

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
ARQUITETURA E URBANISMO
MARIA BACELAR BARBALHO NOVAK

**ANTEPROJETO DE UM CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE
PARA DEFICIENTES INTELECTUAIS NO BAIRRO DA
IMBIRIBEIRA, RECIFE-PE**

RECIFE
NOVEMBRO/2014

FACULDADE DAMAS DA INSTRUÇÃO CRISTÃ
ARQUITETURA E URBANISMO
MARIA BACELAR BARBALHO NOVAK

**ANTEPROJETO DE UM CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE
PARA DEFICIENTES INTELECTUAIS NO BAIRRO DA
IMBIRIBEIRA, RECIFE-PE**

Trabalho apresentado à Faculdade Damas da Instrução Cristã como parte dos requisitos para a conclusão do Curso de Arquitetura e Urbanismo em 2014.2, sob a orientação da professora Maria Luiza de Lavor.

RECIFE
NOVEMBRO/2014

NOVAK, Maria Bacelar Barbalho

Anteprojeto de um centro de vida independente para deficientes intelectuais no bairro da Imbiribeira, Recife-PE. Maria Bacelar Barbalho Novak. Recife: o Autor, 2014.

86 folhas. Ilus.

Orientador: Prof^a Maria Luiza de Lavour

Monografia (graduação) – Bacharelado em Arquitetura e Urbanismo - Faculdade Damas da Instrução Cristã. Trabalho de conclusão de curso, 2014.

Inclui bibliografia.

**1. Arquitetura 2. Desenho universal 3. Arquitetura inclusiva 4. Humanização
dos espaços.**

720 CDU (2^aed.)

720 CDD (22^a ed.)

Faculdade Damas

TCC 2015 – 348

O preconceito se forma com a necessidade de eficiência e produtividade do mundo moderno somada à ameaça que a pessoa com deficiência representa através de suas limitações. (D'AMARAL, IBDD 2008)

RESUMO

Dentre as deficiências mais severas, a intelectual é a que representa o maior número no Brasil. É o grupo mais marginalizado, devido ao processo histórico em que está inserido e falta de políticas públicas eficientes. Essa pesquisa tem por objetivo elaborar um anteprojeto de um centro de vida independente para deficientes intelectuais na cidade do Recife. A metodologia utilizada foi baseada no entendimento e apreensão dos conceitos referentes ao movimento de vida independente, à Inclusão social dos deficientes, a relação entre eles, seus familiares e cuidadores, desenho universal e a humanização dos espaços. Os estudos de casos contribuíram para a verificação das necessidades espaciais de uma arquitetura universal. Como resultado da pesquisa foi proposto um anteprojeto de um Centro de vida independente para deficientes intelectuais, cumprindo com os princípios do desenho universal.

Palavras Chaves: Desenho universal; Arquitetura inclusiva; humanização dos espaços;

ABSTRACT

Among the most severe disabilities, intellectual is the one that is the highest number in Brazil. It is the most marginalized group due to the historical process in which it appears and lack of efficient public policies. This research aims to develop a draft of a center for independent living for disabled intellectuals in Recife. The methodology used was based on the understanding and apprehension of the concepts for the movement of independent living, social inclusion of disabled people, their relationship, their families and caregivers, universal design and the humanization of spaces. The case studies contributed to the verification of the spatial needs of a universal architecture. As a result of the research proposed a draft of an independent living center for intellectual disabilities, complying with the principles of universal design.

Key Words: Universal design; Inclusive architecture; humanization of spaces;

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA

Figura 01 - Percentual de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas na população residente dos municípios - Brasil - 2010 .	17
Figura 02 - Diagrama Panóptico.....	35
Figura 03 - Modelo Panóptico de um edifício	32
Figura 04 - Penitenciária de Statesville, EUA, 1925	35
Figura 05 - Localização - Associação Novo Rumo (terreno destacado em azul)...	40
Figura 06 - Implantação – Associação Novo Rumo (terreno em azul).....	41
Figura 07 - Fachada	39
Figura 08 - Sala com uso de cores	42
Figura 09 - Cozinha onde são realizadas oficinas	40
Figura 10 - Sala de fonoaudiologia escolar	43
Figura 11 - BWC com box com altura reduzida	41
Figura 12 - Escada, única forma de cir. Vertical	44
Figura 13 - Corredor escuro	41
Figura 14 - Sala fisioterapia com boa iluminação natural	44
Figura 15 - Localização da Arca do Brasil	43
Figura 16 - Entorno da Arca do Brasil.....	46
Figura 17 - Implantação.....	47
Figura 18 - Fachada principal leste	44
Figura 19 - Jardim.....	47
Figura 20 - Refeitório.....	45
Figura 21 - Área de convivência	48
Figura 22 - Área de convivência	45
Figura 23 - Oficina de artesanato	48
Figura 24 - Cozinha	45
Figura 25 - Área de convivência	48
Figura 26 - Fachada principal do Ed Roberts Campus	49
Figura 27 - Localização do Ed Roberts Campus (terreno delimitado em azul).....	50
Figura 28 - Perspectiva - ligação Campus a estação do metrô	50

Figura 29 - Implantação do Ed Roberts Campus	51
Figura 30 - Estratégias do desenho universal e sustentabilidade.....	52
Figura 31 - Planta baixa subsolo	53
Figura 32 - Planta baixa térreo	54
Figura 33 - Planta baixa pavimento 1º pavimento	54
Figura 34 - Elementos acessíveis utilizados no Ed. Roberts Campus.....	55
Figura 35 - Circulação vertical, a rampa	53
Figure 36 - Circulação vertical	56
Figura 37 - Tribuna central.....	56
Figura 38 - Fachada lateral sul	57
Figura 39 - Elevador especial	55
Figura 40 - Detalhe dos acionadores do elevador	58
Figura 41 - Bairro da Imbiribeira inserido na cidade do Recife	61
Figura 42 - Leitura da área de estudo	64
Figura 43 - R. Alameda das Hortênsias - Estação.....	61
Figura 44 - Estação Shopping	64
Figura 45 - R. Sold. Sinésio Aragão– Geraldão.....	61
Figura 46 - Estação Shopping	64
Figura 47 - Tipologia predominante: galpões	62
Figura 48 - Tipologia predominante: galpões.....	65
Figura 49 - Colégio Atual	62
Figura 50 - Novos empreendimentos.....	65
Figura 51 - Vista aérea do terreno delimitado em vermelho	66
Figura 52 - Obras privadas previstas.....	66
Figura 53 - Estudo de ventos e insolação do terreno proposto	67
Figura 54 - Zoneamento retirado do Plano Diretor do Recife (terreno delimitado em vermelho)	68
Figura 55 - Organo/fluxograma.....	72
Figura 56 - Conceito da circulação interna	73
Figura 57 - Croqui – evolução volumétrica	74

GRÁFICO

Gráfico 01 - Distribuição percentual da população de 15 anos ou mais de idade, por existência de pelo menos uma das deficiências investigadas e nível de instrução - Brasil – 2010.....	18
Gráfico 02 - Taxa de atividade da população masculina de 10 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo o tipo de deficiência investigada - Brasil – 2010.	19
Gráfico 03 - Taxa de atividade da população feminina de 10 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo o tipo de deficiência investigada - Brasil – 2010.	19
Gráfico 04 - População, em número de pessoas, que apresenta deficiência severa por tipos.	20

QUADRO

Quadro 01 - Quadro comparativo.....	59
Quadro 02 - Infraestrutura existente.....	63
Quadro 03 - Parâmetros Urbanísticos ZAC-M.....	69
Quadro 04 - Programa Básico – Reabilitação/Social	70
Quadro 05 - Programa Básico – Administrativo e Serviços	71

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 10

1. REFERENCIAL TEÓRICO.....	16
1.1 DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA.....	16
1.2 CONCEITOS INCLUSIVISTAS.....	21
1.2.1. Breve contextualização histórica do deficiente: da exclusão a inclusão social	21
1.2.2. Integração e inclusão social na construção da cidadania.....	24
1.3 CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE	28
1.3.1. Conceito de vida independente	28
1.3.2. Como funcionam os Centros de Vida Independente	29
1.4 MODELO ARQUITETÔNICO DE UM CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE PARA DEFICIENTES INTELECTUAIS.....	31
1.4.1. Definição de deficiência intelectual, distúrbio mental e suas diferenças	31
1.4.2. Conceitos de disciplina, vigilância, flexibilidade e humanização	33
1.4.3. Desenho Universal	37
2. ESTUDOS DE CASOS	39
2.1 ASSOCIAÇÃO NOVO RUMO	39
2.2 ARCA DO BRASIL.....	45
2.3 ED. ROBERTS CAMPUS	49
2.4 ANÁLISE COMPARATIVA	58
3. ANÁLISE DA ÁREA.....	61
3.1 ASPECTOS RELATIVOS AO BAIRRO DA IMBIRIBEIRA, RECIFE	61
3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA	63
3.3 CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO.....	66
3.4 ASPECTOS FÍSICO AMBIENTAIS	67
3.5 ASPECTOS LEGAIS	67
3.5.1 Plano Diretor da Cidade do Recife - Lei nº 17.511 de 29 de dezembro de 2008	68

4. PROCESSO PROJETUAL	70
4.1 PROGRAMA	70
4.2 ORGANO/FLUXOGRAMA	71
4.3 ZONEAMENTO	72
4.4 PARTIDO ARQUITETÔNICO	73
4.5 MEMORIAL DESCRITIVO.....	74
4.6 APRESENTAÇÃO GRÁFICA.....	78
REFERÊNCIAS	79

INTRODUÇÃO

Preconceito, rejeição, discriminação acompanham, historicamente e culturalmente, a pessoa com deficiência. São vistos como improdutivos, inúteis e incapazes perante a sociedade, o que nega a possibilidade da construção da identidade humana e social do deficiente, tornando-os objetos de caridade, dependentes da família, instituições e excluídos socialmente.

Esse quadro é fruto do processo histórico excludente em que o deficiente está inserido. Por vários séculos, foram simplesmente abandonados ou exterminados pelas sociedades mais antigas. Não tinham, sequer, o *status* de humano. Na Índia, eram jogados ao rio Ganges, em Roma e Esparta as leis os condenavam à morte, os hebreus os afastavam da direção dos serviços religiosos. Já na Idade média, eram vistos ora como enviados divinos, ora como criaturas malignas. Com o cristianismo, passaram a ser consideradas pessoas, não sendo mais exterminados, mas continuaram a viver de forma segregada. Eram internados em hospitais, asilos ou instituição de caridade e quando não eram, viviam nas ruas como pedintes ou eram acolhidos por algumas famílias ou tornavam-se os bobos da corte. A Revolução Francesa influenciou na aceitação do deficiente na sociedade. Em paralelo a isso, com os adventos dos novos modelos médicos da época, começam a surgir instituições voltadas para a reabilitação dessas pessoas para inseri-las na sociedade. Hoje, com o modelo capitalista, que tem o mercado como base de sua organização social, o homem foi desumanizado, passando a ter valor por aquilo que produz e o deficiente anda na contramão desse modelo, que o afasta ainda mais da sociedade.

Segundo Nambu (2003), o mercado de trabalho influi diretamente na construção da identidade individual e social de uma pessoa. É um elemento social e de forma geral, é o fim para qualquer forma de relação social. Sendo assim, pode-se afirmar que quem não participa desse modelo de produção é marginalizado, "porque esse elemento social é um dos que compõe o conceito de cidadania e se pauta também na dignidade humana, e, se esse elemento é afetado, o ser cidadão também o é" (OKINO,2010, p 1-2).

Nos últimos anos, começam a surgir movimentos internacionais e nacionais em prol dos deficientes e não se pode negar as conquistas alcançadas por esses movimentos. No Brasil, teve como avanço a Constituição Federal de 1988 - que passou a tratar diretamente das pessoas portadoras de deficiência - e a Lei nº 7.853/1989, que dispõe sobre esse apoio aos deficientes e sua integração social, bem como sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE); e, posteriormente, com a criação do Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), para facilitar e promover a inclusão social dos deficientes, através do Decreto 3.298/1999, que regulamenta Lei nº 7.853/1989 e ratifica a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, além de tantas outras normas, leis, convenções internacionais, políticas públicas que passaram a tratar dos direitos dos deficientes. Contudo ainda não são tão eficazes, como pode ser visto pelos dados do último Censo (IBGE, 2010).

Segundo o Censo Demográfico (IBGE, 2010), os deficientes representam 23,9% da população total brasileira, e se dividem em deficientes físicos, auditivos, visuais, intelectuais/mentais. E pela primeira vez, de forma mais ampla, subdivide os grupos em relação ao grau de comprometimento. Dentre as mais severas, a deficiência intelectual é a que apresenta maior número de pessoas: 1,4%. Os que não conseguem enxergar são 0,26%, os que não conseguem ouvir são 0,18%, os que não conseguem andar são 0,4% da população total.

Os números em relação ao deficiente intelectual podem ser ainda maiores uma vez que a maioria dos deficientes intelectuais tem, também, algum ou total comprometimento motor, o que afeta outras áreas, como a fala, locomoção e o IBGE afirma que na elaboração do censo demográfico em 2010 as pessoas com mais de uma deficiência foram contadas apenas uma vez, entretanto não informa em qual categoria foi enquadrada.

A deficiência intelectual é um estado que compromete algumas pessoas, acarretando determinadas restrições no seu funcionamento mental, controle comportamental e em atividades básicas do cotidiano como, por exemplo: relações sociais, cuidados pesso-

ais e comunicação. Deficientes intelectuais têm dificuldade de aprendizado e necessitam de todo um acompanhamento profissional especializado para seu desenvolvimento. Há inúmeros tipos de deficiência intelectual, entre elas, a Síndrome de *Down*. Essa incapacidade se dá não só pela patologia física, mas também por fatores ambientais e sociais, como família, pobreza e comunidade.

É o grupo com menor nível de escolaridade, maior índice de desemprego e menor renda, conforme Censo (IBGE, 2010) e, por isso, o mais marginalizado, levando-o às mais diversas condições sociais devido às barreiras criadas pela sociedade, como as arquitetônicas, que negam seus direitos fundamentais “causando-lhe incapacidade no desempenho de papéis sociais, devido a práticas e políticas discriminatórias, restritivas e preconceituosas” (DIAS, 2013, p.27). O mais grave disso tudo, é que isso nem chega a perpassar pela consciência individual e/ou coletiva.

Segundo Teixeira (2010), esse quadro se dá pela falta de políticas públicas eficientes, que são mal formuladas e elaboradas de forma simplista por pessoas que desconhecem a real necessidade desses brasileiros, além da ampla definição oficial de deficiência, o que torna difícil beneficiar igualmente todos os deficientes com a mesma lei, uma vez que há vários tipos de deficiência com diferentes tipos de necessidades.

É o caso dos deficientes intelectuais, que devido ao seu alto grau de comprometimento e necessidades mais específicas, as políticas públicas ainda não conseguem garantir o cumprimento de seus direitos. Entretanto, segundo Teixeira (2010), as ações da sociedade civil, através de ONGs, têm se mostrado mais competentes para esse fim, justamente por conhecerem mais de perto o problema, o que leva a ações mais assertivas.

Esse é o um quadro geral da deficiência no Brasil e na cidade de Recife não é diferente. O nordeste brasileiro é a região com maior número de deficientes e Pernambuco um dos estados nordestinos com maior proporção de deficientes, inclusive maior que a média nacional, em relação a sua população total de deficientes, sendo que 85% deles vivem na zona urbana.

Na cidade de Recife, são poucas as instituições públicas ou privadas que garantam o desenvolvimento e que auxiliam na construção da cidadania, independente do grau de deficiência, idade ou condição social do deficiente intelectual.

Como saída para as dificuldades enfrentadas pelos deficientes, surge, na década de 60 nos EUA, um movimento de grande importância chamado de Vida Independente, encabeçado por sete deficientes que resolveram assumir o controle da própria vida, desmitificando a figura do deficiente como pessoa dependente e incapaz. O movimento influenciou a mudança das práticas sociais mundiais, possibilitando uma nova perspectiva de vida para o deficiente. Dentro do movimento, surgem os primeiros Centros de Vida Independente (CVI).

Os CVIs são espaços sem fins lucrativos, voltados não só para os deficientes, mas também para a família e comunidade, oferecendo serviços e suporte para o desenvolvimento do deficiente, visando promover sua inclusão social e vida independente, fortalecendo cada vez mais a ideia de que as limitações individuais devem ser respeitadas, já que todas as pessoas são diferentes, únicas e devem ser tratadas com dignidade, sendo a participação social fundamental para essa inclusão social.

Os CVIs chegaram ao Brasil apenas no fim dos anos 80 e hoje, são pouco mais de vinte unidades no país, sendo apenas uma no nordeste, na Bahia, realidade bem diferente dos EUA, onde já existem mais de quinhentos CVIs espalhados pelo país. O CVI é um modelo que vem sendo adotado em todo mundo com resultados positivos na melhoria da qualidade de vida dos deficientes.

Diante do grande número de deficientes intelectuais (inclusive em maior percentual dentre os outros tipos de deficiência, conforme já constatado pelo IBGE) e do quadro de exclusão social que vivem - maior e mais grave dentre todos os outros tipos de deficiência - sofrendo diariamente perdas em relação a seus direitos como pessoa e como cidadão, e pelos resultados positivos alcançados pelo movimento de vida independente, este trabalho tem como objetivo a elaboração de um anteprojeto de um Centro de Vida Independente para deficientes intelectuais no bairro da Imbiribeira, Recife-PE, que reúna os serviços necessários para o conquista da cidadania do

deficiente intelectual, empregando soluções arquitetônicas como um instrumento de inclusão social.

Os objetivos específicos são desenvolver um espaço arquitetônico que atentada às suas necessidades, tomando como partido os conceitos do desenho universal, ou seja, indo além das exigências mínimas estabelecidas por lei. Este trabalho também se propõe a mostrar, através do projeto, que a questão da acessibilidade não deve ser vista como uma barreira projetual, mas como uma oportunidade para novas possibilidades e que um bom projeto arquitetônico tem caráter de justiça social, além de apresentar uma solução volumétrica do edifício inserida no contexto local, respeitando o entorno e os conceitos de arquitetura sustentável, além das normas e legislações vigentes.

Para atender as diretrizes instituídas neste trabalho foram estabelecidas abordagens metodológicas, que foram divididas em partes.

Primeiramente, foi feito o aprofundamento do referencial teórico que auxiliou o desenvolvimento do anteprojeto do CVI. Esse aprofundamento se fez através de pesquisas bibliográficas: consultas a livros, artigos, revistas, periódicos, sites para esclarecer e entender o que é a deficiência intelectual e suas necessidades. Assim como os conceitos e modelos de CVI.

Em seguido lugar, foram feitas entrevistas não estruturadas com deficientes intelectuais, seus familiares/comunidade e profissionais da área para melhor entendimento e uma visão mais próxima do quadro da realidade enfrentada e suas reais necessidades.

Depois, para complementar as pesquisas teóricas e entrevistas foram realizados estudos de caso para melhor compreensão do funcionamento e da infraestrutura necessária para o empreendimento, observando principalmente, a interação dos deficientes intelectuais com os ambientes e suas principais necessidades e dificuldades, assim como, os aspectos positivos e negativos. Foram escolhidos três

centros para auxiliar a pesquisa: Associação Novo Rumo, Arca do Brasil e *Ed Roberts Campus*.

Posteriormente, foram feitas pesquisas de campo a fim de observar o terreno, seus condicionantes físicos, seu entorno e contexto assim como a consulta às legislações vigentes.

E por fim, foram elaboradas as etapas pré-projetuais, tais como: programa básico, o zoneamento e o pré-dimensionamento.

Para maior e melhor percepção o trabalho foi dividido em quatro capítulos, que abordarão a fundamentação teórica, estudos de casos, caracterização da área do objeto de estudo e o anteprojeto do centro de convivência.

No primeiro capítulo, são analisadas as definições de diversos autores acerca dos Deficientes Intelectuais, Centros de Vida Independente e conceitos inclusivistas, que fundamentam as teorias, modelos e métodos escolhidos, destacando a importância do CVI como instrumento de inclusão social.

No segundo capítulo, são descritas e analisadas três instituições como estudo de casos, utilizando imagens, plantas baixas e quadros comparativos com a finalidade de apontar diretrizes para elaboração do anteprojeto do centro em questão.

No terceiro capítulo, trata-se da caracterização do objeto de estudo, onde será feito um estudo de viabilidade do terreno para a elaboração do anteprojeto do CVI em que serão analisados os condicionantes físicos, sociais, econômicos e aspectos legislativos.

O quarto capítulo apresenta o programa com o pré-dimensionamento, organofluxograma, que embasará do anteprojeto do CVI.

1. REFERENCIAL TEÓRICO

Este capítulo tratará das definições e características do que é a deficiência e seus tipos, legislação correlata, conceitos de cidadania, breve contextualização histórica do deficiente e processo conceitual dos Centros de Vida Independente. Esses conceitos, considerados fundamentais, terão a visão de diversos autores e justificarão tecnicamente o presente trabalho.

1.1 DEFINIÇÃO E CONTEXTUALIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA

Segundo a Organização Mundial da Saúde – OMS (2012), o termo deficiência é adotado para designar qualquer dano ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, ou seja, está relacionado à biologia do ser humano. Fatores sociais e ambientes, “(..)tais como água potável e saneamento, nutrição, pobreza, condições de trabalho, clima, ou acesso a atendimento de saúde” (OMS, 2012, p04) também exercem impactos diretos na vida do deficiente, podendo contribuir e agravar suas condições de limitações.

Há diversos tipos de deficiências e vários conceitos e definições para caracterizá-las mundialmente. Já no Brasil, após o Decreto nº 3.298/99 que trata da “Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência” a deficiência é definida e classificada em cinco grupos: deficiência física, auditiva, visual, intelectual/mental ou múltipla (associação de duas ou mais deficiências), conforme transcrito abaixo:

(...)Art. 4º É considerada pessoa portadora de deficiência a que se enquadra nas seguintes categorias:

I - deficiência física - alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física (...)

II - deficiência auditiva - perda parcial ou total das possibilidades auditivas sonoras, variando de graus e níveis(..)

III - deficiência visual - acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20º (tabela de Snellen), ou ocorrência simultânea de ambas as situações;

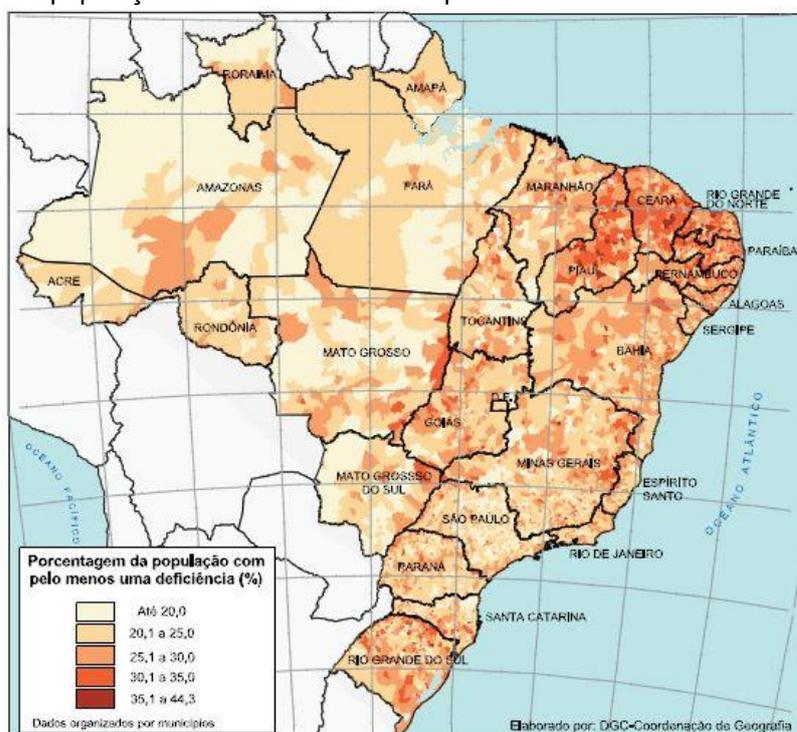
IV - deficiência mental - funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como:

- a) comunicação;
- b) cuidado pessoal;
- c) habilidades sociais;
- d) utilização da comunidade;
- e) saúde e segurança;
- f) habilidades acadêmicas;
- g) lazer; e
- h) trabalho;

V - deficiência múltipla - associação de duas ou mais deficiências (DECRETO Nº 3.298/99).

Segundo o Censo Demográfico (IBGE, 2010), 45.606.048 de brasileiros, ou seja, 23,9% da população total tem algum tipo de deficiência, seja visual, auditiva, física, intelectual/mental ou múltipla. Houve um aumento significativo em relação ao Censo Demográfico anterior (IBGE,2000) que apontava que 14,5% da população, 24 600 256 brasileiros, apresentavam algum tipo de deficiência. O mapa abaixo mostra a distribuição dos deficientes no país, segundo Censo Demográfico (IBGE, 2010).

FIGURA 01 - Percentual de pessoas com pelo menos uma das deficiências investigadas na população residente dos municípios - Brasil - 2010

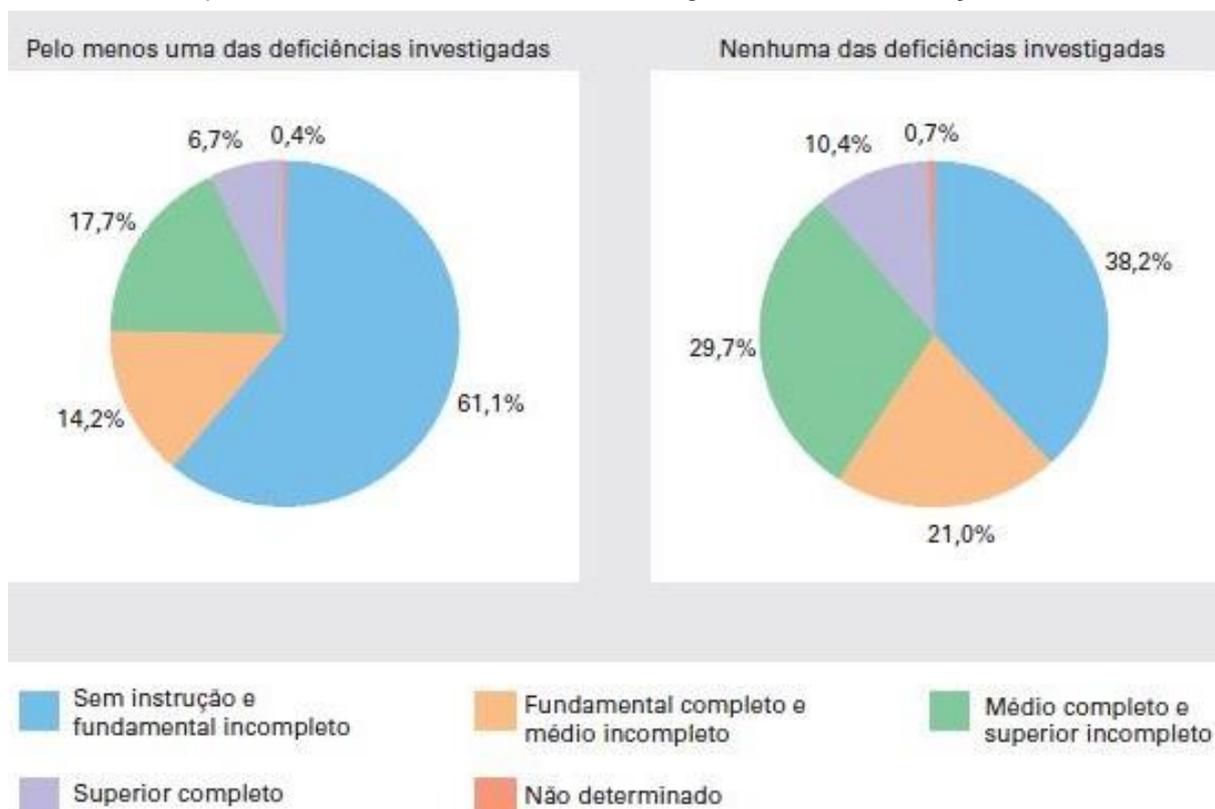


FONTE: IBGE, Censo Demográfico 2010.

Como é possível observar no mapa, a maior parte dos deficientes está no nordeste, fato que corrobora a tese da OMS que diz que o fator ambiental e social gera impactos na deficiência, pois o nordeste é a região brasileira mais pobre.

Em relação ao nível de escolaridade, nota-se uma grande diferença entre os deficientes e os não deficientes, como pode ser visto na tabela abaixo:

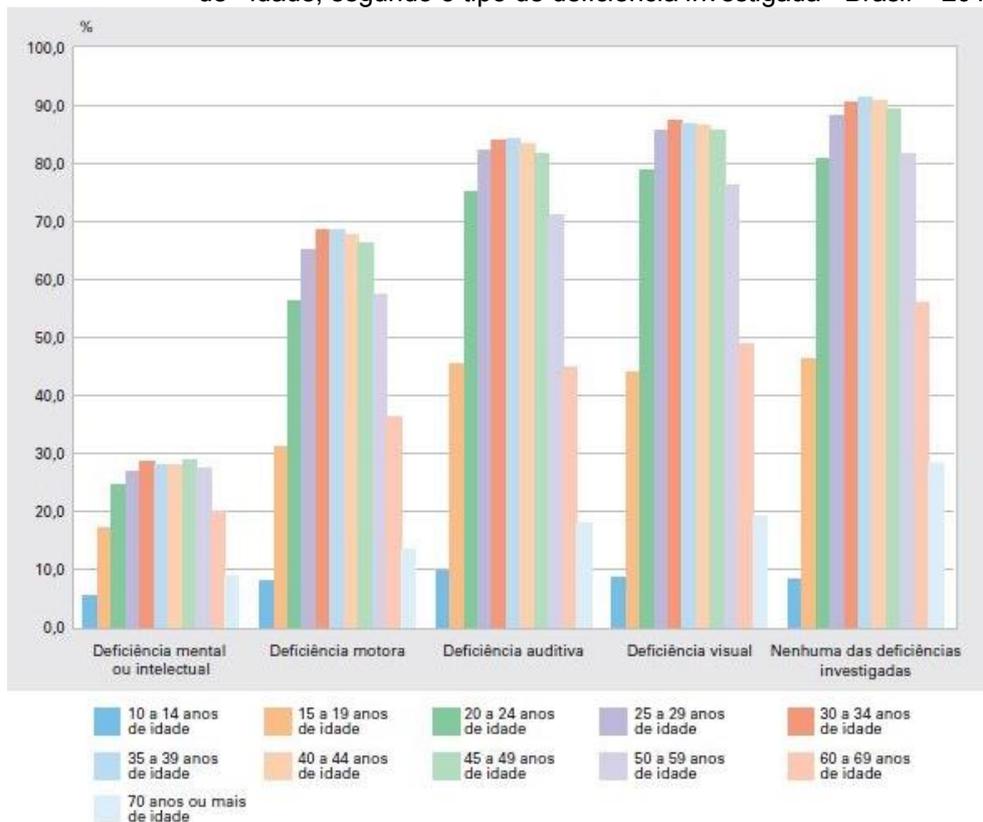
GRÁFICO 01 - Distribuição percentual da população de 15 anos ou mais de idade, por existência de pelo menos uma das deficiências investigadas e nível de instrução - Brasil – 2010.



FONTE: IBGE, Censo Demográfico 2010.

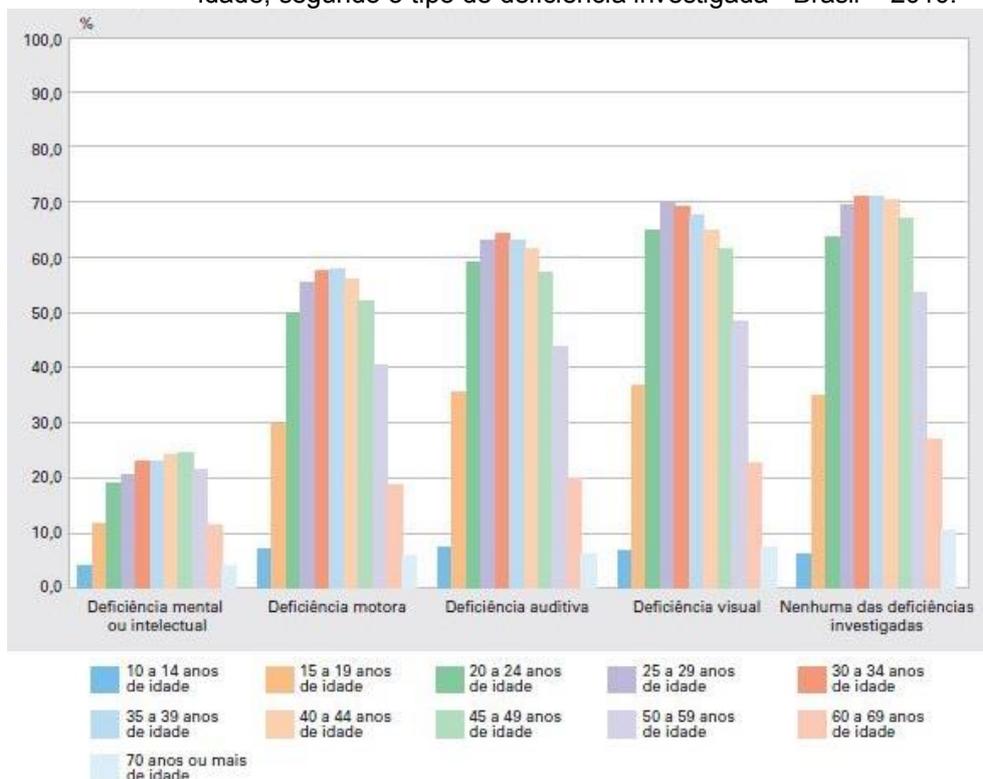
Em relação ao mercado de trabalho, o Censo (IBGE, 2010) chama de taxa de atividade, o percentual de pessoas economicamente ativas na população de 10 ou mais anos de idade, nota-se uma grande diferença entre os diferentes tipos de deficiência e as pessoas sem deficiência.

GRÁFICO 02 - Taxa de atividade da população masculina de 10 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo o tipo de deficiência investigada - Brasil – 2010.



FONTE: IBGE, Censo Demográfico 2010.

GRÁFICO 03 - Taxa de atividade da população feminina de 10 anos ou mais de idade, por grupos de idade, segundo o tipo de deficiência investigada - Brasil – 2010.



FONTE: IBGE, Censo Demográfico 2010.

O Censo Demográfico (IBGE,2010), além de classificar os tipos de deficiência, determina seu grau. Dentre o grupo dos deficientes há uma parcela que apresenta grau de deficiência severa: os totalmente cegos, os totalmente surdos, os que não conseguem se locomover (cadeirantes) e os deficientes intelectuais/mentais¹.

A população que apresenta deficiência severa no Brasil representa 2,2%, 4.196.540, da população total e que se divide da seguinte forma (ver imagem abaixo):

GRÁFICO 04 - População, em número de pessoas, que apresenta deficiência severa por tipos.



FONTE: Autora com dados IBGE, Censo Demográfico 2010.

Dentre as deficiências severas, a que apresenta maior número de pessoas é a intelectual, que é muito superior as demais, como pode ser visto no gráfico acima. Este número pode bem ser maior uma vez que a maioria dos deficientes intelectuais tem, também, algum ou total comprometimento motor, o que afeta outras áreas, como a fala e o IBGE afirma que na elaboração do censo demográfico em 2010, as pessoas

¹ Para fins de pesquisa foi considerado pessoas com “deficiência mental ou intelectual permanente que limitasse as suas atividades habituais, como trabalhar, ir à escola, brincar etc. Não se considerou como deficiência mental as perturbações ou doenças mentais como autismo, neurose, esquizofrenia e psicose” (IBGE, 2010, p.28).

com mais de uma deficiência foram contadas apenas uma vez, entretanto não informa em qual categoria foi enquadrada.

Assim, após essa breve análise comparativa do Censo Demográfico (IBGE,2010), pode-se destacar os deficientes intelectuais como uma parcela da população que precisa de mais suporte. Primeiramente, porque é a categoria que apresenta maior grau de comprometimento de suas funções, a mais marginalizada socialmente e pelo grande número de indivíduos presentes nesse grupo, tornando-se, por isto, o enfoque desse trabalho.

1.2 CONCEITOS INCLUSIVISTAS

Antes de se aprofundar nas definições de um Centro de Vida Independente, é necessário assimilar os conceitos inclusivistas, até mesmo para melhor elaboração do anteprojeto por assim permitir uma melhor compreensão das necessidades de seus usuários e a importância social do CVI.

Os conceitos são fundamentais para o entendimento das práticas sociais. Eles moldam nossas ações e nos permitem analisar nossos programas, serviços e políticas sociais, pois os conceitos acompanham a evolução de certos valores éticos, como aqueles em torno da pessoa com deficiência. Portanto, é imprescindível dominarmos bem os conceitos na construção de uma sociedade que seja realmente para todas as pessoas, independentemente de sua cor, idade, gênero, tipo de deficiência e qualquer outro atributo pessoal. (SASSAKI, 2010, p.27)

1.2.1. Breve contextualização histórica do deficiente: da exclusão a inclusão social

“A sociedade é excludente e, conseqüentemente, discriminatória desde os princípios das civilizações ” (RIBAS,1994 *apud* DIAS, 2013 p.24). Buscando compreender esse fato percebem-se diferentes fases, modelos e tratamentos ao longo da história em relação ao deficiente, que podem ser definidos como as fases de abandono e extermínio (exclusão), da institucionalização (atendimento segregado), da integração e da inclusão. Entretanto, apesar desses modelos seguirem uma ordem de acontecimentos, esses modelos não ocorrem de forma cronológica, uma vez que a

exclusão, por exemplo, é algo que ainda é presente na vida do deficiente, mesmo que sob outra forma. É o que afirmam Sasaki (2010) e Carvalho *et al* (2006).

Segundo vários autores como Sasaki (1997), Aranha (1995), Corrêa (2005) e Carvalho *et al* (2006), na antiguidade a deficiência não chegava a existir como problema para muitas sociedades, pois os deficientes eram vistos como seres sub humanos ou até mesmo não humanos e eram simplesmente descartados, abandonados e muitas vezes mortos pelo próprio pai. Na Índia, eram jogados ao rio Ganges, em Roma e Esparta as leis os condenavam a morte, os hebreus os afastavam da direção dos serviços religiosos. Já na Idade média, eram vistos ora como enviados divinos, ora como criaturas malignas. O fato é que independentemente da forma, pode se dizer que foram modelos de extermínio e abandono.

Isso começa a mudar quando a Igreja Católica afirma que o deficiente é possuidor de alma logo, humano e assim não podiam ser mais exterminados. Entretanto continuavam abandonados à própria sorte e dependentes da caridade humana, pois eram considerados demoníacos. Posteriormente, a Igreja passou a cuidar deles dando-lhes abrigo, alimento e proteção para salvar suas almas dos demônios, afastando-os da sociedade e de suas atitudes antissociais, mas não conseguiam abrigar a todos, o que levou essas pessoas a viverem como mendigos ou serem aparados por outras famílias ou tornando-se o bobo da corte (TEIXEIRA, 2010).

Segundo Carvalho *et al* (2006), com a revolução burguesa e início da expansão do capitalismo mercantil, a sociedade começou a se organizar em função do capital. O homem passou a ser valorizado a partir do seu poder de produção, perdendo o seu valor individual e qualquer pessoa que fugisse desse padrão, entre eles os deficientes, eram considerados perturbadores da ordem social e eram internados em asilos ou hospícios.

A Revolução Francesa contribuiu para a mudança da visão do deficiente pela sociedade. Segundo Aranha (2002), apenas no séc. XVIII que se passou a ver a deficiência como um problema médico e não espiritual ou teológico, surgindo assim os primeiros hospitais psiquiátricos, mas que tinham mais a função de afastar do que

tratar, levando a crer que eram incapacitados perante a sociedade. Contudo, foi o início do estreitamento entre os entendimentos médicos e os problemas destas pessoas diferentes, além de iniciarem estudos sobre a adaptação das mesmas ao meio social (DIAS, 2010, p.16).

Se o surgimento das primeiras instituições escolares especializadas correspondeu ao ideal liberal de extensão das oportunidades educacionais para todos, (...) respondeu também ao processo de exclusão do meio social daqueles que podiam interferir na ordem necessária ao desenvolvimento da nova forma de organização social (SILVEIRA BUENO, 1993 *apud* CARVALHO *et al* 2006, p.16).

Isso passou a ocorrer a partir do momento que essas instituições perderam o seu carácter educativo e passaram a se transformar em espaços de isolamento e exploração.

Para Carvalho *et al* (2006), esse era o modelo chamado de institucionalização ou em outras palavras, modelo de segregação social, que ocorreu de diversas formas, embora que todas tenham afastado os deficientes do convívio social. O paradigma da institucionalização começa a ser questionado como uma prática que feria os direitos do homem na metade do século XX, estabelecendo-se assim o modelo de integração social.

A fase da integração social ocorre quando essas instituições passam a se especializar para inserir essas pessoas de volta à sociedade, tornando-se centros de reabilitações e teve o seu auge na década de 60, mas logo começou a ser questionada e criticada, passando para o modelo da inclusão. Esses dois modelos serão discutidos mais a fundo devido a sua importância no entendimento dos conceitos inclusivistas do próximo tópico.

Percebe-se, pois, ao longo da história, o deficiente foi excluído quase que totalmente da sociedade, seja por abandono, extermínio ou segregação. Os conceitos de integração e inclusão surgem de forma tímida em meados do século XX e começam a ganhar força, de fato, na década de 60. Esse longo período de exclusão se reflete na sociedade de hoje, pois ela não aprendeu a conviver com seus deficientes, o que afeta diretamente na qualidade de vida deles.

Por isso, a necessidade de compreensão da problemática do deficiente, principalmente o intelectual, para que haja conscientização da sociedade sobre a necessidade de sua contribuição para a construção da cidadania desses brasileiros.

1.2.2. Integração e inclusão social na construção da cidadania

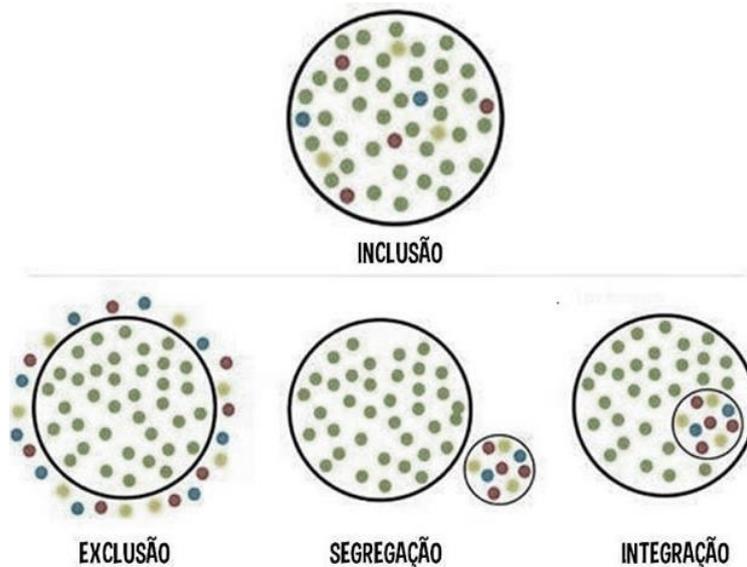
Segundo Sasaki (2010), com os avanços das pesquisas médicas, adotou-se o modelo médico da deficiência como forma de combater a exclusão social. O modelo médico via o deficiente como um doente que precisava de uma cura para ser aceito e integrado à sociedade. A deficiência era um “problema” individual e, por isso, o próprio indivíduo teria de se adaptar à sociedade ou ele teria de ser mudado por profissionais através da reabilitação ou cura” (FLETCHER,1996, p.7). Em suma, o modelo médico é a integração social dos deficientes através do tratamento em instituições especializadas, o que não deixa de ser importante, mas é uma forma de segregação e teve o seu auge nos anos 60.

A integração tinha e tem o mérito de inserir a pessoa com deficiência na sociedade, sim, mas desde que ela esteja de alguma forma capacitada a superar as barreiras físicas, programática e atitudinais nela existente. (SASSAKI,2010, p33)

Assim, segundo Sasaki (2010), esse modelo é responsável pela difícil aceitação da sociedade em mudar suas estruturas para incluir os deficientes e não apenas integrá-los à sociedade.

Para vários autores como Sasaki (2010) e Teixeira (2010), a integração social difere de inclusão social. O processo de inclusão social é bem mais complexo do que o de integração. Podemos dizer que uma pessoa esteja integrada na sociedade, contudo não necessariamente incluída. A integração pode ser alcançada através da capacitação, leis ou normas, bastando, apenas, colocar o deficiente no meio social, não havendo a necessidade da sociedade se preparar, ou seja, é um esforço unilateral.

FIGURA 02 - Infográfico inclusão



FONTE:

<http://maneblog.mgate.com.br/2013/07/12/imigracao-e-integracao/>

Já para a inclusão, é necessária a participação da sociedade, uma mudança de pensamento e atitude, uma vez que os problemas dos deficientes estão mais na **sociedade** do que neles próprios, impedindo os deficientes de exercerem seu papel social e cidadania, devido a:

- **Seus ambientes restritivos;**
- Suas políticas discriminatórias e suas atitudes preconceituosas que rejeitam a minoria e todas as formas de diferença;
- Seus discutíveis padrões de normalidade;
- **Seus objetos e outros bens inacessíveis do ponto de vista físico;**
- Seus pré-requisitos atingíveis apenas pela maioria supostamente homogênea;
- Sua quase total desinformação sobre deficiências e sobre direitos das pessoas que têm essas deficiências;
- Suas práticas discriminatórias em muitos setores da atividade humana (SASSAKI, 2010, p44-45, grifo nosso)

Assim, os movimentos e instituições sociais percebem, a partir da década de 80, que o modelo de integração social é falho e fraco para a real aceitação do deficiente e a verdadeira igualdade de oportunidade, pois se sabe que nem todos os deficientes precisam que a sociedade se adeque às suas necessidades, contudo, para maioria deles, na qual se encaixam os deficientes intelectuais, essa inserção não será possível se a sociedade não for inclusiva (SASSAKI, 2010), tornando-se, então, os princípios inclusivistas norteadores para a construção da cidadania dessas pessoas.

Conceitua-se a inclusão social como o processo pelo qual a sociedade se adapta para poder incluir, em seus sistemas sociais gerais, pessoas com deficiência (além de outras) e, simultaneamente, estas se preparam para assumir seus papéis na sociedade. A inclusão social constitui, então, um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidade para todos. (SASSAKI,1997, p.3)

Os praticantes da inclusão se baseiam no modelo social da deficiência. Para incluir todas as pessoas a sociedade deve ser modificada a partir do entendimento de que ela é que precisa ser capaz de atender às necessidades de seus membros. O **desenvolvimento** (por meio da educação, reabilitação, qualificação profissional etc.) das pessoas com deficiência deve ocorrer dentro do processo de inclusão e **não como um pré-requisito para estas pessoas poderem fazer parte da sociedade**, como se elas precisassem pegar ingressos para integrar a comunidade (SASSAKI,2010, p.40, grifo nosso).

Como exposto acima por Sasaki, a sociedade ainda não vê o deficiente como um cidadão (fruto do processo histórico de exclusão), que tem por direito fazer parte da sociedade, independente de sua condição, e o processo de inclusão social está diretamente ligado à construção da cidadania, pois:

A cidadania expressa um conjunto de direitos que dá à pessoa a possibilidade de participar ativamente da vida e do governo de seu povo. Quem não tem cidadania está marginalizado ou excluído da vida social e da tomada de decisões, ficando numa posição de inferioridade dentro do grupo social (DALLARI, 1998. p.14).

Para o exercício pleno da cidadania é preciso que haja instrumentos que a garantam, como exposto acima e a inclusão social é o mais importante, porque é através dela que se tem acesso aos recursos da comunidade (educação, saúde, trabalho, etc.), logo, o seu desenvolvimento e autonomia será favorecido. A inclusão social tem relevância direta com a qualidade de vida de uma pessoa, É o que, também, assegura D´Amaral:

A cidadania efetivar-se-á através de ações e soluções nas áreas de saúde, educação, trabalho, assistência social, cultura, esporte, lazer, acessibilidade, **adequação arquitetônica**, meios de transporte e de comunicação, dentre outros, mas essas respostas devem estar adequadas à nossa realidade econômica e social e por isso mesmo baseadas na participação social e na simplificação de meios sem que isso signifique diferenças de cidadania (D'AMARAL,2008 p.51 grifos nosso).

A cidadania é o “direito de ter direitos” como afirma o Artigo VI da Declaração dos Direitos Humanos. “Toda pessoa tem o direito de ser, em todos os lugares, reconhecida como pessoa perante a lei”.

O movimento em prol dos deficientes alcançou grandes conquistas, com direitos assegurados na Constituição Federal de 1988, entre tantas outras que surgiram após a promulgação da Constituição de 88. Uma delas é específica às pessoas com deficiência (Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989) e considerada a mais inclusiva da América por organismos internacionais, entretanto, “ela não é nem conhecida, nem aplicada, nem respeitada, o que quase a torna inútil” (D’AMARAL, 2008, p.39). O processo de exclusão social, portanto, ainda hoje é muito forte.

Para Sasaki (2004), as pessoas, com deficiência são excluídas da sociedade quando lhes são negados seus direitos básicos, como acesso às oportunidades que são dadas às outras pessoas como saúde, educação, mercado de trabalho, lazer, transporte, etc. A igualdade de oportunidades é:

(..) o processo mediante o qual os sistemas gerais da sociedade, tais como o meio físico, a habitação e o transporte, os serviços sociais e de saúde, as oportunidades de educação e trabalho, e a vida cultural e social, incluídas as instalações esportivas e de recreação, são feitos acessíveis para todos. Isto inclui a remoção de barreiras que impedem a plena participação das pessoas deficientes em todas estas áreas, permitindo-lhes assim alcançar uma qualidade de vida igual à de outras pessoas (DRIEDGER e ENNS, 1987 *apud* SASSAKI, 2010, p. 38).

Outro grande exemplo de exclusão é a exclusão do mercado de trabalho, sendo esse fator o mais importante na construção da dignidade humana. “(...) trabalhamos porque isso contribui para a nossa dignidade, nosso valor como pessoa” (WHITE, 1994 *apud* SASSAKI, 2010, p. 58).

Segundo D’Amaral (2008), esse direito é negado quando se espera eficiência, pelo modelo produtivo exigido pelo mundo moderno, e não há retorno esperado, logo são ignorados e marginalizados socialmente. Não há uma adequação à sua função social, ou preparo respeitando suas limitações, isso além de todas as barreiras já apontadas.

Diante do expost, percebe-se a grande importância da participação da sociedade para a retirada das barreiras impostas e para a melhoria da qualidade de vida dos deficientes, principalmente dos mais comprometidos, como é o caso dos deficientes intelectuais, e que sem ela, qualquer tentativa de reabilitação que seja feita apenas no deficiente torna-se quase que inútil. Os dois lados precisam caminhar juntos, não só porque o deficiente precisa da sociedade, mas, também, porque a sociedade precisa do deficiente.

Pôr em prática esta conceptualização beneficiará não só as pessoas com deficiência, mas também a sociedade no seu conjunto. Uma sociedade que exclui vários dos seus membros ou grupos é uma sociedade empobrecida. As ações para melhorar as condições das pessoas com deficiência culminarão no desenho de um mundo flexível para todos. O que hoje se realizar em nome das pessoas com deficiência, terá significado para todos no mundo de amanhã. (DECLARAÇÃO DE MADRID, 2003, p.3)

1.3 CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE

Não existe um único modelo de CVI, pois são inúmeros os serviços/funções que podem ser oferecidos como: reabilitação clínica, centros de convivência, inclusão profissional, consultoria, assessoria jurídica, educação da comunidade, dentre outros. Pode-se afirmar que o CVI é um local que reúne serviços e ferramentas para melhoria da qualidade de vida e independência do deficiente. Sendo assim, a elaboração do anteprojeto de um CVI será norteada pela filosofia do movimento, mas direcionada para os deficientes intelectuais, seguindo o desenho universal, estatuto da pessoa com deficiência, conceitos de disciplina, vigilância, flexibilidade e humanização, os quais servirão para definir os conceitos espaciais adotado na elaboração do anteprojeto do CVI para deficientes intelectuais.

1.3.1. Conceito de vida independente

Os Centros de Vida Independente surgiram de um movimento em prol dos direitos dos deficientes, nomeado Movimento de Vida Independente. Esse movimento teve origem na Universidade de Berkeley, Califórnia, nos anos 60 quando sete pessoas com deficiências muito severas decidiram romper com a figura de pessoas dependentes de

terceiros e resolveram assumir o controle de suas próprias vidas, pois eles têm capacidade plena para isso. Vida independente, ou seja, “não dependência em relação à autoridade institucional e/ou familiar (SASSAKI,2010, p50).

O conceito de vida independente compreende movimento, filosofia, serviços, equipamentos, **centros**, programas e processo, em relação aos quais as figuras centrais são os cidadãos com deficiência que se libertaram ou estão em vias de se libertar da autoridade institucional ou familiar. (SASSAKI,2010, p49, grifo nosso)

Os conceitos de vida independente que nortearam a criação CVI foram:

- A pessoa com deficiência é que sabe quais são suas necessidades para uma melhor qualidade de vida;
- Suas necessidades variam como as de qualquer ser humano e, por isso, só podem ser atendidas por uma variedade de serviços e equipamentos;
- A tecnologia assistiva pode significar a diferença entre a dependência e a independência, em determinadas situações;
- As pessoas com deficiência devem viver com dignidade em suas comunidades;
- A cidadania não depende do que uma pessoa é capaz de fazer fisicamente, mas sim das decisões que ela puder tomar por si só;
- A pessoa com deficiência é que deve ter o controle de sua situação;
- Vida Independente é um processo em que cada usuário ajuda a moldar e mantê-la e não um produto para ser consumido indistintamente por diversos tipos de usuários (AME, acessado em 2014).

Segundo Sasaki (2010), várias conquistas foram alcançadas com o movimento e entre elas a quebra dos modelos distintos e paralelos, onde em que em um lado estavam os centros de reabilitação e educação especial (modelo médico da deficiência-integração social) e em outro, os CVI (modelo social da deficiência-inclusão social), que hoje já caminham juntos. Nos modelos de reabilitação e educação especial, a deficiência era tratada como um problema do indivíduo que precisava se adaptar à sociedade, como se apenas capacitando-o fossem solucionar os problemas. Já nos modelos dos CVI, a comunidade é inserida nesse processo de independência, pois os problemas do deficiente estão mais na sociedade do que neles próprios, impedindo os deficientes de exercerem seu papel social devido a barreiras impostas para o exercício de seus direitos de cidadãos.

1.3.2. Como funcionam os Centros de Vida Independente

Os Centros de Vida Independente são entidades sem fins lucrativos que têm como finalidade oferecer instrumentos que contribuam para construção de uma vida independente, laboral e de melhor qualidade para o deficiente independente de sexo, cor, idade, religião e condição social, em regime de externato ou seminternato, definido pela equipe técnica de acordo com a necessidade de cada um.

Os CVIs se baseiam no conceito de inclusão social e de forma alguma devem ser vistos como um elemento segregador. É um local em que as necessidades dos deficientes são compreendidas e podem ser trabalhadas, inserindo a comunidade nesse processo. Podemos dizer que enquanto as habilidades dos deficientes são desenvolvidas, a comunidade é preparada para recebê-los. Tanto há serviços de apoio ao deficiente, como a reabilitação clínica, como há serviços de apoio à comunidade, como consultorias às empresas, além das atividades desenvolvidas em conjunto. De uma forma geral, é um local não só para o deficiente, mas para toda a comunidade cujo objetivo principal é o estreitamento das relações, melhorando o convívio social e sempre respeitando as diferenças.

No Brasil, os principais serviços oferecidos hoje nos CVI, segundo AME são:

- Aconselhamento de pares, para atender às necessidades afetivas e práticas de pessoas com deficiência recém-adquirida;
- Informações sobre deficiências e recursos comunitários, entre outros;
- Defesa de direitos das pessoas com deficiência;
- Assistência sobre acessibilidade arquitetônica;
- Consultoria em transporte acessível;
- Treinamento de atendentes pessoais;
- Oferta de oportunidades de lazer e de desenvolvimento pessoal;
- Organização de grupos de apoio;
- Assistência profissional sobre alternativas de emprego;
- Educação/conscientização/sensibilização do público a respeito de necessidades, potencialidades e realizações das pessoas com deficiência;
- Pesquisa de aparelhos, equipamentos e adaptações especiais, ou seja, de produtos de tecnologia assistiva (AME acessado em 2014).

Em suma, as principais áreas de atuação dos CVIs são: reabilitação clínica, centros de convivência, apoio jurídico, capacitação profissional para o deficiente e empresas, consultorias em projetos de inclusão e acessibilidade.

Para atender a diversa gama de serviços que o CVI se dispõe, a equipe técnica é composta por profissionais de diversas áreas, por voluntários e pelos próprios deficientes, que atuam de forma planejada e interdisciplinar. Também é papel da equipe planejar, discutir, propor programas, intervenções inovações e novos rumos da instituição, com a finalidade de oferecer os melhores serviços e oportunidades para os deficientes, uma vez que não há um modelo padrão e único a ser seguido.

A equipe técnica é composta, de uma forma geral - que pode ser maior ou menor dependendo dos serviços oferecidos nos CVI - por médicos, enfermeiros, nutricionistas, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, psicólogos, pedagogos, assistentes sociais, educadores físicos, educadores, advogados, arquitetos, engenheiros, etc, além dos voluntários e amigos da instituição.

1.4 MODELO ARQUITETÔNICO DE UM CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE PARA DEFICIENTES INTELECTUAIS

Para a elaboração do anteprojeto do CVI para deficientes intelectuais é preciso conhecer as características dessas pessoas e as atividades predominantes que serão desenvolvidas. A preocupação com conforto térmico, a integração dos usuários com seus familiares, comunidade e funcionários, são diretrizes essenciais para a realização de um projeto inclusivo, mas principalmente o conceito do desenho universal que será o partido para elaboração do projeto.

1.4.1. Definição de deficiência intelectual, distúrbio mental e suas diferenças

The American Association on Intellectual and Developmental Disabilities (AAIDD), tradução livre para Associação Americana de Deficiência Intelectual é uma organização americana sem fins lucrativos que luta pelas pessoas com deficiência intelectual reconhecida mundialmente e, em 2010, definiu em seu manual, que deficiência intelectual é o termo correto para designar pessoas com certas limitações no seu funcionamento mental e em atividades básicas do cotidiano como, por exemplo: relações sociais, cuidados pessoais e comunicação. Para a AAIDD, a deficiência intelectual é:

(...) uma incapacidade caracterizada por limitações significativas tanto no funcionamento intelectual (raciocínio, aprendizado, resolução de problemas) quanto no **comportamento adaptativo**, que cobre uma gama de habilidades sociais e práticas do dia a dia. Esta deficiência se origina antes da idade de 18 (SCHALOCK *et al*, 2010, p. 6, grifo nosso).

AAIDD (2006) ainda complementa sobre o comportamento adaptativo como:

(...) reunião das habilidades conceituais, sociais e práticas que foram aprendidas pelas pessoas para elas funcionarem no seu cotidiano. As limitações no comportamento adaptativo afetam tanto o dia a dia quanto a capacidade para responder a mudanças de vida e a demandas do ambiente (LUCKASSON *et al*, 2006, p. 25).

Essas habilidades são classificadas em três domínios que são:

- Habilidades conceituais: linguagem (receptiva e expressiva); leitura e escrita; conceitos de dinheiro; auto direcionamento.
- Habilidades sociais: interpessoal, responsabilidade, autoestima, credibilidade (probabilidade de ser enganado ou manipulado), ingenuidade, seguir regras, obedecer as leis, evitar vitimização.
- Habilidades práticas: atividades da vida diária (comer, transferência/mobilidade, usar o banheiro, vestir-se), atividades instrumentais da vida diária (preparar refeições, cuidar da casa, transportar-se, tomar remédios, lidar com dinheiro, usar o telefone), habilidades ocupacionais, manter os ambientes seguros (LUCKASSON *et al*, 2006, p. 51).

De acordo com o artigo publicado pela UNESCO (2001), as causas da deficiência intelectual podem ser divididas em cinco grupos: genéticas (ex.: Síndrome de Down, Síndrome de Angelman, etc); gestacionais (ex.: infecções, HIV etc); problemas no parto e pós-parto (ex.: falta de oxigenação, nascimentos prematuros, etc.); acidentes/doenças (ex.: meningite, infecções, etc.) e causas sociais (ex.: falta de afeto). Entretanto, para mais de um terço dos deficientes intelectuais, a causa ainda é desconhecida e esta mesma causa pode se apresentar e se desenvolver de diferentes maneiras em cada indivíduo.

Para Sasaki (2005), é importante ressaltar que deficiência intelectual difere de doença mental, pois, embora parecidos, os termos têm significados diferentes, o que gera confusão há vários séculos, devido à semelhança terminológica. A doença mental é caracterizada por distúrbios psíquicos (psicopatia) de origem psicótica e neurótica, ou seja, um “desequilíbrio patológico no controle das emoções e dos

impulsos, que corresponde frequentemente a um comportamento antissocial” ” (PRIBERAM, 2014 acessado 2014), como por exemplo: esquizofrênicos, psicopatas, histéricos, neuróticos; além de ser considerada uma doença pela Organização Mundial de Saúde – OMS(CID-10), que pode ser tratada por médicos através do uso de medicamentos apropriados, inclusive, os remédios e o tratamento para distúrbio mental são garantidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) através da lei nº 10.216/01, diferentemente da deficiência intelectual.

Segundo Almeida (2007), a compreensão de que a deficiência intelectual é uma limitação e não uma doença deve ficar muito clara para todos. Contudo, as pessoas com deficiência intelectual precisam de um acompanhamento médico, psicológico, escolar especial e principalmente necessitam ser estimulados o tempo todo, para desenvolver suas habilidades e potencialidades, seja por familiares, amigos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, fonoaudiólogos, dentre outros profissionais.

Devido a essas limitações, os deficientes intelectuais têm maior dificuldade de aprendizado em seu desenvolvimento.

Uma pessoa com atraso mais severo necessitará de um apoio mais intensivo durante toda a sua vida. Todas as pessoas com deficiência intelectual são capazes de crescer, aprender e desenvolver-se. Com a ajuda adequada, todas as crianças com deficiência intelectual podem viver de forma satisfatória a sua vida adulta (ALMEIDA, 2007, acessado em 2014).

Ainda segundo Almeida (2007), apesar de essas pessoas precisarem de um tempo próprio, normalmente bem maior que a maioria, para desenvolver suas aptidões, não significa que não possam aprender e que precisem estar presos as suas limitações. Entretanto, como qualquer pessoa, talvez não consigam aprender tudo, mas precisam ser estimuladas constantemente, caso contrário, será negado a elas o direito a um crescimento pessoal e conseqüentemente à cidadania, direito que foi negado ao longo do processo histórico em que está inserido.

1.4.2. Conceitos de disciplina, vigilância, flexibilidade e humanização

O deficiente intelectual tem grande comprometimento no seu comportamento adaptativo, como já exposto, é um conjunto de habilidade entre elas a prática. São habilidades ligadas às atividades diárias como comer, tomar banho, vestir-se, cuidar da casa e etc. Normalmente em instituições especializadas existem uma sala de psicomotricidade (sala que simula o ambiente doméstico e as atividades que ocorrem nele como forma de desenvolver essa habilidade). Entretanto, essa não é a proposta do CVI, pois essas atividades devem acontecer o próprio ambiente inerente a elas.

Os espaços externos são prolongamentos dos internos, devendo ser igualmente organizados e utilizados. Estes devem proporcionar, ainda, além dos aspectos sugeridos para os espaços internos, a expansão das atividades corporais e sociais, além de contemplar a autonomia e a responsabilidade (CERUTTI, 2007 p. 228).

Os ambientes são conceituados como locais específicos em que uma pessoa, aprende, se diverte, trabalha, socializa e interage. Os ambientes positivos estimulam o crescimento, o desenvolvimento e o bem estar do indivíduo. Para pessoas com deficiência intelectual, esses ambientes positivos constituem locais que são típicos de sua faixa etária e consistentes com a diversidade cultural e linguística do indivíduo. É nesses locais que o indivíduo com deficiência intelectual tem a maior probabilidade de experimentar a participação e as interações e assumir um ou mais papéis sociais valorizados. (...) A participação e as interações estão melhor refletidas na observação direta dos envolvimento nas atividades cotidiana. (...) O foco central das observações diretas é a interação do indivíduo com seus mundos material e social. O comportamento que reflete funcionamento adaptativo é caracterizado pela extensão pela qual o indivíduo está ativamente engajado com seu ambiente (prestando atenção nele, interagindo, participando). (...) a direção e a extensão do engajamento com o ambiente físico e social parece ser uma indicação quase universal da qualidade de um ambiente para as pessoas (LUCKASSON *et al*, 2006 p.52-53).

Para que essa autonomia aconteça dentro da instituição, além da retirada das barreiras arquitetônicas, é preciso desenvolver uma forma de distribuição espacial a qual eles possam exercer essas atividades de forma autônoma, sem a necessidade de um acompanhamento próximo. Podendo ser observados de longe, pra quando necessário, ter algum próximo para auxiliar. Distribuição que também que ajude a promover a disciplina e o cumprimento de normas, outra área a ser trabalhada uma vez que também fazem parte do comportamento adaptativo.

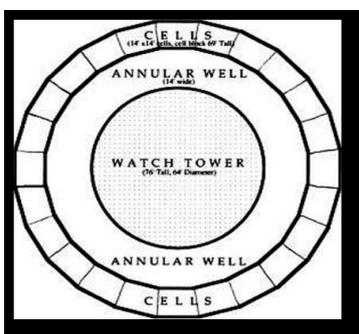
O modelo arquitetônico que se encaixa nesse conceito é o modelo Panóptico. Apesar de este sistema ter sido desenvolvido como um modelo de reclusão, ele se enquadra

na necessidade do conceito de “vigiar sem ser visto” e vigilância /disciplina, necessários a autonomia dos deficientes no CVI.

Panóptico, modelo de reclusão idealizado por Jeremy Bentham, utilizado para a dominação de corpos em diversas ocasiões, com os princípios de vigilância, observação, segurança, saber, individualização, totalização, isolamento, transparência (PRATO,2013, p 17).

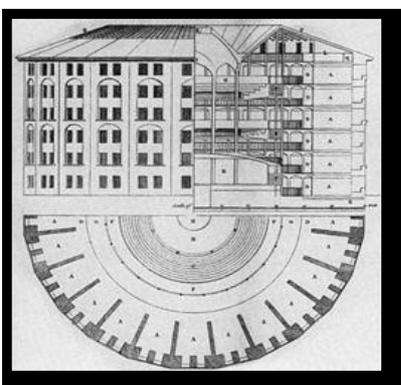
O modelo Panóptico, por se constituir em uma edificação de construção circular periférica, com uma torre central de comando e vazada por grandes janelas, identifica-se com uma arquitetura de vigilância, pois permite a observação indireta dos compartimentos em sua volta (conforme figuras 02, 03 e 04). Também favoreciam os procedimentos de vigilância a simples disposição dos compartimentos circundando os pátios, mesmo sem a estrutura da torre central. É por essa eficiência do dispositivo Panóptico: “ver sem ser visto” (PRATO,2013) que este modelo foi muito utilizado na concepção de quartéis, prisões e também escolas e hospitais.

FIGURA 03 - Diagrama Panóptico

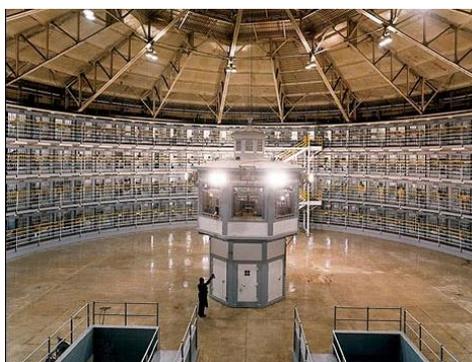


FONTE: Prato, 2013

FIGURA 04 - Modelo Panóptico de um edifício **FIGURA 05** - Penitenciária de Statesville, EUA, 1925



FONTE: Prato, 2013



FONTE: < www.earth-matters.nl >

A principal lição deste modelo é que, embora a arquitetura não possa obrigar o homem

a praticar uma ação, pode inibi-lo à prática de outra. Com esta vigília permanente, desencadeou-se entre os internos um sentimento de auto-regulamentação que os levou à disciplina. No mecanismo de ordem psicológica, o interno não possuía a oportunidade de fazer o mal, pois se sentia imerso em um campo de visibilidade, evitando o uso de violência física (FOUCAULT, 1987).

Já a arquitetura moderna, em oposição ao pensamento Panóptico de Jeremy Bethan, libera os muros da função portante e os transforma em grandes janelas através das quais as pessoas do exterior possam visualizar/vigiar o interior. Neste contexto, destaca-se Le Corbusier, com a arquitetura de vidro que se transformou em um enorme Panóptico, onde a transparência destrói o mundo interior em face da exposição do indivíduo (PULS, 2006). Um dos princípios desta arquitetura é a modulação, pois possibilita ao conjunto arquitetônico uma aplicação racional, viabilizando a sua multiplicação ou subdivisão (MATTOS, 2008).

Somado a este princípio, a arquitetura deve proporcionar uma configuração construtiva e formal que permita uma diversidade de formas de uso, ocupação e organização do espaço, ao longo da vida do edifício, através da flexibilidade (VILLA,2013).

É nítida a importância atribuída por Foucault ao papel da arquitetura na sociedade, e vice versa, ou seja, a importância da sociedade para a arquitetura. Se anteriormente o edifício aparecia como produto fechado, uma estrutura rígida, agora apresenta-se também como agente (NASCIMENTO, 2008).

Segundo Sanoff (1990), o ambiente construído exerce uma importante influência na experiência humana, facilitando atividades, suscitando humores, sentimentos, tensão ou *stress*.

A arquitetura deve ser utilizada como um instrumento terapêutico, destinado a qualquer tipo de recuperação. A relação entre o espaço construído e o bem-estar é um fato que se torna óbvio ao se estudar as questões físicas e objetivas do conforto ambiental (FONTES, 2003), constituindo este último, o item de maior relevância

devido a sua grande influência no tratamento dos internos. Atualmente, os arquitetos enfrentam esta nova arquitetura como um desafio: o de projetar suportes espaciais mais adequados, resultando daí a Arquitetura Humanizada.

Esta arquitetura realça a importância de uma escala humana, com edifícios de pequeno porte, implantação de paisagismo, harmonia de cores, entre outros fatores. (KOWALTOWSKI, 1989). Trabalhar conceitos de aconchego, união, dispersão é fundamental para adquirir bons resultados (FONTES, 2003).

O espaço ideal para um tratamento, seja ele qual for, deve priorizar ambientes de contraposição com a hostilidade, a frieza e a impessoalidade, com a utilização intensa de paisagismo.

O espaço deve ser idealizado e projetado também como uma unidade, levando em consideração as necessidades das pessoas e a harmonia com o entorno, definindo as características de uma Arquitetura Orgânica, da qual se destaca o arquiteto Frank Lloyd Wright com os seus projetos residenciais de profunda integração entre os ambientes externos e internos (ARQUITETÔNICO, 2013).

1.4.3. Desenho Universal

O conceito do desenho universal é desenvolver espaços que qualquer pessoa possa usar independente de suas dificuldades ou necessidade, para não ser mais preciso criar ambientes separados adaptados exclusivamente para um tipo determinado de deficiência. É ir além dos parâmetros de dimensionamento mínimos. O desenho universal visa:

(...)a concepção de objetos, equipamentos e estruturas do meio físico destinados a ser utilizados pela generalidade das pessoas, sem recurso a projetos adaptados ou especializados, e o seu objetivo é o de simplificar a vida de todos, qualquer que seja a idade, estatura ou capacidade, tornando os produtos, estruturas, a comunicação/informação e o meio edificado utilizáveis pelo maior número de pessoas possível, a baixo custo ou sem custos extras, para que todas as pessoas e não só as que têm necessidades especiais, possam integrar-se totalmente numa sociedade inclusiva (INR, 2010 acessado em 2014).

São sete os princípios que guiam a filosofia do desenho universal. São eles:

Utilização equitativa: pode ser utilizado por qualquer grupo de utilizadores;

Flexibilidade de utilização: Engloba uma gama extensa de preferências e capacidades individuais;

Utilização simples e intuitiva: fácil de compreender, independentemente da experiência do utilizador, dos seus conhecimentos, aptidões linguísticas ou nível de concentração;

Informação perceptível: Fornece eficazmente ao utilizador a informação necessária, qualquer que sejam as condições ambientais/físicas existentes ou as capacidades sensoriais do utilizador;

Tolerância ao erro: minimiza riscos e consequências negativas decorrentes de ações acidentais ou involuntárias;

Esforço físico mínimo: pode ser utilizado de forma eficaz e confortável com um mínimo de fadiga;

Dimensão e espaço de abordagem e de utilização: Espaço e dimensão adequada para a abordagem, manuseamento e utilização, independentemente da estatura, mobilidade ou postura do utilizador (INR, 2010 acessado em 2014).

Dói-me ver esses modificadores antes da palavra design: design sustentável, design verde, design universal. Um bom projeto faz todas essas coisas ou deve aspirar. O mesmo poderia ser disse de bons arquitetos (LEDDY, 2001 p.5).

É preciso desmistificar a ideia de que a arquitetura acessível é uma barreira ou um limitador de ideias. “A acessibilidade e a facilidade de utilização de produtos e serviços devem ser asseguradas no momento da concepção” (ResAP,2001, p24). Não só para evitar algum impedimento arquitetônico no futuro, mas principalmente porque deve ser algo natural. Não havendo mais a distinção em arquitetura acessível ou não acessível, passando a ser aceito apenas um tipo de arquitetura: a que todos possam ser incluídos, abrindo o mundo para mais pessoas.

2. ESTUDOS DE CASOS

Para o melhor entendimento do funcionamento dos espaços dos CVI é fundamental a pesquisa de instalações existentes, pois os estudos de caso são ferramentas para a identificação e pontuação de problemas e de potencialidades. Esses estudos geram parâmetros que servem de embasamento para as diretrizes a serem seguidas na elaboração do anteprojeto do projeto arquitetônico.

Como não há CVIs na cidade do Recife ou em suas proximidades, procurou-se uma instituição que se aproximasse desses conceitos, para observação *in loco* dos conceitos abordados. Apenas uma instituição foi possível à visita e que se encaixou nesse perfil: Associação Novo Rumo, no bairro de Casa Amarela-Recife. Os outros dois estudos de caso, foram feitos através de conversas e consultas, que são: Arca do Brasil, localizada em São Paulo-SP e a sede do movimento de vida independente Ed Roberts Campus em Berkeley, Califórnia – EUA.

Foi utilizada como metodologia a análise da localização, público alvo, implantação, programa, edificação, aspectos ambientais, acessibilidade, matérias, tecnologias e participação social. Por fim, foi elaborado um quadro comparativo dos três estudos e conclusão.

2.1 ASSOCIAÇÃO NOVO RUMO

É uma associação sem fins lucrativos, referência no estado de Pernambuco, no tratamento de pessoas com síndromes genéticas deficientes intelectuais ou não. Encabeçado pela médica geneticista Dra. Paula Arruda, começou a funcionar em 2006 a partir de um projeto pessoal da médica iniciado em 2000. Oferece serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, recreação, música, capoeira, gastronomia e serviços ambulatoriais.

A associação funciona da seguinte forma: primeiro é feito uma avaliação para saber qual a necessidade do paciente para poder encaminhá-los para o tratamento adequado. Quando a associação não oferece os serviços necessários, encaminha

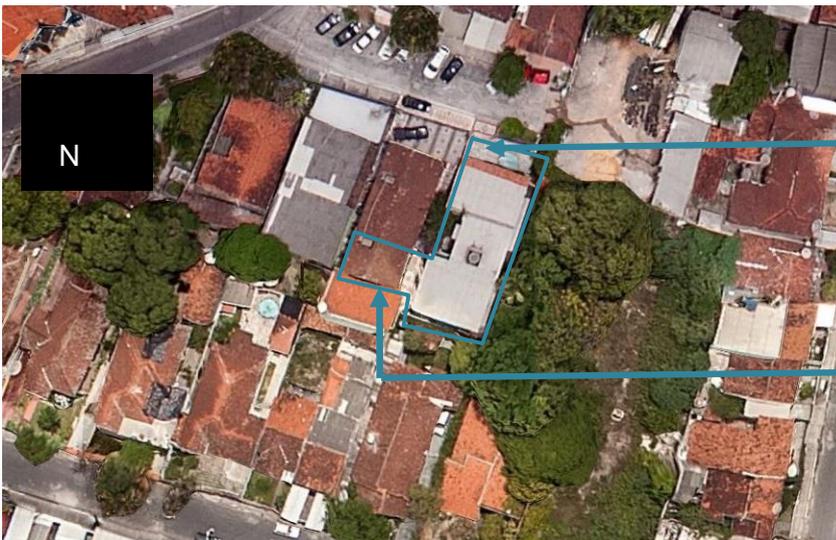
- Público alvo e total pessoas atendidas

O público alvo são pessoas com síndromes genéticas deficientes, intelectuais ou não, independente de sexo, idade ou condição social. São atendidas em torno de 300 pessoas mês.

- Implantação

O terreno de aproximadamente 420 m² encontra-se em uma rua sem saída. É ocupado em sua maioria por área construída não existindo qualquer área arborizada ou de solo natural. O acesso social e de serviços é feito por uma única entrada e é exclusivo para pedestres.

FIGURA 06 - Implantação – Associação Novo Rumo (terreno em azul)



FONTE: Autora a partir do Google Maps, 2014

- Edificação

Percebe-se claramente que a edificação da associação sofreu uma mudança de uso e que antes era uma casa. A casa foi sofrendo adaptações desordenadas ao longo do tempo para tentar atender às necessidades da nova função e a expansão dos serviços oferecidos pela instituição que foram surgindo, e isso fica bem claro pela distribuição do programa que se mostra de forma confusa e pouco acessível.

A volumetria do prédio ainda conserva as características de uma casa, o que é um ponto positivo, uma vez que não se quer ter associado à instituição as características frias dos antigos hospitais ou clínicas. Isso se reflete internamente, pois nota-se uma tentativa de humanização dos ambientes através da ambientação, com uso de cores alegres e mobiliário adequado, embora essa humanização ainda se dê mais pelas ações como o treinamento da equipe, mudança de uniforme e atendimentos mais próximos e pessoais ao pacientes do que pela própria arquitetura, uma vez que as instalações não promovem um convívio social e interação com natureza, elementos importantes para humanização.

FIGURA 07 - Fachada



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 08 - Sala com uso de cores



FONTE: Acervo pessoal, 2014

O programa é composto pelo setor administrativo, reabilitação e de serviço, distribuídos das seguintes formas:

Administração – 01 sala da diretoria, 01 sala de reunião e 02 recepções.

Reabilitação – 01 sala de atendimento clínico, 01 sala de fonoaudiologia, 03 salas de fisioterapia, 01 sala de fonoaudiologia escolar, 01 sala de psicopedagogia, 03 salas de terapia ocupacional, 02 salões para realização de oficinas e atividades recreativas, 01 cozinha e 04 banheiros.

Serviço – 01 almoxarifado, 01 cozinha e 01 DML.

FIGURA 09 - Cozinha onde são realizadas oficinas



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 10 - Sala de fonoaudiologia escolar



FONTE: Acervo pessoal, 2014

- Acessibilidade

Como mencionado anteriormente, a instituição foi crescendo de forma não planejada e suas adaptações foram feitas conforme as necessidades foram surgindo. Assim, nota-se uma precaução com a acessibilidade, mas apenas onde se era possível fazer e de acordo com a necessidade das pessoas atendidas.

O prédio possui dois pavimentos, mas não há acesso ao segundo, a não ser por escadas e não há uso de barras de apoio ou pisos direcionais, tornando-o inacessível para pessoas com problemas de locomoção ou visuais. Os banheiros não são acessíveis. A maioria não possui o dimensionamento adequado e nenhum possui elementos que auxiliem sua utilização, como barras de apoios ou louças sanitárias especiais. Entretanto, a altura do box é mais baixa que o padrão para ser possível auxiliar o banho do paciente de longe sem interferir tanto em sua privacidade. As salas são bem dimensionadas, mas seus corredores e portas são estreitos. O piso utilizado não é antiderrapante, o que pode provocar acidentes.

FIGURA 11 - BWC com box com altura reduzida



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 12 - Escada, única forma de cir. Vertical



FONTE: Acervo pessoal, 2014

- Aspectos ambientais

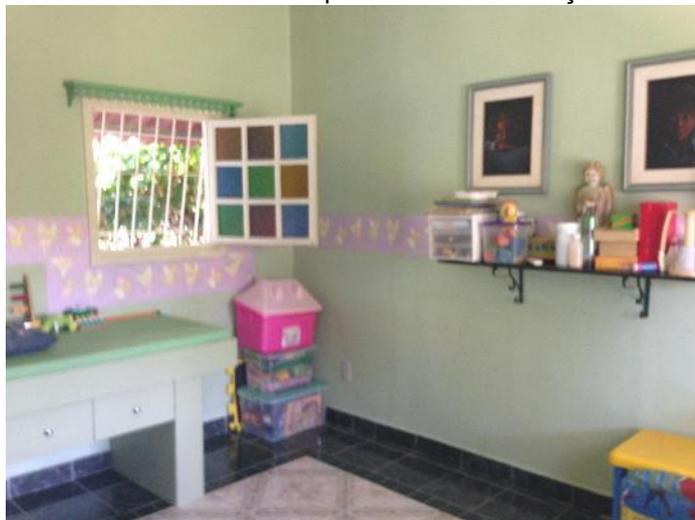
Todas os ambientes, com exceção dos corredores, são bem iluminados e ventilados, mas não há áreas verdes. O terreno vazio e arborizado ao lado da associação contribui para um melhor conforto térmico. Além disso, o entorno não possui grandes fontes de ruídos sonoros e aéreos.

FIGURA 13 - Corredor escuro



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 14 - Sala fisioterapia com boa iluminação natural



FONTE: Acervo pessoal, 2014

- Materiais e tecnologias

Não foi feita a utilização de materiais sustentáveis ou tecnologias que promovessem uma maior independência do deficiente.

2.2 ARCA DO BRASIL

A Arca do Brasil é um lar e centro de convivência para deficientes intelectuais. É membro da comunidade *L'arch Internationale*, uma organização sem fins lucrativos criada há cinquenta anos, presente em 35 países, cujo objetivo é auxiliar o deficiente intelectual a exercer plenamente o seu papel na sociedade.

A Arca do Brasil funciona de duas formas, através dos lares e oficinas e também possui um conselho comunitário que tem como o objetivo assegurar que a vida em comunidade do deficiente intelectual seja garantida de acordo com o regulamento internacional da Arca.

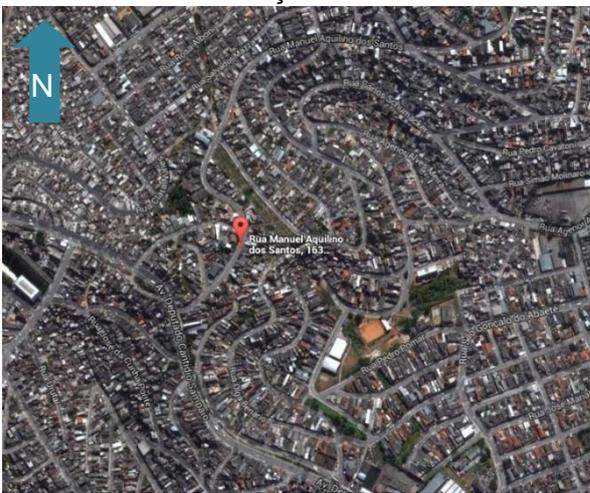
Os lares são moradias em que os deficientes intelectuais, que foram abandonados pela família, vivem e onde suas habilidades para uma vida independente e comunitária são desenvolvidas, auxiliadas por um assistente que também vive na instituição, treinado e apoiado por profissionais segundo a filosofia da Arca Internacional. Além do treinamento, os assistentes recebem salário, férias, estudos etc. e podem participar de intercâmbios com outros assistentes que desejem participar do programa em outros países. Todo o custo é arcado pela instituição que vive de doações.

As oficinas têm a finalidade de auxiliar na vida familiar e social do deficiente intelectual, através de atividades pedagógicas, culturais e ocupacionais, como a oficina de artesanato.

- Localização

Está localizado a Rua Manoel Aquilino dos Santos, 163, bairro Jardim Elisa Maria. Um bairro pobre da cidade de São Paulo. A forma que se dá o parcelamento do solo, que não segue um padrão, mostra que o bairro cresceu de forma espontânea. O seu entorno é caracterizado por residências de baixa renda, de gabarito baixo e de relevo acidentado (morros).

FIGURA 15 - Localização da Arca do Brasil



FONTE: Google Maps, 2014

FIGURA 16 - Entorno da Arca do Brasil



FONTE: Acervo pessoal, 2014

- Público Alvo e total de pessoas atendidas

Deficientes intelectuais de baixa renda, independente de idade ou sexo. São atendidos em torno de sessenta pessoas por semana nas oficinas e cinco moram no lar.

- Implantação

A casa encontra-se em um terreno de relevo acidentado de aproximadamente 330m², ocupando a maior parte da porção oeste, fundos, do terreno, com única entrada pela parte leste do onde se encontra um jardim com algumas árvores de grande porte.

FIGURA 17 - Implantação



FONTE: Autora a partir do Google Maps, 2014

- Edificação, acessibilidade, condicionantes ambientais, materiais e tecnologias.

A Arca do Brasil foi instalada em uma casa doada pela prefeitura de São Paulo e encontra-se bem conservada, mas seus ambientes são frios e impessoais.

FIGURA 18 - Fachada principal leste



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 19 - Jardim



FONTE: Acervo pessoal, 2014

Não se teve acesso a todos os ambientes da instituição, o que compromete um pouco a análise de sua estrutura física e distribuição programática, mas é possível perceber a falta de espaços voltados para as atividades desenvolvidas (ver figura 20) assim como acessibilidade comprometida. Foi possível observar apenas a instalação de uma barra de apoio da escada.

FIGURA 20 - Refeitório



FONTE: < www.arcadobrasil.org.br >

FIGURA 21 - Área de convivência



FONTE: < www.arcadobrasil.org.br >

Todos os ambientes que se teve acesso possuíam ventilação e iluminação natural. Não foi feito a utilização de materiais sustentáveis ou tecnologias que promovessem uma maior independência do deficiente.

FIGURA 22 - Área de convivência



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 23 - Oficina de artesanato



FONTE: < www.arcadobrasil.org.br >

FIGURA 24 - Cozinha



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 25 - Área de convivência



FONTE: Acervo pessoal, 2014

2.3 ED. ROBERTS CAMPUS

Foi fundado para homenagear o precursor do movimento de vida independente, Edward V. Roberts, após sua morte em 1995. A sede do movimento de vida independente é referência mundial na defesa dos direitos dos deficientes e do desenho universal. Oferece serviços de assessoria jurídica, educação, formação, e um centro de política. Reúne sete instituições de defesa das pessoas com deficiência que trabalham juntas na defesa da causa, dentre elas, o já existente Centro de Vida Independente de Berkeley, o primeiro CVI no mundo.

FIGURA 26 - Fachada principal do *Ed Roberts Campus*

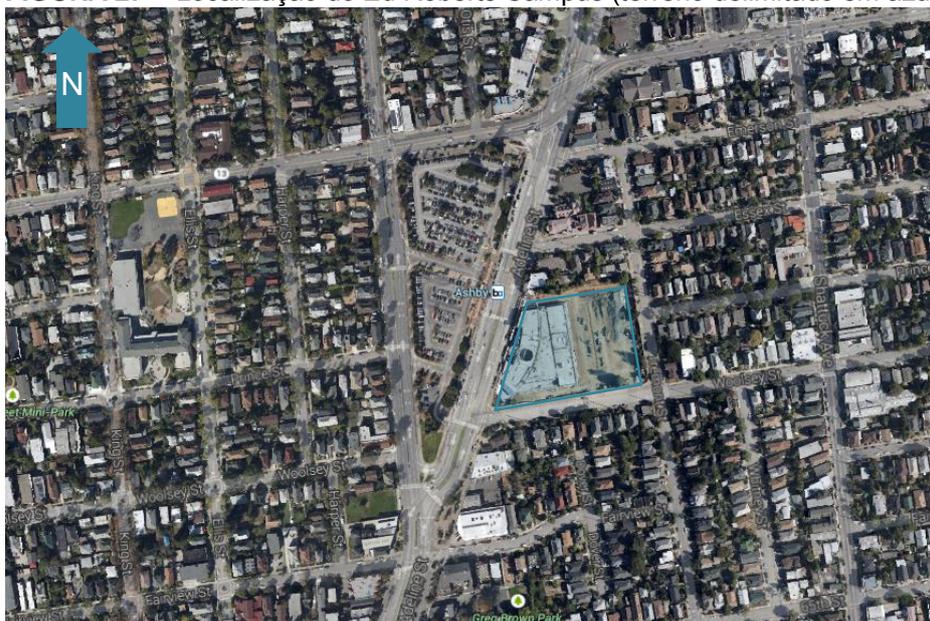


FONTE: Tim Griffith, 2011

- Localização

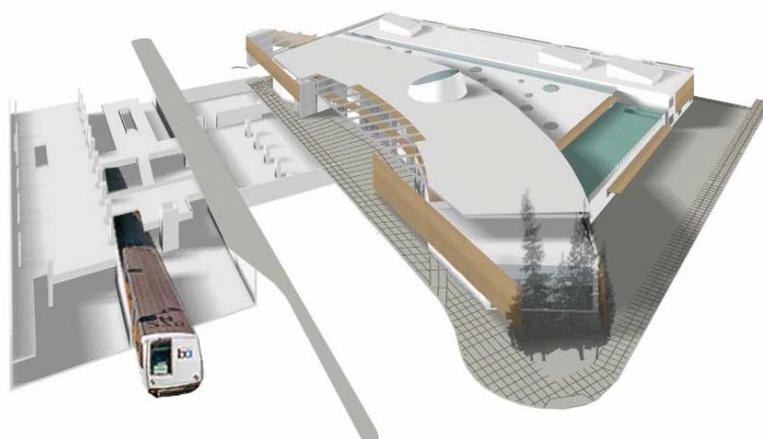
Está situado em um bairro residencial na movimentada e comercial rua Adeline, 3075 em Berkeley, Califórnia-EUA. A localização do campus foi pensada de forma estratégica para garantir um fácil acesso. Está em frente a uma estação de metrô e possui uma ligação subterrânea com ela (ver figura 27). Está também na rota de uma ciclovia principal, além dos serviços de ônibus.

FIGURA 27 - Localização do Ed Roberts Campus (terreno delimitado em azul)



FONTE: Google Maps, 2014

FIGURA 28 - Perspectiva - ligação Campus a estação do metrô



FONTE: < <http://www.archdaily.com> >

- Público Alvo

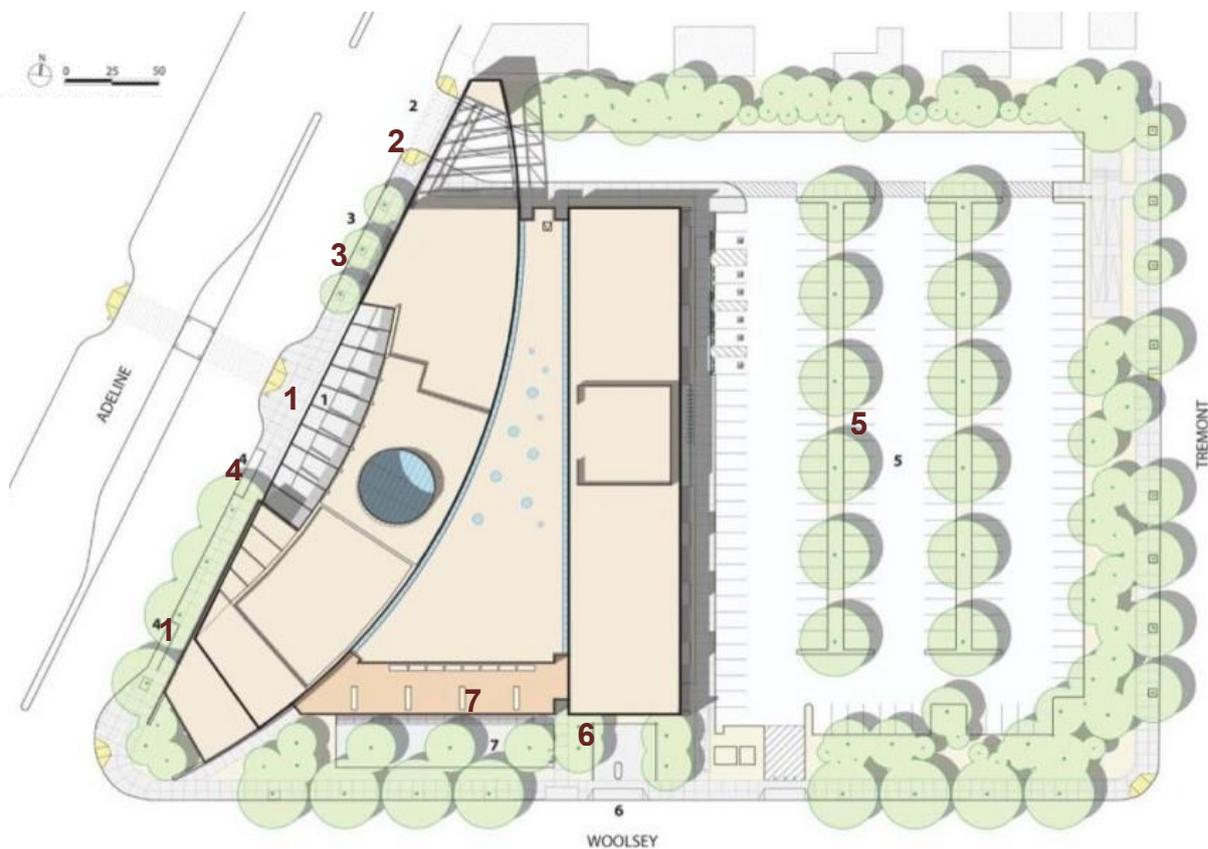
O público alvo é qualquer pessoa deficiente ou não, de qualquer sexo, idade ou condição social.

- Implantação

O terreno é plano, de esquina, ocupa uma área de aproximadamente 12.500 m² e tem 7.500 m² de área construída, na porção oeste do terreno, pouco arborizado e com pouca área de solo natural. O acesso à edificação se dá pela rua *Adeline* (fachada

principal oeste), quando feito a pé e pela rua *Woosley* (fachada lateral sul), quando de carro. O estacionamento do metrô fica dentro do terreno do campus e seu acesso é feito também pela rua *Adeline*.

FIGURA 29 - Implantação do Ed Roberts Campus



- | | |
|--------------------------------------|---------------------------------------|
| 1-PRAÇA PÚBLICA | 5-ESTACIONAMENTO DO METRÔ |
| 2-ENTRADA ESTACIONAMENTO DO METRÔ | 6-ENTRADA DO ESTACIONAMENTO DO CAMPUS |
| 3-ÁREA DE ÔNIBUS | 7-PARQUE INFANTIL |
| 4-ÁREA DE TRANSFERÊNCIA /CADEIRANTES | |

FONTE: < <http://www.archdaily.com> >

• Edificação

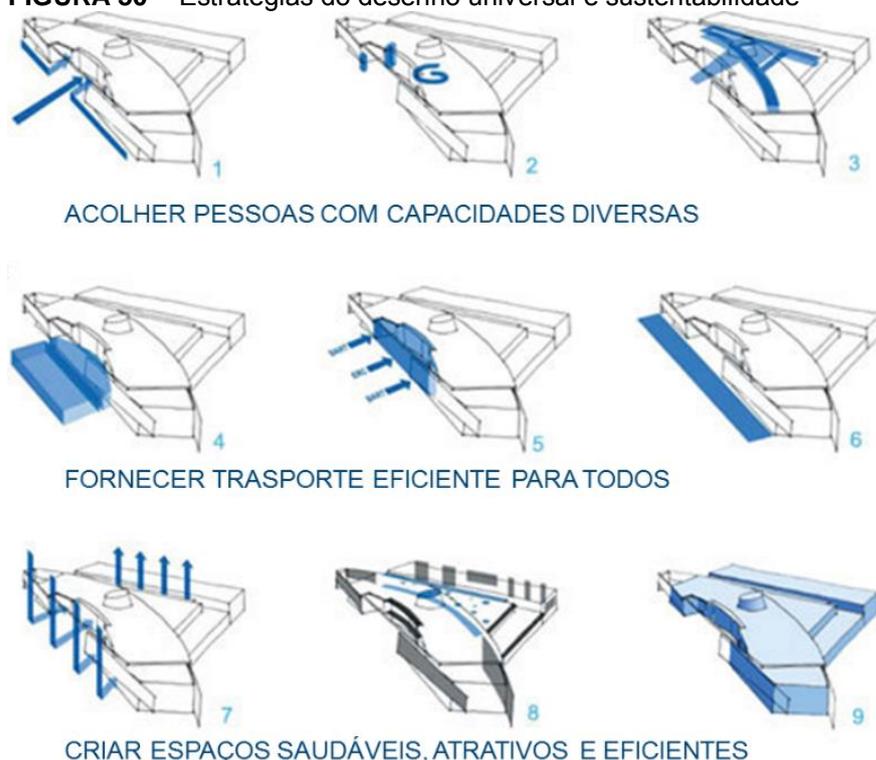
O edifício é um bom exemplo de como forma e função podem trabalhar bem juntos e tem aproximadamente 7.500m² de área construída. Foi projetado pelo escritório de arquitetura americano *Leddy Maytum Stacy* e inaugurado em 2010.

A volumetria do prédio foi pensada de forma a destacar a causa dos deficientes para a sociedade. A entrada principal em forma de arco tem a intenção de “estender a mão

para abraçar a cidade” mostrando a importância da participação da sociedade na causa e convidando-a a participar. O edifício foge da frieza das antigas instituições especializadas, devido a sua forma, distribuição programática e ambientação, que possibilitam integração social, ambiental, maior conforto e bem estar.

Além da volumetria imponente de grande valor atrativo, há outros três pontos que precisam ser destacados que “forçam” a sociedade a conhecer e conseqüentemente participar da comunidade do campus. Como já mostrado anteriormente, o campus é ligado a uma estação de metrô, o que é um grande facilitador para acesso a instituição, mas não somente isso. O acesso ao metrô para qualquer pessoa é dado somente pelo centro e o estacionamento da estação é dentro do prédio do campus, obrigando o usuário do metro a passar pelo centro. O terceiro ponto são as salas para alugar que também servem como forma de arrecadação de fundos.

FIGURA 30 - Estratégias do desenho universal e sustentabilidade

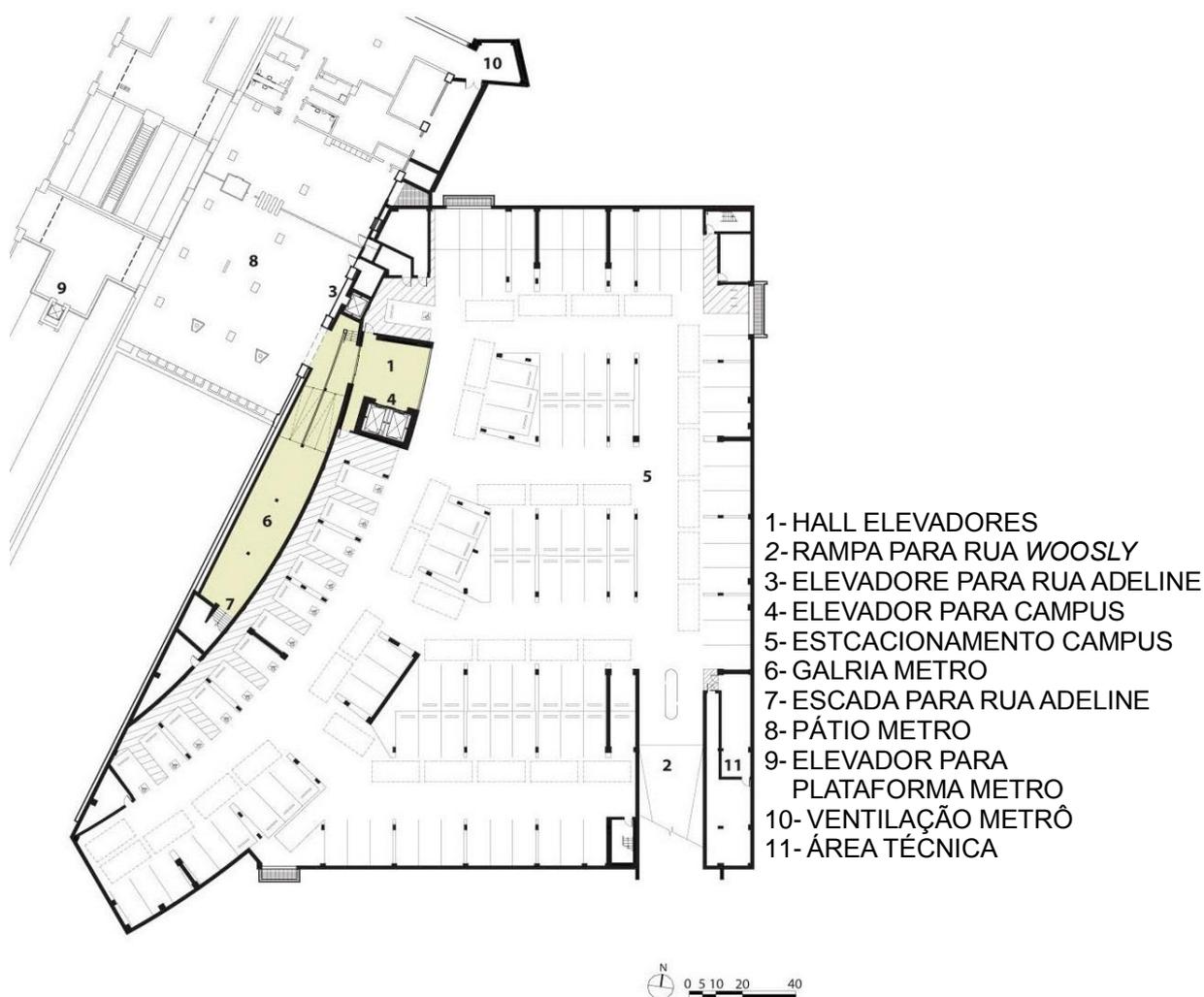


- | | |
|---|---|
| 1. ZONA DE ÔNIBUS, TRANSPORTE ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E TÁXIS | 5. ENTRADA INTUITIVA E ATRATIVA |
| 2. VENTILAÇÃO NATURAL | 6. CIRCULAÇÃO VERTICAL PARA TODOS |
| 3. ILUMINAÇÃO NATURAL E SEU CONTROLE | 7. CORREDORES LARGOS E LIVRES |
| 4. ALTA QUALIDADE DO AR INTERIOR | 8. LIGAÇÃO COM ESTAÇÃO DE METRO |
| | 9. ENTRADA PRINCIPAL COMO LIMAR DO TRÂNSITO |

FONTE: < <http://simbiosisgroup.net> >

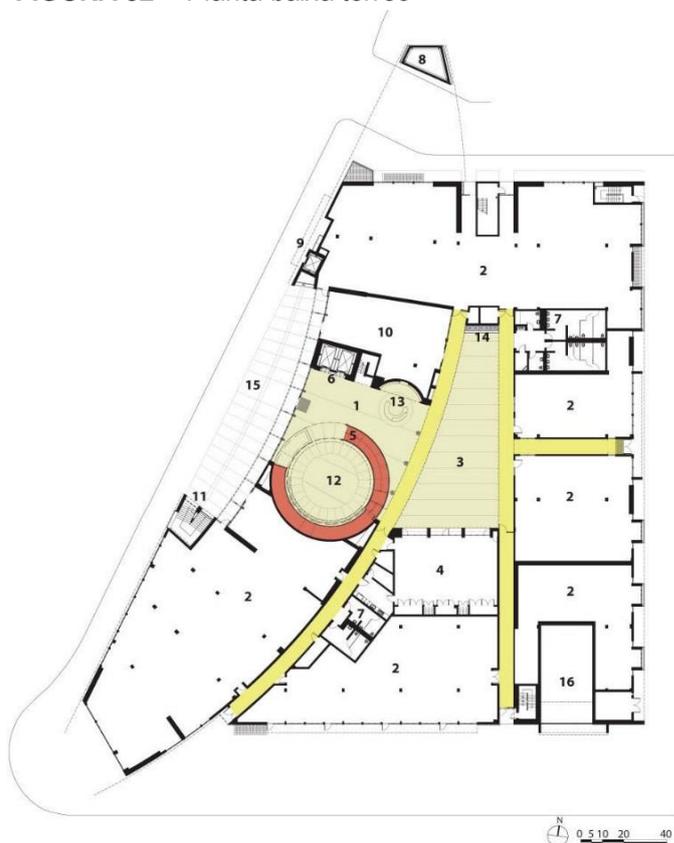
O programa do campus consiste basicamente em: espaço de exposição, salas de reuniões da comunidade, centro de desenvolvimento infantil, academia, escritórios para organizações sem fins lucrativos e instituições de formação profissional distribuídos em um único bloco de três pavimentos: subsolo, térreo e primeiro andar como pode ser visto nas figuras 29,30 e 31.

FIGURA 31 - Planta baixa subsolo



FONTE: < <http://plusmood.com/> >

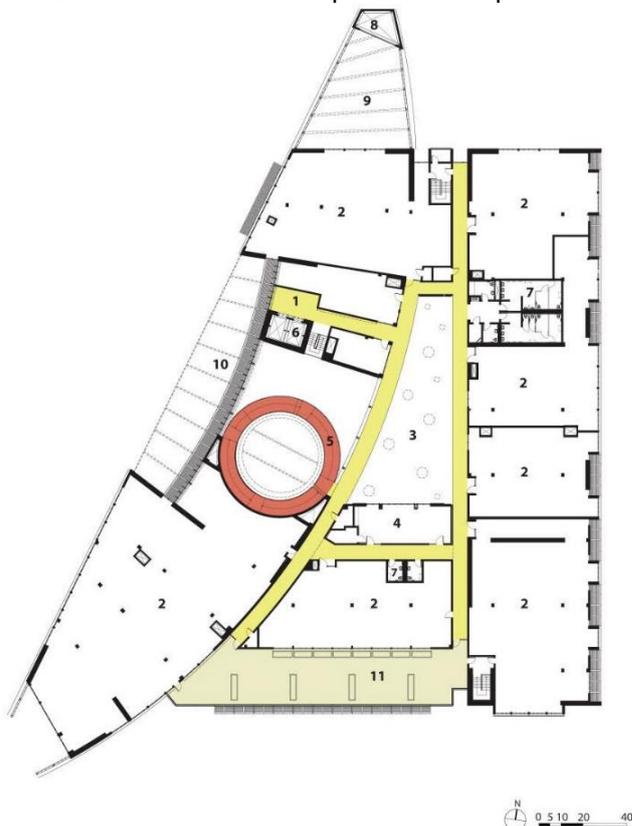
FIGURA 32 - Planta baixa térreo



- 1- HALL DE ENTRADA
- 2- SALAS PARA LOCAÇÃO
- 3- TRIBUNA CENTRAL
- 4- SALA DE CONFERÊNCIA
- 5- RAMPA
- 6- ELEVADORES
- 7- BANHEIROS
- 8- VENTILAÇÃO METRÔ
- 9- ELEVADOR PARA METRÔ
- 10- CAFÉ
- 11- ACESSO METRÔ
- 12- ÁREA DE EXPOSIÇÃO
- 13- RECEPÇÃO
- 14- FONTE
- 15- PRAÇA
- 16- RAMPA PARA SUBSOLO (ESTACIONAMENTO)

FONTE: < <http://plusmood.com> >

FIGURA 33 - Planta baixa pavimento 1º pavimento



- 1- HALL ELEVADORES
- 2- SALAS PARA LOCAÇÃO
- 3- TRIBUNA CENTRAL
- 4- SALA DE CONFERÊNCIA
- 5- RAMPA
- 6- ELEVADORES
- 7- BANHEIROS
- 8- VENTILAÇÃO METRÔ
- 9- MARQUISE
- 10- TRELIÇA METÁLICA
- 11- TERRAÇO

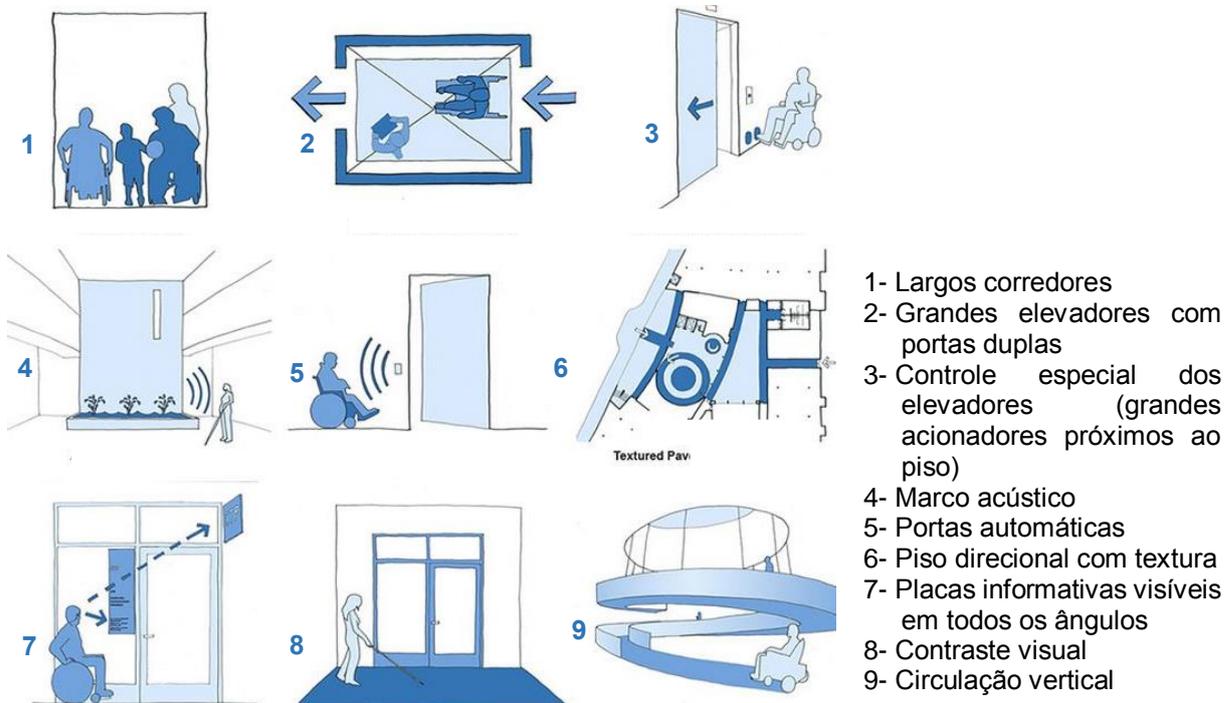
FONTE: < <http://plusmood.com> >

- Acessibilidade

O campus é totalmente acessível e não possui área para deficientes e seus diferentes tipos ou não. Todos podem usufruir dos mesmos ambientes. O projeto foi minuciosamente pensado para que a solução para um tipo de deficiência não atrapalhasse a outra e que todos, independente de idade, sexo ou deficiência circulassem de forma livre, fácil e intuitiva pelo edifício, seguindo os conceitos de desenho universal. A distribuição interna se desenvolveu a partir da rampa em uma planta livre, com flexibilidade de formas e usos, salas com grandes painéis de vidro que permitem a integração entre o interior e exterior do prédio.

É possível observar vários elementos acessíveis em todo o prédio desde os mais simples aos mais complexos, como pode ser observado em alguns exemplos na figura abaixo.

FIGURA 34 - Elementos acessíveis utilizados no Ed. Roberts Campus



FONTE: < <http://www.lmsarch.com> >

FIGURA 35 - Circulação vertical, a rampa



FONTE: Tim Griffith, 2011

FIGURE 36 – Circulação vertical



FONTE: Tim Griffith, 2011

FIGURA 37 - Tribuna central



FONTE: Tim Griffith, 2011

•Aspectos ambientais

Segundo a instituição *Ed Roberts Campus* (2014), é também uma construção sustentável uma vez que foi projetado para atender aos critérios da certificação LEED² categoria *Gold*, um dos selos verdes mais difíceis de se obter, apenas não o fez devido aos custos.

Alguns elementos de destaque são: ventilação natural, sistemas mecânicos de iluminação energeticamente eficientes, que reduzem o consumo de energia em mais de 50%, bem como a utilização de materiais reciclados, atóxicos e rapidamente renováveis. O prédio enfatiza luz natural proveniente das grandes janelas ao seu redor e do domo central em vidro. Dispositivos de sombreamento, como os *brise-soleil*, que

² LEED (*Leadership in Energy and Environmental Design*) é um sistema internacional de certificação e orientação ambiental para edificações, utilizado em 143 países, e possui o intuito de incentivar a transformação dos projetos, obra e operação das edificações, sempre com foco na sustentabilidade de suas atuações < <http://www.gbcbrazil.org.br> >

controlam tanto a iluminação como temperatura, conforme aponta a instituição *Ed Roberts Campus* (2014).

Apesar de pouca área verde, foram incorporadas novas espécies, que necessitassem de pouca água, o não de uso de herbicidas, tivessem flores que marcassem as estações do ano e folhagens com cores fortes e vivas conforme descreve *Ed Roberts Campus* (2014).

FIGURA 38 - Fachada lateral sul



FONTE: Tim Griffith, 2011

- **Materiais e tecnologias**

Além dos materiais sustentáveis, foram empregadas tecnologias para facilitar a independência do deficiente como por exemplo, as portas automáticas que se abrem com a aproximação através de cartões/chaves de acesso que se utilizam da tecnologia *wi-fi*, luzes automáticas, elevadores com grandes botões (ver figura 38 e 39) próximos ao piso para facilitar o uso de pessoas com problemas de locomoção dentre outros, como destaca *Ed. Roberts Campus* (2014).

FIGURA 39 - Elevador especial



FONTE: Google imagens,2014

FIGURA 40 - Detalhe dos acionadores do elevador



FONTE: < <http://www.meriahnichols.com> >

2.4 ANÁLISE COMPARATIVA

Esta análise tem por objetivo identificar e apontar a existência de serviços e equipamentos oferecidos por cada uma das instituições estudadas, para que a partir dela seja possível ter conhecimento de quais elementos irão compor o Centro de Vida Independente para deficientes intelectuais a ser proposto.

Os dois primeiros estudos de caso, apesar de funcionarem de forma improvisada, foram de extrema importância para a compreensão do funcionamento e necessidades do deficiente intelectual e o último estudo, também foi importante nesses aspectos mas, principalmente, para compreensão das necessidades arquitetônicas para esses espaços.

A Associação Novo Rumo, apesar de não ter sido construída para o uso e possuir acessibilidade comprometida, consegue atender aos serviços a que se propõe, reabilitação clínica e apoio psicológico, mas não atende aos conceitos inclusivistas, apesar de fazer parte de sua filosofia, pois a participação da comunidade não é tão estimulada, sendo feita apenas com voluntários.

As instalações da Arca do Brasil ainda funcionam de forma primária e improvisada, com ambientes inadequados para o uso, falta de acessibilidade e infraestrutura, mas seus conceitos e forma de funcionamento se mostram bem sólidos e estruturados,

assim como os conceitos de inclusão social.

O *Ed. Roberts Campus* consegue atender a todos os requisitos para um Centro de Vida Independente, com exceção da área verde, que foi pouco explorada. Consegue esse feito uma vez que foi projetado para o seu uso e minuciosamente estudado tornando-se referência mundial no tema.

QUADRO 01 - Quadro comparativo

ESTUDOS DE CASO		NOVO RUMO Recife, PE	ARCA DO BRA- SIL São Paulo, SP	ED. ROBERTS CAMPUS Berke- ley, CA-EUA
EDIFICA- ÇÃO	VOLUMETRIA	✗	✗	✓
	USO INTUITÍVEL E FUNCIONAL	✗	✗	✓
ACESSIBILIDADE	DIMENSIONAMENTO	✓	✗	✓
	CIRCULAÇÃO	✗	✗	✓
	BWC ACESSÍVEL	✗	✗	✓
	RAMPAS	✗ ✓	✗	✓
ASPECTOS AM- BIENTAIS	ÁREA VERDE	✗	✗ ✓	✗ ✓
	ILUMINAÇÃO NATU- RAL	✓	✗ ✓	✓
	VENTILAÇÃO NATU- RAL	✓	✗ ✓	✓
MATERIAIS	CORES	✓	✗	✓
	TECNOLOGIAS	✗	✗	✓
	SUSTENTÁVEIS	✗	✗	✓
ACESSO À EDIFICA- ÇÃO	CALÇADAS	✗	✗	✓
	MEIOS DE TRAS- PORTE	✗	✗	✓
PARTICIPAÇÃO DA COMUNI- DADE		✗ ✓	✗ ✓	✓

LEGENDA	
ATENDE	✓
ATENDE PAR- CIALMENTE	✗ ✓
NÃO ATENDE	✗

FONTE: Autora do projeto, 2014

Todas essas informações apresentadas neste capítulo adquiridas nos estudos de caso possibilitaram aprimorar os conhecimentos e necessidades existentes, que deverão compor o Centro de Vida Independente. Este conhecimento vem contribuir juntamente com os conceitos trabalhados na fundamentação teórica para a futura elaboração do anteprojeto.

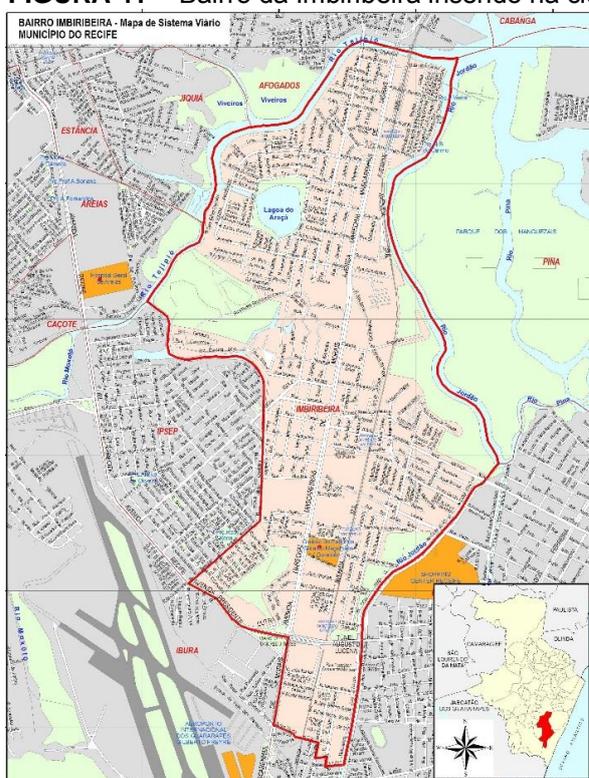
3. ANÁLISE DA ÁREA

Para melhor entendimento e desenvolvimento do anteprojeto do Centro de Vida Independente para deficientes intelectuais no bairro da Imbiribeira, é preciso entender o contexto da região em que o terreno está inserido. Para isso, é necessário um anteprojeto das características do bairro da Imbiribeira, com o foco na situação do terreno objeto de estudo, do seu entorno, condicionantes naturais e os aspectos legais.

3.1 ASPECTOS RELATIVOS AO BAIRRO DA IMBIRIBEIRA, RECIFE

A área escolhida para a realização do anteprojeto do centro de vida independente para deficientes intelectuais está localizada na cidade do Recife, no bairro da Imbiribeira e compreende a região Político Administrativa 06 (RPA 06), Microrregião: 6.1, na qual também fazem parte os bairros: Boa Viagem, Brasília Teimosa, Ipsep, Pina, Ibura, Jordão e Cohab.

FIGURA 41 - Bairro da Imbiribeira inserido na cidade do Recife



FONTE: Prefeitura da Cidade do Recife, 2014

O bairro está localizado na Zona Sul do Recife e foi escolhido para implantar o anteprojeto do centro de vida independente para deficientes intelectuais, devido a sua facilidade de acesso proveniente dos importantes corredores de transportes que cortam o bairro, assim como o grande número de linhas de ônibus, metrô além das futuras instalações da Via Mangue, pela variedade de usos, por ser um bairro central da cidade do Recife e pelo grande potencial de expansão urbana e econômica da região.

De acordo com os dados da Prefeitura do Recife (2014), o bairro da Imbiribeira possui uma área de 666 ha², com uma população residente de 48.512 habitantes, dos quais 22.508 são homens e 26.004 são mulheres. A faixa etária de 25-59 anos compõe a maior parte do bairro com 49,51% da população. Sua densidade demográfica é de 72,85 habitantes por hectare, distribuídos no total de 14.696 domicílios. O rendimento médio mensal dos responsáveis dos domicílios é de R\$ 2.108,44. A taxa de analfabetismo representa 91,6% entre os moradores com 10 anos ou mais.

Através de consulta a órgãos públicos competentes e visitas realizadas no bairro da Imbiribeira, foi possível registrar dados referentes a infraestrutura urbana da área, que serão necessários para a elaboração do anteprojeto do centro de vida independente para deficientes intelectuais.

Foram analisados os principais elementos que interferem diretamente no bom funcionamento e desenvolvimento da área, tais como: o abastecimento de água, energia elétrica, iluminação pública, transporte público, sistema viário, esgotamento sanitário, entre outros, que podem ser vistos no quadro abaixo.

QUADRO 02 - Infraestrutura existente

INFRA-ESTRUTURA EXISTENTE	
MOBILIDADE	O Bairro é atendido pelo corredor de transporte metropolitano – Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, Rua Arq. Luiz Nunes, Rua Olívia Menelau, Rua Ernesto de Paula Santos, Rua Ribeiro de Brito, o corredor de Transporte Urbano Principal - Av. Sul e as demais vias coletoras. Além da Av. Dom João VI, que se tornará continuação da Via Mangue, prevista para inauguração em 2014.
SISTEMA VIÁRIO E TRANSPORTE PÚBLICO	O sistema viário local se apresenta bem estruturado e suas vias principais são a Av. Mal. Mascarenhas de Moraes, Rua Arq. Luiz Nunes e Av. Sul, que possuem um tráfego intenso nos dias de semana tanto de automóveis como de pedestres. O bairro possui placas informativas e indicativas suficientes, Porém existem poucos próximos à área de estudo.
	O bairro apresenta um bom sistema de transporte coletivo e conta com mais de 100 linhas de ônibus do Grande Recife, ligando assim as diversas regiões da cidade.
SISTEMA DE TELEFONIA PÚBLICA	É realizado pela Oi-Telemar o sistema de telefonia pública da cidade. A quantidade de telefones públicos encontrados na área é o suficiente.
LIMPEZA URBANA	Os órgãos responsáveis pela limpeza urbana da cidade do Recife e do bairro é a EMLURB – Empresa de Manutenção e Limpeza urbana – e a Prefeitura da Cidade do Recife, através da DLU – Diretoria de Limpeza Urbana, empresa terceirizada. A coleta seletiva é feita através de caminhões e são armazenadas em lixeiras espalhadas pelas vias e praças.
ENERGIA ELÉTRICA	A área dispõe de energia elétrica fornecida pela CELPE – Companhia Energética de Pernambuco.
COMÉRCIO E SERVIÇOS	Estes setores apresentam-se bastante diversificados. São encontrados edifícios empresariais, shoppings, agências bancárias, gráficas, escritórios de advocacias, instituições de ensino, postos de saúde, algumas lanchonetes e cafeterias. O comércio informal aparece em algumas ruas. E apresenta um grande potencial de expansão urbana e econômica.

Fonte: Autora do projeto, 2014.

3.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA

O terreno está localizado próximo a importantes equipamentos urbanos, cortado por

uma importante malha viária e ao lado de uma área de mangue como pode ser visto na imagem seguinte.

FIGURA 42 - Leitura da área de estudo



FONTE: Autora do projeto com imagens do Google Maps,2014

FIGURA 43 - R. Alameda das Hortênsias - Estação



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 44 – Estação Shopping



FONTE: < <http://pt.wikipedia.org> >

FIGURA 45 - R. Sold. Sinésio Aragão– Geraldão



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 46 – Estação Shopping



FONTE: < <http://www.skyscrapercity.com> >

O entorno é caracterizado por uma diversidade de usos como residencial, serviços, comércio, educacionais e de infra estrutura, que está em transformação pelo alto número de obras iniciadas no seu entorno, principalmente de edifícios residenciais de alto gabarito, o que destoa da *skyliner* da área, que é composta de edificações de baixo gabarito com até dois pavimentos em sua maioria e em sua maioria de galpões. Dessa forma, faz se necessário, também, considerar essas mudanças da paisagem para a elaboração do anteprojeto do centro de vida independente para deficientes intelectuais.

FIGURA 47 - Tipologia predominante: galpões



FONTE: Acervo pessoal,2014

FIGURA 48- Tipologia predominante: galpões



FONTE: Acervo pessoal,2014

FIGURA 49 - Colégio Atual



FONTE: Acervo pessoal,2014

FIGURA 50 - Novos empreendimentos



FONTE: Acervo pessoal,2014

3.3 CARACTERIZAÇÃO DO TERRENO

O terreno está situado à Rua Alameda das Hortênsias e esquina com a Av, Dom João VI, faz limite com uma área de aproximadamente 33.270 m² de mangue e possui área de 18.308,50². A área dispõe de uma infraestrutura adequada, como saneamento básico, água potável, iluminação pública, telefonia e sistema viário com exceção da rua do terreno em questão, que encontra-se sem pavimentação, mas já está previsto a adoção de infraestrutura para a ela. Além de investimentos privados como para o prolongamento da Rua Camela da Silva até a Av. Dom João VI criando uma praça e uma passarela ligando a outra margem do canal do Rio Jordão ligando ao Shopping Recife, que facilitará ainda mais o acesso ao centro de vida independente. Todos esses elementos foram importantes na escolha do terreno.

FIGURA 51 - Vista aérea do terreno delimitado em vermelho



FONTE: Acervo pessoal, 2014

FIGURA 52 - Obras privadas previstas



FIGURA 53 - FONTE: Acervo pessoal, 2014

3.4 ASPECTOS FÍSICO AMBIENTAIS

O terreno utilizado para a elaboração do anteprojeto tem a fachada norte voltada para a Rua Alamedas das Hortências, a fachada sul para a área de mangue e outro imóvel, a fachada leste para área de mangue com a Av. Dom João VI e oeste para a Rua Guabiraba.

A partir do posicionamento do terreno, pode-se identificar a localização da nascente e do poente e assim fazer a análise da incidência solar e ventos predominantes, que pode ser vista abaixo.

FIGURA 54 - Estudo de ventos e insolação do terreno proposto

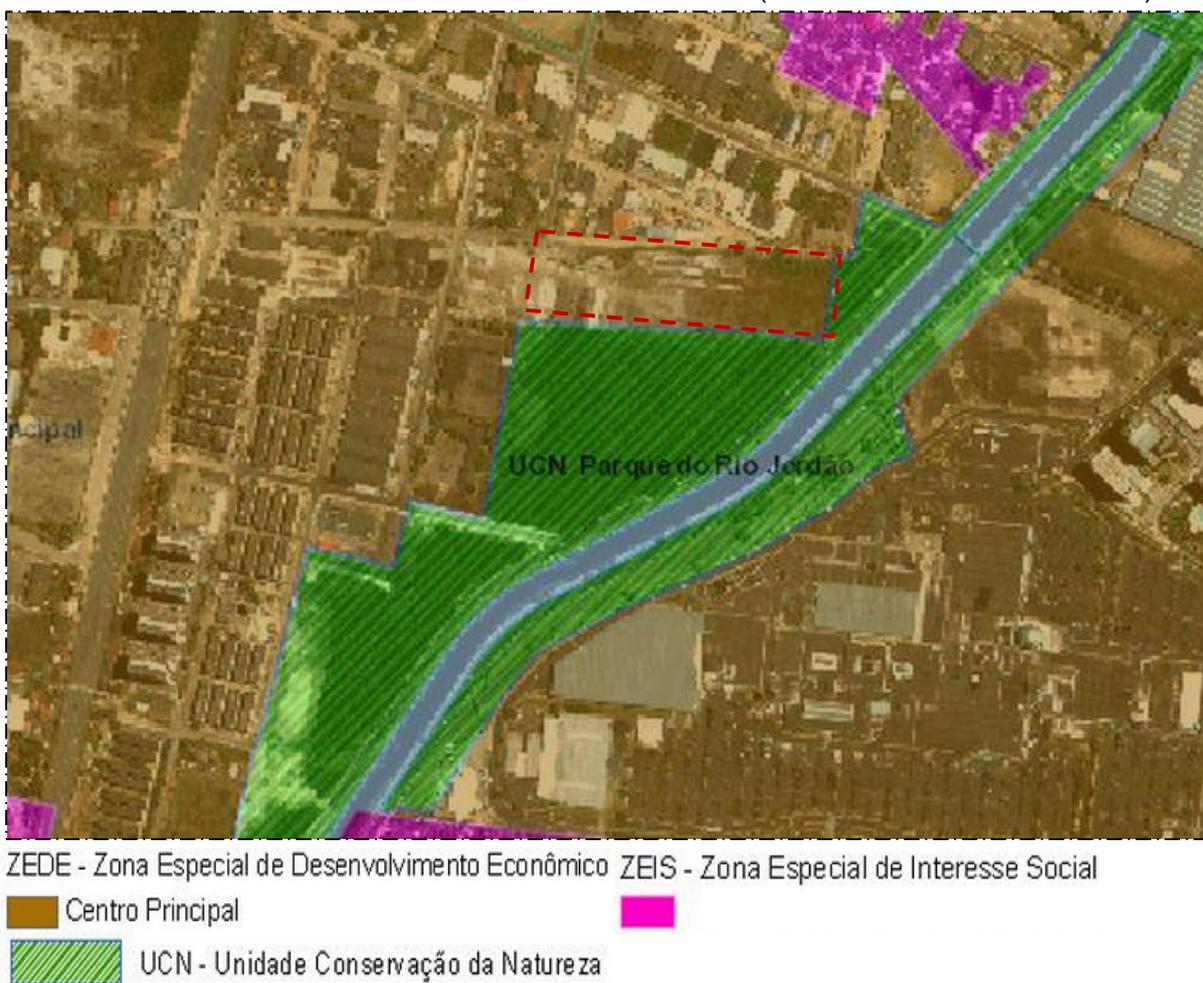


FONTE: Autora do projeto com imagens do Google Maps, 2014

3.5 ASPECTOS LEGAIS

A legislação prevista para a área escolhida está prevista no Plano Diretor do Recife, Lei de Uso e ocupação do solo da Cidade do Recife (LUOS) e pela lei de edificações. Segundo o Plano Diretor da Cidade do Recife, a área, localizada no bairro da Imbiribeira, pertence a Zona Especial de Dinamização Econômica I - ZEDE I na subdivisão de Centro Principal – CP. Essa zona, ZEDE-CP, é caracterizada por áreas consolidadas ou potenciais, que possuem atividades diversificadas com raio de influência regional e metropolitano.

FIGURA 55 - Zoneamento retirado do Plano Diretor do Recife (terreno delimitado em vermelho)



FONTE: Autora do projeto com imagens Esig-Plano Diretor do Recife, 2014

3.5.1 Plano Diretor da Cidade do Recife - Lei nº 17.511 de 29 de dezembro de 2008

Os parâmetros urbanísticos reguladores do uso da ocupação do solo são: coeficientes de utilização, gabarito de altura, taxa de solo natural e afastamentos.

Para as Zonas Especiais, esses parâmetros, serão definidos pelos da Zona Moderada, no caso ZAC-M, uma vez que ainda não há uma legislação específica para a área, como pode ser visto em trecho do Plano Diretor abaixo.

Art. 230. Adotar-se-á para a ZEDE Centro Principal – Centro Expandido, todas as ZEDE Centro Secundário e todas as ZEDE Centro Local, os parâmetros e limites definidos na Lei de Uso e Ocupação do Solo N° 16.176/96 e suas posteriores alterações, para as Zonas Especiais de Centro Principal – ZECP e Zonas Especiais de Centro Secundário, Zonas Especiais de Centro Metroviário, respectivamente até a publicação da legislação específica.

Parágrafo Único – Na ZEDE Centro Principal – Boa Viagem e no trecho da ZEDE Centro Principal – Centro Expandido não contido dentro do limite da ZECF deverão ser adotados os parâmetros definidos nesta Lei para a Zona Moderada até a publicação da legislação específica (Lei nº 17.511, 2008).

Assim, ficam estabelecidos, para ZEDE-CP os parâmetros urbanísticos da ZAC-M, que são:

QUADRO 03 - Parâmetros Urbanísticos ZAC-M

PARÂMETROS URBANÍSTICOS ZAC-M			SIGLAS	
COEFICIENTE DE UTILIZAÇÃO - μ	μ - MÍNIMO	0,1	n	= Número de pavimentos;
	μ - PERMANENTE	1,0	Af	= Afastamento frontal;
	μ - BÁSICO	3,0	Al	= Afastamento lateral;
	μ - EXPORTAÇÃO	2,0	Afi	= Afastamento frontal inicial;
	μ - MÁXIMO	3,0	Ali	= Afastamento lateral inicial; e,
AFASTAMENTOS	Afu	5,0m	Afu	= Afastamento de fundos.
	Ali	3,0m		
	Afu	Al		
	$Af = Afi + (n-4) 0,25$	2,0		
	$Al = Ali + (n-4) 0,25;$	3,0		
TAXA DE SOLO NATURAL	25%			

FONTE: Autora do projeto com dados Plano Diretor do Recife, 2014

Concluimos que a área na analisada, constituída do terreno selecionado e seu entorno, é indicada para a implantação do Centro de Vida independente para deficientes intelectuais.

4. PROCESSO PROJETUAL

Este capítulo apresentara a proposta do anteprojeto de Centro de Vida Independente, no bairro da Imbiribeira, Recife-PE. Serão abordados os seguintes tópicos: partido arquitetônico, volumetria, programa de atividades e os demais aspectos relativos à etapa pré projetual.

4.1 PROGRAMA

O projeto tem por finalidade oferecer uma grande gama de serviços e atividades para seus usuários visando sua reabilitação, inclusão, bem-estar e independência. Entretanto, não há um parâmetro pré-estabelecido a ser seguido devido ao próprio conceito do CVI permitir que o programa seja estabelecido de acordo com a necessidade e por não existirem legislações ou resoluções específicas para este tipo de equipamento. Assim, um programa básico foi estabelecido a partir dos estudos de casos realizados e referencial teórico.

O programa foi dividido em três setores: administrativo, serviço e reabilitação/social. O setor de reabilitação/social foi subdividido para melhor entendimento conforme quadro abaixo com itens destacados.

QUADRO 04 - Programa Básico – Reabilitação/Social

REABILITAÇÃO/SOCIAL		
<u>Reabilitação Clínica</u>	<u>Aluguel</u>	<u>Convivência</u>
Fonoaudiologia	Auditório	Pátio
Fisioterapia	Salas	Recreação
Terapia Ocupacional	<u>Pesquisa</u>	BWC masc.
Psicologia	Laboratórios	BWC fem.
Pscicopedagogia	Salas	Piscina
Fisioterapia Neurológica	Oficinas	Horta
RGP	Biblioteca	Quadras Esportivas
Aconselhamento aos pares	<u>Tecnologia</u>	<u>Reabilitação/Capacitação Profissional</u>
Neuropediatria	Almoxarifado	<u>Consultoria</u>
Assistência Social	Lab. Informática	<u>Assessoria Jurídica</u>
Ambulatório/Enfermaria	Auditório	
Psicomotricidade	Oficinas	

FONTE: Autora do projeto, 2014

QUADRO 01 - Programa Básico – Administrativo e Serviços

ADMINISTRATIVO	SERVIÇOS
Salas administrativos	Refeitório
Salas de reuniões	Cozinha
Recepção	Despensa
Sala de descanso	D.M.L.
BWC masc.	Lavanderia
BWC fem.	Vestiário Fun. Mas.
Copa	Vestiário Fun. Fem.

FONTE: Autora do projeto, 2014

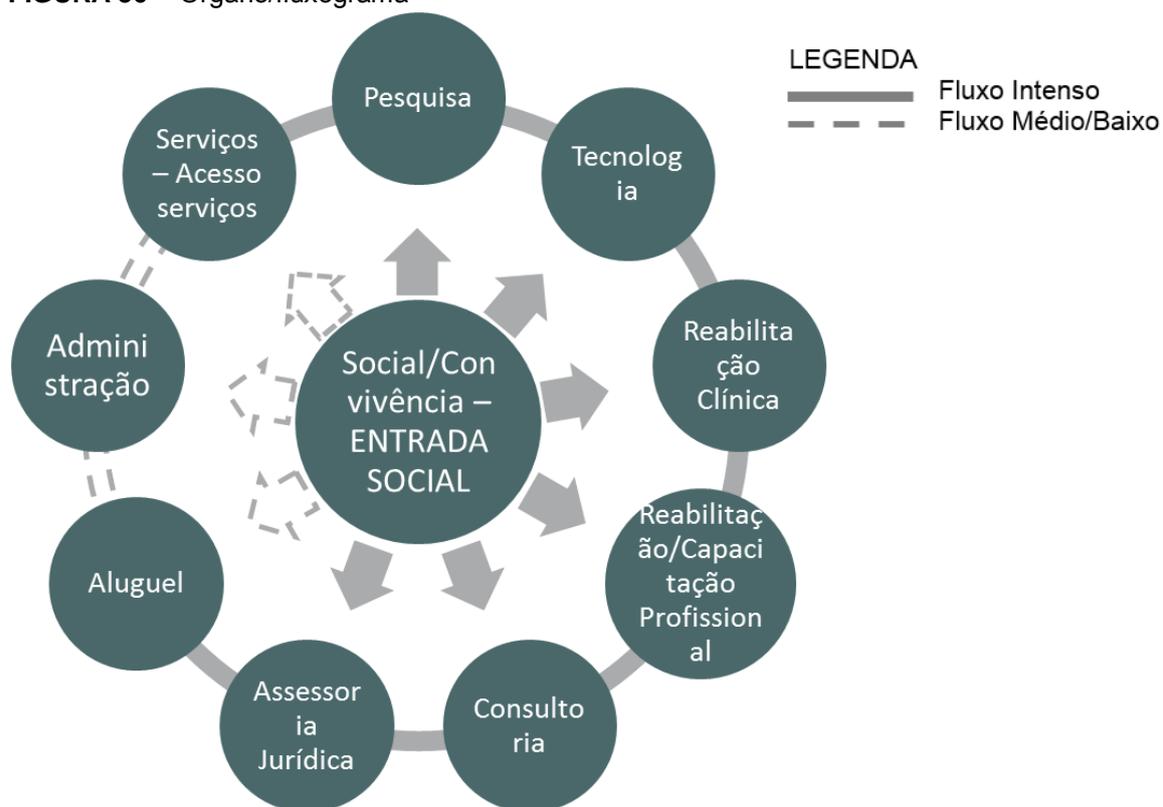
O programa, juntamente com uma equipe multidisciplinar, busca disponibilizar uma série de atividades, para promover a independência e interação do deficiente intelectual e sua melhor qualidade de vida.

O quantitativo e dimensionamento desses espaços serão apresentados no anteprojeto do centro de vida independente para deficientes intelectuais no bairro da Imbiribeira.

4.2 ORGANO/FLUXOGRAMA

O organograma do centro de vida independente foi concebido com base no programa estabelecido a partir das pesquisas e estudos de casos realizados para o anteprojeto em questão. Percebendo a importância do setor social, a estruturação do organograma se fez a partir da área de convivência, considerando a intensidade de fluxos e hierarquia dos espaços para um bom funcionamento, evitando o cruzamento de fluxos indesejados.

FIGURA 56 - Organo/fluxograma



FONTE: Autora do projeto, 2014

4.3 ZONEAMENTO

Para entender melhor a organização dos espaços e compreensão do funcionamento do centro de vida independente, foi elaborado um zoneamento, a fim de representar o uso e a ocupação de seus setores existentes, de maneira que fiquem separados porém interligados, garantindo acessibilidade a todos, considerando o conforto ambiental e acessos.

FIGURA 57 - zoneamento



FONTE: Autora do projeto com imagens google maps, 2014

O zoneamento foi elaborado fazendo uma releitura do modelo Panóptico de Jeremy Beathen, contudo substituindo a torre de comando central pela área de convivência, para maior integração dos usuários. Além disso, houve uma preocupação em preservar a vegetação existente.

4.4 PARTIDO ARQUITETÔNICO

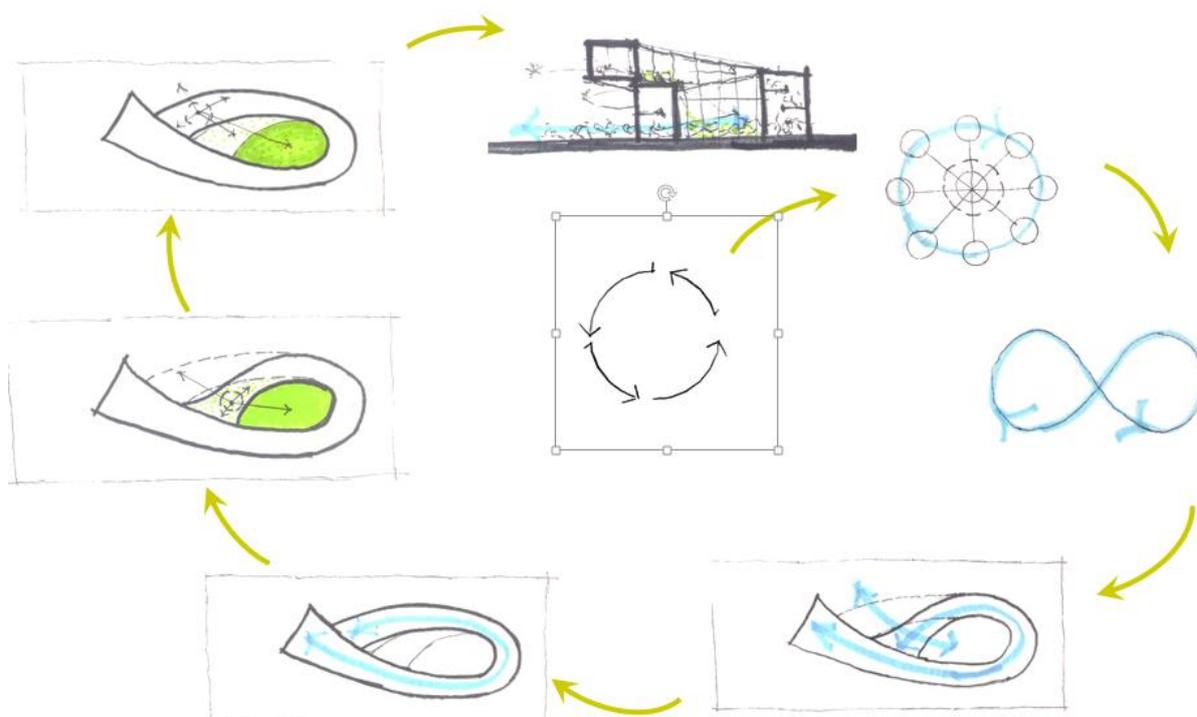
O partido é a conjunto de diretrizes para elaboração do projeto arquitetônico, e para o anteprojeto do CVI, foi definido a partir dos estudos de caso e pelo somatório dos conceitos abordados no referencial teórico: disciplina e vigilância de Foucault (1987), o modelo Panóptico de Jeremy Benthan, os princípios do desenho universal, humanização, a racionalidade e a flexibilidade da arquitetura moderna.

Na busca da criação de uma volumetria que atendesse às diretrizes estabelecidas, o anteprojeto se estruturou a partir da forma simples, intuitiva e continua de um círculo em um único volume adaptando-se à configuração do terreno e condicionantes climáticos, permitindo maior independência no deslocamento dos usuários. Optar por

um único edifício possibilita a criação de espaços arquitetônicos mais estimulantes devido a diversidade de atividades simultâneas desenvolvidas ao logo CVI, além de estimular o convívio entre os usuários.

Inicialmente foi pensado em uma edificação térrea, contudo o terreno e o terreno vizinho possuem uma grande área de mangue preservado de enorme potencial paisagístico, dessa forma elevou-se um dos blocos proporcionando uma maior permeabilidade visual, continuidade física entre o interior da área térrea e exterior do edifício proporcionando uma maior integração com a natureza.

FIGURA 58 - Evolução volumétrica



FONTE: Autora do projeto, 2014

4.5 MEMORIAL DESCRITIVO

A partir da definição do partido arquitetônico, foi elaborado um anteprojeto arquitetônico para o centro de vida independente que pode ser sintetizado por meio dos seguintes tópicos:

O CVI tem uma área total construída de 8.894,25 m², distribuído ao longo de um terreno de 18.308,50m² e área de 6.574,50m² de solo natural. O único volume distribui-se em dois pavimentos de circulação contínua. A edificação foi implantada no terreno no eixo leste/oeste, porém com as maiores fachadas voltadas para o eixo norte-sul evitando a incidência solar direta sobre elas e colocando o setor de serviços e circulação vertical na parte oeste do terreno.

Há no terreno uma área de aproximadamente 3.500m² ocupada por um ecossistema de grande significância nas zonas costeiras alagadas, o manguezal, que abriga uma grande concentração de espécies da fauna e flora, além de um solo rico. Optou-se pela valorização da área de mangue, garantindo que, assim como sua área vizinha, pudesse ser preservada, servindo de vista para a edificação que se projeta diante dela.

Criaram-se acessos distintos ao local, um destinado ao serviço, e outro social, para veículos e pedestres. A entrada principal é feita a partir de um trecho com declividade de 5%, induzindo o pedestre por um amplo caminho ladeado de vegetações de médio porte, garantindo sombra sem perder a visualização do edifício. Os veículos contam com uma rotatória em torno de um espelho d'água com área de desembarque, além de um estacionamento com 124 vagas disposto em toda face norte-oeste do terreno, sendo três vagas reservadas para ônibus e três vagas acessíveis, localizadas próximas a entrada.

Adotou-se uma releitura do modelo panóptico com uma disposição circular permitindo um deslocamento fácil e intuitivo, além de reduzir o número de corredores de pontos cegos importantes para a vigilância dos usuários. Devido a suas limitações, a constante observação em suas atividades cotidianas se faz necessário, levando em consideração o fator "ver sem ser visto", se torna importante que não se sintam vigiados, para que possam desfrutar do bem estar da liberdade.

Volumetricamente buscou-se destacar a edificação do entorno, despertando a curiosidade de quem transita nas ruas, levando-os a conhecer a causa. O programa se desenvolve a partir da área de convivência. Com 5.621,85m², o térreo abriga o

amplo hall de entrada, nele, além da recepção, concentra-se toda a circulação vertical do CVI, dois elevadores de serviço e quatro elevadores sociais voltam-se para uma rampa de 62 metros de comprimento e inclinação de 8,33%, seguindo os conceitos de desenho universal, não havendo distinção de espaços.

A rampa, se destaca como um dos principais elementos do projeto, trazendo à tona a importância de que os espaços podem ser projetados sem exclusões, uma única circulação para todos os tipos de pessoas, sendo elas com necessidades especiais ou não, permitindo que caminhem lado a lado, sendo desnecessário a criação de dois tipos de circulação. A forma imponente da rampa, além de agregar valor estético ao prédio, lembra que ela se torna símbolo do conceito de inclusão.

O CVI foi pensado de forma integrada, excluindo barreiras ou diferenciação de ambientes e de públicos, sendo deficientes ou não. Esse conceito pode ser observado nos espaços destinados a oficinas: salas de uso flexível que podem ser moduladas de acordo com cada necessidade. Ao lado da sala de oficinas, o departamento médico abriga sete salas de diferentes especialidades, além da recepção. É no departamento médico que se realizará a avaliação inicial, determinando as necessidades, traçando as estratégias e atividades para auxiliar no desenvolvimento no deficiente, as quais serão realizadas ao longo do centro.

O Restaurante/Café abrange uma área ampla que recebe uma grande incidência de iluminação natural proveniente do *shed*, que além de permitirem a circulação do ar, também agregam diferencial estético ao local; a cozinha encontra-se junto ao grande bloco de serviços, com áreas de preparo, lavagem, sala de nutricionista, câmaras frigoríficas de resfriados e congelados e despensa. Essa zona de serviço possui acesso através da doca.

A praça central relaciona o ambiente interno e externo, principalmente através da continuidade do piso, onde se encontra um espaço de recreação conectado aos jardins; anfiteatro acessado a partir de uma rampa com 8% de inclinação; duas piscinas, sendo uma hidroterápica e outra semi olímpica, ambas cercadas por áreas de convívio e possuindo vestiário feminino e masculino como apoio. Toda essa área

delimita-se pela projeção do pavimento superior e não possui barreiras em relação a paisagem que a cerca.

Ao chegar ao primeiro pavimento há uma secretária e um *lounge* de espera; as amplas circulações possibilitam uma visão geral da coberta verde do pavimento térreo e nela estão locados espaços destinados ao convívio e interação social, onde a importância da implantação de elementos naturais pode ser observada através da preocupação paisagística

O setor consultoria/administrativo comporta uma sala de trabalho com capacidade para 40 funcionários, que atuam na área de assistência social, psicologia, apoio jurídico e técnico a comunidade envolvida, que necessita de orientação específica para sua vida cotidiana, desde o primeiro apoio psicológico, no momento do conhecimento de uma síndrome em um membro da família, até as implicações práticas, como adequações arquitetônicas, seus direitos etc. Em suma, todo o apoio necessário em diversas áreas da vida cotidiana do deficiente e sua família.

As salas de atividades presentes no primeiro pavimento, assim como no térreo, são multifuncionais, destinadas principalmente a capacitação e ao apoio psicológico. Ao lado encontra-se a biblioteca, sala de conferência, sala de tecnologia e internet.

Alguns espaços podem vir a ser destinados ao público externo – como, por exemplo, o auditório com capacidade para 150 pessoas e salas de oficinas - através de aluguel, possibilita diluir os custos do centro, e especialmente viabilizar o conhecimento e a integração deste público com público alvo, beneficiário desde centro de convivência, dentre outras vantagens.

A sistema estrutural adotado na construção foi escolhido a fim de permitir grandes vãos e uma planta livre; deste modo, foi o modelo bastante observado nas obras do arquiteto Angelo Bucci, com lajes nervuradas em concreto protendido com grandes balanços, atirantadas às grandes vigas invertidas na cobertura que se apoiam nos grandes pilares de seção circular distribuídos em módulos de 18m e nas duas grandes empenas estruturais nas extremidades do edifício.

As 4 fachadas foram priorizadas de forma a evitar uma construção de “fundo”. A fim de garantir um bom desempenho térmico, optou-se por revestir a edificação com o sistema de fachadas ventiladas de betão polímero, Ulma.

Conjunto de *sheds* na cobertura, com aberturas controladas e protegidas da incidência solar nos períodos críticos do dia e ao longo do ano, associado as grandes aberturas e panos de vidro que revestem o prédio, contribui para um bom nível de iluminação e ventilação natural, reduz o uso de iluminação artificial e aproxima o ambiente construído do ambiente natural aumentando a relação externo/interno.

4.6 APRESENTAÇÃO GRÁFICA

Seguem no apêndice, as pranchas do anteprojeto arquitetônico elaborado, em escala indicada.

PRANCHA 01.05 - Plantas de situação, locação e coberta

PRANCHA 02.05 - Planta baixa térreo

PRANCHA 03.05 – Planta baixa 1º pavimento

PRANCHA 04.05 – Cortes AA’ e BB’

PRANCHA 05.05 - Fachadas leste e sul

REFERÊNCIAS

AAIDD. *American Association on Intellectual and Developmental Disabilities*.

Disponível em: < <http://www.aaid.org> >. Acesso em: 01 de outubro de 2013.

ALMEIDA, Marina da Silveira rodrigues. **O que é deficiência intelectual ou atraso cognitivo?** Disponível em: < <http://inclusaobrasil.blogspot.com.br/2007/10/o-que-deficincia-intelectual-ou-atraso.html> >. Acesso em: 01 de outubro de 2013.

AME. **Associação Amigos Metroviários dos Excepcionais**. Disponível em: < <http://www.ame-sp.org.br/site/> >. Acesso em: 17 de maio de 2014.

APAE-SP - **Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais**. Disponível em: < www.apaesp.org.br >. Acesso em: 02 de outubro de 2013.

ARANHA, Maria Salete Fábio. **Integração social do deficiente: análise conceitual e metodológica**. Temas em Psicologia. Ribeirão Preto: Sociedade Brasileira de Psicologia, 1995.

ARANHA, Maria Salete Fábio. **Projeto Escola Viva – Garantindo o acesso e permanência de todos os alunos na escola – Alunos com Necessidades Educacionais Especiais**. Brasília: Ministério da Educação, Secretaria de Educação Especial, C327 2002.

ARQUITETÔNICO. **Frank Lloyd Wright: Os princípios de sua Arquitetura Orgânica**. Disponível em: < <http://www.arquitetonico.ufsc.br/frank-lloyd-wright>> Acesso em: 05 de maio de 2014.

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

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, 1988, Disponível em: < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/91972/constituicao-da-republica-federativa-do-brasil-1988> >. Acesso em: 01 de outubro de 2013.

1. BRASIL. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências**. Brasília, 1999. Disponível em: < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109697/decreto-3298-99> >. Acesso em: 11 de maio de 2014.

BRASIL. **Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências**. Brasília, 1989. Disponível em: < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/109358/lei-7853-89> >. Acesso em: 11 de maio de 2014.

BRASIL. **Lei nº 10.216, de 6 de abril de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, 2011. Disponível em: < <http://presrepublica.jusbrasil.com.br/legislacao/100810/lei-10216-01#art-6> >. Acesso em 10 de março de 2014.

CAMBIAGHI, Silvana. **Desenho universal: métodos e técnicas para arquitetos e urbanistas.** São Paulo: Editora Senac São Paulo, 2007.

CARVALHO, Alfredo Alberto; ROCHA, Jomar Vieira; SILVA, Vera Lúcia Ruiz Rodrigues. **Pessoa com deficiência na história: modelos de tratamento e compreensão. Pessoa com deficiência: aspectos teóricos e práticos.** Cascavel: UNIOESTE, 2006. Disponível em: < http://cac-php.unioeste.br/projetos/pee/arquivos/pes_com_defi_asp_teo_e_prat.pdf >. Acesso em: 11 de março de 2014.

CERUTTI, Elisabete. **O Olhar do pedagogo sobre os arranjos espaciais na educação da infância.** Revista de Ciências Humanas. Departamento de Ciências Humanas da Universidade Regional Integrada Do Alto Uruguai e das Missões, Frederico Westphalen, 2007. Disponível em: < <http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadech/article/viewFile/370/673> >. Acesso em: 18 de maio de 2014.

CORRÊA, Maria Ângela Monteiro. **Educação Especial.** Rio de Janeiro: Fundação CECIERJ, 2005. Disponível em: < <http://nead.uesc.br/arquivos/pedagogia/educacao-inclusiva/educacao-especial.pdf> >. Acesso em: 11 de março de 2014.

DALLARI, D. **Direitos humanos e cidadania.** São Paulo: Moderna, 1998.

D'AMARAL, Teresa Costa. **Inclusão social da pessoa com deficiência: medidas que fazem a diferença.** Rio De Janeiro: IBDD, 2008. Disponível em: < <http://www.ibdd.org.br> >. Acesso em: 10 de dezembro de 2013.

Declaração de Madrid. **Não discriminação mais ação positiva igual a inclusão**

social. Tradução Associação Portuguesa de Deficientes. Madri: Congresso Europeu de Pessoas com Deficiência,2003.

DIAS, Priscila Olivia de Oliveira. **Ações inclusivas em atividades de lazer e turismo: análise do projeto praia sem barreiras – Ipojuca/PE.** Monografia (Graduação em Turismo). Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2013. Disponível em: < <http://www.sigaa.ufrn.br/sigaa/verProducao?idProducao=1940218&key=46ec0cae9576a934c0e2b0c1beb64c19>. >. Acesso em 09 de maio de 2014.

Ed Roberts Campus. Disponível em < www.edrobertscampus.org >. Acessado em: 12 de maio de 2014.

FLETCHER, Agnes. **Ideias Praticas em Apoio ao Dia Internacional das Pessoas com Deficiência.** Tradução Romeu Kazumi Sasaki. São Paulo: Prodef/ Apade,1996.

FONTES, Maria Paula. **Fontes, imagens da arquitetura da saúde mental: um estudo sobre a requalificação dos espaços da casa do sol, instituto municipal de assistência à saúde Nise da Silveira.** Trabalho de conclusão de curso (pós-graduação em Arquitetura). Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: Nascimento das prisões.** Tradução de Raquel Ramallete. Petrópolis: Vozes, 1987.

FROIS, Catarina. **Sociedade Anónima: Identidade, transformação e Anonimato nas Associações de 12 Passos.** Trabalho de conclusão de curso (Doutorado em Antropologia Social e Cultural). Instituto de Ciências Sociais. Universidade de Lisboa. Lisboa, 2007.

IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. **Censo Demográfico 2010: Características gerais da população, religião e pessoas com deficiência.** Rio de Janeiro,2010. Disponível em: < http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/periodicos/94/cd_2010_religiao_deficiencia.pdf >. Acesso em: 12 de março de 2014.

INR. **Instituto Nacional para a Reabilitação**. Portugal, 2010 Disponível em: < <http://www.inr.pt/content/1/5/desenho-universal> >. Acesso em 19 de maio de 2014.

KOWALTOWSKI. CC. **Arquitetura e Humanização**. São Paulo: São Paulo, 1989.

LEDDY, Willian. **Ed. Roberts Campus**. Barcelona: *Metropolis*, 2011. Disponível em: < <http://www.metropolismag.com/March-2011/Mission-Driven/> >. Acesso em: 9 de maio de 2014.

L'Arche Internationale. Disponível em: < www.larche.org >. Acessado em: 02 de março de 2014

LUCKASSON, Ruth; BORTHWICK-DUFFY, Sharon; BUNTINX, Will H. E.; COULTER, David. L.; CRAIG, Ellis. M. (Pat); REEVE, Alya; SCHALOCK, Robert L.; SNELL, Martha E; SPITALNIK, Deborah M.; SPREAT, Scott e TASSÉ, Marc J.. **Retardo Mental: Definição, classificação e sistemas de apoio**. Tradução Magda França Lopes. 10ª edição. Porto Alegre: Artmed, 2006.

LYNCH, K. **A imagem da cidade**. Tradução Jefferson Luiz Camargo. São Paulo: Ed. Martins Fontes, 1997.

MATTOS, Paula. **O clássico e suas contradições históricas**. Disponível em: < ftp://ftp.usjt.br/pub/revint/375_55.pdf > Acessado em: 29 de maio de 2014.

NAMBU, Tais Suemi. **Construindo um mercado de trabalho inclusivo: guia prático para profissionais de recursos humanos**. São Paulo: SORRI-BRASIL; Brasília: CORDE, 2003.

NASCIMENTO, Cristiano (2008). **O edifício como espaço analítico: uma discussão das ideias de Foucault sobre a arquitetura**. Disponível em: < <http://www.vitruvius.com.br/revistas/read/arquitextos/08.093/168> >. Acesso em: 14 maio 2014.

NEUFERT, Peter. **Arte de projetar em arquitetura**. 17ª Edição, 4ª impressão, 2008. Barcelona: Ed. Gustavo, 2004.

OKINO, Michelle Yumi Felipe. **Desemprego e exclusão social: princípios fundamentais em Xequê?** I Conferência Nacional das Políticas Públicas contra a pobreza e desigualdade, Natal, 2010. Disponível em: < <http://www.cchla.ufrn.br/cnpp/pgs/anais/Arquivos%20GTS%20-%20recebidos%20em%20PDF/DESEMPREGO%20E%20EXCLUS%C3%83O%20SOCIAL%20PRINCIPIOS%20FUNDAMENTAIS%20EM%20XEQUE.pdf>. Acesso em: 19 de maio de 2014.

ONS- Organização Mundial da Saúde. **Relatório mundial sobre a deficiência / *World Health Organization, The World Bank***; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012.

ResAP. **Resolução de Acordo Parcial no Domínio Social e da Saúde Pública para a plena cidadania das pessoas com deficiência através de novas tecnologias inclusivas**. Estrasburgo: Conselho da Europa, 2001. Disponível em: < www.inr.pt/uploads/docs/Edicoes/Cadernos/Caderno016.rtf >. Acesso em: 13 de maio de 2014.

PRATO, Lígia Dantas Lima. **Anteprojeto de uma comunidade terapêutica em ilha de Itamaracá-PE**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Arquitetura e Urbanismo). Faculdade Damas da Instrução Cristã. Recife, 2013.

PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE. **Plano Diretor da cidade do Recife. LEI Nº 17.511 de 29 de dezembro de 2008**. Recife, 2008. Disponível em: < http://www.recife.pe.gov.br/ESIG/documentos/Plano_Diretor/Lei%20Plano%20Diretor%2017511-2008.htm >. Acesso em: 07 de março de 2014.

PRIBERAM. **Dicionário Priberam da Língua Portuguesa**. Disponível em: < <http://www.priberam.pt/dlpo/psicopatia> >. Acesso em 01 de outubro de 2013

PULS, Maurício. **Arquitetura e Filosofia**; São Paulo: AnnaBlume, 2006.

SANOFF, Henry. **Participatory Design: Theory & Techniques**. Carolina do Norte: Bookmasters, 1990.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: RNR, 2010.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão da pessoa com deficiência no mercado de trabalho**. São Paulo: Ed. Prodef, 1997.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Pessoas com deficiência e os desafios da inclusão**. Revista Nacional de Reabilitação, 2004. Disponível em: < bauru.apaebrasil.org.br/arquivo.phtml?a=9453 > Acesso em: 03 de março de 2014.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Atualizações semânticas na inclusão de pessoas: Deficiência mental ou intelectual? Doença ou transtorno mental?** Revista Nacional de Reabilitação, 2005. Disponível em: < www.pjpp.sp.gov.br/wp-content/uploads/2013/12/21.pdf > Acesso em: 01 de outubro de 2013.

SCHALOCK, Robert L.; Borthwick-Duffy, Sharon A.; BRADLEY, Valerie J.; BUNTINX, Will H.E.; COULTER, David L.; CRAIG, Ellis M. (Pat); GOMEZ, Sharon C.; LACHAPELLE, Yves; LUCKASSON, Ruth; REEVE, Alya, SHOGREN, Karrie A.; SNELL, Martha E.; SPREAT, Scott; TASSÉ, Marc J.; THOMPSON, James R.; VERDUGO-ALONSO, Miguel A.; WEHMEYER, Michael L. e YEAGER, Mark H. **Intellectual disability: definition, classification, and systems of supports**. 11^o edição. Washington, DC: AAIDD, 2010.

TEIXEIRA, Marina Codo Andrade. **Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil**. Dissertação (mestrado). Escola de Administração de Empresas de São Paulo. Fundação Getúlio Vargas. São Paulo, 2010. Disponível em: < <http://biblioteca-digital.fgv.br/dspace/bitstream/handle/10438/4778/61080100037.pdf?sequence=1> >. Acesso em: 18 de maio de 2014.

UNESCO - *United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*. **UNDERSTANDING AND RESPONDING TO CHILDREN'S NEEDS IN INCLUSIVE CLASSROOM**. Paris: UNESCO, 2001. Disponível em: < <http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001243/124394e.pdf> >. Acesso em: 22 de fevereiro de 2014.

VILLA, Joan. **Flexibilidade: Exigência do Habitat Contemporâneo**. Disponível em: < <http://www.mom.arq.ufmg.br/mom/coloquiomom/comunicacoes/villa.pdf>> Acesso em: 27 de maio de 2014.