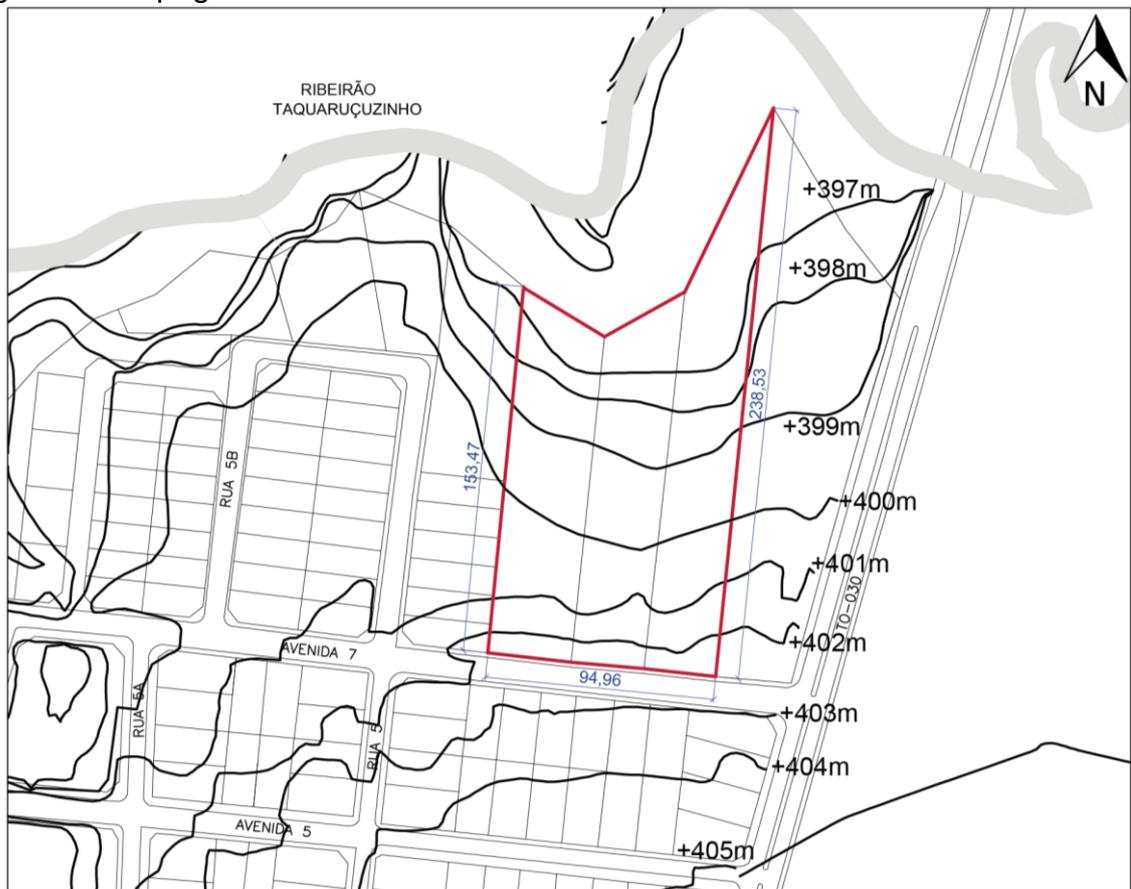
Diferente da zona urbana de Palmas, Taquaruçu possui clima ameno, temperaturas médias mais baixas, mesmo com menor precipitação de chuva, este é

um fator que tem atraído novos moradores da sede do município para o distrito, e importante para a escolha do terreno. O distrito está totalmente inserido na Área de Preservação Ambiental (APA) Serra do Lajeado. As APAs em geral, são uma categoria de Unidade de Conservação que têm por objetivo proteger a diversidade biológica, assegurar o uso sustentável dos recursos naturais e controlar possíveis processos de ocupação.

4.2.1 O terreno

O terreno escolhido compreende os lotes de chácara 02, 03 e 04, com área total de 15.408m², possui declividade de seis metros no sentido decrescente em direção a Área de Proteção Permanente (APA) do ribeirão Taquaruçuinho (Figura 57). Para a sua escolha foi adotado critérios como arborização, não existir edificação no local, comodidade, declividade e a área, no qual atende a todos.

Figura 57: Topografia do terreno

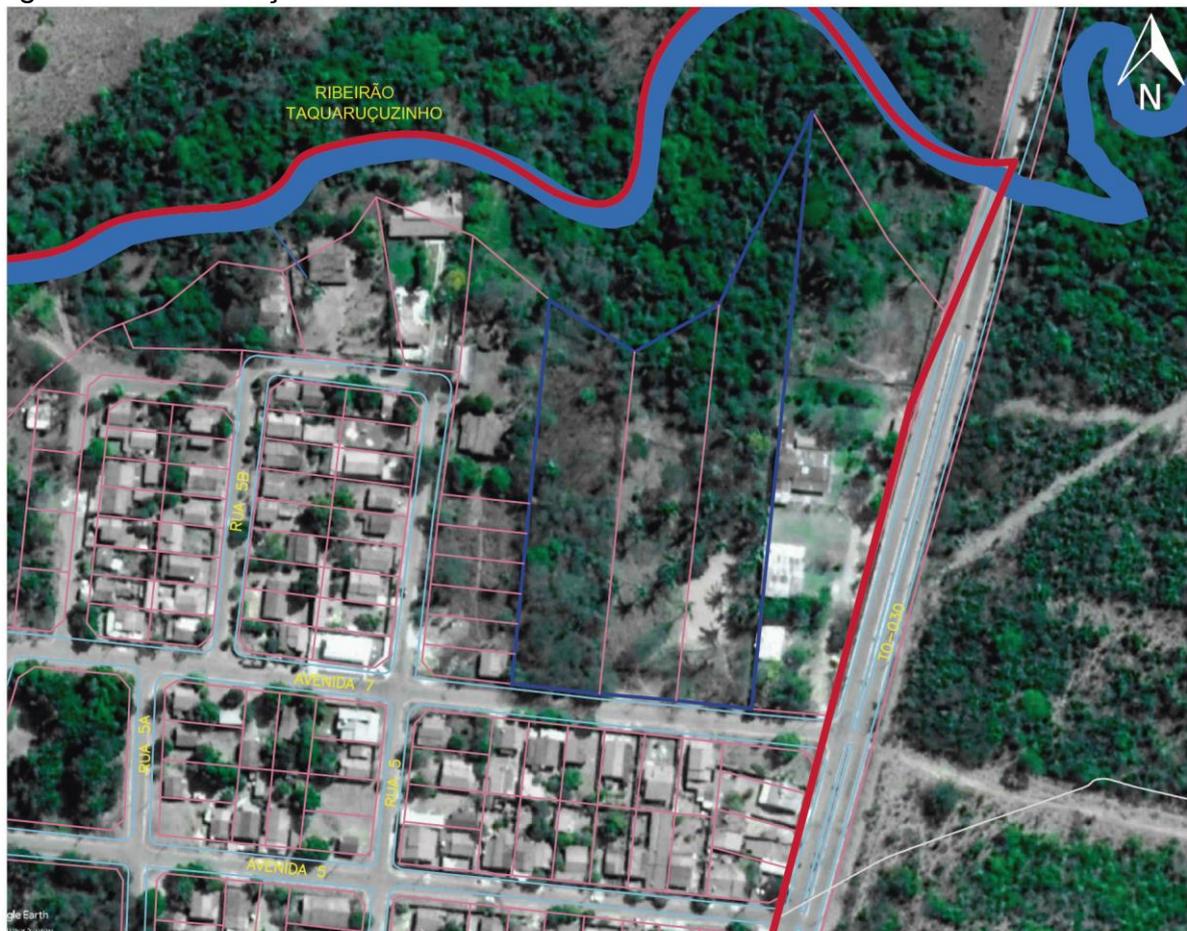


Esc.: 1/3.000

Fonte: Elaborado pelo autor

O terreno está entre duas chácaras, já ocupadas, limitado a leste por um edifício religioso, e a oeste por uma área microparcelada que já possui algumas residências. Todo o entorno é de uso residencial, criando um ambiente tranquilo para a implantação da *cohousing*. Por estar perto do ribeirão, o local possui clima agradável, também propiciado pela arborização, que se densifica mais próximo da APA (Figura 58).

Figura 58: Arborização existente



Esc.: 1/3.000

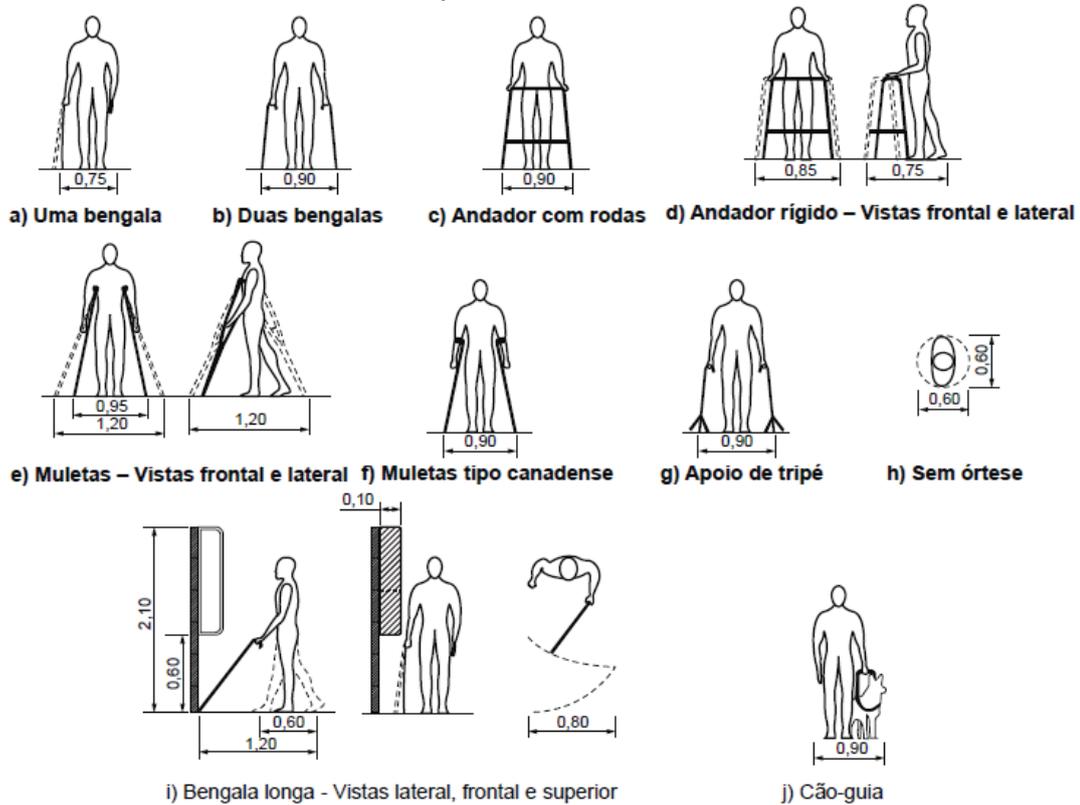
Fonte: Elaborado pelo autor

4.3 Programa Funcional

Para a elaboração do projeto é recomendável o mesmo estar de acordo com as normas regulamentadoras de segurança, combate a incêndio e principalmente acessibilidade.

A NBR 9050:2015 apresenta as dimensões de deslocamento de pessoas em pé, com auxílio de bengalas, andadores e muletas (Figura 59). Importante para o dimensionamento dos corredores e passagens da edificação.

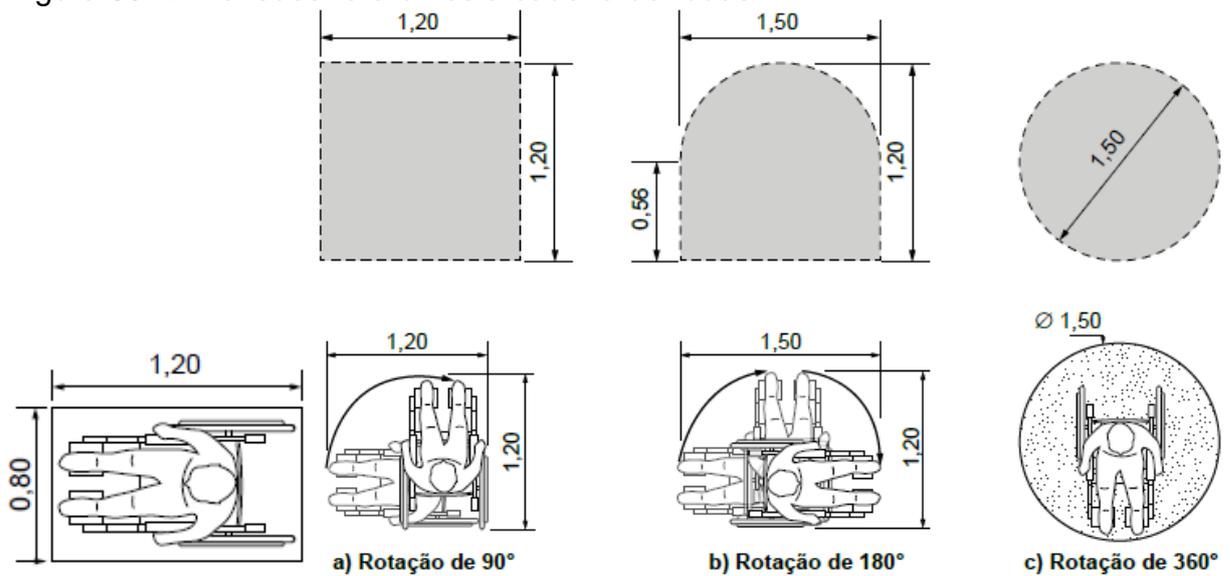
Figura 59: Dimensões referenciais para deslocamento



Fonte: ABNT (2015)

Como se trata de um tipo de edificação destinada a pessoas idosas, há possibilidade de moradores com dificuldades de locomoção, dentre elas tenha pessoas que necessitam de cadeira de rodas, como também de bengalas, muletas ou andadores, e para isso foi tomado para instrumento de dimensionamento dos caminhos as medidas de circulação e manobra cadeira de rodas motorizada ou não (Figura 60).

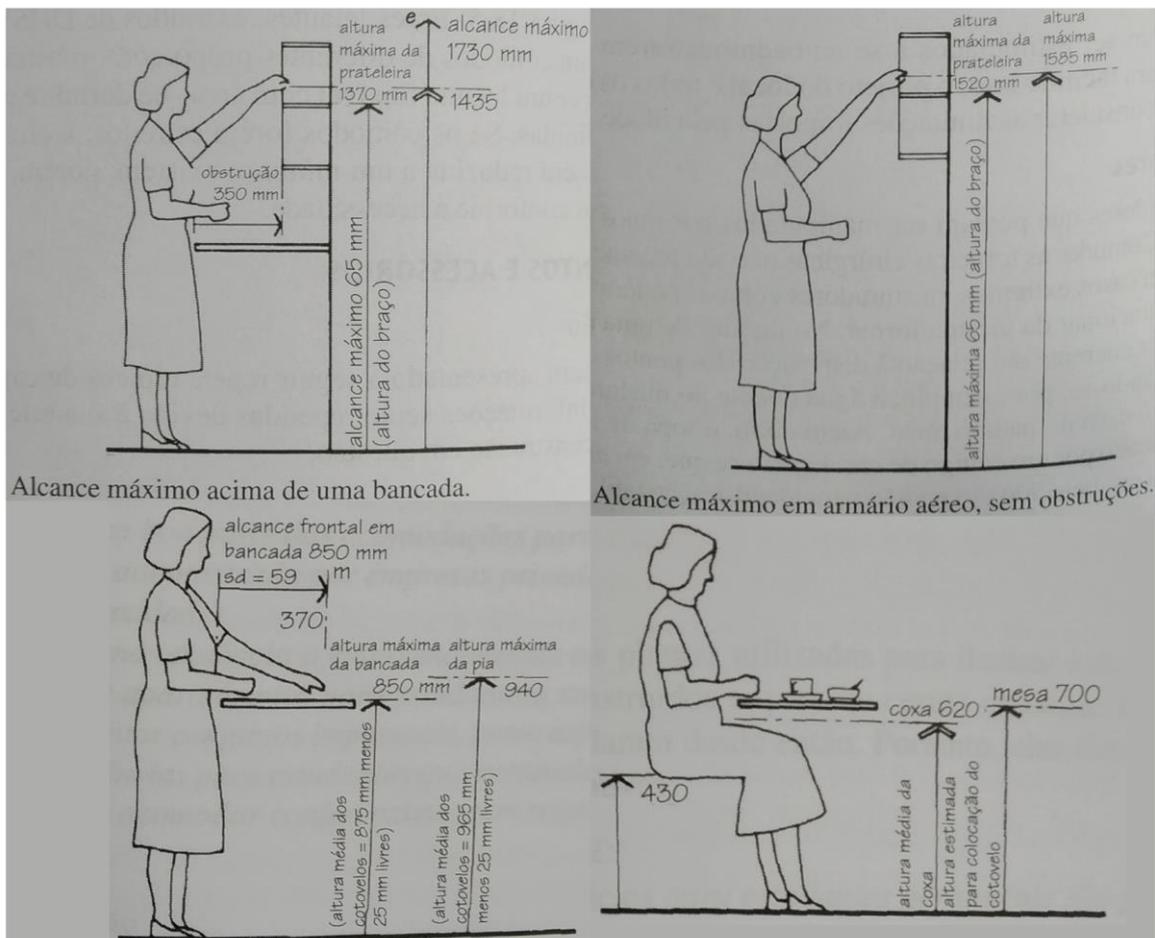
Figura 60: Dimensões referentes a cadeira de rodas



Fonte: ABNT (2015)

De acordo com Buxton (2017), preocupações devem ser tomadas a respeito do mobiliário e das alturas dos mesmos, como é aconselhável ter assentos variados, garantindo o máximo de conforto para todos os idosos, não podendo ser muito baixos, pois dificulta os movimentos para se levantar, e nem muito altos,

Figura 61: Dimensões referentes a alcances



Fonte: Buxton (2017)

fazendo com que os pés não toquem o chão. A altura mais indicada é entre 400 e 430 mm, com suportes para os pés disponíveis para pessoas com pernas mais curtas, a profundidade ideal dos assentos varia entre 410 e 470 mm. As mesas não devem ser mais baixas que as cadeiras, mesas de jantar devem ter altura de 700 mm, para cadeiras de 430 mm, deve haver espaço para as coxas entre o assento da cadeira e da parte inferior do tampo da mesa, no mínimo de 190 mm (Figura 61).

4.3.1 Programa de necessidades

Ambiente		QTDE.	Área utilizada (m ²)	Área Total (m ²)	Área Mínima Recomendada - RDC-283 (m ²)	
UNIDADES HABITACIONAIS (45,30 m ²) QTDE. 24	Sala + Cozinha	24	22,01	528,24		
	Quarto	24	13,82	331,68	11,0	
	Banheiro (PNE)	24	4,77	114,48	3,6	
	Varanda	24	8,32	199,68		
	Área de serviço	24	4,79	114,96		
COMMON HOUSE	Cozinha coletiva	1	16,6	16,6		
	Sala de Jantar	1	47,42	47,42		
	Varanda	1	49,24	49,24		
	Espaço de convivência	1	42,63	42,63		
	Biblioteca e sala de leitura	1	44,01	44,01		
	Vestiário (PNE)	2	32,34	64,68		
	Salas multiuso	1	30,72	30,72		
	Sala oficina 01	1	30,72	30,72		
	Sala oficina 02	1	25,27	25,27		
	Sala de jogos	1	28,03	28,03		
	Sala de instrumentos	1	20,97	20,97		
	Pátio	1	242,08	242,08		
	Piscina coberta	1	61,03	61,03		
HABITAÇÃO DE LONGA	MORADORES	Dormitório de solteiro	20	9	180	7,5

PERMANÊNCIA		Dormitório com duas camas e banheiro	14	19,86	278,04	11,0
		Vestiários (PNE)	4	16,35	65,4	
		Sala para atividades coletivas 01	1	15	15	15,0
		Lavabo	2	2,55	5,1	
		Corredores		384,36	384,36	
		Sala para atividades coletivas 02	1	20	20	15,0
		Refeitório	1	44,12	44,12	38,0
		Sala de convivência	1	53,14	54,14	49,4
		Administração	1	12	12	
		Recepção	1	32,88	32,88	
		Enfermaria	1	13,56	13,53	
		Pátio 01	1	45,23	45,23	
		Pátio 02	1	75,12	75,12	
		Pátio 03	1	47,5	47,5	
		Rampa	2	91,13	91,13	
		SERVIÇO	Cozinha	1	35,44	35,44
	Sala de estar funcionários		1	12	12	
	Vestiário PNE		1	4,77	4,77	3,6
	Vestiário		2	12,06	24,12	14,5
	DML		3	2,16	6,5	
	Depósito geral		1	32,21	32,21	10,0
	Lavanderia		1	23,56	23,56	
	Acesso ambulância		1	37,1	37,1	21,0
	Entrada Serviço		1	23,66	23,66	
	Corredores		1	28,44	28,44	
	NÚCLEO DE SAÚDE	Consultórios	6	9,25	9,25	7,5
Recepção		1	24,75	24,75		
Banheiro		2	10,8	21,6		
Farmácia		1	10,8	10,8	6,0	
Consultório fisioterapia		1	39,34	39,34	A depender do equipamento	
Lavabo		7	1,2	8,4		
Copa		1	4,6	4,6		
Corredores			74,85	0		
DML		1	2,6	2,6		
Administração cohousing		1	24,14	24,14		

ENTRADA	Guarita	1	4,32	4,32	
	Portal	1	33,58	33,58	
ÁREA TOTAL			3767,17		

4.3.2 Quadro de funcionários

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS			
Função	Razão	Carga horária	QTDE.
Atividades de lazer	1/40 leito	12h sem.	2
Limpeza	1/100m ²	normal	8
Alimentação	1/20 leito	8h	3
Lavanderia	1/30 leito	normal	2
Nutricionista		normal	1
Saúde		normal	1
Cuidador Dependência II	1/10 leito	por turno	2
Cuidador Dependência III	1/6 leito	por turno	10
TOTAL			29

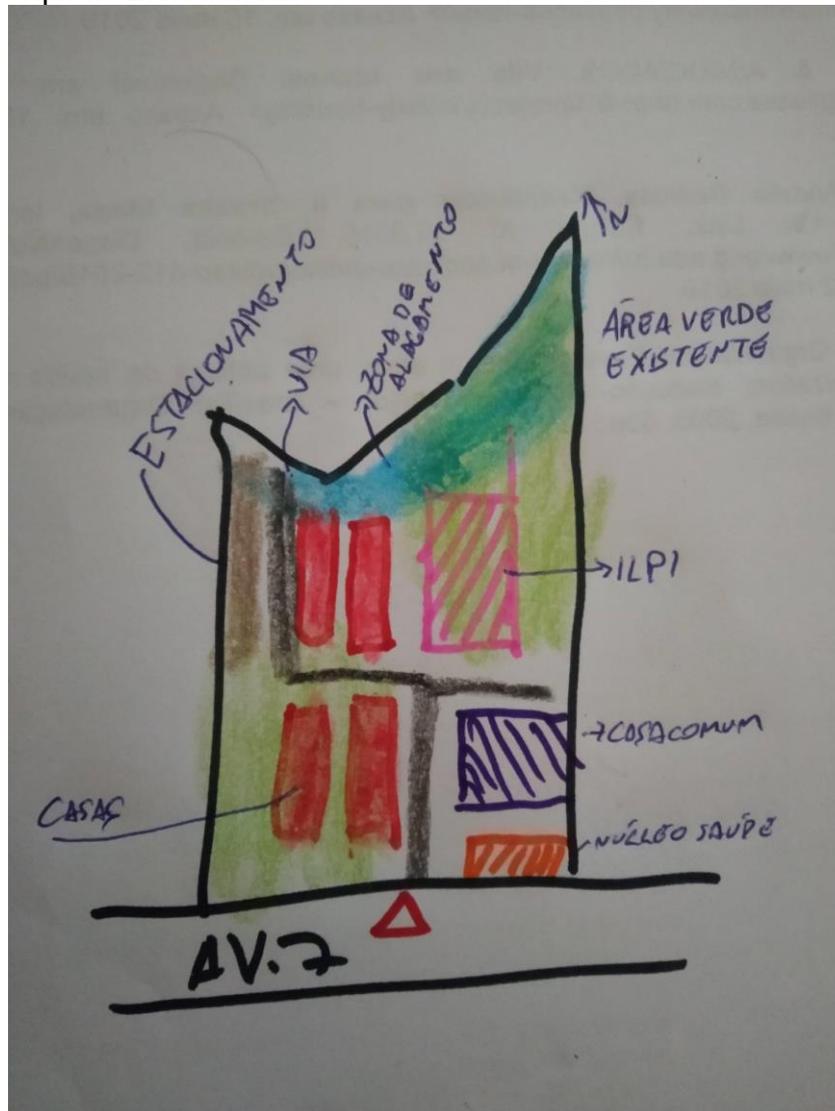
4.4 Proposta de Projeto

Para a implantação do projeto foi proposto o remembramento das três chácaras, respeitando os recuos de 3m na frente do lote, 2m no fundo e 1,5m nas laterais, e gabarito de altura de 8m em relação a Avenida 7. Foi buscado ao máximo preservar as árvores existentes no local, não modificando drasticamente as áreas arborizadas, mas preservando para manter o microclima existente, com isso foi buscado respeitar a taxa de permeabilidade de 50%, regulamentada pelo código de obras de Palmas para o distrito.

O croqui de zoneamento inicial propôs preservar duas áreas mais densificadas e implantar os demais equipamentos na áreas restantes, com a entrada pelo núcleo de saúde, que pode servir também para a comunidade local. A área de estacionamento foi locada na margem oeste do lote, para incentivar os moradores andarem ou pedalarem. As casas estão localizadas próximas, com um jardim

dividindo elas, o acesso por se dar por meio de caminhos para pedestres, criando o aspecto de vila.(Figura 62).

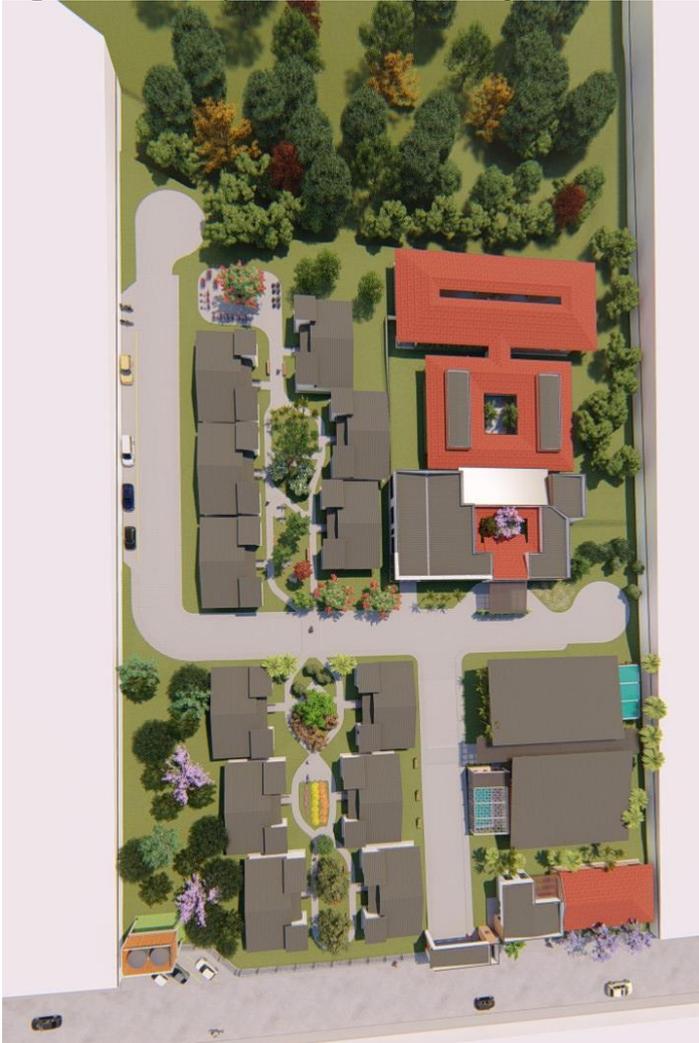
Figura 62: Croqui de zoneamento



Fonte: Elaborado pelo autor

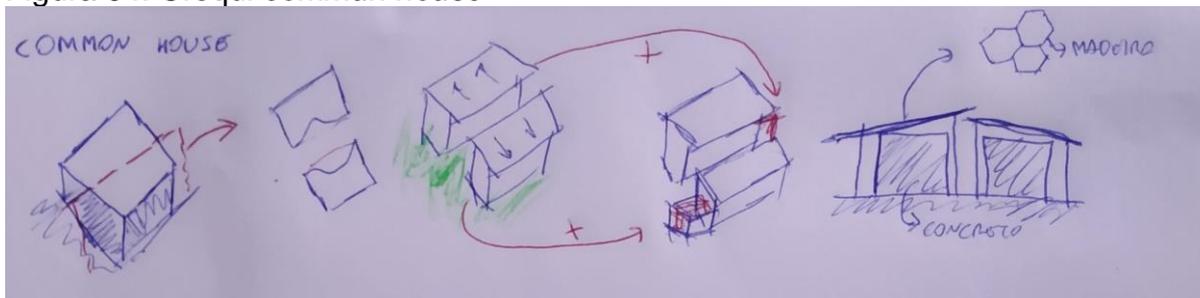
A Figura 63, mostra a perspectiva do terreno, feito a partir do zoneamento supracitado.

Figura 63: Perspectiva da implantação



Fonte: Elaborado pelo autor

O partido do projeto foi oriundo da função, tendo como norteador proporcionar independência para os moradores, que por seguinte originou a forma, devido a necessidade dos edifícios serem principalmente para proporcionar o máximo de independência para os moradores, exceto para a *commun house*. Devido ser um ambiente de ocupação rápida, como encontros, almoços e confraternizações, esse edifício tem sua forma inicial um cubo, que partido ao meio, abre para um pátio interno pelo qual se dá os acessos aos ambientes (Figura 64 e 65).

Figura 64: Croqui *commun house*

Fonte: Elaborado pelo autor

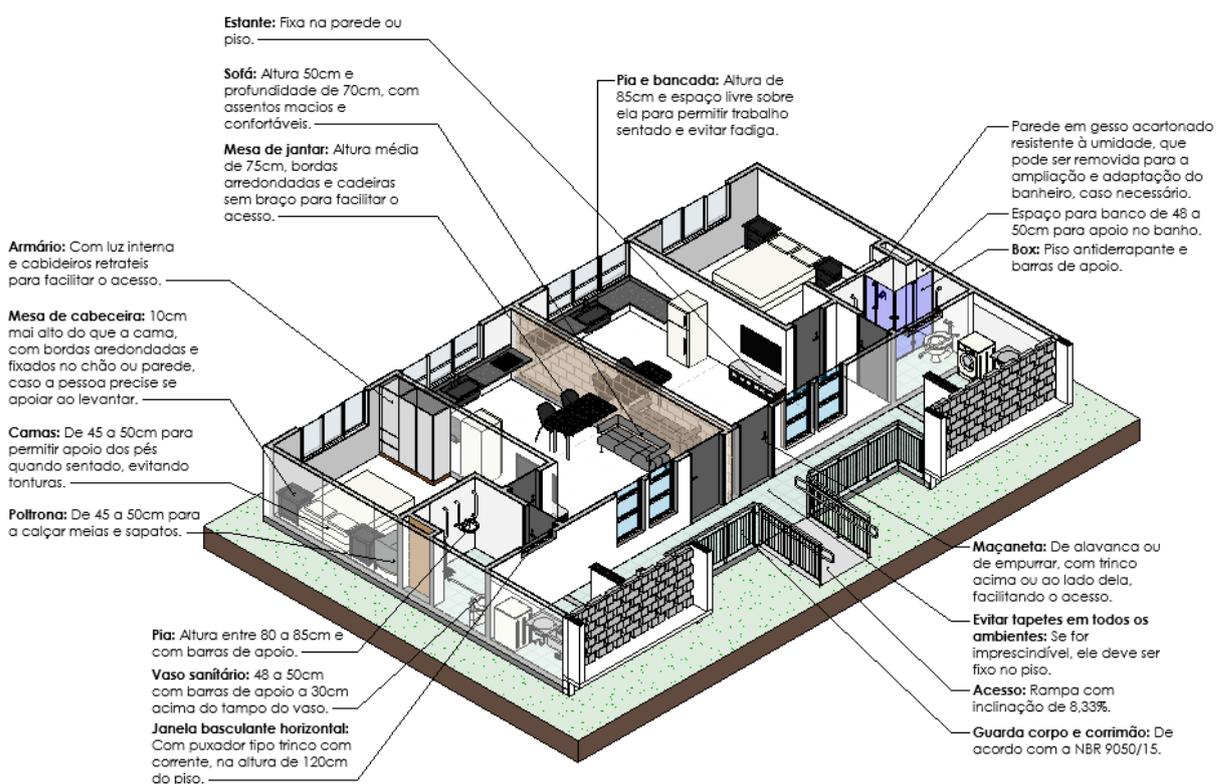
Figura 65: Vista do pátio da *commun house*

Fonte: Elaborado pelo autor

As unidades habitacionais se agrupam em duas casas geminadas, de área igual mas com pequenas alterações na planta, pois uma unidade possui banheiro de acordo com a NBR 9050, e a outra possui banheiro convencional mas que pode ser adaptado, pois além de possuir as barras de apoio, a sua área pode ser aumentada com a remoção do box e da parede de gesso acartonado, que pode ser recuada em direção ao quarto. Essa divisão de 50% das casas com banheiro e áreas de passagem maiores, foi escolhida devido a probabilidade de uma pessoas idosas possuir alguma dificuldade de locomoção é muito maior do que de uma pessoa mais jovem. São um total de 24 unidades habitacionais, ou 12 conjuntos de casas geminadas, total de 48 moradores.

A Figura 66 demonstra o corte esquemático de uma unidade habitacional, o mobiliário deve ser também adaptado para os idosos, pois possuem altura mais baixa em relação a uma pessoas mais nova. Esses são os cuidados principais a serem tomados nas casas, que servem também para as demais edificações. Essas unidades buscam atender os idosos de grau de dependência 1 ou independentes.

Figura 66: Corte esquemático unidade habitacional



Fonte: Elaborado pelo autor

O bloco do instituto de longa permanência é a maior construção do complexo, e foi dividido em três, para se acomodar as curvas de nível do terreno. Sendo o mais ao sul é a entrada, toda parte de serviços e administração do próprio instituto, salas e refeitório. Ele dá acesso ao bloco com quartos de solteiro de 9m², neles moram idosos de grau de dependência 2, dividido por sexo, 10 homens e 10 mulheres. O terceiro bloco, o mais ao norte, é de idosos de grau de dependência 3, com quartos para duas camas de solteiro e banheiro acessível, no total de 14 quartos, 28 idosos, separados igualmente por sexo.

A gerencia da *cohousing* fica no bloco de núcleo da saúde, que é composto por três consultórios, banheiro e administração. Fica ao lado da área verde que vai servir também como horta comunitária, para quem mora na região.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A *cohousing* sênior Taquaruçu, tem o objetivo de proporcionar a melhor condição de vida para os seus moradores, em um ambiente seguro, adaptado para sua idade e que entende o momento de grande mudança que está passando, nessa fase mais longa e delicada da vida.

Além de oferecer condições para um processo de envelhecimento mais ativo, a *cohousing* conta com o Instituto de Longa Permanência para Idosos, que cuida daqueles que necessitam de um grau maior de dependência, seguindo as normas estabelecidas pela RDC 283/05 E NBR 9050/15.

Para o maior contato dos idosos com a comunidade local, e melhorar a qualidade de vida daqueles que moram no entorno, foi proposto o núcleo de saúde, como também horta e área comercial, integrando a *cohousing* a comunidade, e estreitando a relação do idoso com a mesma.

A demanda para edifícios e mobiliários adaptados para idosos vem crescendo junto com o envelhecimento da população, abrindo uma área ampla que já vem sendo explorada pelos países mais desenvolvidos a décadas, mas que chega recentemente no Brasil, que tem normas a respeito de acessibilidade eficazes. O que favorece o viver mais seguro para os idosos e portadores de necessidades especiais.

Mesmo com todo esse desenvolvimento, ainda existe descaso em relação as políticas públicas para os idosos, e preconceito da sociedade sobre eles, de que são seres frágeis e a beira da morte, pensamento equivocado, como pode ser percebido ao desenvolver do trabalho. A terceira idade é o futuro que todo ser humano vai passar, é algo que deve ser levado mais a sério.

REFERÊNCIAS

ANVISA. AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA. Resolução de Diretoria Colegiada - **RDC Nº 283**, de 26 de setembro de 2005. Disponível em: <http://portal.anvisa.gov.br/documents/10181/2718376/RDC_283_2005_COMP.pdf/a38f2055-c23a-4eca-94ed-76fa43acb1df> Acesso em: 03 jun 2019.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS. NBR 9050: Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos. Rio de Janeiro, p. 163. 2015. Disponível em: <<https://www.mdh.gov.br/biblioteca/pessoa-com-deficiencia/acessibilidade-a-edificacoes-mobiliario-espacos-e-equipamentos-urbanos/>> Acesso em: 23 jun 2019.

AZEVEDO, Marta Sofia Adães. *O Envelhecimento ativo e a Qualidade de Vida: Uma Revisão Integrativa*. 2015. 92f. Dissertação de Mestrado - Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, 2015.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. Trad. Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BRUXTON, Pamela. **Manual do arquiteto**: planejamento, dimensionamento e projeto. Trad. Alexander Salvaterra. 5. Ed. Porto Alegre: Bookman, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Estatuto do Idoso / Ministério da Saúde - 3. ed., 2. reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 70 p.

BERNARDO, Maria Alva. *Estudo de Tipologias do Morar para Terceira Idade em Edifício de Apartamentos*. 2005. 167f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Espírito Santo, Centro Tecnológico, Vitória, 2005.

BESTETTI, Maria Luisa Trindade. *Habitação para Idosos: O trabalho do arquiteto, arquitetura e cidade*. 2006. 184f. Tese de Doutorado - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CEHAP – Companhia Estadual de Habitação Popular. **Programa Cidade Madura**. Disponível em: <<http://https://pt.slideshare.net/associacaocohabs/6-a-grupos-especificos-cidade-madura-cehappb>> Acesso em: 25 maio 2019.

ECOHOUSING. Modelos Cohousing. Disponível em: <<http://ecohousing.es/que-es-ecohousing/que-es-cohousing/>>. Acesso em: 15 maio 2019.

LIMA, M.A.X.C. *O fazer institucionalizado: o cotidiano do asilamento*. 2005. Dissertação de mestrado – Pontífice Universidade Católica, São Paulo, 2005.

OLIVEIRA, Caroline Chaves. *Recanto Bem Viver: Moradia Cohousing para Idosos*. 2017. 147f. Dissertação de Mestrado - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). *Quedas*: [Em linha]. OMS, 2010. [Consult. 9 fev. 2015]. Disponível em: <URL: <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/noticias/arquivo/2010/9/quedas+oms.htm>> Acesso em: 03 jun 2019.

PAIVA, Maria Lucia Fabbres. *Os Direitos da Personalidade do Idoso*. 2005. 224f. Dissertação de Mestrado - Faculdade de Direito da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2005.

QUEVEDO, Ana Maria Funegra. *Residência para Idosos: critérios de projeto*. 2002. 198f. Dissertação de Mestrado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

SNYDER, Dorothy Potter. **Coho fever**. Disponível em: <http://http://fifyisthenewfify.com/coho-fever/> Acesso em: 15 maio 2019.

UJIKAWA, Camila Mie. *Vila dos Anciãos: Intervenção Urbana em Área Degradada Destinada à Habitação e Convívio de Idosos*. 2010. 233f. Tese de Doutorado - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

VIGLIECCA & ASSOCIADOS. **Vila dos Idosos**. Disponível em: <http://http://www.vigliecca.com.br/pt-BR/projects/elderly-housing> Acesso em: 10 maio 2019.

VINAGRE, Andréa Pedrosa. **Residência para a terceira idade**. In: Revista Especialize On Line, Edição nº 12, 2016, Goiânia. Disponível em: <http://https://www.ipog.edu.br/revista-especialize-online/edicao-n12-2016/pdf> Acesso em: 22 maio 2019.

World Health Organization. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. 60p.: il.

APÊNDICE - PROJETOS