



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Engenharia

MY HOME: A Casa Adaptada
A Importância da Arquitetura para a Saúde do Doente
com Demência

Rui Manuel Brandão Abreu

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em
Arquitetura
(ciclo de estudos integrado)

Orientador: Prof. Doutor José da Silva Neves Dias
Co-orientadora: Prof.^a Doutora Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto

Covilhã, Outubro de 2018

Agradecimentos

As minhas primeiras palavras de gratidão são dirigidas ao orientador desta dissertação de mestrado, Professor Doutor José da Silva Neves Dias, pela ajuda e disponibilidade inesgotável. O seu vasto conhecimento na área de arquitetura revelou-se essencial para o desenvolvimento desta dissertação. O meu agradecimento por ter sido um excelente orientador e professor.

De seguida, gostaria muito de agradecer à minha co-orientadora, a Professora Doutora Maria da Assunção Morais e Cunha Vaz Patto, que, como médica neurologista e diretora do 2º ciclo de estudos em Gerontologia da UBI, se mostrou absolutamente essencial na correção científica dos conceitos de saúde aqui apresentados e, portanto, na realização deste projeto de arquitetura. Uma palavra especial de agradecimento também pelo entusiasmo demonstrado para com a realização deste projeto e pelo encorajamento que sempre me transmitiu.

Aos meus pais, Manuel Abreu e Manuela Brandão, pelo exemplo que me dão todos os dias como seres humanos e por me terem educado com valores de humanismo, esforço, dedicação e trabalho. Por darem o seu melhor em tudo o que fazem e terem para mim sempre uma palavra de apoio, o meu maior agradecimento.

Ao meu irmão, Daniel Abreu, muito obrigado por todo o apoio, não só ao longo da execução desta dissertação de mestrado, mas desde sempre. Por todas as gargalhadas, mas também pelas lágrimas, agradeço-lhe por fazer parte da minha vida.

À minha namorada e futura esposa, Andreia Gonçalves, por ter estado sempre presente ao longo de todos estes anos. Agradeço toda a ajuda e força que me deu durante a realização desta dissertação e no restante percurso académico. Devo-lhe muito daquilo que tenho hoje e agradeço-lhe por tudo o que acredito que vamos construir juntos, a partir deste momento. Para ela, a minha gratidão por ser quem é e por todos os dias me continuar a mostrar o quanto é importante para mim.

Aos amigos que me acompanharam nesta caminhada e sem os quais a minha experiência académica teria sido muito mais pobre, por me terem ajudado a ser feliz na UBI, o meu muito obrigado.

À Universidade da Beira Interior e à cidade da Covilhã, por me ter acolhido e se ter tornado numa segunda casa. Parto com a certeza de voltar muitas vezes.

Resumo

O envelhecimento demográfico em Portugal tem vindo a crescer nas últimas décadas. Como consequência deste, existe também o aumento das doenças associadas ao envelhecimento. A idade é o principal fator de risco para a demência, que é definida como a deterioração patológica das funções cognitivas dos indivíduos e é uma condição tipicamente insidiosa, crónica e, na maioria das vezes, irreversível. Representa também uma importante causa de mortalidade, quer nos países desenvolvidos, quer à escala mundial. Nas demências, clinicamente distinguem-se três estádios de progressão - a demência inicial, na qual surgem os primeiros sinais como perda de memória, apatia e desinteresse; a demência moderada, na qual já se manifestam ainda mais dificuldades cognitivas e motoras; a demência avançada, na qual é típico que o doente não conserve a sua autonomia para as atividades da vida diária, tenha graves dificuldades cognitivas e motoras e necessite de cuidados permanentes. Os cuidados ao doente com demência são frequentemente da responsabilidade de um cuidador informal, acarretando grande sofrimento, limitações na vida profissional, social e até prejuízo na saúde do mesmo. Desta forma muitos doentes com demência acabam por ser institucionalizados em lares de idosos, não preparados para as especificidades desta condição e não conseguindo garantir os melhores cuidados aos doentes com demência.

O objetivo desta dissertação é apresentar uma proposta de arquitetura de uma vila para indivíduos com demência diagnosticada, com o intuito de funcionar como instituição em regime de longa permanência, de forma a maximizar a qualidade de vida destes doentes.

Esta vila é composta por duas unidades distintas - Uma pensada para os estádios 1 e 2 da demência, com condições de habitação para 55 doentes, espaços comerciais, espaços verdes e diversas áreas de estímulo cognitivo, físico-motor e social - esta unidade foi projetada de forma a que simule a realidade fora da vila; e outra unidade, o Bloco de Saúde, com capacidade para 60 doentes, pensado para o estádio 3 da demência, com condições para que os residentes tenham cuidados de saúde e vigilância profissional permanente, garantindo a continuidade do estímulo cognitivo e físico-motor.

Palavras-chave

Demência; Casa Adaptada; Saúde; Doente com Demência; Arquitetura.

Abstract

The demographic aging in Portugal has been increasing in the last decades. Because of this, there is also an increase of diseases associated with aging, with age being the main risk factor for dementia, which is defined as the pathological deterioration of the cognitive functions of individuals and is a typically insidious, chronic and, in most cases, irreversible. It also represents a major cause of mortality, both in developed countries and globally. In dementias, doctors can identify three stages of progression - initial dementia, in which the first signs appear, such as loss of memory, apathy and disinterest; moderate dementia, in which there are more cognitive and motor difficulties; advanced dementia, in which it is typical that the patient does not retain his autonomy for the activities of daily life, has serious cognitive and motor difficulties and needs permanent care. Care for the patient with dementia is often a responsibility of an informal caregiver, causing great suffering, limitations in his professional and social life and even impairment of his health. This way, some patients are institutionalized in nursing homes that are not prepared for their needs and cannot guarantee the best care for them.

The objective of this dissertation is to present a proposal of architecture of a village for individuals with diagnosed dementia, to function as an institution on a long stay basis, to maximize the quality of life of these patients.

This village consists in two distinct units - one designed for the 1st and 2nd stages of dementia, with housing conditions for 55 residents, commercial spaces that simulate reality outside the village, green spaces and various areas of cognitive, physical-motor and social stimulation; And another, the Health Block, with capacity for 60 residents, designed for stage 3 of dementia, with conditions for residents to have health care and permanent professional surveillance, ensuring the continuity of cognitive and physical-motor stimulation.

Keywords

Dementia; Adapted Home; Health; Demented Patient; Architecture.

Índice

1. Introdução	1
1.1. Tipos de Demências	3
1.2. Progressão da Demência	5
1.3. Desenvolvimento da Demência: como atrasar a Progressão	6
1.4. Dificuldades do Cuidador Informal	8
1.5. Lar de idosos <i>versus</i> Vila para pessoas com demência	9
1.6. Cuidados a ter ao projetar habitações para pessoas com demência	11
1.7. Metodologia	12
2. Importância da vila para os cuidados de saúde em Portugal	13
3. Estudo de Casos	17
3.1. Lar e Centro de Dia “Casa do Alecrim” Alzheimer Portugal	17
3.2. Vila para Doentes com Demência: Hogeweyk Dementia Village - Holanda	19
3.3. Centro de Alzheimer da Fundação Rainha Sofia - Espanha	21
3.4. Conclusões do Estudo de Casos	23
4. Proposta de Arquitetura	25
4.1. Localização da implantação da vila	25
4.2. Conceito: Pontos cruciais para o seu desenvolvimento	27
4.2.1. Integração do edifício com o terreno	27
4.2.2. Configuração da forma do edifício em relação ao bem-estar e segurança dos residentes	28
4.2.3. Relação do edifício com a exposição solar	28
4.2.4. Criação de espaços de qualidade externos	29
4.2.5. Criação de espaços de qualidade internos	29
4.2.6. Criação de espaços tendo em consideração o progresso das demências	29
4.2.8. Criação de espaços lúdicos	30
4.2.9. Criação de uma realidade semelhante à que existe fora da vila	30
4.3. Memória descritiva e justificativa da proposta	31
4.3.1. Descrição Volumétrica da Vila	31
4.3.2. Descrição e justificação das habitações	34
4.3.3. Descrição e justificação do Bloco de Saúde	42
4.3.4. Descrição e justificação do “Centro Lúdico”	55
4.3.5. Descrição e justificação das áreas técnicas	66
4.3.6. Descrição e justificação dos espaços exteriores	75
4.3.7. Descrição e Justificação dos acessos	83
5. Conclusão	85
6. Referências bibliográficas	87

Lista de Figuras

Figura 1 - Casa Alecrim - Alapraia, Cascais

Figura 2 - Vila para doentes com demência, Hogeweyk Dementia Village - Holanda

Figura 3 - Centro de Alzheimer da Fundação Rainha Sofia - Madrid, Espanha

Figura 4 - Envolvente da localização proposta

Figura 5 - Descrição Volumétrica da Vila

Figura 6 - Acessos ao piso 1 das habitações T8

Figura 7 - Planta da habitação T8

Figura 8 - Planta da habitação T1

Figura 9 - Planta dos quartos do bloco de saúde

Figura 10 - Planta do Bloco de Saúde

Figura 11 - Planta piso térreo do Centro Lúdico

Figura 12 - Planta da Piscina

Figura 13 - Planta piso térreo da direção e administração 1

Figura 14 - Planta piso 1 da direção e administração 1

Figura 15 - Planta da direção e administração do Bloco de Saúde

Figura 16 - Áreas de descanso e bem-estar do piso -1

Figura 17 - Ilustração do Pátio Principal

Figura 18- Ilustração do Pátio de Verão

Figura 19 - Ilustração do Pátio Natural

Figura 20 - Pátios do Bloco de Saúde

Figura 21 - Planta de Acessos à Vila

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Prevalência da demência em Portugal, em 2013, por faixa etária

Lista de Acrónimos

DA	Doença de Alzheimer
DADP	Demência na Doença de Parkinson
DCLewy	Demência com Corpos de Lewy
DFT	Demência Frontotemporal
DLFT	Degenerescência Lobar Frontotemporal
DV	Demência Vasculare
IAA	Interações Assistidas por Animais
OMS	Organização Mundial de Saúde

Capítulo I

1. Introdução

O envelhecimento demográfico em Portugal tem sido crescente nas últimas décadas. Nos últimos cinquenta anos, a esperança média de vida à nascença aumentou consideravelmente e, pelo contrário, a taxa de natalidade reduziu acentuadamente - Portugal tinha uma esperança média de vida de 62,7 anos de idade em 1961 e de 81,3 anos de idade em 2015¹ e uma taxa de natalidade de 24,4‰ em 1961 e de 8,3‰ em 2015.²

Como consequência do envelhecimento da população, existe também o aumento das doenças associadas ao envelhecimento, sendo que a idade é o principal fator de risco para o aparecimento e desenvolvimento das demências. Entre as várias causas de demência, a doença de Alzheimer é a mais comum, sendo responsável por 50% a 70% dos casos.³

A demência é definida como a deterioração patológica das funções cognitivas dos indivíduos. A progressão da doença é tipicamente insidiosa e crónica e a maioria das demências são irreversíveis, exceto no caso das demências secundárias, quando se consegue encontrar a causa e reverter a situação.

A demência manifesta-se por perdas de memória, alterações da linguagem, perda da capacidade visuoespacial, alterações da praxis, perda da capacidade de executar cálculo mental, perda de capacidade de julgamento e resolução de problemas. Frequentemente é acompanhada de depressão, apatia, ansiedade, alucinações, delírios, insónias e outros distúrbios do sono e alterações do comportamento, podendo todas estas situações ocorrer cumulativamente num mesmo doente, simultaneamente ou ao longo do tempo.⁴

A prevalência das demências, por estarem relacionada com a idade, aumenta particularmente a cada década acima dos 50 anos de idade. No entanto, apesar de ser raro, a demência também pode acometer indivíduos com idades inferiores a 50 anos de idade. Na tabela 1 estão descritas as estimativas da prevalência da demência em Portugal, em 2013, por faixas etárias.⁵

Tabela 1. Prevalência da demência em Portugal, em 2013, por faixa etária⁵

Idade	Prevalência (%)	IC inf – IC sup	População	N.º de doentes
60-64	0,90	0,88-0,92	643872	5795
65-69	1,53	1,47-1,53	575925	8639
70-74	3,60	3,55-3,65	480062	17282
75-79	6,00	5,93-6,07	436117	26167
80-84	12,20	12,09-12,31	324407	39578
85+	24,80	24,63-24,94	253332	62826
Total	5,91	5,88-5,93	2713715	160287

IC = Intervalo de Confiança

Assim, vemos que os indivíduos com idades compreendidas entre os 60-64 anos têm uma prevalência estimada de demência de 0,90%. Aos 65-69 anos, esta prevalência sobe para 1,53%. Em idades entre os 70-74 anos, estima-se que 3,60% da população sofra de demência. Esta percentagem aumenta para 12,20% nos indivíduos com idades entre os 80-84 anos e em indivíduos com idade superior a 85 anos, a estimativa aponta para que 24,80% sofram de demência.

Em suma, estima-se que praticamente 1 em cada 4 indivíduos com mais de 85 anos tenham perdas das faculdades mentais compatíveis com uma situação de demência.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, em 2016, a Doença de Alzheimer e restantes demências representaram a 5ª causa mais prevalente de morte à escala global, e a 3ª causa de morte mais prevalente nos países desenvolvidos.⁶

1.1. Tipos de Demências

Existem vários tipos de demências, sendo a maioria delas irreversíveis, e que podem ser organizados de acordo com a sua etiologia em³:

- Degenerativa primária
- Vascular
- Tóxico - metabólica e por défices vitamínicos
- Infeciosa
- Associada a lesões ocupando espaço
- Traumática
- Inflamatória

Atualmente, as demências mais comuns identificam-se sobretudo por fatores clínicos, embora haja já muitos testes laboratoriais que ajudam na identificação dos diferentes processos (imagiologia, marcadores sanguíneos, eletroencefalograma etc.)

A Doença de Alzheimer (DA) faz parte das demências degenerativas primárias, sendo, portanto, irreversível. Foi descrita pela primeira vez por Alois Alzheimer em 1906. Este descreveu, na época, dois tipos de alterações histopatológicas cerebrais que identificou como estando na origem da doença, atualmente referidas como tranças neurofibrilares e placas senis, que se observavam nos neurónios destes doentes. A DA é responsável por 50 % a 70% dos casos de demência nos idosos. A doença é rara antes dos 50 anos de idade. A partir dos 65 anos existe uma prevalência de 1% - 2%, aumentando para 15% aos 75 anos e aos 85 anos presume-se que cerca de 35% a 50% da população tenha DA. Sendo a idade o maior fator de risco, também existem outros, como o fator genético, que se identifica em pelo menos 20% dos casos. O processo pode levar 15-20 anos desde o diagnóstico da doença até à morte.³ Clinicamente o doente apresenta alterações de memória, mas também de linguagem, de praxia e de gnosis, que vão evoluindo progressivamente e mais ou menos simultaneamente.

A Demência frontotemporal (DFT) também conhecida por degenerescência lobar frontotemporal (DLFT), faz parte das demências degenerativas primárias, sendo a segunda demência mais frequente entre os 45 e os 65 anos de idade, com uma frequência de 15 casos por cada 100.000 indivíduos. Cerca de 40 % dos casos têm historial genético da doença e em 50% dos casos é possível identificar mutações patológicas. As manifestações mais comuns são a alteração de personalidade, humor, comportamento social, linguagem e funções executivas.³

A Demência por corpos de Lewy (DCLewy) faz parte das demências degenerativas primárias. Esta demência demorou a ser aceite como entidade própria pois tem fenomenologia complexa e com aspetos comuns com outras demências como a demência associada à doença de Parkinson (DADP). É considerada a segunda maior causa de demência no idoso tendo uma percentagem de 15% a 25% dos casos. Estes doentes apresentam alterações a nível da memória, linguagem, funções executivas e visuoespaciais associando vários sintomas psiquiátricos, neurológicos e autonómicos associados a um síndrome parkinsónico e particularmente quadros alucinatórios.³

A Demência vascular (DV) é uma demência causada por multienfartes e resulta de múltiplas lesões vasculares ou de lesões com uma localização específica tendo uma gravidade que é definida pela natureza, número, localização e extensão das lesões vasculares. Também é uma demência que pode ser causada por um enfarte estratégico, ou seja, causada por lesões únicas, frequentemente de pequenas dimensões, mas especificamente nas áreas relevantes dos mecanismos de memória, o que pode ter um grande impacto clínico.³

1.2. Progressão da Demência

Nas demências distinguem-se clinicamente três estádio:

Na demência inicial os doentes são muitas vezes diagnosticados através de uma análise retrospectiva pois é muito comum haver uma confusão em relação à origem dos sintomas, culpando-se frequentemente a idade ou o excesso de trabalho. Nesta fase, os doentes podem parecer mais apáticos, perder o interesse em passatempos e atividades que costumavam gostar de fazer, apresentar desmotivação para fazer atividades novas, começam a revelar-se pouco capazes de se adaptar a mudanças, apresentam uma capacidade de escolha e de pensar com clareza reduzida, levam mais tempo a perceber ideias complexas e a realizar trabalhos de rotina, acabam por não saber o que têm de fazer ou onde têm de ir, tornam-se mais egocêntricos; são muitas vezes referidos por outros como “esquecidos” e acabam por perder o sentido das conversas a meio, ficando mais irritados e aborrecidos por falharem nas coisas e têm mais dificuldade em lidar com o dinheiro.⁷

Na demência moderada os doentes já têm os problemas mais evidentes e começam a ficar mais incapacitados. Esquecem-se facilmente de acontecimentos recentes. Nesta fase, as memórias mais distantes são geralmente melhor lembradas, mas os doentes acabam por confundir-se e esquecer alguns detalhes: é frequente que haja confusão a nível temporal e espacial e conseqüentemente os doentes perdem-se fora de ambientes familiares, esquecem-se de nomes de pessoas próximas e confundem pessoas. Nesta fase é preciso que o cuidador tenha muito cuidado e até algum controlo sobre as atividades realizadas pelos doentes, pois a demência torna propício que aconteçam acidentes, por exemplo, que se esqueçam de desligar o fogão. Esta fase pode representar perigo para o doente e para os outros. É frequente que surjam comportamentos vistos como inadequados, e que o doente comece a negligenciar a sua higiene e alimentação.⁷

Na demência avançada os doentes ficam gravemente incapacitados, dependentes e necessitam de cuidados totais. Nesta fase as pessoas são incapazes de se lembrar de situações ocorridas poucos minutos antes, perdem a capacidade de perceber ou utilizar a linguagem. É uma fase de muito sofrimento e *stress* para os familiares porque os doentes não os reconhecem. É necessário acompanhamento constante, diariamente, porque eles precisam de ajuda para todas as tarefas: comer, tomar banho, vestir-se. Os doentes ficam incontinentes. Os problemas comportamentais agravam-se: ficam perturbados durante a noite e podem tornar-se agressivos. Nesta fase aumenta a incapacidade motora, e os doentes acabam por ficar dependentes de uma cadeira de rodas ou muitas vezes, acamados.⁷

1.3. Desenvolvimento da Demência: como atrasar a Progressão

Na literatura, são descritos alguns métodos, para além da medicação, que podem ajudar a atrasar a progressão da demência, tais como: manter o cérebro ativo, ter uma alimentação saudável, praticar exercício físico, fazer um check-up físico regularmente, participar em atividades sociais, não ter hábitos como fumar, consumir bebidas alcoólicas e dormir pouco, e, finalmente, evitar traumatismos cranianos. ⁸⁻¹¹

Por ser de extrema importância manter o cérebro ativo, os doentes com demência nas fases iniciais devem fazer atividades que envolvam aprendizagem e raciocínio, como jogos racionais (palavras cruzadas ou puzzles); ler, escrever, conversar... Em suma, tudo o que faça pensar e exercitar o cérebro. Participar em atividades culturais, e manter mesmo as simples atividades diárias como cozinhar ou cuidar da casa também se revela essencial. ⁹

Uma alimentação saudável também é muito importante, por isso, os doentes devem optar por carnes magras com pouca gordura, como as carnes de frango e peru, consumir alimentos ricos em vitaminas e em ácido fólico, incluindo muitas frutas e legumes; consumir ómega 3, nomeadamente em peixes como o salmão, em frutos secos ou fruta como o abacate e devem, também, consumir alimentos ricos em antioxidantes, nomeadamente frutos vermelhos. Todas estas recomendações devem ser adaptadas à saúde do indivíduo pelo médico assistente. ¹⁰

Exercitar o corpo também é essencial, para além de ser uma barreira ao desenvolvimento de outros problemas de saúde como problemas cardíacos ou diabetes, uma vez que estas condições estão associadas a um mais rápido agravamento da situação clínica. Por esta razão, aconselha-se que seja praticado exercício moderado, pelo menos durante 30 minutos por dia, como por exemplo: caminhar, andar de bicicleta, nadar, entre outras atividades, pelo menos cinco vezes por semana. Mais uma vez, o médico assistente pode adaptar esta recomendação e prescrever o melhor plano de exercício para cada indivíduo. ¹¹

Cuidar da saúde é um passo essencial. Com a realização de check-ups médicos regularmente pode-se detetar-se precocemente possíveis problemas de saúde reversíveis, bem como um agravamento da demência ou situações que possam originar um agravamento da demência, tornando o tratamento mais fácil e eficaz.

Também se mostra relevante consultar o médico regularmente para controlar outros parâmetros de saúde como a pressão arterial, o colesterol, os níveis de glicose no sangue e o peso.

Ter uma vida social ativa é muito importante pois ajuda a manter o cérebro saudável e ativo. É fundamental para o doente com demência manter o contacto com a família e amigos,

participar em associações sociais e culturais. Frequentar supermercados, restaurante e cafés também se revela benéfico e ajuda na atividade social. Ou seja, os familiares e amigos têm um papel fundamental no atraso da progressão da demência.¹²

Em síntese, simples atividades como passear o cão, falar com os amigos e familiares, fazer jogos, ter uma boa alimentação e uma boa atividade física e mental é fundamental para atrasar a progressão da demência.

1.4. Dificuldades do Cuidador Informal

O ato de cuidar pressupõe uma atitude de preocupação, ocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo com o ser cuidado, abrangendo mais do que momentos de atenção. Tendo várias definições, um cuidador informal poderá ser definido como um elemento que faz parte da rede social da pessoa cuidada (família, amigos, vizinhos) e que, de modo informal e não remunerado, muitas vezes de modo contínuo, ajuda o doente nas suas atividades diárias. O cuidador informal é então a pessoa que ajuda outra na realização das suas atividades diárias de forma gratuita, voluntária e sempre que necessário.¹³

Muitos cuidadores informais cuidam de forma sistemática, por vezes solitária, sem ajuda direta de outros membros da família. Cuidar demonstra-se um trabalho físico e emocionalmente desgastante, particularmente porque os cuidadores informais frequentemente não possuem qualquer tipo de formação, informação ou apoio.¹⁴

Um cuidador informal está, portanto, sujeito a um imenso *stress* diário. Sendo a maioria das demências irreversíveis, torna-se muito complicado para os cuidadores assistir, por um lado, ao agravamento progressivo da situação clínica do doente e, por outro, satisfazer as suas necessidades básicas e de segurança. É fácil perder a motivação e sentir-se impotente quando se sabe que por muito que se faça, o processo vai continuar a evoluir.¹⁴

Um dos grandes problemas para os cuidadores é, também, o prejuízo da sua vida social, pois os doentes precisam de atenção e cuidados 24h por dia. É frequente que os cuidadores não tenham ajuda de outros familiares nem amigos e, mesmo precisando de ajuda, muitos cuidadores se recusem a pedir, porque receiam que os outros entendam o pedido de ajuda como um sinal de rejeição do doente. Os cuidadores acabam frequentemente por adquirir problemas de saúde que acarretam sofrimento como dores músculo-esqueléticas crónicas, cefaleias e fadiga crónica. Por outro lado, também existem os problemas psíquicos como depressões, ansiedade e insónias.

É frequente que, por vezes, os cuidados prestados pelo cuidador informal se revelem insuficientes e com o agravamento da situação do doente, a institucionalização seja necessária.¹⁴

1.5. Lar de idosos *versus* Vila para pessoas com demência

A demência não é necessariamente decorrente do envelhecimento, portanto, a pessoa com demência necessita de cuidados específicos e adaptados, muito diferentes daqueles necessários à pessoa sem demência. Assim, a resposta social típica que existe para o idoso em Portugal não pode ser aplicada a estes casos¹⁵.

Segundo a direção-Geral da Acção Social Portuguesa¹⁶, um lar de idosos constitui uma resposta social desenvolvida em alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, para idosos em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.

Em relação à vila para a pessoa com demência, constitui um alojamento coletivo, de utilização permanente, para pessoas com o diagnóstico de demência confirmado, onde todo o ambiente é adaptado a esta condição, garantindo uma maior segurança e com recursos humanos suficientes para garantir o acompanhamento constante, garantindo que os doentes mantêm atividades de desenvolvimento físico-motor, cognitivo e social adequadas às suas capacidades e limitações.

Lar de idosos - aspetos **positivos** ¹⁷

- Cuidados básicos ao idoso, quando este já não é capaz;
- Combate ao isolamento;
- Atendimento em situações de emergência;
- Segurança dentro do edifício;
- Apoio domiciliário;

Lar de idosos - aspetos **negativos** ¹⁷

- Menor número de recursos humanos;
- Falta de estimulação da atividade cognitiva;
- Isolamento do mundo exterior;
- Infraestruturas não adaptadas a doentes dementes;
- Falta de profissionais de saúde aptos para tratar doentes dementes;
- Distância da família;
- Insatisfação do idoso;
- Implicações éticas;

Vila para pessoas com demência - aspetos **positivos** ^{18 19}

- Cuidados básicos ao residente, principalmente quando este já não é capaz;
- Grande número de recursos humanos;

- Grande número de atividades físicas e cognitivas adaptadas à doença;
- Combate ao isolamento;
- Infraestruturas especializadas para doentes dementes;
- Atendimento rápido em situações de emergência;
- Profissionais de saúde aptos para tratar doentes dementes;
- Segurança fora e dentro do edifício;
- Apropriação de espaços específicos para cada estágio da doença;
- Oportunidade de os familiares mais próximos serem alojados com os doentes;
- Criar uma semelhança com o quotidiano no mundo exterior;
- Acompanhamento profissional 24h por dia;
- Apartamentos projetados para cada tipo de pessoa, cultura, religião;

Vila para pessoas com demência - aspetos **negativos** ^{18 19}

- Implicações éticas;
- Distância do mundo exterior, condomínio fechado;
- Custo;

Alguns estudos demonstraram que a maioria das pessoas que residem em lares de idosos têm demência²⁰, o que se torna um problema, já que os lares não são vocacionados para estas pessoas especificamente. Existem vários lares de idosos em Portugal, mas não estão projetados nem preparados para receber e cuidar de doentes com demência. Com falta de cuidados e de cuidadores especializados em demência, este é um aspeto que faz com que a progressão da demência seja no sentido da evolução.

Pelo contrário, as vilas para doentes com demência já são projetadas especificamente para receber e cuidar destes doentes, têm um grande nível de segurança interna e externa, têm capacidades de ajudar e até atrasar a progressão da doença. Os seus funcionários já são especializados para cuidar de pessoas com demência, todos os compartimentos, materiais utilizados, mobiliários, decoração, entre muitos outros aspetos, são pensados para que os doentes tenham o melhor nível de vida possível.¹⁸

1.6. Cuidados a ter ao projetar habitações para pessoas com demência

O arquiteto tem de ter em consideração vários aspetos ao projetar habitações e espaços para pessoas com demência, pois existem cuidados especiais a ter devido à doença, tais como:

- Tentar resolver os desníveis com rampas. Se tiver escadas, estas têm de ser amplas e bem visíveis.
- Minimizar o mobiliário.
- Adaptação do mobiliário à realidade previamente conhecida pelo doente.
- Utilizar sistemas de segurança, como antifogo, anti fumo, detetores de gás e de fugas de água.
- Utilizar sistemas de videovigilância.
- Controlar a segurança das habitações e dos espaços exteriores.
- Ter em consideração os estádios da doença nos doentes, no que respeita a fogões, materiais cortantes, espelhos, entre outros.
- Controlar a iluminação, sempre que possível utilizando iluminação natural.
- Projetar focos luminosos nos compartimentos para iluminação noturna.
- Projetar espaços de fácil acesso e limpeza.
- Projetar áreas simples e diretas.
- As instalações sanitárias devem ser apropriadas a pessoas com mobilidade reduzida.
- Projetar, sempre que possível, formas que não sejam futuramente perigosas para a vida dos doentes.
- Ter sempre fechados todos os equipamentos térmicos e elétricos, como esquentadores, caldeiras, quadros elétricos, aos quais os doentes com demência não possam aceder e de forma que estes equipamentos sejam sempre manuseados por pessoas competentes, minimizando assim o risco de acidentes.
- Projetar sempre os equipamentos das habitações de forma a proporcionar o máximo de segurança aos doentes.
- Utilizar cores claras nos materiais de revestimento das habitações.
- Utilizar sempre pisos antiderrapantes.
- Projetar diferentes tipos de habitações tendo em consideração o estágio da demência.
- Ter um cuidador profissional permanente e diário.
- Projetar espaços lúdicos.
- Projetar espaços de diversão.
- Projetar espaços verdes e calmos. Projetar espaços esteticamente belos, de forma a transmitir serenidade.

1.7. Metodologia

Em relação à metodologia, proceder-se-á, em primeiro lugar, a uma extensa e criteriosa pesquisa bibliográfica, de forma a reunir elementos que permitam conhecer o estado da arte, nomeadamente a fisiopatologia da demência, a perceção da importância do meio para a progressão ou estabilização da doença, por um lado, e o estudo de casos de projetos de infraestruturas já existentes com o mesmo propósito, por outros.

Quanto à recolha bibliográfica, esta será baseada no acesso a diversas fontes, designadamente: livros encontrados em bibliotecas, artigos de revistas científicas publicados *online*, publicações e relatórios de portais governamentais, comunitários ou de outras instituições, consulta de outras dissertações de mestrado e de outros trabalhos publicados.

Quanto aos estudos de casos foi feita uma pesquisa com a intenção de se perceber como é que infraestruturas deste tipo estão a ser organizadas e construídas, para que desta forma se possa organizar um plano de trabalho de forma a melhorar o projeto proposto.

Esta fase de recolha e tratamento de material destina-se a fornecer informações vitais para as fases seguintes, nomeadamente, a constituição de um programa da intervenção a desenvolver. Neste sentido, ponderados os diferentes fatores, considerados mais relevantes, será elaborada uma proposta de programa para o projeto a elaborar, que se pretende que possua características inéditas no panorama nacional.

Com a análise e ordenação destas e de outras informações, especialmente a forma como o arquiteto pode intervir no sentido de promover a estabilização da progressão da demência, será escolhido um local de implantação da proposta de arquitetura e devidamente desenvolvido o projeto de uma infraestrutura especificamente desenhada para maximizar o bem-estar e segurança dos doentes com demência, de forma a melhorar a sua qualidade de vida.

Em termos práticos, será feita uma análise criteriosa de como todos os espaços se podem desenvolver utilizando desenhos de esboços e pequenas maquetas e por fim o desenho técnico será pormenorizado utilizando os *softwares* Autodesk Autocad 2017 para macOS e Adobe Photoshop CC 2014 para macOS.

Capítulo II

2. Importância da vila para os cuidados de saúde em Portugal

Em 2012 a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou um relatório intitulado “Demência: uma prioridade de saúde pública”²¹, no qual se foca a necessidade de sensibilização pública para esta condição crescente, para a absoluta necessidade de melhoria dos cuidados que os países conseguem prestar a estes cidadãos, e a necessidade de aumentar o apoio aos cuidadores. Estas necessidades tornam-se ainda mais alarmantes quando também a OMS revela o número de pessoas que sofrem desta patologia: são já mais de 35,6 milhões de pessoas em todo o mundo e as previsões apontam para que este valor duplique até 2030 e triplique até 2050.

A OMS alerta também para a relevância das demências como causa de morte nos países desenvolvidos - foi considerada a 3ª causa de morte mais frequente em 2016⁶. Contudo, a mortalidade não é o facto mais preocupante sobre esta condição degenerativa, mas sim a morbilidade, que é a taxa de portadores de determinada doença em relação à população total estudada, em determinado local e em determinado momento, que lhe está associada e os anos de vida saudável potencialmente perdidos à custa da demência (Disability-Adjusted Life Year - DALY), ou seja, um DALY corresponde a um ano de vida saudável “perdido” devido a uma doença, estando as demências em 24ª posição de um total de 291 causas de DALY na população europeia.²² As estimativas apontam para que a demência seja responsável por 11,9% dos anos vividos com incapacidade, nas pessoas com mais de 60 anos.¹⁵

As recomendações são concisas - É necessário criar infraestruturas específicas para pessoas com demência.^{15,23,24}

Cada patologia física ou mental exige cuidados específicos e os portadores desta condição beneficiariam imensamente se estivessem inseridos em contextos cujas respostas fossem de encontro às suas dificuldades, limitações e cujo objetivo fosse a melhoria da sua qualidade de vida, rodeados de profissionais em número suficiente para um acompanhamento constante, e que tivessem competências adequadas para lhes prestar os melhores cuidados possíveis. Isto é, um ambiente que os estimulasse física, mental e socialmente enquanto assim pudessem ser estimulados e que lhes prestasse o melhor serviço de cuidados continuados, quando deles precisassem.

E aqui entra a necessidade quase inevitável de cuidados continuados para estes doentes, nas fases finais da sua doença.

Os últimos anos das pessoas com demência estão associados a dependência total e inatividade. As perturbações da memória são muito graves e a doença manifesta-se claramente a nível físico-motor. Os doentes são incapazes de andar e ficam confinados a uma cadeira de rodas e, posteriormente, a uma cama. As incapacidades neurológicas são muito evidentes, podendo manifestar incontinência urinária e fecal, entre outros problemas que exigem cuidados médicos complexos.²⁴

A Organização Mundial de Saúde define cuidados paliativos como os cuidados que visam melhorar a qualidade de vida dos doentes e suas famílias, que enfrentam problemas decorrentes de uma doença incurável e/ou grave e com prognóstico limitado, através da prevenção e alívio do sofrimento, com recurso à identificação precoce e tratamento rigoroso dos problemas não só físicos, nomeadamente a dor, mas também dos psicológicos, sociais e espirituais.²⁴ Daqui se assume que, particularmente na fase final da doença, estes cidadãos precisam de cuidados paliativos.

Para além disso, no seu relatório “Demência: uma prioridade de saúde pública”, a OMS constatou que, transversalmente aos diferentes países, a fase na qual os doentes com demência tinham respostas mais limitadas e os cuidados tinham pior qualidade era, precisamente, nos últimos estádios.²⁴

Portugal não é exceção, uma vez que apresenta um número claramente insuficiente de oferta de cuidados paliativos, visto que um estudo que fez o levantamento da realidade portuguesa neste âmbito em 2009, concluiu que tínhamos apenas 10% das camas necessárias e que tínhamos, no país, apenas 7 equipas hospitalares de cuidados paliativos quando a necessidade seria, no mínimo, de 102 equipas.²⁵ à data da publicação desta dissertação de mestrado, em 2018, Portugal não tem nenhum plano de ação direcionado para as demências. Foi, no entanto, aprovada a “Estratégia da Saúde na Área das Demências” por parte do Ministério da Saúde no presente ano.

No entanto, o cenário está a melhorar. Em 2016, foram já identificadas 37 equipas hospitalares de cuidados paliativos. Para além disso, existiam nesse ano 26 unidades de cuidados paliativos em Portugal e 362 camas. As necessidades apontadas pela European Association for Palliative Care são de 80-100 camas por cada 1.000.000 de habitantes num país, e as necessidades apontadas pela Comissão Nacional de Cuidados Paliativos (CNCP) portuguesa são de 40-50 camas por 1.000.000 de habitantes. Isto é, precisaríamos de 800-1000 camas pelas recomendações internacionais e 400-500 camas pelas recomendações nacionais. Portugal ainda não atingiu nenhuma destas metas.²⁶

A isto se junta o facto de, no nosso país, nem existir uma possível especialização médica em Geriatria, nem a área de cuidados paliativos ser reconhecida como uma área de competência ou especialização na carreira médica.²⁶

Mas é preciso continuar a lutar pela dignidade dos doentes que precisam destes cuidados. E, por isso, a necessidade de construção de infraestruturas como a que é proposta.

O objetivo desta proposta de arquitetura é, portanto, criar condições para que alguém com o diagnóstico de demência possa residir a tempo inteiro num mesmo edifício, desde a fase inicial da doença, na qual ainda poderá ser autónomo, até à última fase da mesma, na qual poderá ser completamente dependente.

Capítulo III

3. Estudo de Casos

3.1. Lar e Centro de Dia “Casa do Alecrim” Alzheimer Portugal

A Casa do Alecrim é um lar de idosos fundado pela Associação Alzheimer Portugal em Janeiro de 2013, e o primeiro lar da Associação exclusivo para pessoas com demência. Mais tarde começaram a funcionar também como centro de dia e a prestar apoio ao domicílio.

Este Lar é situado na Alapraia, Cascais. Tem como objetivo disponibilizar serviços individuais e ajustados a cada tipo de pessoa com demência, também apoiando os seus familiares. É feito um plano para cada tipo de pessoa para que a sua qualidade de vida seja assegurada. São realizadas diariamente atividades de estimulação cognitiva, sensorial e motora juntamente com atividades artesanais, lúdicas, de lazer e espirituais.

A Casa de Alecrim tem capacidade para 36 pessoas com demência, residentes no distrito de Lisboa. Sendo 6 vagas privadas e as restantes 30 são acordadas pela segurança social.

O centro de dia tem capacidade para 15 pessoas com demência, residentes no concelho de Cascais.

Em termos de apoio ao domicílio a Casa do Alecrim tem capacidade para ajudar 50 pessoas com demência residentes no concelho de Cascais; fornecendo assim serviços de higiene pessoal, habitacional, alimentação, tratamento de roupas, também disponibiliza atividades de estímulo, como fisioterapia e terapia ocupacional. ²⁷



Figura 1 - Casa Alecrim - Alapraia, Cascais

Fonte: Associação Alzheimer Portugal. 2013. "Lar e Centro de Dia «Casa do Alecrim». Acesso em fevereiro 2018. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-54-87-lar-e-centro-de-dia-casa-do-alecrim>

3.2. Vila para Doentes com Demência: Hogeweyk Dementia Village - Holanda

A Hogeweyk é uma vila na Holanda, inaugurada em 2009, projetada pelos arquitetos holandeses da Molenaar&Bol&ValDillen, mas a ideia veio de uma cuidadora que trabalhava com pacientes com demência, Yvonne van Amerongen.

Esta vila foi construída para alojar pessoas com a doença de Alzheimer, tem capacidade de alojar 152 pacientes em 23 casas. É uma pequena “fortaleza” rodeada por muros, que dá uma segurança excelente aos seus doentes, podendo estes, assim, andar em segurança por toda a vila.

Cada apartamento pode alojar entre 6 a 8 pessoas contando com os cuidadores, vestindo-se com roupas normais, sendo assim criado um melhor relacionamento entre cuidador e doente.

Conta também com restaurantes, cafés, supermercados, cabeleireiros, jardins, praças, apoios médicos e entretenimentos. Os doentes têm oportunidade de ajudar a cozinhar e limpar o estabelecimento. Tudo isto para que esta vila se assemelhe o máximo possível com o mundo exterior.

Pessoas com demência muitas vezes sofrem com diferentes espaços, cores e decorações, pois não lhe são familiares. Face a este problema, os apartamentos foram desenhados para atingir algumas referências culturais conhecidas pelos pacientes, havendo a possibilidade de adaptar a habitação ao estilo de vida que o doente costumava levar.

Concluindo, a vila Hogeweyk está a ser um grande exemplo para outros países, o que pode fazer que possam vir a existir mais vilas deste tipo por todo o mundo. ^{18 19}



Figura 2 - Vila para doentes com demência, Hogeweyk Dementia Village - Holanda
Fonte: Prancheta de Arquiteto. 2018. "Terceira Idade: Hogeweyk Dementia Village, Amsterdam". Acesso em fevereiro 2018. Disponível em: <http://pranchetadearquitecto.blogspot.com/2018/01/terceira-idade-hogeweyk-dementia.html>

3.3. Centro de Alzheimer da Fundação Rainha Sofia - Espanha

O Centro de Alzheimer da Fundação Rainha Sofia, em Madrid, é um projeto que aborda três ângulos da doença de Alzheimer: pesquisa, formação e serviços de saúde para os doentes com demência. Desde que foi inaugurada em março de 2007 já passaram pela residência e pelo centro de dia mais de 650 doentes com demência.

A residência tem uma capacidade para 156 pessoas e o centro de dia para 40 pessoas, tendo ainda 20 lugares para os familiares dos doentes.²⁸



Figura 3 - Centro de Alzheimer da Fundação Rainha Sofia - Madrid, Espanha
Fonte: Estudio Lamela Arquitectos. 2018. "Centro de Alzheimer de la Fundación Reina Sofía". Acesso em fevereiro 2018. Disponível em: <https://www.lamela.com/proyectos/centro-alzheimer-de-la-fundacion-reina-sofia/>

3.4. Conclusões do Estudo de Casos

Este estudo de casos revelou-se, antes de mais, cruciais para estabelecer o ponto de situação nacional e internacional relativamente à existência de infraestruturas existentes específicas para doentes com demência.

Além disso, pode destacar-se a divergência entre os três casos utilizados para estudo, quer em relação a atividades complementares desenvolvidas, por exemplo as atividades de investigação e formação, que têm grande ênfase no caso da fundação Rainha Sofia; quer em capacidade - 51 indivíduos na Casa do Alecrim e 196 na fundação Rainha Sofia; distinguem-se também em termos de funcionamento, já que tanto a Casa do Alecrim como a Fundação Rainha Sofia têm modalidade de centro de dia, enquanto a vila de Hogeweyk funciona apenas como residência de longa permanência com capacidade para 152 residentes; e em termos de conceito, sendo a Hogeweyk uma vila mais inovadora, porque “simula” o quotidiano que ocorre fora dos seus muros e os outros casos, tratando-se, pelo contrário, instituições mais convencionais.

Por outro lado, registam-se determinados aspetos que são transversais e comuns a todos os casos e também merecem menção. Repare-se que os três casos são específicos para doentes com demência, acompanhados por profissionais com formação específica, todos têm espaços onde podem ser desenvolvidas atividades de estímulo cognitivo, todos atribuem grande importância ao estímulo físico, nomeadamente a fisioterapia e todos reconhecem o benefício de manter próximo o cuidador informal, se este assim o desejar.

Em termos arquitetónicos a vila de Hogeweyk será a mais relevante pois é a que se assemelha mais ao conceito desta proposta. A vila hogeweyk na Holanda, foi desenhada de forma a que os seus residentes sintam que estão nas suas residências antes do aparecimento da doença. Esta vila foi desenhada de forma a que simule uma vida antes da doença, com tudo esta conta com habitações coletivas de forma a promover a socialização dos doentes, espaços verdes, praças, variadíssimos equipamentos e serviços e um plano de atividades extensivo promovendo o atraso da progressão da demência. Desta forma, este projeto foi muito importante a nível conceptual e espacial para o desenvolvimento desta proposta.

Capítulo IV

4. Proposta de Arquitetura

4.1. Localização da implantação da vila

O terreno proposto para a construção da vila localiza-se no interior do país, mais precisamente no concelho da Covilhã, na zona de expansão do perímetro urbano da cidade. Como o interior do país é o sitio em Portugal onde existe uma maior percentagem de idosos e como a maioria das doenças demenciais se manifesta em idade avançada, consideramos que é pertinente que este tipo de infraestrutura seja aí localizada.

Assim sendo, propomos que a vila se situe num local calmo, de fáceis acessos e relativamente perto dos equipamentos e serviços da cidade.

Num raio de 1km temos o Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, o Centro de Saúde da Covilhã, a Universidade da Beira Interior, o centro comercial Serra Shopping e vários hotéis e pousadas, entre muitos outros equipamentos e serviços. Em termos de acessos, encontram-se próximas a central de camionagem da Covilhã e a estação de caminhos de ferros da Covilhã e o terreno em questão localiza-se perto de entradas e saídas de autoestradas que ligam a cidade a todo o país.

O terreno conta com cerca de 16.500 m² de área, tendo a proposta aproximadamente 9.200 m² de área construída. Dispõe de dois acessos para automóveis e peões, situados a este do mesmo.

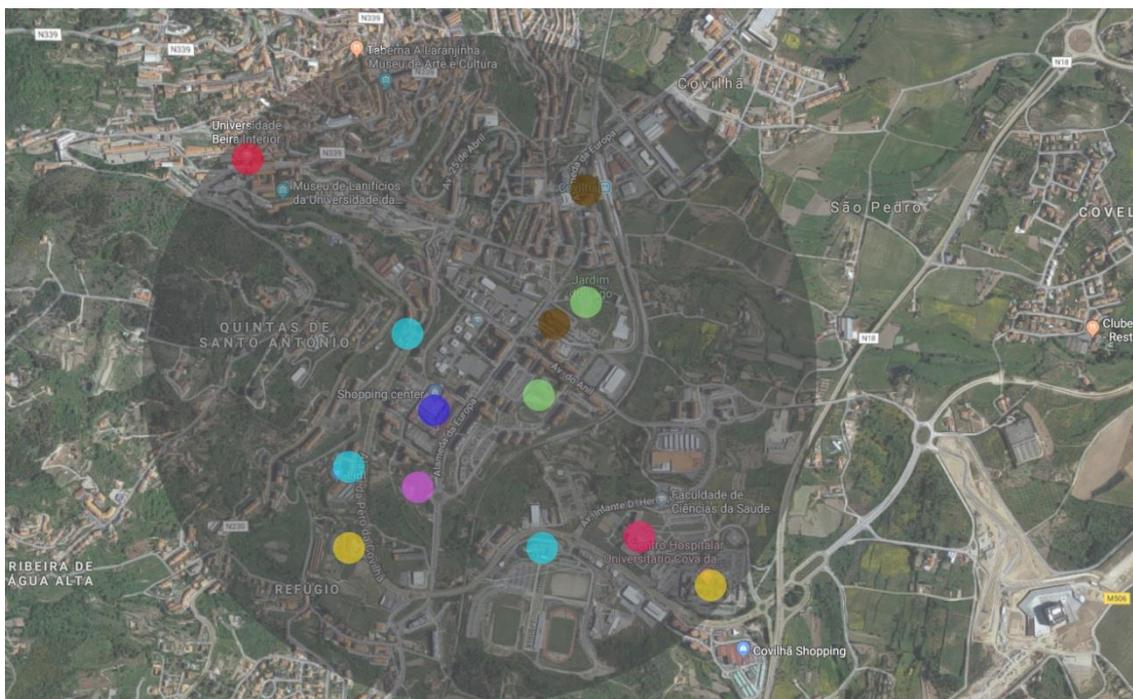


Figura 4 - Envolve da localização proposta
 Fonte: Google Maps. 2018. “Covilhã”. Julho 2018. Disponível em: <https://www.google.pt/maps/@40.2731362,-7.5005843,2641m/data=!3m1!1e3>

Legenda:

	Localização proposta para implantação
	Polos da UBI
	CHUCB e Centro de Saúde da Covilhã
	Espaços Verdes
	Central de autocarros e de caminhos de ferro
	Hotéis
	Centro comercial Serra Shopping

4.2. Conceito: Pontos cruciais para o seu desenvolvimento

O conceito para o desenvolvimento desta infraestrutura passa por dois pontos fundamentais: respeitar a localização e a sua envolvente e, principalmente, assegurar o conforto e a segurança dos seus residentes.

Ao projetar esta infraestrutura foram abordados vários pontos para assegurar a melhor qualidade de vida dos seus residentes, entre os quais:

- Integração do edifício no terreno;
- Configuração da forma do edifício em relação ao bem-estar e segurança dos residentes;
- Exposição solar do edifício;
- Criação de espaços de qualidade externos;
- Criação de espaços de qualidade internos;
- Criação de espaços projetados tendo em consideração o progresso das demências;
- Criação de diferentes tipologias de habitações;
- Criação de espaços lúdicos;
- Criação de uma realidade semelhante à que existe fora da vila;

4.2.1. Integração do edifício com o terreno

O edifício proposto foi projetado de forma a integrar-se o melhor possível no terreno e com a sua envolvente, apresentando pisos acima do nível do solo e um piso abaixo do nível do solo.

As suas coberturas, exceto a do Centro Lúdico, são coberturas verdes. A cobertura do Centro Lúdico é constituída por três estruturas metálicas independentes revestidas a chapa compacta de policarbonato.

As suas fachadas foram projetadas com materiais discretos, que se integrassem na envolvente, sendo quase toda a fachada principal em granito amarelo.

Desta forma, o edifício foi projetado para dar a ilusão de que surge do terreno, fazendo parte do mesmo.

4.2.2. Configuração da forma do edifício em relação ao bem-estar e segurança dos residentes

Esta infraestrutura foi implantada de forma a permitir que o próprio terreno constitua uma barreira natural, abrindo o edifício apenas para este, para que desta forma os seus residentes não tenham a sensação de “prisão” com muros altos e vedações e que a sua segurança seja, contudo, assegurada, havendo assim dois pontos de entrada e saída.

Em termos de entradas e saídas foram projetadas apenas duas, uma para o piso 1 da infraestrutura, onde se localizarão os residentes autónomos e uma no piso 2, que dará acesso aos cuidados paliativos. Desta forma, conseguimos assegurar o menor contacto possível entre as duas partes.

Toda a infraestrutura tem no máximo dois pisos, permitidos aos residentes, de forma a facilitar o seu dia a dia e a segurança. Existe ainda mais um piso apenas acessível ao pessoal técnico, onde se localiza o estacionamento coberto e zonas técnicas.

4.2.3. Relação do edifício com a exposição solar

Esta infraestrutura foi projetado de forma a garantir o melhor conforto possível aos seus residentes, a nível de exposição solar.

Desta forma, as habitações T8 estão desenhadas de este para oeste e vice-versa, e das habitações T1 quatro estão de este para oeste e três de norte para sul, sendo a fachada sul coberta por elementos naturais, de forma a garantir uma melhor qualidade térmica das habitações.

No Bloco de saúde, os quartos dos paliativos estão metade para norte e metade para sul, sendo os polos divididos por pátios com elementos naturais, com o intuito de melhorar a qualidade térmica dos quartos. Ainda no Bloco de saúde, toda a fachada principal está exposta a este.

Em relação ao centro lúdico, este é ensolarado em todas as fachadas, estando a fachada principal orientada a sul. A este situam-se o anfiteatro, a capela e o restaurante; A oeste situam-se a biblioteca, a sala de atividades, a sala de fisioterapia e ginásio e os gabinetes técnicos; A norte situa-se a cantina e o acesso ao piso 1.

4.2.4. Criação de espaços de qualidade externos

A criação de espaços externos de qualidade é uma forma de melhorar a qualidade de vida dos residentes, dos familiares e dos profissionais.

É possível dividir em três os espaços externos, entre: Espaços comuns, onde se inserem os três pátios do piso 1, Pátio Principal, Pátio de Verão e o Pátio Natural. Espaços externos ao edifício, que são as praças que antecedem as entradas do edifício. Espaço do bloco de saúde, que são apenas para os residentes que estão no bloco de saúde, os seus familiares e respetivos profissionais.

4.2.5. Criação de espaços de qualidade internos

Foram projetados variados espaços internos de qualidade ao longo de toda a vila, para que o conforto e a segurança dos residentes com demência e profissionais da instituição sejam assegurados.

Todos os recursos, equipamentos e serviços da vila foram projetados especificamente para pessoas com demências, desde a localização e configuração, ao material usado.

Foram desenvolvidos vários espaços para que a qualidade de vida dos residentes seja a melhor possível, como por exemplo, espaços amplos e confortáveis nas habitações com todos os equipamentos necessários, espaços de convívio comuns como o Centro Lúdico, espaços de culto, espaços de lazer, entre muitos outros.

4.2.6. Criação de espaços tendo em consideração o progresso das demências

Tendo em consideração os três estádios das demências, esta vila foi projetada de forma a que cada residente, independentemente do seu estágio, tivesse o melhor tratamento possível.

A vila foi, portanto, dividida em duas grandes partes: os blocos das residências e centro lúdico para residentes de estágio 1 e 2 e o Bloco de Saúde, para os residentes de estágio 3.

No estágio 1, os residentes podem parecer mais apáticos, perder o interesse em passatempos e atividades de que costumavam gostar, apresentar desmotivação para desenvolver atividades novas e no estágio 2 os residentes já têm os problemas mais evidentes e começam a ficar mais incapacitados. Desta forma, a vila foi projetada para combater todos estes problemas, como por exemplo, habitações coletivas para desenvolver a interação uns com os outros, o Centro Lúdico que combate o desinteresse dos residentes em realizar atividades diárias, entre muitos outros espaços, descritos mais adiante.

No estágio 3, os residentes ficam gravemente incapacitados, dependentes e necessitam de cuidados totais. Desta forma, foi projetado o Bloco de Saúde para que estes residentes tenham vigilância permanente de profissionais de saúde.

4.2.7. Criação de diferentes tipologias de habitações

Nesta vila foram projetados dois tipos de habitações: T8 e T1.

As habitações T8 foram projetadas para os residentes que venham sozinhos para a vila e, desta forma, seja possível viverem em família com outros residentes e cuidadores profissionais.

As habitações T1 foram projetadas para residentes que tragam o seu cuidador informal próprio. Isto é, quando existirem condições físicas, psicológicas e motivacionais por parte do cuidador informal ao qual o doente está acostumado para que este o acompanhe e passe a residir com ele na vila. Por exemplo, casais nos quais um dos cônjuges tem demência e o outro elemento queira continuar a viver com ele.

4.2.8. Criação de espaços lúdicos

Os espaços lúdicos são de extrema importância para as pessoas com demência.

É muito importante que estas mantenham um estilo de vida ativo física, psicológica e socialmente²⁹, pelo que foram projetados inúmeros espaços pensados para que se possam desenvolver diversas atividades cognitivamente estimulantes.

4.2.9. Criação de uma realidade semelhante à que existe fora da vila

Na sequência do ponto anterior, para que os residentes possam manter uma boa atividade cognitiva e para que se estimule a sua autonomia e autoconfiança, no sentido de contribuir para o atraso da progressão da demência, revela-se pertinente encorajá-los a continuar a realizar todas as tarefas que estavam acostumados a realizar antes de residir na vila.

Assim, propõe-se que, nas suas residências dentro da vila, continuem a ajudar a preparar as refeições e a organizar o seu espaço, e fora delas, possam fazer compras, ir ao cabeleireiro, almoçar ou jantar fora, ir comprar o jornal ao quiosque, entre muitas outras atividades.

4.3. Memória descritiva e justificativa da proposta

4.3.1. Descrição Volumétrica da Vila

A vila é constituída por seis blocos e três pisos:

- Dois blocos de habitação T8 com dois pisos e oito apartamentos, desta forma permitindo albergar quarenta e oito residentes e dezasseis cuidadores profissionais;
- Um bloco de habitação T1 com um piso e sete apartamentos, que albergará sete residentes e sete cuidadores informais;
- Um Bloco de Saúde com um piso e dezoito quartos, que albergará sessenta residentes em estado paliativo ou que necessitem de cuidados médicos diários;
- Um bloco, o centro lúdico, com dois pisos de serviços e equipamentos. Neste mesmo bloco foi projetada a direção e administração 2;
- Um bloco administrativo, onde foi projetada a direção e administração 1;

Estes blocos situam-se todos no piso térreo e no piso 1.

No piso -1 localizam-se algumas das áreas técnicas da vila, exceto as do Bloco de Saúde e o estacionamento coberto.

Os pátios comuns foram projetados no piso térreo e são três: o “Pátio Principal”, o “Pátio de Verão” e o “Pátio Natural”. Entre os quartos dos paliativos temos mais dois pátios, mas são apenas para o Bloco de Saúde.

A vila foi projetada de forma a facilitar o quotidiano dos seus residentes e profissionais. Desta forma, os blocos foram projetados em localizações estratégicas.

Em relação à entrada 1, no bloco mais a sul - este bloco foi projetado de forma a permitir que tanto a direção como a administração estejam junto à entrada da vila, sendo mais cómodo para os profissionais e mais seguro para os residentes.

Para além disso, sendo os blocos das habitações T8 onde se agrupa o maior número de residentes e profissionais, estes estão em contacto com o bloco da direção e com o Pátio Principal, facilitando assim o trajeto que os familiares e profissionais da vila têm de percorrer até aos residentes.

O Centro Lúdico foi projetado no centro da vila onde, desta forma, se torna acessível a todos os residentes de igual forma. Serve também para criar uma barreira física mascarada entre o Bloco de Saúde e o resto da vila.

O bloco das habitações T1 foi projetado de forma a estar integrado na vila, mas que usufrua do seu próprio espaço, por ser um local com menos residentes.

O Bloco de Saúde foi projetado na extremidade mais a norte da vila, para que não exista um contacto direto com os restantes residentes. Sendo um bloco independente em relação à restante vila, inclui uma entrada, uma direção e uma administração própria.

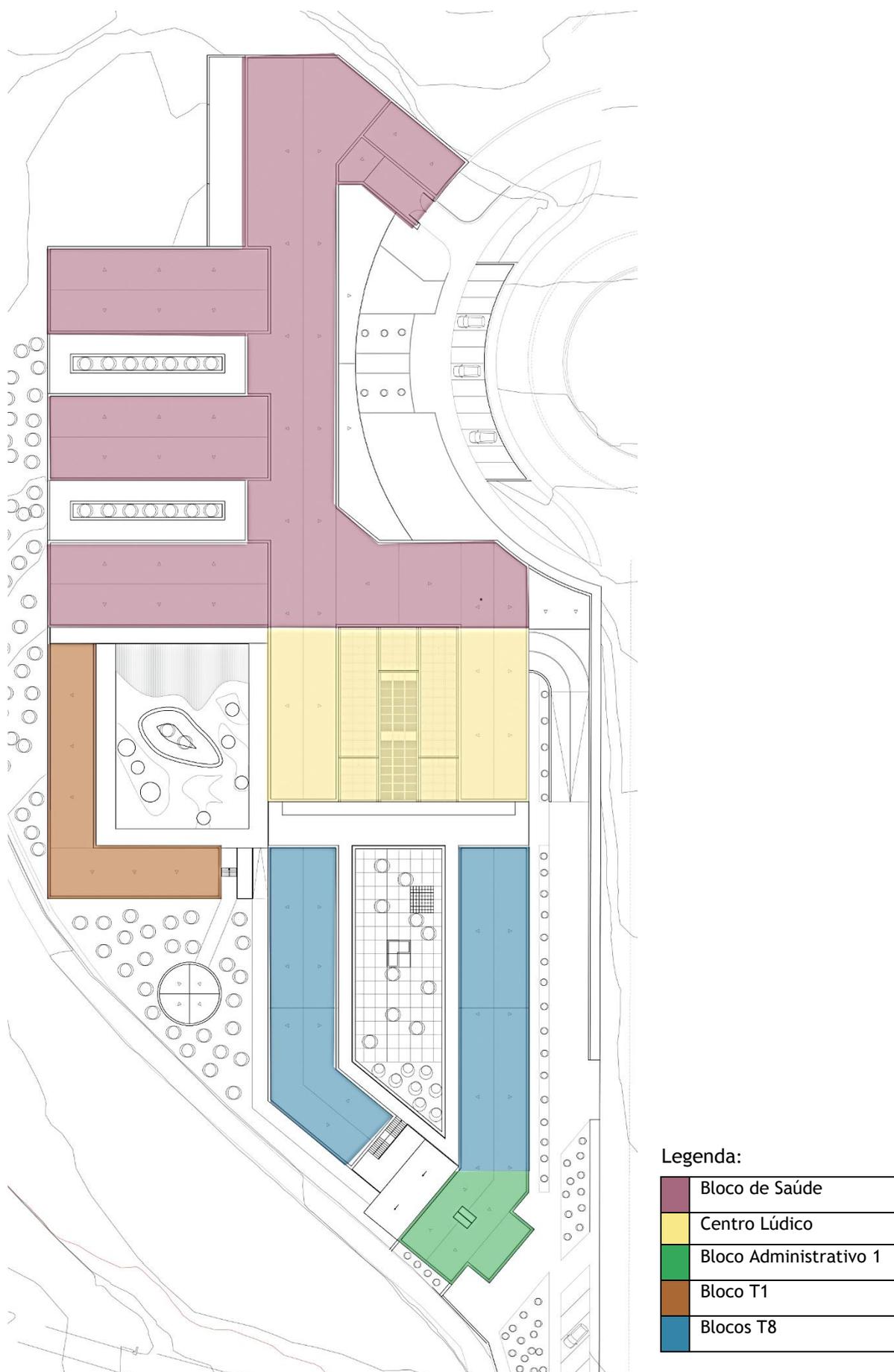


Figura 5 - Descrição Volumétrica da Vila

4.3.2. Descrição e justificação das habitações

Em termos de habitação, a vila conta com duas tipologias distintas: T8 e T1.

As habitações T8 foram projetadas para residentes que necessitam a tempo inteiro de um cuidador profissional. As habitações T1 foram projetadas para residentes que preferem ter consigo o seu cuidador informal.

Habitação T8

Estes foram projetados em dois blocos de quatro apartamentos cada, com galerias externas.

Entre os dois blocos encontra-se o “Pátio Principal”, que se caracteriza por estar repleto de elementos naturais e ser o principal espaço externo de convívio e socialização entre residentes.

Cada apartamento T8 tem, aproximadamente, 256 m² de área bruta e são divididos em três áreas principais: ao meio, a área comum, com aproximadamente 71 m² de área útil e, nas pontas, as áreas privadas, cada uma com aproximadamente 63 m² de área útil.

A área comum é composta por uma sala de estar e de jantar, uma cozinha interligada diretamente com as salas, para que a hora das refeições seja facilitada para os cuidadores profissionais, que podem estar na cozinha e supervisionar residentes que se encontrem na sala, existindo assim um maior controlo de toda a área no ato de preparar as refeições. Na área comum existe também uma lavandaria, uma instalação sanitária e um *hall* de entrada.

A sala de estar e de jantar são iluminadas e ventiladas por três vãos basculantes de 90 x 220 cm em vidro translúcido duplo que apenas abrem para o interior da habitação e, desta forma, os riscos de queda serem salvaguardados.

A cozinha e a lavandaria são iluminadas e ventiladas por um vão basculante cada, de 90 x 120 cm, em vidro translúcido duplo, que abrem para o interior da habitação.

A instalação sanitária é iluminada e ventilada artificialmente.

Cada área privada é composta por três quartos para residentes com demência, estes podem ser mobiliados e decorados com objetos pessoais dos residentes, ajudando na sua integração na vila; mais um quarto para o cuidador profissional e uma instalação sanitária completa com as dimensões e todos os utensílios necessários para pessoas com mobilidade reduzida.

Os quartos são compostos por uma cama individual retrátil e um roupeiro amplo. As camas foram pensadas para estarem de lado para a porta de entrada para que desta forma em caso de permanência no leito, a vigilância do residente pelo cuidador seja facilitada. Entre os quartos e a instalação sanitária foi projetado um hall, para que a circulação ocorra facilmente e sem estrangulamentos.

Cada quarto é iluminado e ventilado por um vão basculante de 90 x 220 cm em vidro translúcido duplo que abre apenas para o interior da habitação. A sua localização foi pensada para que, em caso de permanência no leito, o residente possa usufruir da paisagem e da luz natural direta. Desta forma, situa-se ao lado da cama.

A instalação sanitária é iluminada e ventilada artificialmente.

A opacidade dos compartimentos em relação aos vãos é feita interiormente por persianas automáticas. Desta forma, a limpeza e a manutenção das mesmas fica facilitada, já que os vãos apenas abrem para o interior da habitação.

Em termos de materialização interna, todos os pavimentos serão em flutuante de cor clara, exceto as zonas de água, que serão em tijoleira antiderrapante. Todos os tetos e paredes serão de cores claras para que não sejam alvo de distúrbios nem desconfortos para os residentes com demência.

Em termos de materialização externa, as habitações T8 são revestidas a alucobond de cor cinza claro, exceto a alucobond situadas em cima das portas de entrada dos T8, que serão de diferentes cores para facilitar aos residentes a identificação da sua habitação.

A fachada em alucobond apresenta muitas vantagens³⁰: protege o interior do edifício de sobreaquecimento no verão e de perda de calor com arrefecimento no inverno; tem muito boas propriedades de difusão de vapor (sem formação de condensação); tem uma longa vida útil e normalmente requer muito pouca manutenção e reparação, o que o torna um material eficiente em termos de custos a longo prazo; e é ainda um material com uma excelente relação resistência-peso.

As coberturas dos T8 são coberturas verdes, acessíveis a profissionais de manutenção, contribuído para uma melhor classificação térmica, melhorando a estética e a integração na paisagem.

Todo o equipamento técnico que estas habitações precisam para a sua salubridade, como, por exemplo, tubagens de esgotos, rede de águas, eletricidade, aparelhos de ar condicionado, aquecimento de água, será guiado até à sala das máquinas no piso -1 por um desvão sanitário que se encontra por baixo das habitações.

O acesso às habitações T8 do piso 1 é possível através de três acessos verticais: uma escada a norte e outra a sul e um elevador a norte, este com dimensões para mobilizar uma cama hospitalar; como se pode analisar na figura 6.

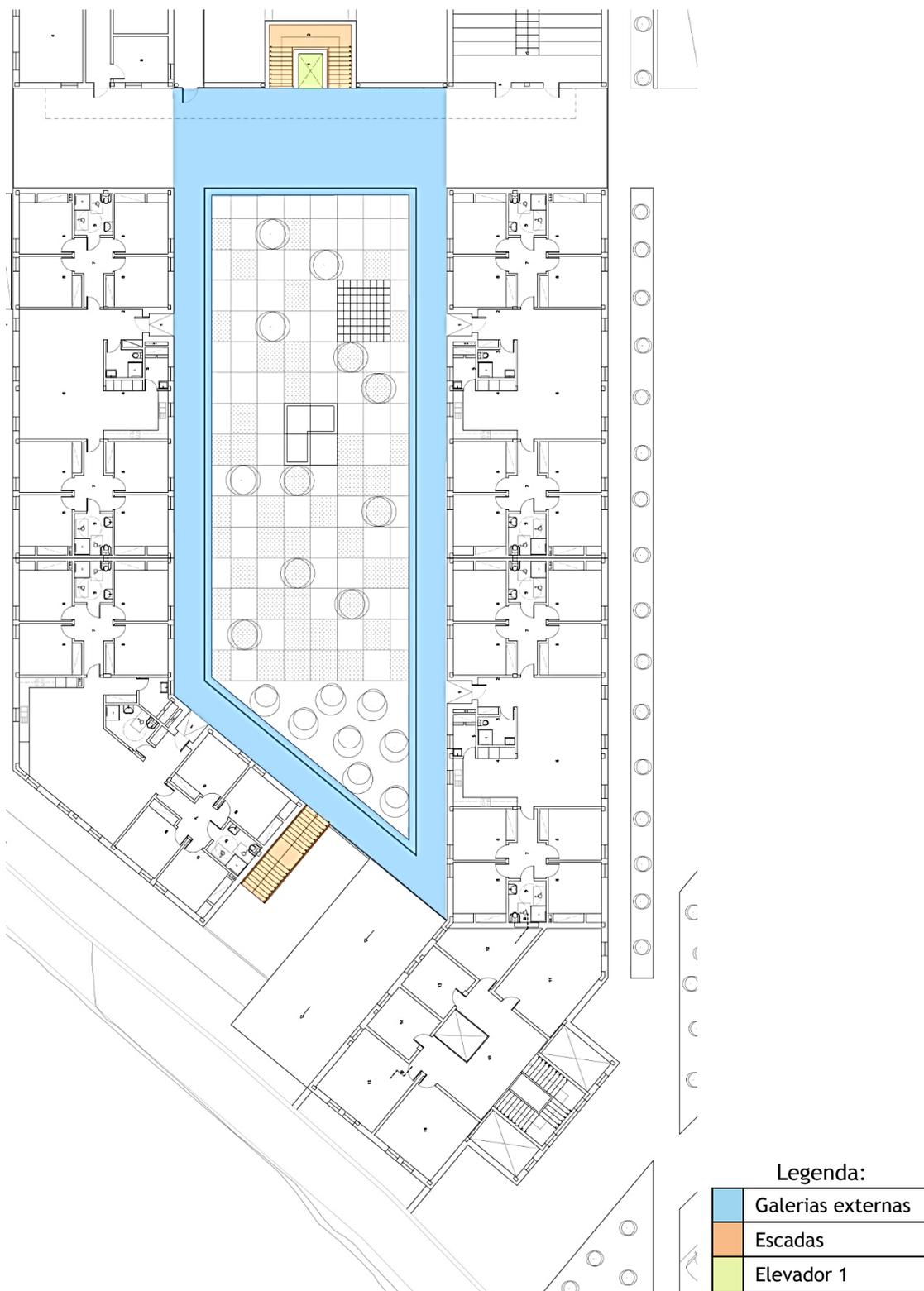


Figura 6 - Acessos ao piso 1 das habitações T8



Figura 7 - Planta da habitação T8

Habitação T1

Estes foram projetados em forma de “L”, com sete apartamentos ladeados de galerias externas, constituindo duas das quatro arestas do “Pátio de Verão”.

Cada apartamento T1 tem aproximadamente 65m² de área bruta e é dividido em duas áreas: a área comum, com aproximadamente 27 m² de área útil, e a área privada, com aproximadamente 25 m² de área útil. Todo o apartamento pode ser mobiliado e decorado com objetos pessoais dos residentes, ajudando na sua integração na vila.

A área comum é composta por uma sala de estar e de jantar, uma cozinha interligada diretamente com a sala, para que a hora das refeições seja facilitada para os cuidadores informais, existindo assim um maior controlo de toda a área no ato de preparar as refeições. Neste caso, a lavandaria será integrada com a cozinha.

A sala de estar e de jantar são iluminadas e ventiladas por um vão basculante de 180 x 220 cm em vidro translúcido duplo que apenas abre para o interior da habitação, desta forma salvaguardando os riscos de queda.

A cozinha é iluminada e ventilada por um vão basculante de 90 x 120 cm em vidro translúcido duplo, que abre para o interior da habitação.

A área privada é composta por um quarto de casal com duas camas individuais retráteis e uma instalação sanitária completa com a superfície e todos os utensílios necessários para pessoas com mobilidade reduzida. Neste caso, a única instalação sanitária localiza-se na área privada, pois em caso de permanência no leito, o percurso para a mesma é facilitado.

O quarto é iluminado e ventilado por um vão basculante de 90 x 220 cm em vidro translúcido duplo, que abre para o interior. A instalação sanitária é iluminada e ventilada por um vão basculante de 90 x 220 cm em vidro opaco duplo, que abre para o interior.

A opacidade dos compartimentos em relação aos vãos é feita interiormente por persianas automáticas. Desta forma, a sua limpeza e manutenção ficam facilitadas, já que os vãos apenas abrem para o interior da habitação.

Em termos de materialização interna, todos os pavimentos serão em flutuante de cor clara, exceto as zonas de água, que serão em tijoleira antiderrapante. Todos os tetos e paredes serão de cores claras para que não sejam alvo de distúrbios nem desconfortos para os residentes com demência.

Em termos de materialização externa, as habitações T1 são revestidas a alucobond de cor cinza claro, sendo a alucobond por cima de cada porta de entrada dos T1 de uma cor diferente, para facilitar a identificação da sua habitação aos residentes.

A fachada em alucobond apresenta muitas vantagens³⁰: protege o interior do edifício de sobreaquecimento no verão e de perda de calor com arrefecimento no inverno; tem muito boas propriedades de difusão de vapor (sem formação de condensação); tem uma longa vida útil e normalmente requer muito pouca manutenção e reparação, o que o torna um material eficiente em termos de custos a longo prazo; e é ainda um material com uma excelente relação resistência-peso.

As coberturas dos T1 são coberturas verdes, acessíveis a profissionais de manutenção, contribuído para uma melhor classificação térmica, melhorando a estética e a integração na paisagem.

Todo o equipamento técnico que estas habitações precisam para a sua salubridade, como, por exemplo, tubagens de esgotos, rede de águas, eletricidade, aparelhos de ar condicionado, aquecimento de água, será guiado até à sala das máquinas no piso -1 por um desvão sanitário que se encontra por baixo das habitações.

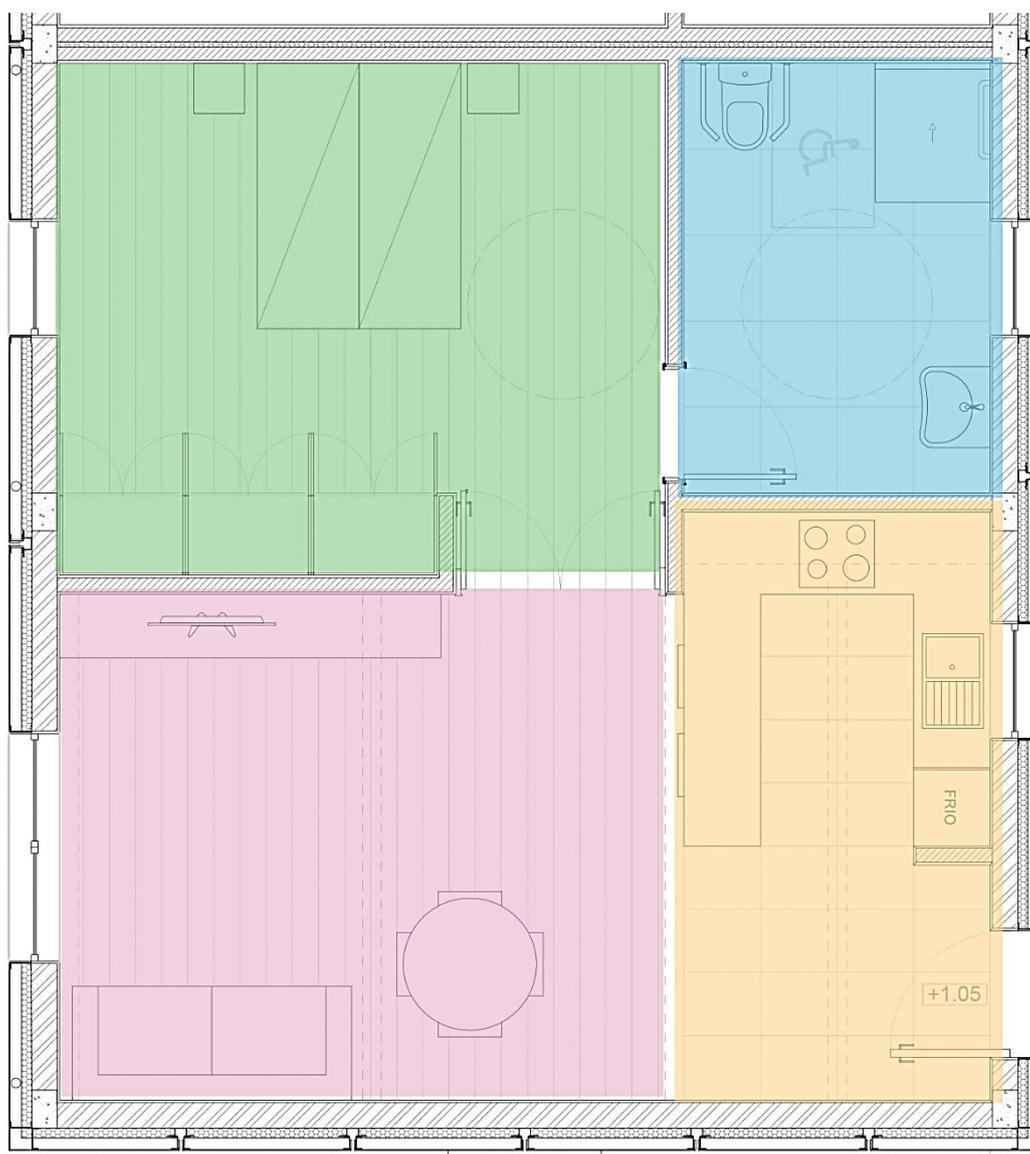


Figura 8 - Planta da habitação T1

Legenda:

Green square	Quarto
Blue square	Instalação sanitária
Orange square	Cozinha
Pink square	Sala de estar e de jantar

4.3.3. Descrição e justificação do Bloco de Saúde

O Bloco de Saúde foi projetado fundamentalmente porque há défice de cuidados paliativos em Portugal (capítulo II) e a última fase da progressão da doença está muito associada à necessidade de cuidados paliativos. No entanto, este bloco poderá também servir para providenciar cuidados médicos mais básicos e temporários que os residentes possam necessitar.

Esta unidade é composta por: um bloco comum, onde se encontram todas as áreas técnicas e mais três blocos de quartos, no total com sessenta camas, dividido por pátios.

O bloco comum é dividido em quatro áreas principais: área da entrada; área da direção / administração; área dos cuidados de saúde; área técnica do bloco.

A área da entrada foi projetada para que tanto familiares como profissionais a possam usar em simultâneo e é composta por:

- Entrada principal do bloco
- Receção
- Acesso direto à vila
- Sala de espera
- Instalações sanitárias
- Cantina e cafetaria comum

A área da direção / administração, onde apenas os profissionais da vila e pessoas autorizadas podem entrar, é composta por:

- Dois balneários e vestiários
- Instalações sanitárias
- Sala de descanso
- Gabinete do diretor
- Gabinete do administrador
- Gabinete do gestor
- Gabinete do assistente social
- Dois gabinetes de psicologia
- Sala de Reuniões

A área dos cuidados de saúde, onde apenas os profissionais da vila e pessoas autorizadas podem entrar, é composta por:

- Duas salas de espera e de estar
- Dois consultórios médicos
- Uma sala de fisioterapia
- Uma sala de reuniões
- Instalações sanitárias
- Capela / capela mortuária
- Saída de emergência para a ambulância
- Acesso aos quartos
- Acesso as áreas técnicas da vila

A área técnica do bloco, onde apenas os profissionais da vila podem entrar, é composta por:

- Morgue
- Lavandaria
- Sala de limpos
- Sala de sujos
- Sala de armazenamento temporário de resíduos
- Armazém
- Arrumos
- Sala das máquinas
- Cais de cargas e descargas

Os três blocos dos quartos são acessíveis pelo bloco comum. Estes são compostos cada um por:

- Sala de limpos
- Enfermaria
- Quatro quartos de três camas, cada quarto com uma instalação sanitária
- Dois quartos de quatro camas, cada quarto com uma instalação sanitária
- Acessos ao pátio

Foram planeados 12 quartos de 3 camas (capacidade para 36 residentes) e 6 quartos de 4 camas (capacidade para 24 residentes).

O mobiliário recomendado deve ser ergonómico, de fácil manutenção, mobilização e limpeza. Deve ter condições que diminuam a dependência do paciente em relação à ajuda de

terceiros e que minimizem o esforço físico dos profissionais quando prestam cuidados ao residente.

As camas devem ser articuladas na zona da cabeça e dos pés e na altura da cama ao chão, com controlo elétrico, colchão hospitalar gama de conforto e propriedades anti-escaras, conter 4 rodas, duas delas com travão, permitindo que possam ser mobilizadas facilmente.

Entre cada cama foram planeadas cortinas para garantir máximo conforto e privacidade na prestação de cuidados de higiene e de saúde.

Por cima das camas foram desenhados perfis em metal com fluxómetro calibrado por rede de oxigênio para os residentes que precisarem de oxigenioterapia.

Todos os pavimentos e paredes até 1,20 m de cota são revestidos a VINIL anti deslizante, para garantir a melhor higiene possível, prevenir infeções, maximizar a segurança e facilitar o ato de limpeza para os profissionais.

Todos os quartos, exceto os quartos mais a norte do bloco 3 de quartos, têm acesso direto a pátios externos, permitindo assim uma ligação direta entre o interior e o exterior.

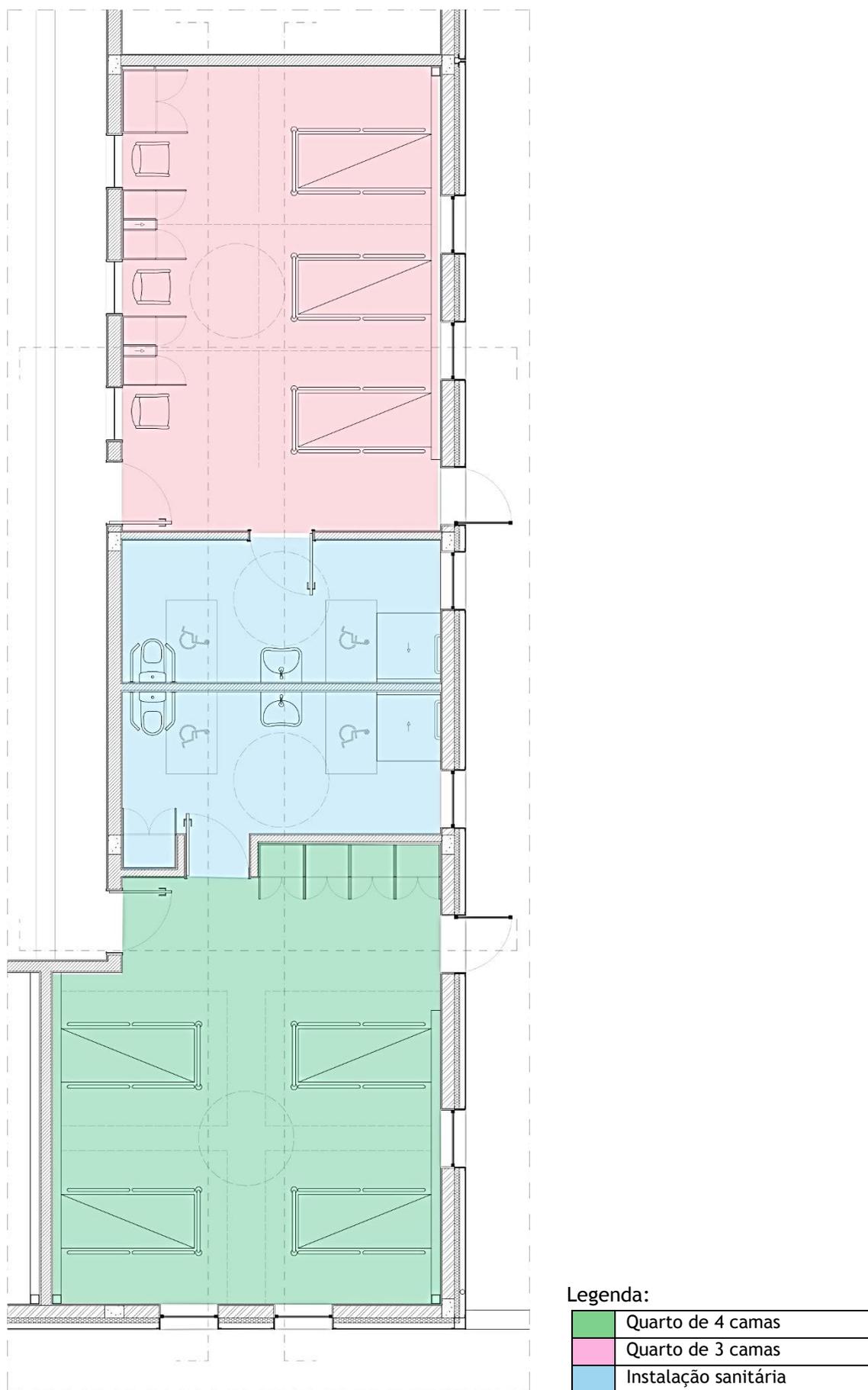
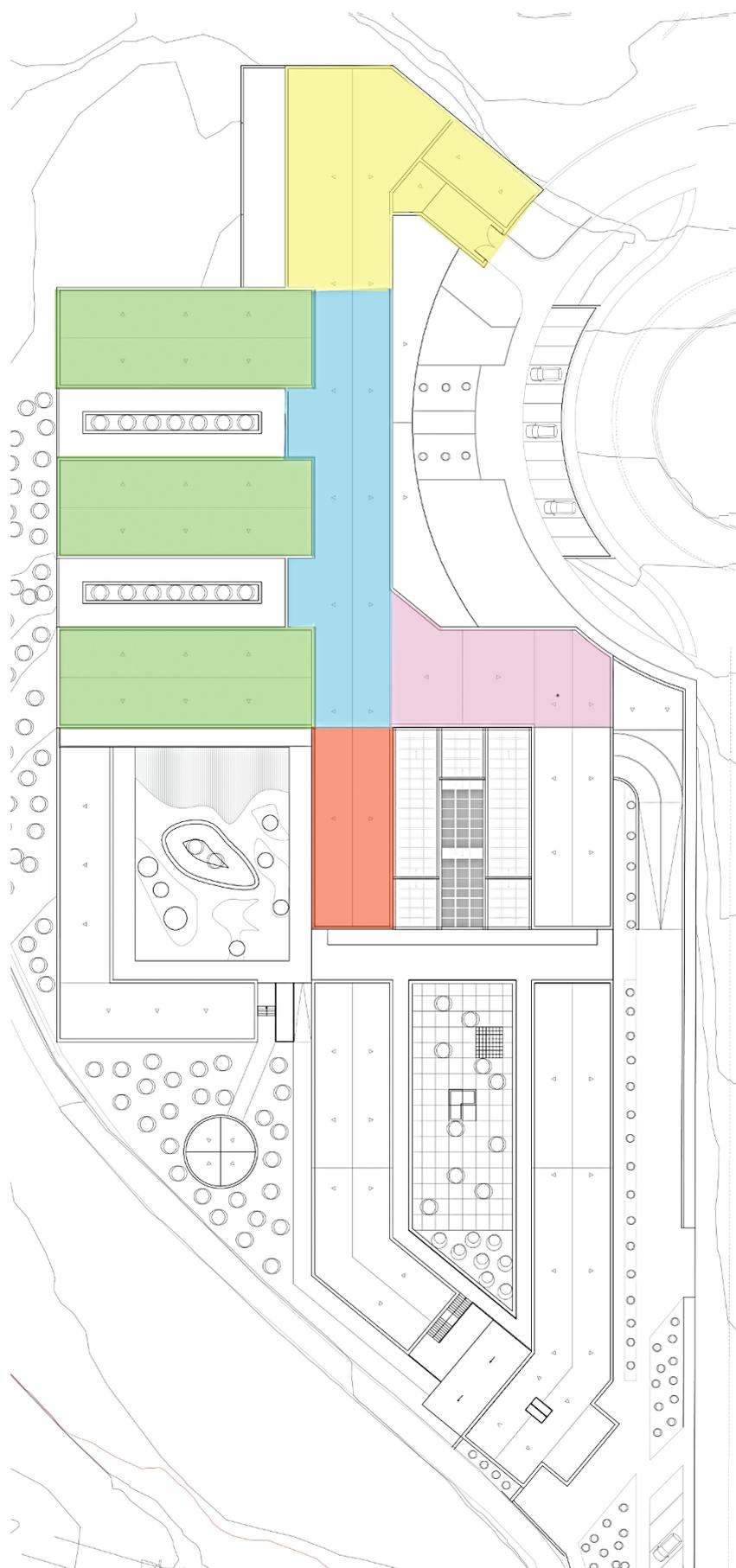


Figura 9 - Planta dos quartos do bloco de saúde



Legenda:

	Bloco de quartos
	Área de cuidados de saúde
	Área da direção / administração 2
	Área da entrada
	Área técnica

Figura 10 - Planta do Bloco de Saúde

Considerou-se que neste bloco era fundamental ter consultórios médicos, pelo acompanhamento médico que os residentes necessitam. Para além disso, destaca-se que a abordagem ao doente residente neste bloco deverá ser multidisciplinar e propõe-se que estes consultórios sejam polivalentes, de forma a ser usados por uma equipa composta por médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos e fisioterapeutas, todos com formação especializada em demências e cuidados paliativos.

Os médicos e enfermeiros são importantes para prestar todos os cuidados que os residentes nestas unidades necessitam, desde o diagnóstico até à prevenção de complicações, passando pela escolha e administração das melhores alternativas terapêuticas - farmacológicas ou não farmacológicas - educação para a saúde e promoção da saúde, dos residentes e seus familiares.

Os fisioterapeutas dariam também grande contributo na melhoria da saúde dos residentes, uma vez que, por deterioração neurológica, aparecem dificuldades na mobilidade, equilíbrio e força, que podem ser estimuladas por exercícios físico-motores, mas também pelas dificuldades progressivas em processos fisiológicos como a respiração, situação na qual o fisioterapeuta pode intervir e ajudar na respiração eficaz, na eliminação de secreções, entre outras funções.

Os assistentes sociais seriam importantes para realizar o acolhimento, a realização do diagnóstico social, as avaliações para possibilitar o acesso a benefícios, a efetivação de direitos sociais e o acompanhamento de atividades de vida prática e atividades de vida diária.

Os psicólogos seriam responsáveis pela realização de sessões de ajuda na superação do processo de aceitação da doença incurável e degenerativa para o próprio residente, nos casos em que o próprio ainda conserve as suas faculdades mentais e, não menos importante, para os familiares, amigos e cuidadores dos residentes, que também têm de lidar com a perda progressiva, arrastada e irreversível do seu ente querido, o que acarreta muito sofrimento.

A sala de reuniões também se revela importante para que possam ocorrer reuniões com todos os membros da equipa periodicamente, de forma a garantir que os cuidados são holísticos e que as decisões tomadas vão ao encontro do melhor interesse do doente, da sua família e da melhor evidência científica.

Localização dos Serviços

Este bloco foi projetado para que o seu desempenho seja o melhor possível. Desta forma, a entrada foi localizada entre as áreas comuns e as áreas privadas, sendo as comuns: a cantina, recepção e a direção. Assim, estas podem ser utilizadas por profissionais da vila e familiares dos residentes sem pôr em causa a saúde e o bem-estar dos residentes mais vulneráveis.

Ademais, as áreas privadas foram projetadas de forma a que exista um maior e melhor controlo e supervisão dos residentes neste bloco. Sendo assim, os quartos foram projetados em três blocos distintos, separados por um pátio externo, em que cada um contém seis quartos, uma enfermaria e uma sala de limpos.

Ao longo dos três blocos de quartos foram projetados serviços médicos, nomeadamente, dois consultórios médicos, uma sala de reuniões de serviço, uma sala de fisioterapia e uma saída de emergência para ambulâncias. O que se pretende é que estes serviços médicos estejam também à disposição dos residentes da vila que não vivem no bloco de saúde, em caso de necessidade de avaliação médica.

Foi também prevista uma capela, que poderá ser usada como capela mortuária.

A área técnica do bloco está na extremidade mais a norte, assegurando o controlo das entradas no bloco.

Materialização interna

Materialização interna da área da entrada

- Entrada Principal do bloco
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor bege com granulados coloridos
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor bege com granulados coloridos e a restante em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Recepção
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor bege com granulados coloridos
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor bege com granulados coloridos e a restante em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Acesso direto à vila
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor bege com granulados coloridos
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor bege com granulados coloridos e a restante em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Sala de espera
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor bege com granulados coloridos
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor bege com granulados coloridos e a restante em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Instalações sanitárias
 - Pavimento em Mosaico de cor bege
 - Paredes em Mosaico de cor bege
 - Tetos falsos de cor branca
- Cantina e cafeteria comum
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor bege com granulados coloridos
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor bege com granulados coloridos e a restante em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca

Materialização interna da área da direção / administração 2

- Dois balneários e vestiários
 - Pavimento em Mosaico de cor bege
 - Paredes em Mosaico de cor bege
 - Tetos falsos de cor branca
- Instalações sanitárias
 - Pavimento em Mosaico de cor bege
 - Paredes em Mosaico de cor bege
 - Tetos falsos de cor branca
- Sala de descanso
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro com granulados coloridos
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Gabinete do diretor
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falso de cor branca
- Gabinete do administrador
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Gabinete do gestor
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro com granulados coloridos
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Gabinete do assistente social
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro com granulados coloridos
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Dois gabinetes de psicologia
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro com granulados coloridos
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca

- Sala de Reuniões
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro com granulados coloridos
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca

Materialização interna da área dos cuidados de saúde

- Duas salas de espera e de estar
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Dois consultórios médicos
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Uma sala de fisioterapia
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Uma sala de reuniões
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Instalações sanitárias
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes em VINIL de cor cinza claro
- Capela / capela mortuária
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor bege claro
 - Paredes em VINIL de cor bege claro
- Saída de emergência para a ambulância
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Acesso aos quartos
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Acesso as áreas técnicas da vila
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro

- Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco

Materialização interna dos blocos dos quartos

- Sala de limpos
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Enfermaria
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Quatro quartos de três camas, cada quarto com uma instalação sanitária
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Dois quartos de quatro camas, cada quarto com uma instalação sanitária
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Acessos ao pátio
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Acesso aos quartos
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro, com uma risca de 30 cm de largura ao centro do corredor, em verde, azul e amarelo, no bloco um, dois e três, respetivamente.
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco

Materialização interna da área técnica

- Morgue
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor azul claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor azul claro e a restante em estuque branco
- Lavandaria
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor azul claro
 - Paredes em VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Sala de limpos
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor azul claro
 - Paredes em VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Sala de sujos
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor azul claro
 - Paredes em VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Sala de armazenamento temporário de resíduos
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor azul claro
 - Paredes em VINIL de cor azul claro e a restante em estuque branco
- Armazém
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor azul claro
 - Paredes em VINIL de cor azul claro e a restante em estuque branco
- Arrumos
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor azul claro
 - Paredes em VINIL de cor azul claro e a restante em estuque branco
- Sala das máquinas
 - Pavimento em mosaico de cimento queimado
 - Paredes estuque cinza claro
- Cais de cargas e descargas
 - Pavimento em mosaico de cimento queimado

Materialização externa

Em termos de materialização externa, propõe-se que o Bloco de Saúde seja revestido a dois materiais diferentes:

A fachada este do bloco deverá ser revestida a placas de granito de cor bege de 125 x 50 cm, na horizontal.

As restantes fachadas deverão ser revestidas a alucobond de cor branca, na horizontal.

A fachada em alucobond apresenta muitas vantagens³⁰: protege o interior do edifício de sobreaquecimento no verão e de perda de calor com arrefecimento no inverno; tem muito boas propriedades de difusão de vapor (sem formação de condensação); tem uma longa vida útil e normalmente requer muito pouca manutenção e reparação, o que o torna um material eficiente em termos de custos a longo prazo; e é ainda um material com uma excelente relação resistência-peso.

As coberturas do bloco que foram propostas são coberturas verdes, acessíveis a profissionais de manutenção, contribuído para uma melhor classificação térmica e estética do edifício.

Vãos externos utilizados no bloco

Todos os vãos do bloco deverão ser basculantes ou fixos, em vidro duplo translúcido com medidas especificadas em projeto.

A opacidade dos compartimentos em relação aos vãos é feita interiormente por persianas automáticas. Desta forma, a limpeza e a manutenção ficam facilitadas, já que os vãos apenas abrem para o interior.

4.3.4. Descrição e justificação do “Centro Lúdico”

O Centro lúdico é um espaço onde se situam todos os serviços e equipamentos dos quais os residentes podem usufruir, tais como:

- Anfiteatro Multifunções
- Capela Religiosa
- Restaurante
- Café
- Quiosque
- Sala de convívio
- Sala de atividades
- Minimercado
- Salão de Cabeleireiro
- Sala de ginásio interligado com fisioterapia
- Loja de roupa
- Biblioteca
- Piscina interna e externa aquecida

Anfiteatro Multifunções

É um espaço com 125 lugares sentados, sendo 5 destes destinados a pessoas com mobilidade reduzida, e um palco de 43 m². A finalidade deste anfiteatro é fornecer aos residentes e profissionais da vila um espaço onde possa existir diversos tipos de espetáculos, como dança, teatro, cinema, entre outros. Também poderá ser um ponto de partida para palestras e workshops para a população em geral, dada a importância da sensibilização da população para as questões relacionadas com a demência, a sua prevenção e como lidar com a condição. Sendo um espaço projetado ao lado da capela, foi pensada uma passagem de ligação destes dois espaços para que desta forma, havendo necessidade do espaço, as eucaristias ou outros atos religiosos possam ser realizados no anfiteatro.

Estas atividades, como a organização de espetáculos de dança ou de teatro, revelam-se muito importantes para os doentes com demência, porque promovem a manutenção de valores de ordem social, como a necessidade de trabalhar em conjunto para chegar ao objetivo comum, a interajuda entre indivíduos com limitações diferentes e o trabalho em grupo. Para além disso, estimulam a cognição - os indivíduos têm de memorizar e entender uma coreografia ou um guião - e também estimulam as competências físico-motoras - é necessário reproduzir uma dança ou gestos consoante a cena. Serve também como importante ponte entre a instituição, o residente e a sua família, que poderia ser convidada para assistir aos espetáculos.

Capela Religiosa

É um espaço com 40 lugares sentados, no qual os residentes da vila podem prestar culto da mesma forma que faziam antes de lá residirem. Desta forma, contribui-se para a que a sua estadia seja a melhor possível.

O objetivo desta capela é permitir aos residentes manter a sua espiritualidade, que pode significar muito mais do que uma religião ou uma igreja. Pode relacionar-se com qualquer coisa que dê sentido ou paz à sua vida.

Neste espaço podem realizar-se eucaristias, celebrações de datas religiosas, preces coletivas, grupos de discussão de temas espirituais, treino de cânticos de cariz religioso, entre outros. Estas atividades podem ser complementadas com sessões de meditação, muito úteis para os doentes com demência, uma vez que a evidência³¹ aponta para que a meditação e o combate ao stress podem atrasar a progressão de défices cognitivos.

Restaurante

O restaurante é um espaço com 48 lugares sentados. O objetivo deste espaço é assegurar que os residentes têm um quotidiano que se aproxime o máximo possível da vida que tinham fora da vila.

O restaurante é importante para que até a altura da refeição seja um estímulo para os doentes. Pretende-se que eles se sentem em mesas com outras pessoas, treinando as competências sociais, e que sejam estimulados a escolher um prato para consumirem a partir de uma carta e que, depois, façam o pedido aos funcionários.

Para além disso, estaria também aberto às visitas dos residentes, possibilitando que os doentes levem os seus amigos e familiares.

Para que não houvesse necessidade de duplicar as cozinhas industriais, o restaurante foi projetado por baixo da cantina, que confeciona as refeições para os residentes do bloco de saúde, para que desta forma todas as refeições pudessem ser confecionadas num só local e posteriormente entregues por um elevador aos profissionais do restaurante.

Café e Quiosque

É um espaço com 24 lugares sentados na posição central do “Centro Lúdico”. O objetivo deste espaço é simular as estações centrais dos centros comerciais que existem fora da vila.

Aqui, os residentes podem socializar, comprar revistas, livros e jornais no quiosque e parar no café para tomar uma bebida ou comer um snack.

Sala de convívio e de jogos

É um espaço com 44 m² projetado para ser usado como uma sala de convívio e de jogos, com mesa de snooker, matraquilhos, dardos e jogos de tabuleiro - xadrez, damas, cartas, dominó, bingo entre outros.

Os jogos são uma excelente forma de estimular a cognição, são divertidos e promovem a interação social. Um benefício de usar esta estratégia para manter os doentes cognitivamente ativos é que existem jogos com grandes diferenças em termos de dificuldade e consegue-se adaptar ao nível cognitivo individual.

Sala de atividades

É um espaço com 38 m² projetado para possibilitar o exercício de várias atividades, desde aulas de exercício físico em grupo, aulas de dança, sessões de meditação, sessões de musicoterapia, aulas de pintura, grupos de debate sobre algum assunto, entre outros.

As sessões de musicoterapia têm particular enfoque, uma vez que se têm revelado muito benéficas para doentes com demência, já que as pessoas com demência se mostram recetivas à música até em fases avançadas da doença e conseguem aprender e reconhecer músicas, até muito tarde na história natural da doença.³²

Estas sessões têm como principal objetivo promover a comunicação, a interação social, as expressões emocionais e melhorar as capacidades físicas como a coordenação motora, as capacidades cognitivas, a atenção e a memorização. As atividades podem passar por tocar um instrumento, promovendo o ritmo e a sincronização; cantar, promovendo a memorização e a atenção; associar movimentos a sons, ajudando na coordenação motora; ouvir e identificar sons, promovendo a memória, associação e raciocínio; ou dançar, melhorando a interação social, a memória e a coordenação motora.

Este espaço também pode ser facilmente adaptado às necessidades do momento, para qualquer atividade específica que se decida realizar.

Minimercado

É um espaço com 105 m² onde os residentes são incentivados a fazer as compras dos produtos necessários para viverem nas suas habitações.

Este espaço é importante para treino de competências sociais, de memorização (os residentes devem lembrar-se do que têm e daquilo que faz falta para a sua habitação), treino de competências matemáticas (os residentes podem ser incentivados a estimar o preço das suas

compras antes de chegar à caixa e podem pagar as compras e verificar o troco), sempre sob supervisão profissional e com a garantia de que serão ajudados a escolher e pagar os produtos.

Em suma, é um espaço no qual os residentes podem passar algum tempo da sua semana e treinar competências importantes que estimulam a independência dos residentes e a sua crença em si próprios e nas suas capacidades.

Salão de cabeleireiro e loja de roupa

São espaços projetado para reforçar o bem-estar psicológico e físico dos residentes da vila. O objetivo é permitir aos residentes manter hábitos que tinham antes, nomeadamente a possibilidade de manter uma rotina de beleza, uma imagem que lhes agrade, aumentando a sua autoestima.

Nestes espaços, os residentes podem cortar e arranjar o cabelo, ter um serviço completo de maquilhagem, manicura, pédicure e renovar o seu repertório de roupas.

Sala de ginásio e fisioterapia

A demência é caracterizada por uma deterioração acelerada a nível de mobilidade e equilíbrio.^{24,33} A importância do exercício físico para o doente com demência é bem conhecida¹¹. Neste caso, propõe-se que os residentes tenham orientação do fisioterapeuta nas suas atividades, de forma a que possam fazer exercícios adaptados às suas capacidades e limitações.

É consistente na literatura que uma intervenção focada na reabilitação postural, no treino de marcha, de carga e resistência progressiva, bem como no treino funcional com base em situações quotidianas, promove um aumento da flexibilidade e do fortalecimento muscular, uma melhoria a nível proprioceptivo e da marcha, levando a um menor risco de quedas e, conseqüentemente, a uma maior independência em indivíduos dementes nas suas atividades de vida diária.¹¹

O Ginásio / Sala de Fisioterapia é um espaço de 50 m² que contribui para o bem-estar físico dos residentes da vila. Neste espaço, os residentes são incentivados a manter atividade física regular, de preferência diária.

Para além disso, a intervenção na função motora e a prática regular de exercícios aeróbicos pelos doentes, mostra promover uma progressão tanto a nível motor como a nível cognitivo e as intervenções cognitivas também parecem melhorar o desempenho motor dos indivíduos. É, portanto, de extrema importância a associação de estímulos físicos e intelectuais.¹¹

Biblioteca

É um espaço de 63 m² onde os residentes são incentivados a ler, requisitar livros para ler na sua residência, fazer pesquisas e onde se podem organizar atividades diversas como grupos de discussão de livros, concursos de leitura, concursos e workshops de escrita criativa, entre outros.

Além do déficit na memória, a linguagem também tem o seu desempenho afetado logo nas primeiras fases da demência. Uma das tarefas de linguagem que se encontra frequentemente prejudicada é a compreensão de leitura textual. Ela exige várias habilidades linguísticas: decodificação da linguagem impressa, compreensão das palavras escritas e percepção de acontecimentos e da relação entre eles. ³⁴

Os estudos têm demonstrado que manter hábitos de leitura pode ser um fator de bom prognóstico na progressão das demências, podendo atrasar a sua progressão. ³⁴



Figura 11 - Planta piso térreo do Centro Lúdico

Legenda:

	Biblioteca
	Sala de Atividades
	Loja de Roupas
	Ginásio / Fisioterapia
	Arrumos
	Instalações Sanitárias
	Salão de Cabeleireiro
	Sala de Convívio e de Jogos
	Minimercado
	Restaurante
	Capela Religiosa
	Anfiteatro
	Quiosque
	Café

Materialização interna

- Anfiteatro Multifunções
 - Pavimento em carpete cinza
 - Paredes em painéis de madeira
 - Tetos falso em madeira
 - Cadeiras em tecido verde claro
- Capela Religiosa
 - Pavimento em mármore branco
 - Paredes em painéis de madeira
 - Tetos falso de cor branca
 - Bancos de madeira clara
- Restaurante
 - Pavimento em VINIL anti deslizante, de cor cinza claro
 - Paredes em estuque de cor branca
 - Tetos falsos de cor branca
- Café
 - Pavimento em VINIL anti deslizante, de cor cinza claro
- Quiosque
 - Pavimento em VINIL anti deslizante, de cor cinza claro
- Sala de convívio
 - Pavimento em VINIL anti deslizante, de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro, e a restante em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Sala de atividades
 - Pavimento em VINIL anti deslizante, de cor cinza claro
 - Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro, e a restante em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Minimercado
 - Pavimento em VINIL anti deslizante, de cor cinza claro
 - Paredes em VINIL de cor cinza claro
 - Tetos falsos de cor branca
- Salão de Cabeleireiro
 - Pavimento em VINIL anti deslizante, de cor cinza claro
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Sala de ginásio interligado com fisioterapia
 - Pavimento em VINIL anti deslizante, de cor verde claro

- Paredes até 1.20 m de VINIL de cor cinza claro e a restante em estuque branco
- Tetos falsos, de cor branca
- Loja de roupa
 - Pavimento em VINIL anti deslizante de cor cinza claro
 - Paredes em estuque branco
 - Tetos falsos de cor branca
- Biblioteca
 - Pavimento em carpete cinza clara
 - Paredes em painéis de madeira
 - Tetos falsos de cor branca
- Espaço comum do Centro Lúdico
 - Pavimento em VINIL Cinza claro nas pontas ao longo das entadas e ao centro em VINIL beije claro
 - Paredes em mosaico de grande escala de cor beije claro

Materialização externa

Todas as fachadas do Centro Lúdico serão em placas de granito de cor beije. Na fachada oeste e este de 120 x 50 cm, aplicadas na horizontal. E na fachada sul de 105 x 50 cm, aplicadas na horizontal.

Coberturas

As coberturas laterais do centro serão coberturas verdes, acessíveis a profissionais de manutenção, contribuindo para uma melhor classificação térmica e estética do edifício.

A cobertura central será repartida em três coberturas de duas águas. Cada cobertura tem a sua própria estrutura em aço e serão revestidas em chapas compactas de policarbonato translúcido, esteticamente semelhante ao vidro, com filtro de infravermelhos para promover um melhor conforto térmico do centro. Desta forma, o centro será privilegiado com entradas de luz naturais e ainda promove a eficiência energética do mesmo. ³⁵

As coberturas de policarbonato são muito resistentes ao impacto e às variações temperatura. São também muito mais leves do que o vidro, o que facilita a sua colocação e manutenção. ³⁵

A cobertura de maior área, situada a sul, na posição medial, será revestida a coletores solares, para abastecer toda a vila. Por estar a sul, o rendimento dos coletores solares será maximizado. Ademais, o edifício não será propício a sofrer sobreaquecimento em dias de temperaturas elevadas, pois os coletores produzem sombra.

Vãos externos

Todos os vãos do Centro Lúdico serão basculantes ou fixos, em vidro duplo translucido com medidas especificadas em projeto.

A opacidade dos compartimentos em relação aos vãos é feita interiormente por persianas automáticas. Desta forma, a limpeza e a manutenção destes elementos fica facilitada, já que os vãos apenas abrem para o interior.

Piscina interna e externa aquecida

A piscina, em termos construtivos, já não faz parte do Centro Lúdico. Foi projetada no lado norte do “Pátio de Verão”, estando, desta forma, a sua fachada principal orientada a sul.

É uma piscina interior aquecida de 6,40 x 10,00 x 1,40 m, projetada de forma a que no verão possa ser utilizada como externa, abrindo os seus grandes vãos a sul e tendo uma ligação direta com o pátio onde os residentes podem usufruir de um espaço de lazer que os faça recordar a praia ou a piscina pública que costumavam frequentar antes da sua residência na vila.

Esta área é composta por três espaços: o espaço da piscina ao centro (figura 12, cor amarela); na ponta este (figura 12, cor vermelha) dois balneários para os residentes autónomos; e na ponta oeste (figura 12, cor azul) dois balneários para residentes com limitações motoras e dois balneários para os profissionais da piscina, juntamente com uma área de arrumos.

Aqui pretende-se que os residentes possam praticar “hidrocinesioterapia”, termo que é utilizado por fisioterapeutas para designar os efeitos do uso do ambiente aquático de forma a promover a manutenção ou melhoria da capacidade funcional neuro-motora, musculoesquelética e cardiorrespiratória. A terapia é conseguida apenas em piscinas termoaquecidas como a que se propõe, pela utilização de técnicas especialmente desenvolvidas pelos profissionais de saúde.

No ambiente aquático devem ser utilizadas temperaturas entre 26° e 33°C para exercícios de mobilidade, flexibilidade e para relaxamento muscular. A água é um meio ótimo porque a flutuabilidade retira de forma relativa o peso do paciente e a carga das articulações, permitindo o desempenho dos movimentos ativos com maior facilidade.

Em termos de materialização, é proposto que todos os pavimentos sejam em tijoleira antiderrapante e que todas as paredes sejam revestidas a azulejo por causa da humidade do espaço e facilitar assim a limpeza.

A zona da piscina é iluminada e ventilada naturalmente e artificialmente - naturalmente, por cinco vãos de 280 x 280 cm cada, que abrem lateralmente. Artificialmente, iluminada por spots no teto falso e ventilada por condutas de ar.

A sala das máquinas da piscina situa-se por baixo desta, sendo acessível pelo piso -1.



Figura 12 - Planta da Piscina

Legenda:

	Dois balneários para residentes com limitações motoras / Dois balneários para profissionais / Arrumos
	Piscina aquecida com 6,40 x 10,00 x 1,40 m
	Dois balneários para residentes autónomos

4.3.5. Descrição e justificação das áreas técnicas

Quanto às áreas técnicas, existe um plano de divisão das que pertencem ao Bloco de Saúde e às da restante vila, por questões de higiene, segurança e comodidade tanto para os residentes como para os profissionais da vila.

Estas áreas são caracterizadas de três formas:

- Manutenção
- Direção e Administração
- Descanso e bem-estar dos profissionais

Manutenção

As áreas de manutenção da vila, exceto as do Bloco de Saúde, estão agrupadas no piso -1, por motivos de segurança e conforto, sendo este piso acessível apenas aos profissionais da vila. Desta forma, as ações necessárias à sua regular manutenção podem ser executadas sem que os residentes percebam.

No piso -1 localiza-se:

- Sala das máquinas da piscina
- Arrumos e Lavandaria para equipamento da vila
- Sala das máquinas das habitações e do Centro Lúdico, onde se localizam os aparelhos externos de ar condicionados, as caldeiras de aquecimento de água alimentadas por coletores solares, que estão instalados na cobertura sul do Centro Lúdico e todas as tubagens de esgotos, rede de águas, eletricidade entre outras, de toda a vila
- Acesso à sala das máquinas dos elevadores
- Área de armazenamento dos resíduos da vila

No piso térreo localiza-se:

- Cais de cargas e descargas da vila
- Diversos espaços de arrumação

As áreas de manutenção do Bloco de Saúde, por questões de comodidade, estão localizadas no ponto norte do bloco, para que desta forma só seja acessível aos profissionais do bloco.

Assim sendo as áreas de manutenção que são necessárias para o bom funcionamento do Bloco de Saúde são:

- Sala de limpos
- Sala de sujos
- Lavandaria
- Arrumos
- Armazém
- Sala de armazenamento de resíduos
- Sala das máquinas
- Cais de cargas e descargas

Direção e Administração

Na vila foram projetadas duas direções e administrações, uma para o Bloco de Saúde e outra para a restante vila.

A direção e administração do Bloco de Saúde, foi projetada no segundo piso do Centro Lúdico, para que desta forma não seja obrigatório entrar no bloco para estabelecer contacto com os profissionais administrativos, por motivos de higiene e segurança dos residentes, que se encontram numa situação de fragilidade.

A direção e administração da restante vila, foi localizada no bloco situado mais a sul, projetado para conter a entrada principal, para as visitas dos residentes. Este bloco é composto por dois pisos e constituído pelos seguintes serviços:

Piso Térreo:

- Entrada 1
- Recepção / Secretaria
- Instalações sanitárias
- Sala de exposições de trabalhos dos residentes
- Sala de espera

Piso 1

- Gabinete do diretor
- Gabinete do administrador
- Gabinete do gestor
- Gabinete do profissional de informática e do profissional de marketing da vila
- Gabinete de vigilância da vila
- Sala de descanso

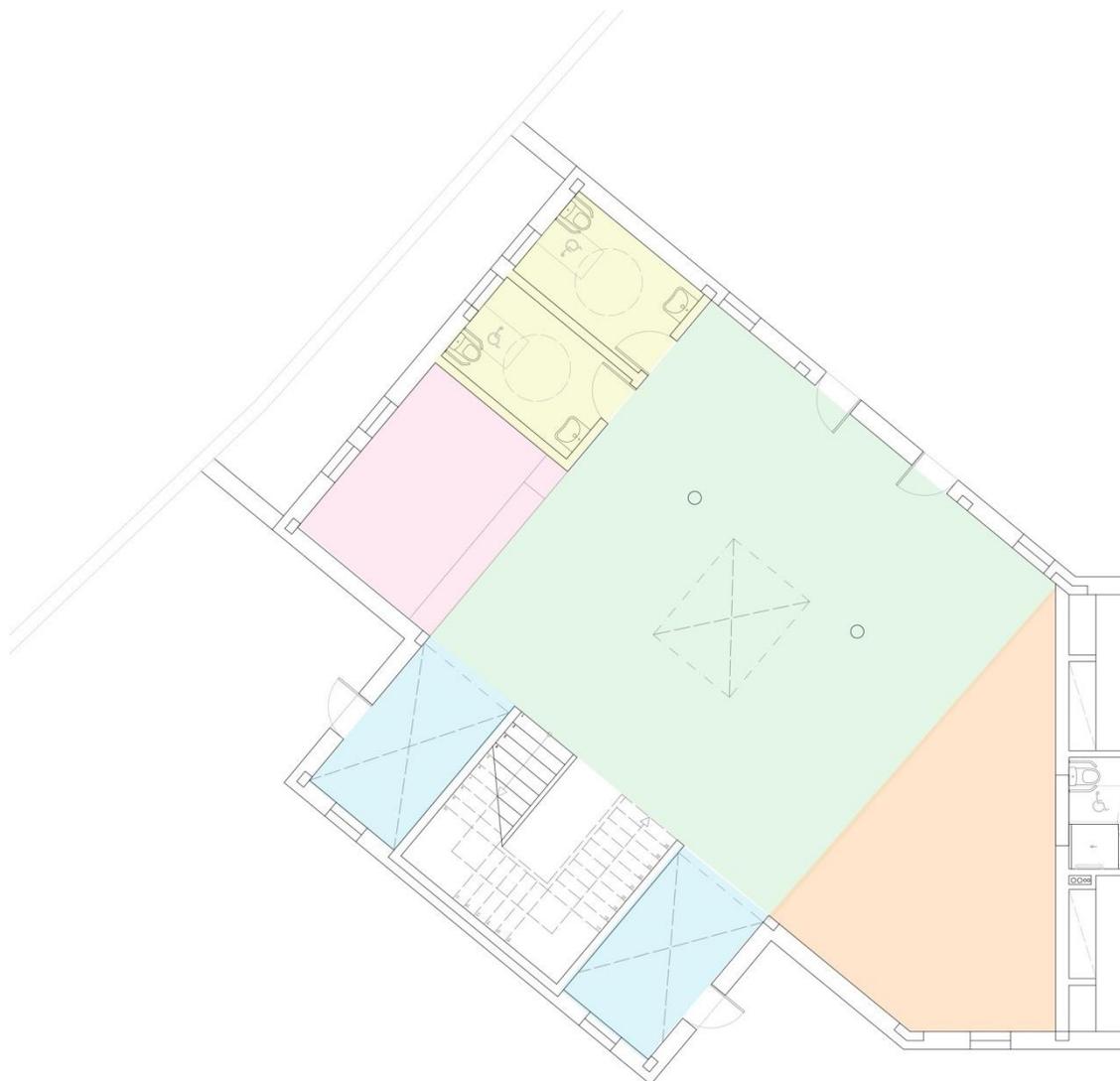


Figura 13 - Planta piso térreo da direção e administração 1

Legenda:

Receção / Secretaria
Instalações Sanitárias
Sala de espera
Área de exposições
Halls de Entrada

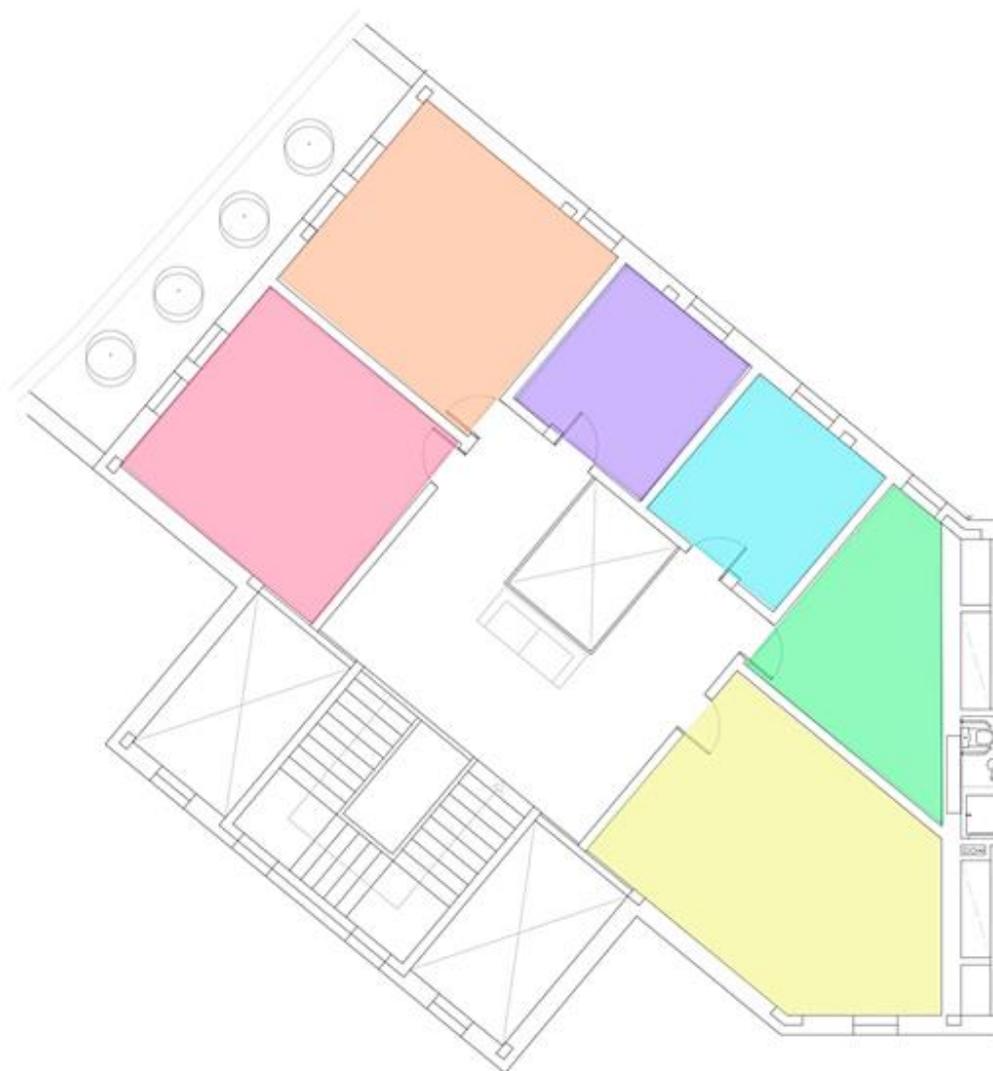


Figura 14 - Planta piso 1 da direção e administração 1

Legenda:

	Gabinete do Diretor
	Gabinete do Administrador
	Gabinete do Gestor
	Gabinete de videovigilância
	Sala de descanso
	Gabinete do profissional de informática e do profissional de marketing

A direção e administração 2, no Bloco de Saúde. é constituída pelas seguintes áreas:

- Gabinete do diretor
- Gabinete do administrador
- Gabinete do gestor
- Gabinete do assistente social
- Dois gabinetes de psicologia
- Sala de Reuniões
- Balneários e vestiários
- Instalações sanitárias
- Sala de descanso
- Recepção / Secretaria (em frente à entrada do Bloco de Saúde)

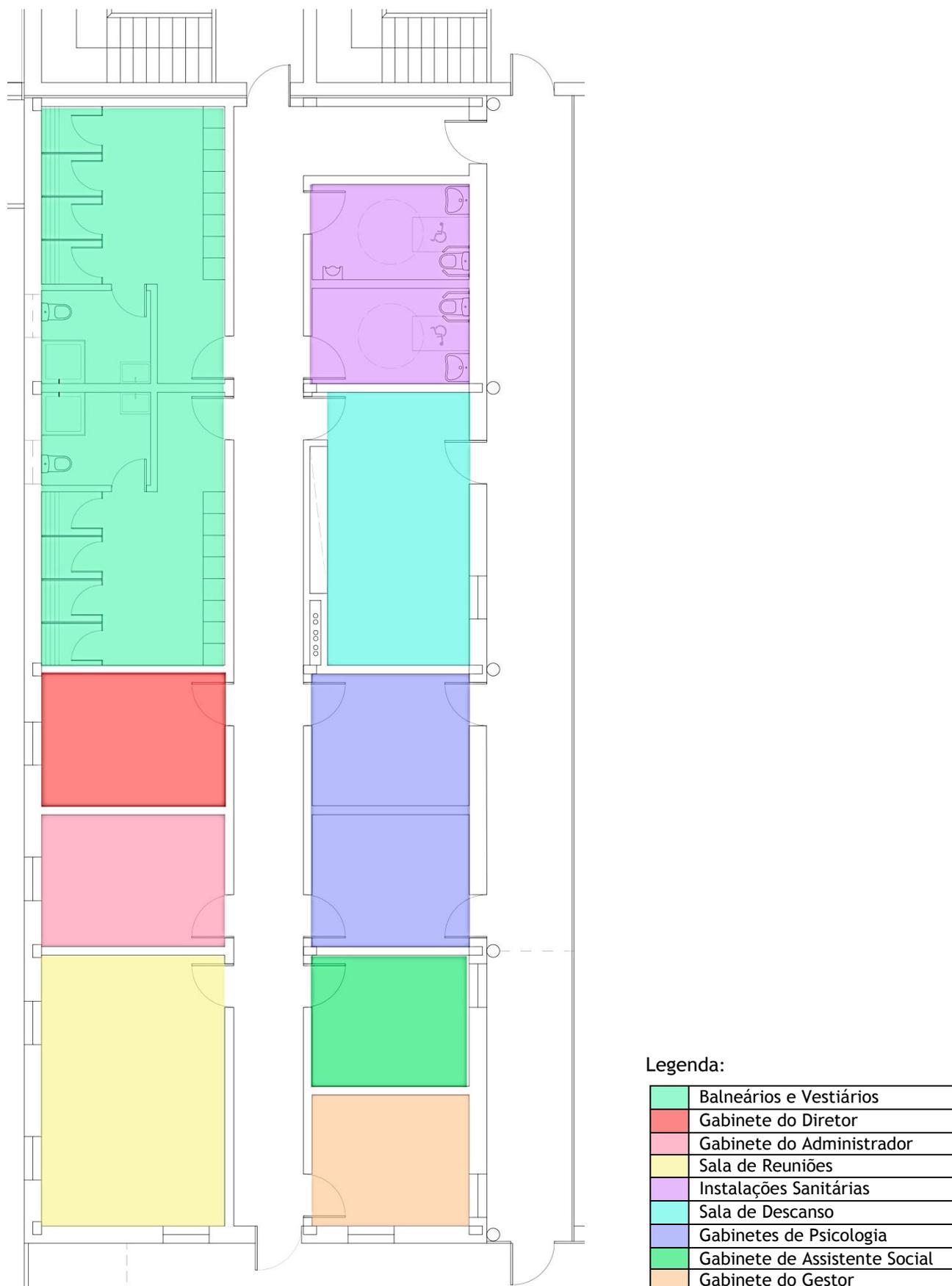


Figura 15 - Planta da direção e administração do Bloco de Saúde

Descanso e bem-estar dos profissionais

As áreas de descanso e bem-estar dos profissionais da vila, exceto as dos profissionais do Bloco de Saúde, por motivos de comodidade, foram projetadas em dois locais diferentes.

No segundo piso do bloco administrativo 1, figura 14 - pág.70, foi incluída uma sala de descanso com equipamentos de confeitaria e aquecimento de refeições para os profissionais que trabalham nesse mesmo bloco.

No piso -1 ao lado da entrada 3, figura 16, foi situada uma sala de descanso com equipamentos de confeitaria e aquecimento de refeições, juntamente com banheiros e vestiários, para os restantes profissionais da vila. Desta forma, os profissionais poderão estacionar a sua viatura no piso -1, neste mesmo piso preparam-se para trabalhar e de seguida passam para o piso térreo onde se encontram os residentes.

As áreas de descanso e bem-estar dos profissionais do Bloco de Saúde, figura 15 - pág.72, foram previstas junto ao bloco da direção e administração, no segundo piso do Centro Lúdico. Foram contemplados dois banheiros e vestiários, instalações sanitárias e sala de descanso com equipamentos de confeitaria e aquecimento de refeições.

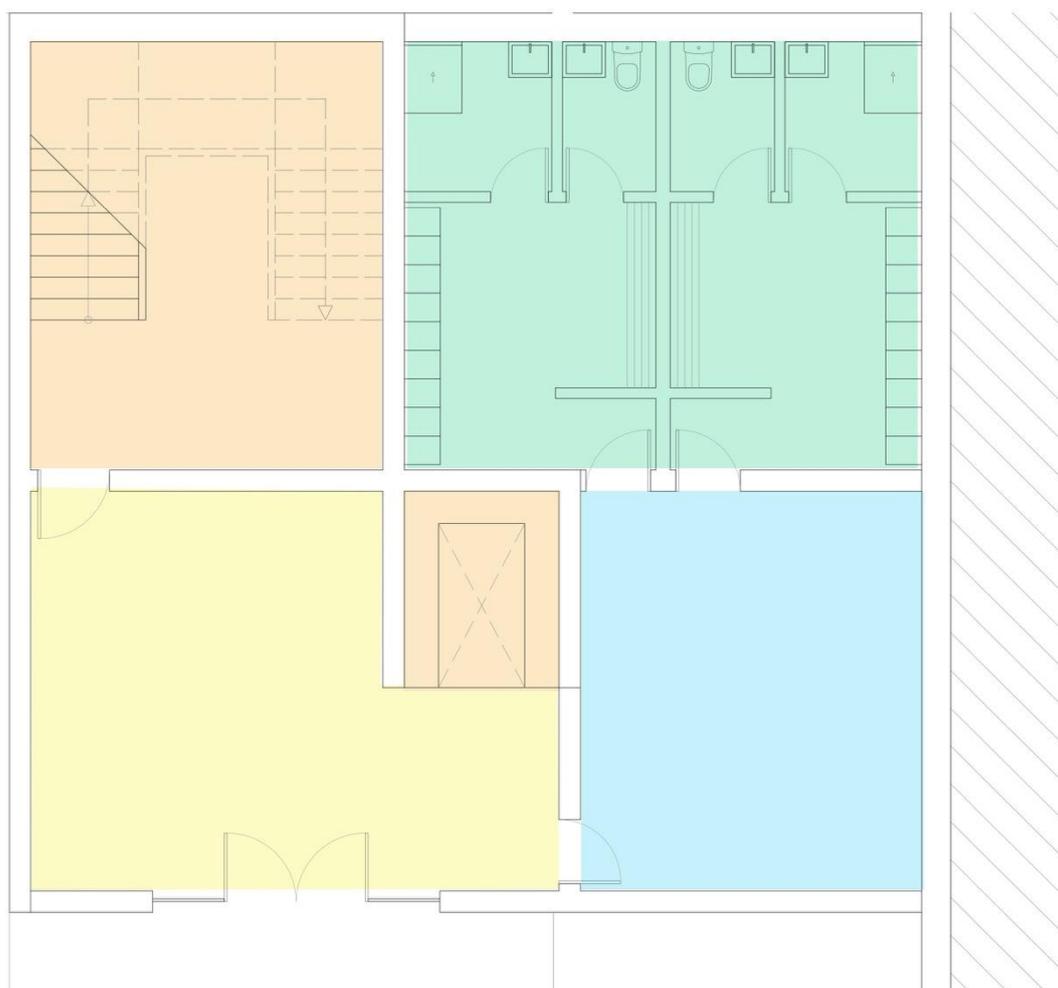


Figura 16 - Áreas de descanso e bem-estar do piso -1

Legenda:

	Entrada 3 - Piso -1
	Acessos verticais
	Sala de descanso - Piso -1
	Balneários e vestiários - Piso -1

4.3.6. Descrição e justificação dos espaços exteriores

Pátio Principal

O Pátio Principal localiza-se entre os dois blocos das habitações T8. Este pátio é a primeira imagem que os residentes e familiares têm, ao entrar na vila.

Pretende-se que o pátio funcione como um espaço verde de socialização e descanso, trazendo aos residentes as eventuais memórias ou referências dos pátios principais que conheceram ou do parque da cidade onde costumavam residir.

Trata-se de um espaço com grandes árvores, espaços de descanso, uma fonte no centro, um espaço de xadrez humano e um espaço de esplanada.

Aqui, os residentes podem passar tempo a apreciar a natureza, num ambiente calmo e verde, conviver uns com os outros e com os profissionais que trabalham na instituição, por exemplo. Propicia-se que os psicólogos se misturem com os residentes em espaços informais como este para avaliações rápidas e pesquisa de sinais de alerta de comportamento por parte dos doentes.

Em termos conceptuais, este pátio foi projetado como uma forma de representação das demências. Assim, o ponto mais a sul, cheio de árvores e de zonas verdes, pretende representar o estágio mais lúcido e inicial da doença demencial; e o ponto mais a norte, o pavimento já é de betão, pretende representar o estágio mais avançado da doença, podendo existir, no entanto, alguns elementos verdes entre o betão para simbolizar que o doente ainda consegue sentir o contacto físico, o sorriso e a bondade do cuidador. Entre estes dois polos opostos existe um jogo de pavimentos, entre relvado e betão, que representa as diferentes fases de lucidez e de défice cognitivo que ocorrem nos estádios intermédios.

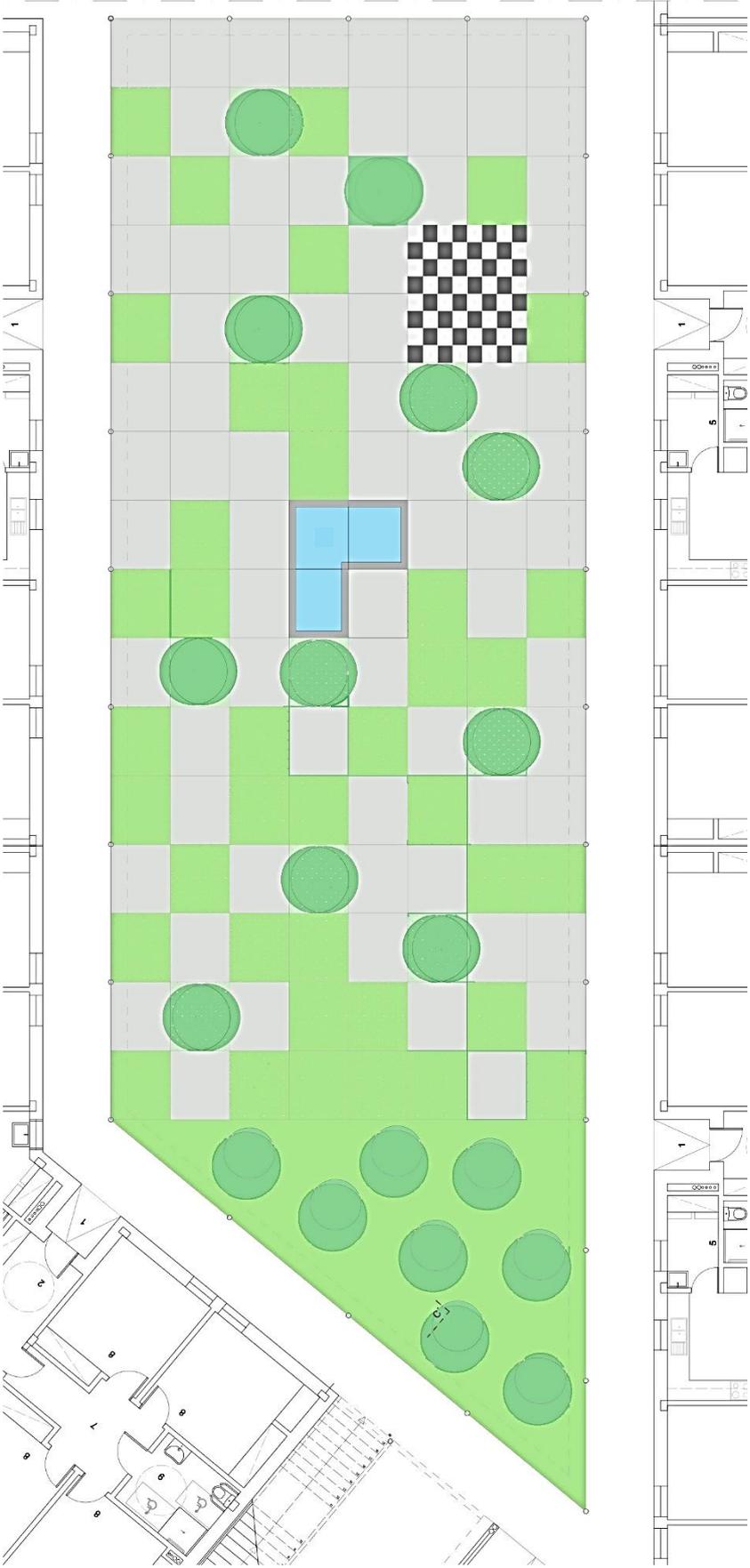


Figura 17 - Ilustração do Pátio Principal

Pátio de Verão

O Pátio de Verão localiza-se entre as habitações T1 e o Centro Lúdico e é uma representação de um ambiente natural e fluvial, já que o ponto mais a norte foi projetado com um espaço em deck que fará o prolongamento da piscina interior, no qual poderão ser colocadas espreguiçadeiras e, desta forma, em dias mais ensolarados, possa ser utilizada como piscina externa, dando uma sensação de praia fluvial aos residentes da vila.

Para além disso, o pátio é composto por zonas de sombras artificiais e um lago central, no qual poderão habitar espécies de peixes e aves com preferências por zonas aquáticas.

É, portanto, um local que propicia a interação dos residentes entre si e também com os profissionais de saúde que lá trabalham.

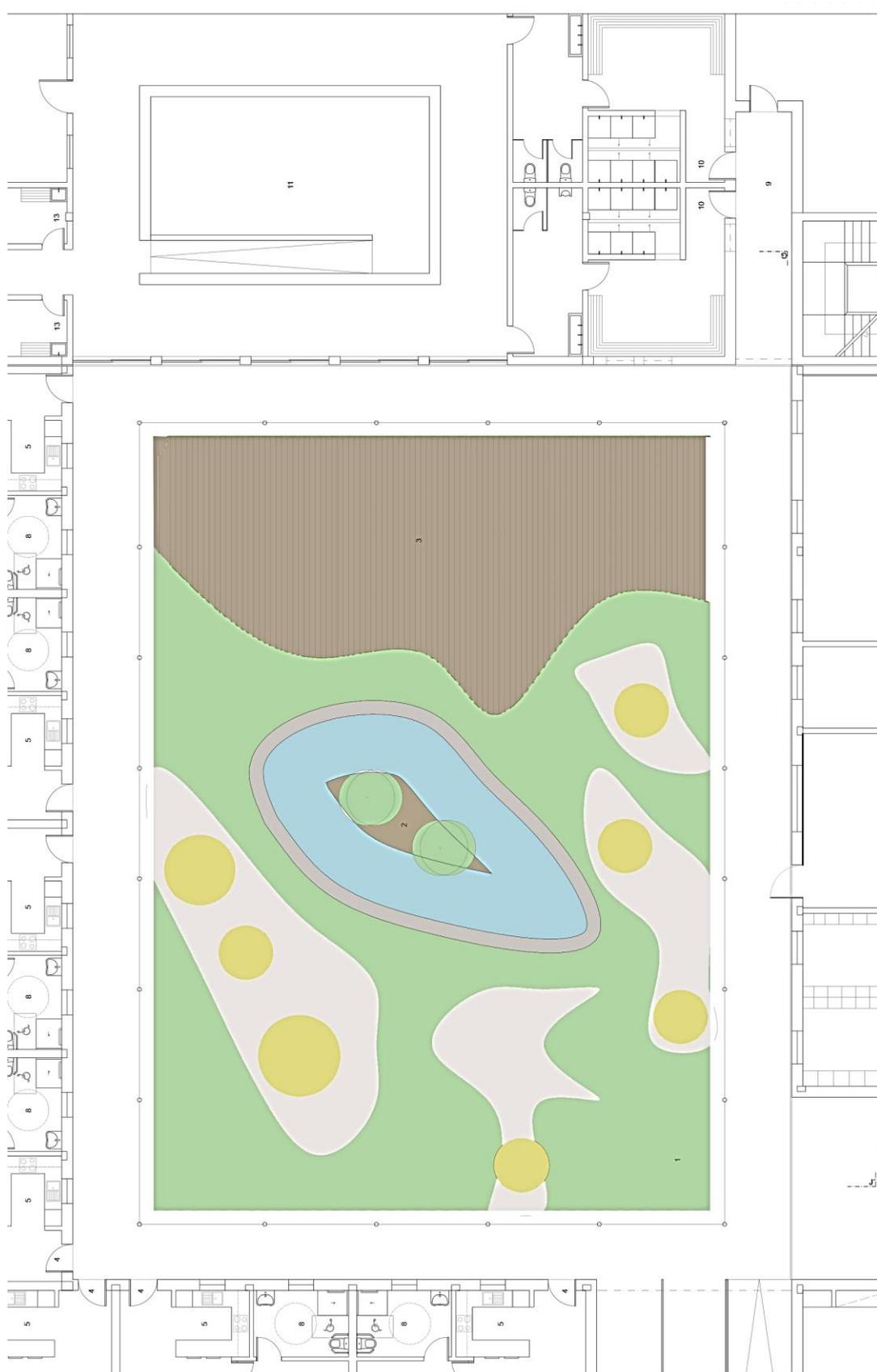


Figura 18- Ilustração do Pátio de Verão

Pátio Natural

O Pátio Natural localiza-se entre o bloco 2 das habitações T8 e o bloco das habitações T1.

Este pátio foi pensado como um espaço onde os residentes, com a supervisão dos profissionais, possam cultivar hortas, terem acesso a pomares e contactarem com animais, já que no centro do pátio existe um abrigo para acolher animais de pequeno porte como cães, gatos, onde podem acontecer sessões de zooterapia e intervenções assistidas por animais (IAA), que são intervenções estruturadas e orientadas por metas, nas quais o animal é introduzido de forma a melhorar a saúde e o bem-estar do doente, trazendo ganhos terapêuticos.³⁶ O cão é o animal mais frequentemente escolhido, dadas as suas características e capacidades de percepção, treino e comunicação.

Resultados de estudos recentes revelam que a terapia com animais tem um impacto positivo ao nível da redução de dor, depressão, ansiedade/*stress* e um aumento das emoções positivas nos doentes. Parece também haver um aumento dos níveis de hormonas associadas a emoções positivas e aumento dos níveis de IgA, um marcador da imunidade, e uma maior atividade cerebral nestes doentes.³⁶

Para além disso, a evidência²⁹ também revela que a jardinagem é uma atividade com enormes benefícios para os doentes com demência. Pode também aproveitar-se este espaço para dinamizar sessões que promovam a alimentação saudável, plantação de legumes, ervas aromáticas, entre outros. É importante para os doentes observar os fenómenos do crescimento e do ciclo natural das plantas.

O pátio contará também com muitas sombras naturais das árvores dos pomares e muito ar fresco, o que o torna o local ideal para os residentes estarem em contacto com a natureza.

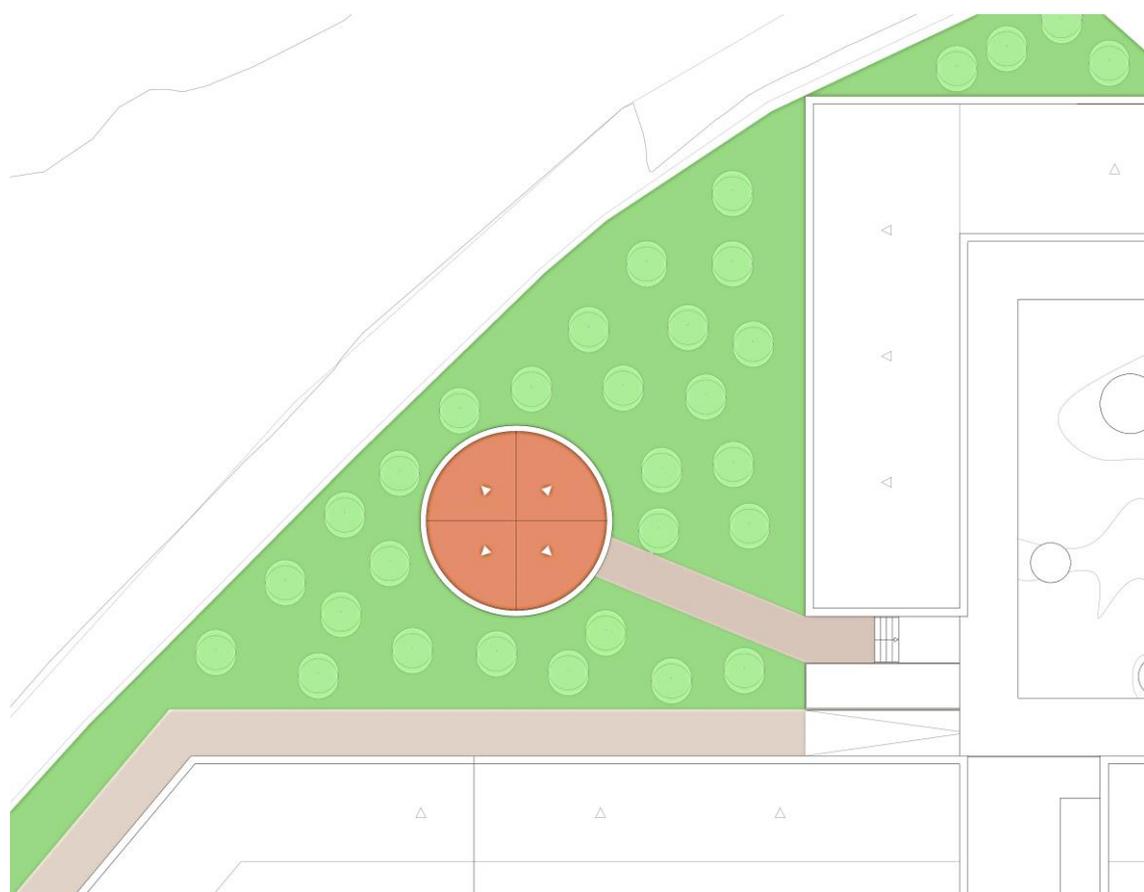


Figura 19 - Ilustração do Pátio Natural

Legenda:

	Abrigo para animais de pequeno porte
---	--------------------------------------

Pátios do Bloco de Saúde

Estes pátios foram desenhados para dividir os três blocos de quartos do Bloco de Saúde. Desta forma, é possível proporcionar aos doentes, aos profissionais do bloco e aos visitantes dos residentes, dois espaços externos acolhedores que podem ser acedidos pelos quartos e pelas salas de estar no topo dos pátios.

Através destes, é possível criar uma ligação do exterior com o interior, existindo uma maior proximidade dos quartos com a natureza.

Foi projetada uma área no centro dos pátios onde foi planeada a existência de elementos naturais e, à volta dos mesmos, foi desenhado um de banco de jardim, onde todas as pessoas que frequentam o Bloco de Saúde podem usufruir do contacto com a natureza.

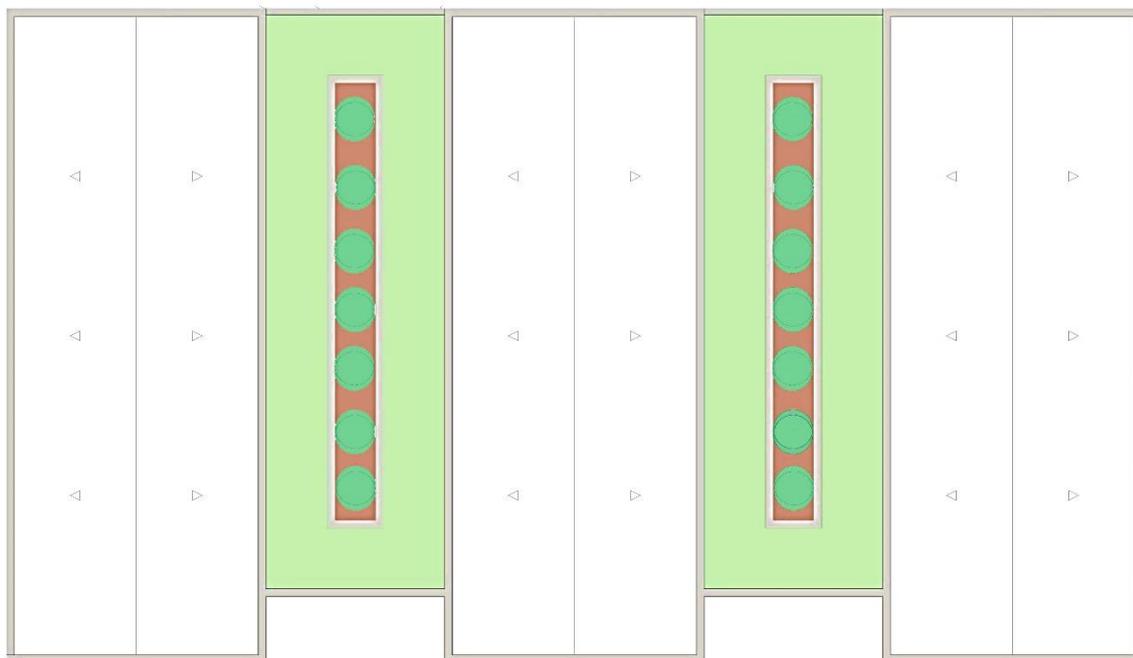


Figura 20 - Pátios do Bloco de Saúde

4.3.7. Descrição e Justificação dos acessos

Como a vila é dividida em duas partes, o Bloco de Saúde e a restante vila, foram projetadas duas entradas pedonais e uma entrada para viaturas. As três entradas são a este da vila.

A entrada 1, figura 21, é a situada mais a sul e é a entrada onde todos os familiares, amigos e profissionais (exceto para o Bloco de Saúde) entram na vila. Esta entrada dá acesso ao Pátio Principal e à restante vila. Para facilitar a visita perto da entrada foram desenhados 11 lugares de estacionamento.

A entrada 2, figura 21, mais a norte, é a entrada para o Bloco de Saúde. Na praça antes da entrada foram desenhados 13 lugares de estacionamento e um espaço de paragem para 3 viaturas.

A entrada 3, figura 21, dá acesso ao estacionamento coberto com 51 lugares de estacionamento e áreas técnicas da vila. Somente os funcionários têm acesso a este piso. Os parques de estacionamento para familiares e amigos estão no exterior da vila.

Como a vila é composta por três pisos, e apenas dois são acessíveis aos residentes, foram criados acessos verticais. Para aceder ao piso 1 das habitações T8 existem três acessos verticais, duas escadas em extremidades opostas e um elevador, com dimensões para mobilizar uma cama hospitalar, junto ao Centro Lúdico. O acesso às habitações é feito por galerias externas.

O acesso ao Bloco de Saúde é possível de duas formas: uma pela porta de entrada 2, que foi projetada de forma a que os familiares e profissionais do Bloco de Saúde não tenham de percorrer toda a vila para estar com os residentes; e outra pela caixa de escadas técnicas que dá acesso aos três pisos (permitidas apenas a profissionais), pela escada que liga o Centro Lúdico ao Bloco de Saúde e pelo elevador, com dimensões para mobilizar uma cama hospitalar, que dá acesso aos três pisos. Sugere-se um sistema de segurança mediante o qual o elevador só acede ao piso -1 com a introdução de um código, para que, desta forma, só os profissionais da vila a ele possam aceder.

O acesso do piso -1 para a restante vila pode ser feito de duas formas: uma, pela caixa de escadas, acessível somente pelos profissionais; e outra, pelo elevador que dá acesso à restante vila.

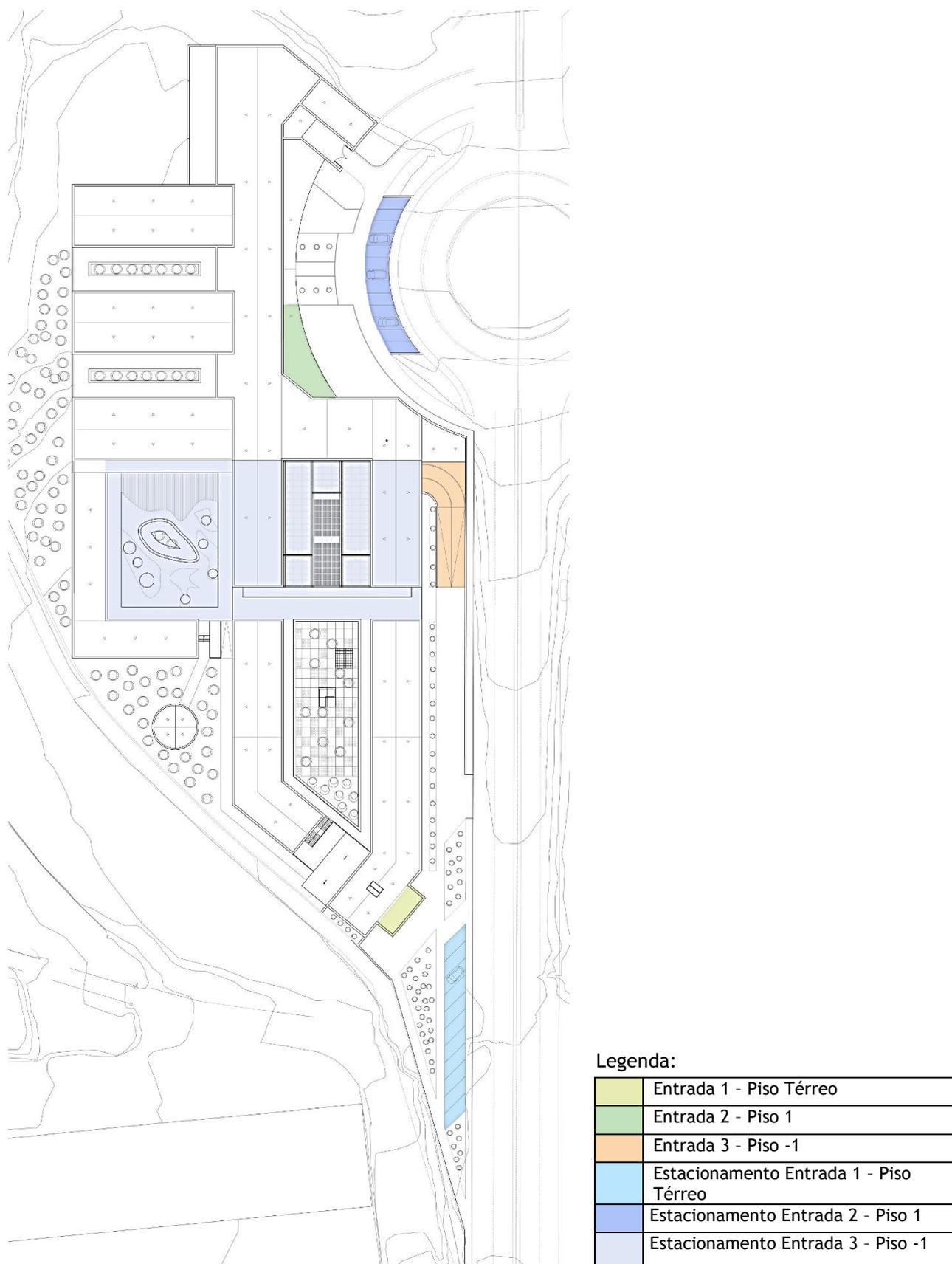


Figura 21 - Planta de Acessos à Vila

5. Conclusão

Em suma e antes de mais, esta dissertação permitiu conhecer melhor uma realidade normalmente afastada do público, apesar de sua considerável expressão e significativos efeitos. Em segunda linha, procurou-se que pudesse consistir na elaboração consciente e atenta de uma proposta de arquitetura de uma vila pensada para indivíduos com demência diagnosticada, com o intuito de melhorar a sua qualidade de vida e a dos seus familiares.

Esta vila seria composta por diferentes espaços, devidamente adequados aos diferentes estádios da demência, pelos quais os doentes eventualmente passarão, por esta ser uma condição patológica que, na maioria das vezes, é irreversível. Para os estádios 1 e 2, nos quais os indivíduos têm maior autonomia, foram planeadas condições de habitação para 55 residentes, espaços comerciais, espaços verdes e diversas áreas de estímulo cognitivo, físico-motor e social. Todos estes espaços foram pensados para que simulem a realidade fora da vila. Para o estádio 3, no qual os indivíduos são mais dependentes nas atividades da vida diária, foi planeado o Bloco de Saúde com capacidade para 60 residentes, que garante cuidados de saúde e vigilância profissional permanente, sem esquecer o estímulo cognitivo e físico-motor necessário.

Esta vila seria vantajosa para um doente com demência porque, por ser planeada para estes e tendo em conta as suas especificidades, lhe poderia providenciar uma maior qualidade de vida. Isto é, garantiria condições de habitação adaptada, aliada à segurança necessária, aos cuidados fornecidos por diversos profissionais especializados e ao estímulo cognitivo, físico-motor e social que está associado a benefício para o doente e que pode, eventualmente, atrasar a progressão da doença, aumentar a autonomia e o bem-estar dos indivíduos.

As vantagens desta vila para os familiares de um doente com demência também seriam evidentes. Esta condição patológica envolve, normalmente, sofrimento por parte dos familiares do doente. Por um lado, porque assistem à deterioração do estado do indivíduo e têm noção de irreversibilidade, e, por outro lado, porque estes indivíduos necessitam de muita atenção e muitos cuidados e estas necessidades vão sendo progressivamente maiores, acabando por causar um grande desgaste físico e emocional nos cuidadores.

Nesta vila, existiria a possibilidade de manter o cuidador a residir com o doente, se este assim o pretendesse, tendo todo o apoio profissional necessário. Para tal, foram propostas as habitações T1. Também existe a possibilidade de o indivíduo com demência ser inserido num pequeno grupo e ficar alojado numa habitação T8 com capacidade para seis residentes com demência e para dois cuidadores profissionais. Em qualquer caso, a família poderia realizar visitas regulares e usufruir dos serviços que a vila oferece.

Em relação à localização proposta, foi escolhido o interior de Portugal pelo envelhecimento populacional mais acentuado nesta zona, e a Covilhã em específico, por ser uma cidade calma e segura, tendo benefícios para a institucionalização dos residentes com demência e ainda por ser um local com fácil acesso a infraestruturas de saúde, nomeadamente uma faculdade de medicina, um hospital universitário e um centro de investigação em ciências da saúde, que, a meu ver, poderiam contribuir com investigações científicas e tecnológicas para melhorar os conhecimentos atuais sobre demência. Poderá, também, representar uma mais valia para o desenvolvimento da cidade.

Espera-se que este projeto, juntamente com as conclusões retiradas do estudo de casos efetuado possam contribuir para a sensibilização do arquiteto quanto à sua importância para a saúde da população. O envelhecimento demográfico em Portugal é uma realidade e associado a este existem diversas patologias, a demência e muitas outras, nas quais a arquitetura pode ter um papel essencial, que muitas vezes envolve a aplicação de estratégias de execução bastante simples, de modo a funcionar como determinante positivo da saúde dos indivíduos.

O desenvolvimento desta perceção poderá contribuir para a consciencialização das necessidades específicas associadas a cada patologia e para a multiplicação de iniciativas para a construção de unidades deste tipo.

6. Referências bibliográficas

1. FFMS. Esperança de vida à nascença: total e por sexo. PORDATA. 2015. Acesso em janeiro 2018. Disponível em <https://www.pordata.pt/Europa/Esperança+de+vida+à+nascença+total+e+por+sexo-1260>.
2. FFMS. Taxa Bruta de Natalidade. PORDATA. 2015. Acesso em janeiro 2018. Disponível em <https://www.pordata.pt/Portugal/Taxa+bruta+de+natalidade-527>.
3. Veríssimo MT, Santana I, Duro D. Envelhecimento Cerebral e Demência. In: *Geriatría Fundamental*. Lisboa: LIDEL; 2014:159-178.
4. Seeley WW, Miller BL. Demência. In: *Medicina Interna de Harrison*. 19º. AMGH Editora Ltda.; 2017:811-828.
5. Santana I, Farinha F, Freitas S, Rodrigues V, Carvalho Á. Epidemiologia da Demência e da Doença de Alzheimer em Portugal: Estimativas da Pervalência e dos encargos Financeiros com a Medicação. *Acta Med Port*. 2015:182-188. Disponível em <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9884/1/6025-14401-1-PB.pdf>.
6. WHO. The top 10 causes of death. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>. 2018.
7. Associação Alzheimer Portugal. Progressão da Demência. Acesso em fevereiro 2018. Disponível em <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-32-19-progressao-da-demencia>.
8. Flicker L. Life style interventions to reduce the risk of dementia. *Maturitas*. 2009;63(4):319-322. doi:10.1016/J.MATURITAS.2009.06.008
9. Wilson RS, de Leon CFM, Barnes LL. Participation in cognitive stimulating activities and risk of incident Alzheimer disease. *Jama*. 2002;287(6). doi:10.1001/jama.287.6.742
10. Cardoso SA, Paiva I. Nutrição E Alimentação Na Prevenção E Terapêutica Da Demência. *Acta Port Nutr*. 2017;11:30-34.
11. Rios MÂFS. A importância da intervenção do fisioterapeuta na manutenção e/ou regressão dos défices nas funções motoras nos principais tipos de Demência - uma revisão bibliográfica. 2016. Escola Superior de Saúde - Universidade Fernando Pessoa
12. Associação Alzheimer Portugal. Reduzir o Risco. Acesso em fevereiro 2018. Disponível em <http://alzheimerportugal.org/pt/reduzir-o-risco>.

13. Nascimento MS. Avaliação das dificuldades e autoeficácia do cuidador informal de idosos dependentes no concelho de Mirandela. 2014. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança.
14. Neves SVR. Estudo Qualitativo sobre Cuidadores Informais de Pessoas Idosas com Doença de Alzheimer. 2012. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas - Universidade da Beira Interior.
15. Rocha AR. Pessoas com Demência: que respostas sociais em Portugal? 2016:1-119. Faculdade de Economia - Universidade de Coimbra.
16. Jesus Bonfim, Catarina; Garrido, Manuel; Saraiva, Maria; Veiga S. Lar para Idosos. *Direcção-Geral da Acção Soc.* 1996.
17. LifeLink. Casa de Repouso: quais são as vantagens e as desvantagens? 2016. Acesso em fevereiro, 2018. Disponível em <https://www.lifelink.com.br/casa-de-reposou/>
18. Gizmodo. Uma incrível vila projetada para pessoas com demência. 2014. Acesso em fevereiro 2018. Disponível em <http://gizmodo.uol.com.br/vila-pacientes-demencia/>.
19. Associação Alzheimer Portugal. Holanda cria “aldeia” segura para doentes com Alzheimer. 2015. Acesso em fevereiro 2018. Disponível em http://alzheimerportugal.org/pt/news_text-78-11-386-holanda-cria-%27aldeia%27-segura-para-doentes-com-alzheimer.
20. Quase 80% dos idosos que vivem em lares sofrem de demência. Jornal Público. 2016. Acesso em fevereiro 2018. Disponível em <https://ptjornal.com/demehttps://www.publico.pt/2016/04/06/sociedade/noticia/quase-80-dos-idosos-que-vivem-em-lares-sofrem-de-demencia-1728273ncia-afeta-perto-80-dos-idosos-estao-lares-74846>.
21. World Health Organization. *Dementia: A Public Health Priority.*; 2012. <http://www.eurordis.org/content/public-health-priority>.
22. Alzheimer’s Disease International. Initial release of Global Burden of Disease 2010 Study in Lancet. 2012. Acesso em janeiro 2018. Disponível em <https://www.alz.co.uk/media/121213>.
23. Cordeiro AC. Intervenção das Estruturas Residenciais no Diagnóstico e Acompanhamento de Doentes de Alzheimer. 2016:1-185. Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Leiria.
24. World Health Organization. *Dementia: A Public Health Priority.*; 2012.
25. Capelas M. Palliative Care : A Proposal for Portugal. *Cad Saúde.* 2009;2(1):51-57.

26. Gonçalves E, Teixeira F, Silva R, Salazar H, Reigada C. Plano Estratégico para o desenvolvimento dos Cuidados Paliativos: Biénio 2017-2018. 2017:42. Acesso em maio 2018. Disponível em <http://www.apcp.com.pt/uploads/Plano-Estrat-gico-para-o-Desenvolvimento-CP-2017-2018.pdf>.
27. Portugal AA. Lar e Centro de Dia “Casa do Alecrim.” 2013. Acesso em fevereiro 2018. Disponível em <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-54-87-lar-e-centro-de-dia-casa-do-alecrim>.
28. Clece. O centro de Alzheimer Fundação Rainha Sofia reconhecido com a prestigiada acreditação do “Joint Comission International.” 2017. Acesso em fevereiro 2018. Disponível em <https://www.clece.es/pt/blog/2017/12/28/centro-alzheimer-fundacao-rainha-sofia-reconhecido-com-prestigiada-acreditacao-do-joint-comission-international/>.
29. Evangelista D. Promoção da Saúde em Idosos: Projeto de Intervenção na Demência. 2013. Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra - Instituto Politécnico de Coimbra.
30. Alucobond Alucore. Sistemas de fachadas ventiladas. Acesso em setembro 2018. Disponível em <https://www.alucobond.com/index.php?id=1024&L=6>.
31. Wells RE, Kerr CE, Wolkin J, et al. Meditation for Adults with Mild Cognitive Impairment: A Pilot Randomized Trial. *J Am Geriatr Soc*. 2013;61(4):642-645. doi:10.1111/jgs.12179
32. Silva MJR. A musicoterapia na demência : comunicação e expressão individual através da música num contexto de isolamento social e de deterioração cognitiva e motora. 2018. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade Lusíada de Coimbra.
33. Goetz CG. Degenerative Dementias. In: *Textbook of Clinical Neurology*. Saunders; 2007:Capítulo 33.
34. Rinaldi J, Silveira M, Kochhann R, Parente MA de MP. A compreensão de leitura textual como um instrumento de diagnóstico de pacientes com demência de Alzheimer leve e moderada. *Estud interdiscip Envelhec*. 2008;13(1):117-132. Disponível em: <http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/viewFile/6951/4219>.
35. 4d Projetos. Prós e Contras dos Painéis em Policarbonato- Arquitetura Sustentável. 2014. Acesso em setembro 2018. Disponível em: <https://4dprojetos.com/2014/11/23/pros-e-contras-de-paineis-em-policarbonato/>. Published 2014.
36. Bernardo M. *Intervenções Assistidas Por Cães Como Terapêutica Não Farmacológica Em Contexto Hospitalar No Doente Internado Revisão Da Literatura e Considerações.*; 2016. Faculdade de Ciências da Saúde - Universidade da Beira Interior.