

A INCLUSÃO PELO DESIGN: Residencia para doentes com Alzheimer



Mestrado em Design de Interiores

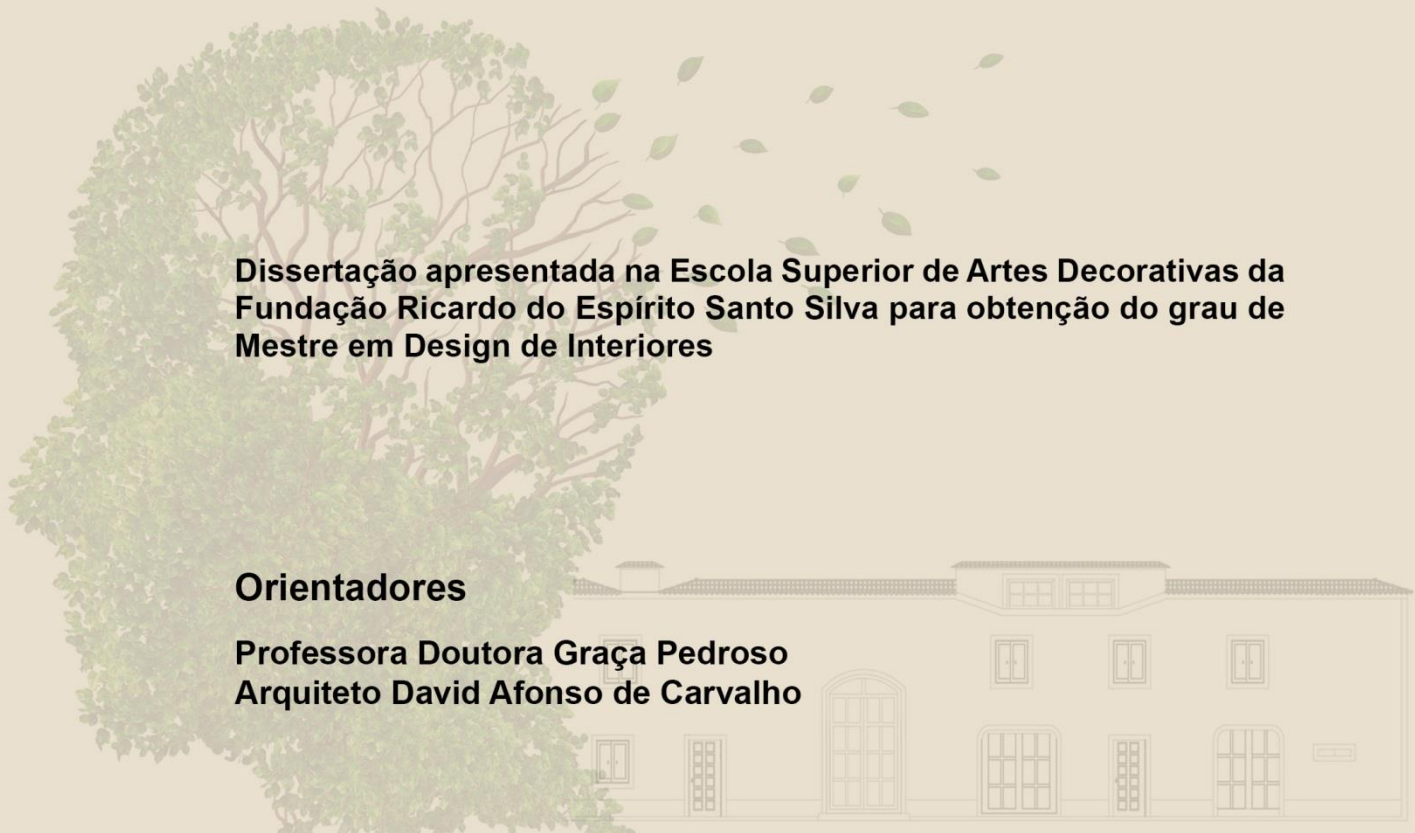
Isabel João Martins da Cruz Ambrósio

Volume I

Lisboa

Ano 2017

A INCLUSÃO PELO DESIGN: Residencia para doentes com Alzheimer



**Dissertação apresentada na Escola Superior de Artes Decorativas da
Fundação Ricardo do Espírito Santo Silva para obtenção do grau de
Mestre em Design de Interiores**

Orientadores

**Professora Doutora Graça Pedroso
Arquiteto David Afonso de Carvalho**

Mestrado em Design de Interiores

Isabel João Martins da Cruz Ambrósio

Volume I

Lisboa

Ano 2017

Agradecimentos

À Professora Doutora Graça Pedroso, expresso o meu profundo agradecimento pela orientação e apoio incondicionais que muito despertaram o meu desejo de querer saber mais e a vontade constante de querer fazer melhor. Pela total colaboração em solucionar problemas que surgiram ao longo deste trabalho, pelas opiniões, críticas, ideias e por todas as palavras de incentivo. Muito obrigada.

Ao Arquitecto David Afonso de Carvalho, pela sua orientação, total apoio e disponibilidade que me dispensou em todas as fases deste trabalho, pelos conselhos e soluções que me levaram a delimitar o melhor caminho a seguir. A sua sabedoria foi essencial para que chegasse ao fim desta etapa com um enorme sentimento de satisfação.

À Câmara Municipal de Castelo Branco, nomeadamente ao Sr. Engenheiro Resende, pela ajuda na escolha da tipologia do edifício pré-existente para este projeto.

Ao Arquitecto José Carlos Mocito, pela colaboração nos procedimentos técnicos acerca do edifício a tratar neste projeto, o Centro Social Dr. Adriano Godinho.

À Dr.^a Ana Lopes, Directora do Centro Social Dr. Adriano Godinho, que me disponibilizou o edifício para registo fotográfico e levantamento morfológico.

Aos Meus Amigos e Namorado, pela partilha de bons e maus momentos, amor e dedicação ao longo deste ano.

Por último, tendo consciência que sozinha nada disto teria sido possível, dirijo um especial obrigada a toda a Minha Família, por acreditarem sempre em mim e naquilo que faço, em especial ao Meu Pai, por me dar oportunidade de lutar pelos meus sonhos e objetivos, espero que esta etapa, agora terminada, possa retribuir e compensar todo o esforço feito.

A Todos, Muito Obrigada

«...E, tendo aberto o livro de registos, o geógrafo pôs-se a afiar o lápis. As descobertas dos exploradores, primeiro são anotadas a lápis. Só depois de o explorador apresentar as suas provas é que são passadas a tinta. »

Antoine de Saint-Exupéry, *O Príncipezinho*, 1946.

Resumo

Esta dissertação propõe uma reflexão sobre o atual problema do envelhecimento populacional a nível nacional, focando-se no aumento identificado de casos de doenças degenerativas, sobretudo a doença de Alzheimer, e na possibilidade de, através de uma proposta de design de interiores, estimular os níveis sensoriais destes doentes.

Na pesquisa realizada sobre o tema, percebeu-se que os Concelhos da Beira Interior Sul integram uma das três unidades de estatística que em 2011 apresentavam os maiores índices de envelhecimento de Portugal, o que originou a escolha desta zona para o desenvolvimento da proposta.

O edifício selecionado para o efeito situa-se na cidade de Castelo Branco, denomina-se Centro Social Adriano Godinho e alberga, atualmente, várias valências, entre elas uma residência para pessoas idosas e acamadas.

A abordagem analítica e crítica feita à arquitetura do espaço escolhido permitiu encetar a conceção de um programa funcional que, conjugado com o projeto de design de interiores, se materializou numa proposta em que a principal prioridade é o desenvolvimento cognitivo dos doentes tendo em vista a melhoria dos seus processos de recuperação e reabilitação.

Palavras Chave: Design de interiores, Alzheimer, Residência, Memórias, Estímulos cognitivos.

Abstract

This thesis proposes a reflection on the population aging current problem at a national level. It focuses on the identified increase of degenerative diseases, specially the Alzheimer's disease, and the possibility of stimulating the sensory levels of these patients through a Interior Design proposal.

In the survey conducted on this theme, it became apparent that the municipalities of Beira Interior Sul comprise one of the three statistic units which, in 2011, had the highest rates of aging in Portugal, which led to the choice of this area for developing our proposal.

The building selected for this purpose lies in the town of Castelo Branco, it is called “Centro Social Adriano Godinho” and has, at present, various valences, among them a residence for elderly and bedridden people.

The analytical and critical approach made to the architecture of the chosen space allowed the elaboration of a functional program which, in conjunction with the Interior Design project, gave form to a proposal in which the main priority is the cognitive development of the patients in order to improve their recovery and rehabilitation processes.

Keywords: Interior Design, Alzheimer, Residence, Memories, Cognitive Stimuli.

Lista de Siglas e Abreviaturas

INE – Instituto Nacional de Estatística

NUT – Nomenclatura de Unidade Territorial

OMS – Organização Mundial de Saúde

LAC – *Life Activity Center*

LED - *Light Emitting Diode*

Índice Geral

	Página
Agradecimentos	III
Resumo	VII
Abstract	IX
Lista de Siglas e Abreviaturas	XI
Índice Geral	XIII
Índice de Figuras	XVII
Índice de Tabelas	XIX
Índice de Gráficos	XXI
Introdução	1
1. Objectivos gerais.....	2
2. Estrutura do trabalho.....	3
CAPÍTULO I ARQUITETURA DO ESPAÇO ESCOLHIDO.....	6
1.1. Castelo Branco Enquadramento Histórico e Geográfico	6
1.1.1. Enquadramento Territorial no início do século XIX.....	7
Referências Bibliográficas	18
CAPÍTULO II ASPETOS DEMOGRÁFICOS	21
2.1. O envelhecimento em Portugal	21
2.2. O envelhecimento regional e local	26
2.3. Retratos das condições económicas e sociais do sénior	28
2.3.1. Dos asilos aos lares de idosos.....	30
2.3.2. A institucionalização dos idosos	37
Referências Bibliográficas	40
CAPÍTULO III DEMÊNCIA – ASPETOS CONCEPTUAIS DA DOENÇA DE ALZHEIMER.....	45
3.1. Dados estatísticos da doença de Alzheimer	46

3.2. O doente de Alzheimer – Aspetos psicossociais.....	49
3.2.1. Familiares do doente de Alzheimer.....	50
3.2.2. Marcos Internacionais.....	51
3.3. Realidade Portuguesa – Associação Alzheimer Portugal	52
Referências Bibliográficas	56
CAPÍTULO IV CASOS DE ESTUDO.....	61
4.1. <i>Hogeweyk – Amsterdam, Weesp – NL</i>	62
4.1.1. Conceito do projeto.....	63
4.1.2. Análise Morfológica.....	64
4.1.3 Registo Fotográfico.....	68
4.2. <i>Lou Ruvo Center for Brain Health – Las Vegas</i>	69
4.2.1. Conceito do Projeto	70
4.2.2. Análise Morfológica.....	70
4.2.3 Registo Fotográfico.....	73
Referências Bibliográficas.....	75
CAPÍTULO V METODOLOGIAS	79
Referências Bibliográficas.....	88
CAPÍTULO VI PROPOSTA DE DESIGN DE INTERIORES: MODELO DE INTERVENÇÃO	93
6.1. Memória Descritiva e Justificativa.....	93
6.1.1. Contextualização da proposta	93
6.1.2. Localização do Edifício	94
6.1.3. Levantamento do Edifício	94
6.1.4. Levantamento Fotográfico	95
6.1.5. Análise do objeto edificado	98
6.1.6. Conceito espacial.....	99
6.1.7. Organização do Programa.....	102

6.2. Quadros Conceptuais	107
6.3. Folder de Materiais	109
6.4. Modelação 3D	111
Conclusão	119
Referências Bibliográficas	121
Anexos	129
Anexo I.....	129
Anexo II.....	130
Anexo III.....	138

Índice de Figuras

	Página
Figura 1 - Localização da cidade de Castelo Branco e municípios.	6
Figura 2 - Principais polos de expansão da cidade no século XIX	7
Figura 3- Casa de Dr. António Vaz da Silva, na Rua d'Ega	9
Figura 4 - Casa da Família Silva Ribeiro, na Rua dos Ferreiros	10
Figura 5 - Casa da Família Cunha, na Praça Velha	10
Figura 6 - Casa da Família Abrunhosa, na Praça de Camões	11
Figura 7 - Casa da Família Rebelo de Albuquerque	11
Figura 8 - Casa da Família Fonseca Coutinho	12
Figura 9 - Uma das casas que edificou João Henriques de Almeida	12
Figura 10 - Rua da Pá Queixada - Atual Rua Rei D. Dinis	12
Figura 11 - Casa do Dr. Francisco Tavares de Almeida Proença, na Rua S. Sebastião	13
Figura 12 - Casa do Visconde de Castelo Branco, na Quinta da Fonte Nova..	14
Figura 13 - Bairro Leonardo	15
Figura 14 - Rua do Pina e Rua J.A. Morão	16
Figura 15- Casa do Engenheiro Adriano Godinho.....	17
Figura 16 - Proporções de pessoas idosas por distritos 1991 (%)	24
Figura 17 - Proporções de pessoas idosas por distrito 2001 (%)	24
Figura 18 - Asilo Maria Pia, mais tarde, colégio Dona Maria Pia.....	32
Figura 19 - Antigo asilo D. Maria Pia, 2014.....	32
Figura 20 - Asilo de Mendicidade, [s.d.], [entre 1898 e 1908]	32
Figura 21 - Claustro do Convento de Santo António dos Capuchos	32
Figura 22- Alargamento da rede de apoio nacional.....	53
Figura 23 - Plantas do piso térreo, 1º andar e jardim	65
Figura 24 - Compilação Fotográfica do Projeto - Hogeweyk	68
Figura 25- Maquete da Cleveland Clinic Lou Ruvo Center for Brain Health.....	72
Figura 26 - Compilação fotográfica do projecto Lou Ruvo - Las Vegas	73
Figura 27- Conceito de iluminação para quarto de idoso. Fonte: FIGUEIRO, Mariana Gross. A proposed 24h lighting scheme for older adults. Lighting research and technology, p. 153-160, 2008	81
Figura 28 - Layout de casa projectada para doentes de Alzheimer em Ary, Escócia, com visibilidade entre os diferentes espaços.....	84

Figura 29 – Planta parcial da Cidade de Castelo Branco	94
Figura 30 - Planta de Cobertura do edifício a intervir - Centro Social Adriano Godinho.....	94
Figura 31- Fachada do edifício.....	95
Figura 32 - Entrada principal do edifício.....	95
Figura 33 - Corredores de acesso aos quartos	95
Figura 34 - Zona de refeições	96
Figura 35 - Áreas de convívio	98
Figura 36 - Corredores exteriores de acesso ao pátio	98
Figura 37 - Corredores interiores de acesso ao pátio	99
Figura 38 - Vistas do pátio interior	99
Figura 39 - Piso térreo de acesso ao pátio	99
Figura 40 - <i>Verdurable - Garden Age</i>	106
Figura 41- Simulação conceptual de texturas e materiais das galerias	108
Figura 42 - Cortinas de Vidro – Portmorma	108
Figura 43 – Modelação 3D – Jardim.....	112
Figura 44 – Modelação 3D – Jardim.....	113
Figura 45 – Modelação 3D – Galerias.....	114
Figura 46 – Modelação 3D – Quarto... ..	114
Figura 47 – Modelação 3D – Quarto... ..	115

Índice de Tabelas

	Página
Tabela 1- Grupos funcionais entre 1960 e 2011 (%)	23
Tabela 2 - Projeções de variação populacional entre 2009 e 2060	25
Tabela 3 - Índice de Envelhecimento, Castelo Branco:	27
Tabela 4 - Estrutura etária, Castelo Branco: 1960,1981,2001 e 2011.....	27
Tabela 5 - Evolução da legislação relacionada com Asilos e Lares de Idosos	35
Tabela 6 - Diferenças funcionais das regiões do cérebro	47
Tabela 7 - Estádios de evolução da doença de Alzheimer.....	48
Tabela 8 - Respostas Sociais para a população em situação de dependência	52

Índice de Gráficos

	Página
Gráfico 1 - População Portuguesa desde 1960 a 1991	22
Gráfico 2 - População Portuguesa desde 2001 a 2011	23
Gráfico 3 - Taxa de crescimento da população residente por escalões etários, 2000 e 2007	26
Gráfico 4 - Estimativa do número de pessoas afectadas por Demência entre 2010 e 2050 a nível mundial	45
Gráfico 5 - Taxa de prevalência da doença de Alzheimer na Europa	49
Gráfico 6 - Dados epidemiológicos de pessoas com demência em Portugal, enaltecendo a doença de Alzheimer	49

Introdução

A sociedade atual apresenta uma tendência de envelhecimento populacional cada vez mais notória. Portugal sendo um país envelhecido, como se pode verificar através das estimativas existentes, apresenta um elevado número de idosos com a doença de Alzheimer.

Os indicadores demográficos regionais, especificamente relacionados sobre a localidade onde se propõe apresentar a proposta de residência para doentes com Alzheimer, a cidade de Castelo Branco, permite-nos entender dinâmicas semelhantes às do nosso país. Através de dados dos Concelhos de NUT III Beira Interior Sul (Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão) observamos que esta cidade integra uma das três unidades de estatística que em 2011 apresentavam os maiores índices de envelhecimento.

Tendo sido já assumidas medidas e respostas concretas a nível internacional direccionadas à população que sofre com a doença de Alzheimer, o nosso país encontra-se em desvantagem no que diz respeito ao desenvolvimento de ações e recursos para os doentes e os seus familiares. Nesta medida, a doença de Alzheimer – problema social – carece de desenvolvimento e evolução das referidas políticas, bem como de adaptação e inovação das instituições direccionadas à população idosa. A expressão desta necessidade motivou a elaboração deste trabalho-projeto, desenvolvido no âmbito do mestrado de design de interiores.

Para além disso, também a convivência com um doente de Alzheimer, consciencializou de forma crítica uma abordagem sobre as instituições que actualmente recebem grande parte destes doentes – doentes esses que necessitam de muito mais estímulos cognitivos fornecidos pelo ambiente que os acolhe. Posto isto, a motivação para interligar o design de interiores com a área de saúde, com especial enfoque na doença de Alzheimer, torna-se fundamental, uma vez que existe um problema e uma carência a nível de estímulos para estes doentes que permanecem quase sempre em locais monótonos.

1. Objectivos gerais

- Desenvolver uma residência familiar que estimule a mente dos doentes com Alzheimer;
- Promover o património edificado;
- Contribuir para a melhoria das condições de vida das pessoas com esta doença;
- Compreender a importância e a influência do design de interiores em situações de terapia específicas.
- Projetar de forma a responder às necessidades de todos os utentes, disponibilizando o conforto aliado ao estímulo cognitivo, de forma a retardar o processo de demência;
- Assegurar um espaço especializado para as famílias do doente, procurando oferecer informação, formação e acompanhamento;

2. Estrutura do trabalho

O trabalho encontra-se dividido em duas partes separadas, designadas por volume I e volume II.

O volume I desenvolve uma abordagem teórica sobre os aspetos demográficos e contexto histórico do edifício. Propõe também uma leitura sobre a problemática da demência, nomeadamente a doença de Alzheimer, e a fundamentação do projeto de design de interiores.

O volume II expõe os elementos de apresentação gráfica do projeto.

No volume I o trabalho encontra-se dividido em três partes, sendo a primeira parte dedicada à abordagem teórica, subdividida em dois pontos essenciais: o primeiro aborda o enquadramento geográfico da intervenção do projeto; o segundo pretende expor conceitos relacionados com o envelhecimento demográfico. A segunda parte do trabalho apresenta as metodologias e técnicas com as quais se procurou observar a realidade da doença de Alzheimer, através de pesquisa e testemunho pessoal em contacto com o doente, bem como casos de estudo internacionais. A última parte, destina-se à proposta de design de interiores como modelo de intervenção na residência para doentes com Alzheimer, em Castelo Branco.

O trabalho de investigação envolve o estudo de atividades que estimulem a capacidade cognitiva dos doentes de Alzheimer, a relação com os equipamentos, os percursos dentro e fora do edificado pré existente, bem como o estudo da luminosidade e da cor. Parte da investigação é desenvolvida com base numa pesquisa não só sobre a doença, mas como esta pode ser contornada de forma a garantir melhor qualidade de vida através do design de interiores, proporcionando benefícios a nível cognitivo-comportamental, físico, funcional e social, principalmente quando se refere a um processo de *long-term care*, perante uma doença neuro degenerativa, crónica e incapacitante.

1

**ARQUITETURA DO ESPAÇO
ESCOLHIDO**

CAPÍTULO I | ARQUITETURA DO ESPAÇO ESCOLHIDO

1.1. Castelo Branco | Enquadramento Histórico e Geográfico

O distrito de Castelo Branco localiza-se na região centro de Portugal, na província histórica da Beira Baixa, conta com uma área de 6675 km² e é composto por 11 municípios, sendo a capital de distrito a cidade de Castelo Branco, situada na Beira Interior Sul. A sua nomenclatura deve-se a um castro¹ luso-romano, Castra Leuca.

Relativamente à sua história, pouco ou nada se sabe antes de 1182, existindo apenas um documento de doação aos Templários de uma Herdade - Vila Franca da Cardoso - emitido por Fernando Sanches pertencente à nobreza. Em 1213 recebe um foral de Pedro Alvito, cedido pelos Templários, aparecendo a denominação Castel-Branco. No decorrer dos anos de 1214 e 1230, foram mandados edificar o castelo e as muralhas e no ano de 1510, D. Manuel concedeu um novo foral com o objetivo de tornar Castelo Branco numa vila, vindo a acontecer em 1642. Apenas no ano de 1771 é elevada, por D. José, a cidade (CMCB [s.d.]).

Figura 1 - Localização da cidade de Castelo Branco e municípios.



Fonte: <http://www.ffp.pt/mapa/img/distritos/>

¹ Ruínas ou restos arqueológicos de um tipo de povoado da Idade do Cobre e da Idade do Ferro característico das montanhas do noroeste da Península Ibérica, na Europa. Os povoados eram construídos com estruturas predominantemente circulares, revelando desde cedo a implementação de uma «civilização da pedra», quer nas zonas de granito quer nas de xisto.

1.1.1. Enquadramento Territorial no início do século XIX

Uma abordagem sobre a ascensão da burguesia em Castelo Branco durante o século XIX remonta-nos para o desenvolvimento nas principais áreas de expansão urbanística da cidade. Na década de trinta do século XIX inicia-se um surto de desenvolvimento económico e social, causando impacto direto nas classes média e alta da sociedade.

A cidade pouco excedia os limites da fortaleza, fora das muralhas começaram a erguer-se moradias, pertencentes a burgueses da alta sociedade, na Rua S. Sebastião, Rua do Pina e Rua da Ferradura, bem como se iam desenvolvendo as capelas e os conventos. O seu crescimento começou pelos espaços da Devesa, zonas da Sé Catedral e capela do Espírito Santo e, mais tarde o sítio do Saibreiro e S. Marcos, sucedendo-se como polos principais da expansão da cidade.

O Barão de Castelo Novo, considerado o mais rico e importante fidalgo do concelho, mandou construir o seu solar no cruzamento das Ruas S. Sebastião e do Pina.

Figura 2 - Principais polos de expansão da cidade no século XIX



- | | |
|-----------------------|-----------------------------------|
| 1 Zona do Castelo | 4 Zona do Espírito Santo |
| 2 Zona da Devesa | 5 Zona do Saibreiro |
| 3 Zona da Sé Catedral | 6 Zona de S. Marcos e Rua do Pina |

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em Bing Maps

1.1.1.1. Desenvolvimento da cidade fora dos limites da muralha

Como adiante se verá, no início do ano de 1818, muitos burgueses quiseram edificar as suas moradias em zonas exteriores aos limites das muralhas do castelo, razão pela qual interessa fazer uma compilação cronológica relativamente a nomes da alta burguesia da cidade de Castelo Branco no século XIX e, de como as suas moradias contribuíram para o património, ainda hoje existente.

Em 1819, a Câmara Municipal resolve facilitar o aforamento de terrenos para que muitos interessados pudessem edificar as suas casas, facilidades concedidas que levaram ao aparecimento repentino de casas na Rua do Pina, que mais tarde viria a ter o nome de J. A. Morão, travessas que ligam a Rua da Quinta Nova ao largo de S. Marcos. São maioritariamente edificadas por negociantes, lavradores e criadores de gado, com destaque para as famílias Henriques de Paiva, Henriques de Almeida, Tavares e Mourão. Em 1821, começa a alargar-se a expansão da cidade nas imediações da capela do Espírito Santo (MORAIS MARTINS, 2004).

Devido a afluência de casas que ocupavam os terrenos baldios, a Câmara Municipal toma a decisão de averiguar a legalidade dos mesmos que viriam a ser ocupados por quintais e casas, como é exemplo, o terreno onde o Dr. António Vaz da Silva construiu a sua casa, que alegadamente dava serventia a diversos quintais e por conseguinte deu origem a controvérsias com a Câmara. A moradia ainda hoje existe na Rua d'Ega, foi habitada na primeira metade do século XX pelo Dr. António Pinto Castelo Branco, ficando a seu cargo e da sua equipa alguns melhoramentos que marcaram a vida da cidade, como o abastecimento de água, implementação de rede de esgotos e iluminação (MORAIS MARTINS, 2004).



Fonte: Fotografia da autora

Figura 3- Casa de Dr. António Vaz da Silva, na Rua d'Ega



Fonte: Fotografia da autora

1.1.1.2. Novos edifícios na Zona Histórica e Imediações

A zona histórica encontrava-se ocupada por praças, ruas e travessas, com características tradicionais, não existindo terrenos municipais ou particulares disponíveis para novas construções de raiz, mas algumas moradias conseguiram implementar-se através da reconstrução de outras já existentes.

Destacando três residências que desempenharam e continuam a desempenhar um papel importante no historial da cidade, o casarão da família Silva Ribeiro, na Rua dos Ferreiros, da família Cunha, na Praça Velha e da família Abrunhosa, na Praça de Camões.

No primeiro edifício funcionaram, durante muitos anos, estabelecimentos hoteleiros, como o Hotel Salvação e o Hotel Central, mais tarde acolhia a sede do Sport Lisboa Benfica e Castelo Branco e, em 2000 foi adquirido pela Câmara Municipal. No segundo encontra-se instalado hoje o Arquivo Distrital, que começou por ser construído por Rafael José da Cunha e veio a ser concluído pelo seu sobrinho e herdeiro Joaquim Guilherme da Cunha, em meados de 1875, dada a sua grandiosidade.

Passados três anos autorizou-se a construção de degraus fora do alinhamento, um conjunto arquitectónico que ainda hoje se mantém. A casa da família Abrunhosa, referida anteriormente, foi construída na Praça de Camões, encostado à fachada lateral do edifício que albergava a antiga Biblioteca Municipal (MORAIS MARTINS, 2004).

Figura 4 - Casa da Família Silva Ribeiro, na Rua dos Ferreiros



Fonte: Fotografia da autora

Figura 5 - Casa da Família Cunha, na Praça Velha



Fonte: Fotografia da autora

Figura 6 - Casa da Família Abrunhosa, na Praça de Camões



Fonte: Fotografia da autora

1.1.2.2. Zona da Devesa

A Devesa, que sempre foi um terreno esquecido, começava a tornar-se a principal zona de expansão da cidade, com prolongamento para a Rua do Pina. Aqui duas das mais importantes famílias de Castelo Branco, os Rebелos de Albuquerque e os Fonseca Coutinho haviam implantado os seus solares, o primeiro viria a ser adquirido no final do século XX pela Câmara Municipal para albergar os Paços do Concelho e o segundo, no ano de 1891, acolheu o Governo Municipal.

Figura 7 - Casa da Família Rebelo de Albuquerque



Fonte: Fotografia da autora

Figura 8 - Casa da Família Fonseca Coutinho



Fonte: Fotografia da autora

No início do ano de 1836, mais quatro albicastrenses requereram terrenos para a construção das suas casas na zona da Devesa, mas tiveram condições de ordem estética e de cumprimento de prazos por baixo da Pá Queixada, uma rua sem trânsito, que ainda hoje se encontra com comércio tradicional e zona de lazer, sendo perceptível a existência destas casas burguesas. Um deles foi, João Henriques de Almeida, um dos mais ricos e talvez o mais empreendedor dos habitantes da cidade, que pediu à Câmara Municipal aforamento para a construção de uma casa na parte de cima da Rua 1º de Maio e início da Rua do Espírito Santo.

**Figura 9 - Uma das casas que edificou
João Henriques de Almeida**



Fonte: Fotografia da autora

**Figura 10 - Rua da Pá Queixada - Atual
Rua Rei D. Dinis**



Fonte: Fotografia da autora

1.1.2.3. Zona da Sé Catedral

Nesta época já se edificavam moradias na zona da Sé, as famílias Penteado e Roxo foram as que ocuparam os terrenos para a construção das suas casas, na Rua das Damas. Perto destes terrenos também foi concedido ao Dr. Francisco Tavares de Almeida Proença uma área para a sua habitação, na Rua S. Sebastião.

Figura 11 - Casa do Dr. Francisco Tavares de Almeida Proença, na Rua S. Sebastião



Fonte: Fotografia da autora

Apesar dos grandes estabelecimentos comerciais da cidade se situarem no Largo da Praça Velha, o Largo da Sé e a Rua S. Sebastião foram alcançando importância de tal forma que a Câmara Municipal considerou como principal rua da cidade, a Rua S. Sebastião. O Largo da Sé tornava-se o principal polo de atração por parte dos burgueses da cidade, não só por ser o centro de atividade religiosa, mas também por funcionar como pontos de encontro e lazer.

Com a afluência de habitações construídas nesta zona, em 1866, a Câmara entendeu que se estavam a exceder nos limites e deliberou não conceder mais terrenos em regime de aforamento.

Por conseguinte, em ligação com o Largo da Sé, a Rua da Fonte Nova veio a ser ocupada com edifícios, alguns destinados a palheiros, outros a residências. O Visconde de Castelo Branco viria a ocupar um terreno chamado Quinta da Fonte Nova, uma boa residência cercada de muros altos e com muita vegetação em seu redor.

Figura 12 - Casa do Visconde de Castelo Branco, na Quinta da Fonte Nova



Fonte: Fotografia da autora

1.1.2.4. Zona do Espírito Santo

Conforme se referiu anteriormente, a construção de casas fora dos limites da muralha tornou-se preferencial para alguns moradores da cidade, mas por imposição da Câmara, as regras eram rigorosas no que respeita às características das edificações e, as classes de menores posses procuravam terrenos em zonas com foros mais baixos e com menores exigências nos tipos de construção, principalmente na zona do Espírito Santo, Senhora da Piedade e S. Marcos. A partir de 1848 começam a surgir aforamentos para a construção de casas nestas zonas da cidade. Mais tarde, o Largo do Espírito Santo veio a valorizar-se com a implementação da torre junta da capela, destinada à colocação de sinos, em 1877.

1.1.2.5. Zona do Saibreiro

Situado a nascente da Devesa, inicia-se a expansão de terrenos municipais vagos, em que as principais construções se destinavam a palheiros, pois a principal valia deste sítio era a realização de mercados de porcos, que constituíam um dos principais pilares da riqueza do concelho. Razão lógica pelo qual a sua implementação se desenvolvia nos subúrbios, dado o perigo que representavam para a cidade, como possíveis focos de incêndio.

O Saibreiro, inicialmente considerado um espaço rural, onde as construções se limitavam a palheiros, passou a ter feição residencial, a partir do ano de 1888. Esta zona viria a integrar vários prédios e casas e, entre 1907 e 1911, o comerciante Leonardo José de Sousa construiu uma série de moradias, que constituíram o Bairro Leonardo.

Figura 13 - Bairro Leonardo



Fonte: Fotografia da autora

1.1.2.6. Zona de S. Marcos e Rua do Pina

Na zona de S. Marcos existiam casas de menores dimensões, onde habitava gente pobre e, outras de maior área de construção com melhores acabamentos, pertencentes a famílias da burguesia, nomeadamente aos Henriques de Almeida, Mourões, Cunhas e Tavares. Seguindo as imediações da capela de São Marcos e no prolongamento para a Rua do Pina, que mais tarde se designou por Rua J. A. Morão, muitos casarões foram edificados em meados do ano de 1819, de grande amplitude e bons acabamentos, sendo esta a primeira zona a ser edificada fora das muralhas.

Para completar a compilação de alguns prédios com interesse arquitetónico implantados na zona histórica e suas imediações, fazemos ainda referência a dois edifícios.

O primeiro correspondente à última década do século XIX, pertencente ao comerciante Joaquim dos Santos Sal, dono de um grande terreno, cruzando com a Rua do Pina. No rés-do-chão instalou o seu estabelecimento comercial, funcionando também como centro de cavaqueira, de pessoas gradas da sociedade albacastrense. Mais tarde cedido a espaços comerciais e no primeiro andar funcionando a sede local de um partido socialista.

O segundo, fronteiro à fachada que dá para a Rua do Pina, nos anos vinte do século XVIII, foi construída a agência do Banco de Portugal, um edifício revestido de cantaria de granito e projetado pelo artista Eurico de Salles Viana² (MORAIS MARTINS, 2004).

Figura 14 - Rua do Pina e Rua J.A. Morão



Fonte: Fotografia da autora

² Nascido em Coimbra no dia 31 de Janeiro de 1891, fixou-se em Castelo Branco por volta de 1912, cidade onde passou praticamente toda a sua vida. Foi professor do liceu e da Escola Normal, tendo desempenhado os cargos de Chefe da Repartição de Obras da Câmara Municipal e director Delegado dos Serviços Municipalizados, sendo de destacar a acção preponderante por ele desenvolvida nas obras de abastecimento de água à cidade.

Para além disso era dotado de rara sensibilidade Artística, dedicou-se especialmente ao estudo do folclore, etnografia e arqueologia da Beira Baixa, tendo colaborado em vários jornais e noutras publicações sobre temas dessa especialidade.

Ainda na Rua do Pina, perto de 1833, um dos burgueses da época, Luís António Henriques de Almeida, fora autorizado pela Câmara a edificar uma casa que tinha duas frentes, uma para a Rua J.A. Morão e a outra para a Rua da Quinta Nova. Mais tarde esta habitação foi a Residência do Engenheiro Adriano Godinho e, por ele legado à Santa Casa da Misericórdia. Segundo consta, este tinha herdado a moradia de seu pai que por sua vez herdou do seu tio Dr. Domingos Ruivo Godinho, por ter sido casado com D. Amélia Penteado, viúva de um dos membros da família Henriques de Almeida.

Como mais adiante se poderá confirmar, será esta a habitação escolhida, a fim de projetar uma residência para doentes com Alzheimer. Depois de um processo de investigação, com a Câmara Municipal de Castelo Branco, em torno de habitações de planta regular, contendo um pátio interior e composto por dois andares, chegou-se à conclusão que este seria o edifício que correspondia a todos os critérios pertinentes.

Figura 15- Casa do Engenheiro Adriano Godinho



Fonte: Fotografia da autora

Referências Bibliográficas

CMCB [s.d.]. (s.d.). Câmara Municipal de Castelo Branco - Município "Uma Cidade com História". Obtido em 2 de Abril de 2016, de <http://www.cm-castelobranco.pt/index.php?link=historiadois>

MORAIS MARTINS, M. (2004). Castelo Branco. Um século na vida da cidade 1830-1930 (Vol. 1). Câmara Municipal de Castelo Branco.

2

ASPETOS DEMOGRÁFICOS

CAPÍTULO II | ASPETOS DEMOGRÁFICOS

2.1. O envelhecimento em Portugal

O envelhecimento demográfico emergiu nas sociedades desenvolvidas nos últimos trinta anos, um fenómeno pouco controlado, face à caracterização do envelhecimento. No século XX, são notáveis as alterações económicas e sociais que proporcionaram o aumento da esperança média de vida, ou seja, a população jovem diminuiu, crescendo de uma forma gradual a população idosa, o que contribuiu para o aumento da longevidade, contando com questões sociais e económicas, tais como, a redução da mortalidade e natalidade, o declínio da fertilidade, o aumento da esperança média de vida, os avanços na prática clínica, a melhoria da qualidade social e económica. A evolução destes aspetos leva a um processo de reflexão de como a demografia pode condicionar a sociedade, Paul Wallace recorre a uma lição de Thomas Malthus e destaca questões que incitam no sentido de compreender para dar resposta de forma parcial (WALLACE, 2001).

Dada a importância do estudo sobre o envelhecimento e os diferentes processos, reconhece-se a necessidade de capacitar o idoso de forma a que possa aproveitar com qualidade de vida a longevidade alcançada. Assim, segundo António Fonseca, o envelhecimento é composto a partir de três componentes: a biológica (senescência que resulta da vulnerabilidade crescente de uma maior probabilidade de morrer); social (relativa aos papéis sociais associados à terceira idade), e a psicológica (capacidade de auto-regulação e de tomar decisões, adaptando-se ao processo de envelhecimento) (FONSECA, 2006).

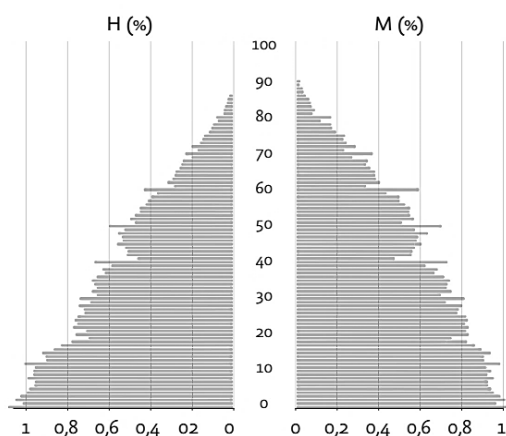
«Se o envelhecimento individual é um processo inerente à natureza dos seres vivos afetando até a maior parte das matérias inanimadas, o envelhecimento das populações humanas é um fenómeno do séc. XX»

NAZARETH, J. M., (1979), *O Envelhecimento da População Portuguesa*, Lisboa: Presença, pág. 7.

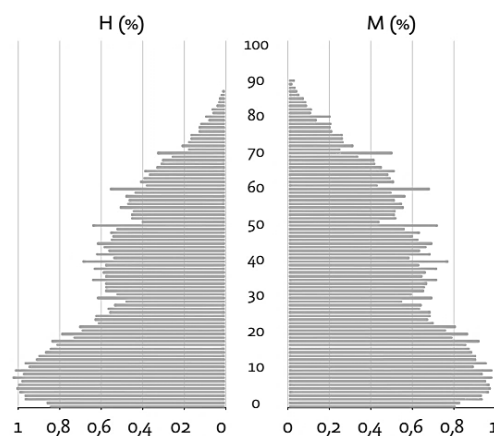
O envelhecimento demográfico da População Portuguesa de 1960 a 2011

Uma interpretação de Maria João Valente Rosa - “O envelhecimento demográfico vai corresponder às alterações que, relativas à estrutura etária da população, se traduzem por um aumento da importância relativa aos idosos («envelhecimento no topo»), por uma diminuição da importância relativa aos jovens («envelhecimento na base») ou por ambas as situações («duplo envelhecimento»)“ (ROSA, 1996).

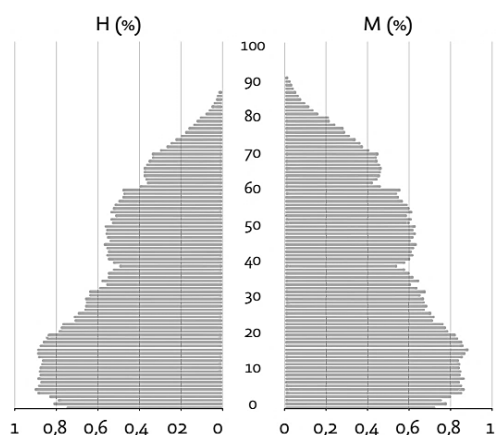
Gráfico 1 - População Portuguesa desde 1960 a 1991



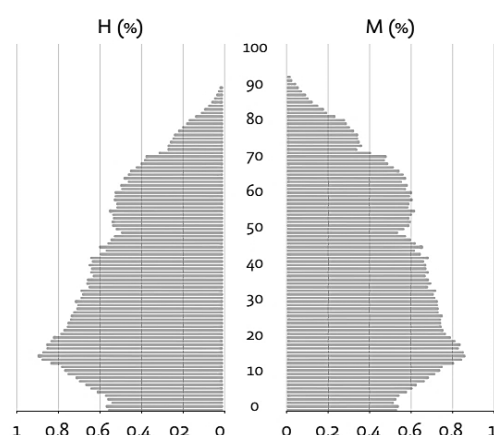
Fonte: INE (1960). Recenseamento da população.



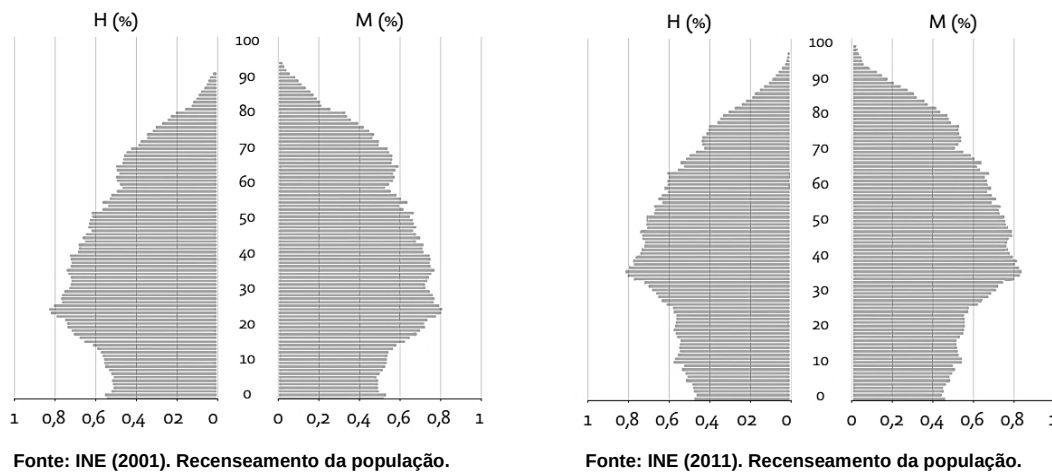
Fonte: INE (1970). Recenseamento da população.



Fonte: INE (1981). Recenseamento da população.



Fonte: INE (1991). Recenseamento da população.

Gráfico 2 - População Portuguesa desde 2001 a 2011

Como se verifica nos gráficos, a população portuguesa reflete, entre 1960 e 2011, uma alteração da sua composição, observando um contínuo envelhecimento evidente na forma das pirâmides, que surge em sob a forma de acento circunflexo em 1960 e toma a configuração de urna em 2011. Contributo para esta evolução demográfica é o aumento da esperança média de vida, consequente das melhores condições de vida, condições de saúde e bem-estar, efeitos aparentes com o alargamento no topo da pirâmide relativa a pessoas com idades compreendidas entre os 60 e 90 anos.

Tabela 1- Grupos funcionais entre 1960 e 2011 (%)

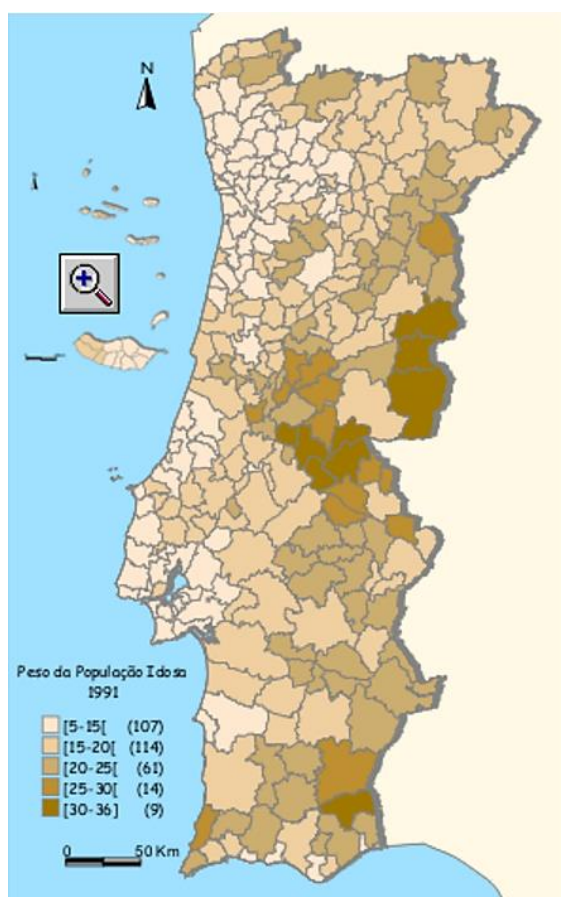
	0-14	15-64	65+
1960	29,2	62,9	8,0
1970	28,5	61,9	9,7
1981	25,5	63,0	11,4
1991	20,0	66,4	13,6
2001	16,0	67,7	16,4
2011	14,9	66,1	19,0

Fonte: INE. Recenseamento da População Portuguesa

Assim, a proporção dos jovens (0 a 14 anos de idade) diminuiu de forma progressiva de 29% para 15%, um valor que desce para metade, ao invés da população com 65 anos e mais que regista um aumento de 7% para 19%.

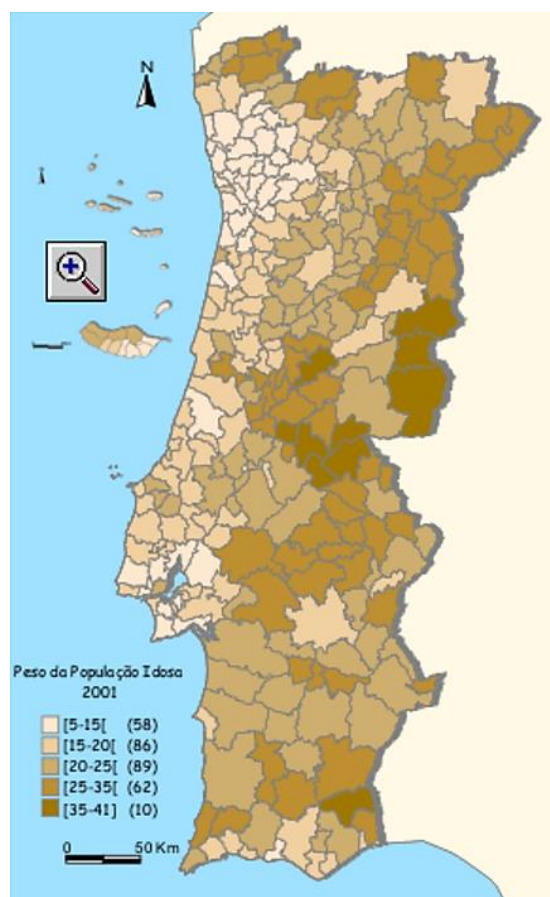
Enquanto a população ativa entre os 15 e os 64 anos oscila nos valores, ou seja, com decréscimo no intervalo entre 1960 e 1970 e acréscimo em 1981, 1991 e 2001, decrescendo novamente em 2011.

Figura 16 - Proporções de pessoas idosas por distritos 1991 (%)



Fonte: INE, Recenseamentos da população 1991

Figura 17 - Proporções de pessoas idosas por distrito 2001 (%)



Fonte: INE, Recenseamentos da população 2001

Maria João Valente Rosa explica que existem no Norte e Sul do país níveis de envelhecimento de base e no Litoral e Interior, de topo³, onde as percentagens dão destaque para as zonas do Interior: Beira Baixa Sul e Pinhal Interior Sul (grupo etário 0-14 anos de 15% e no grupo etário 65 e mais anos de 24%) (ROSA, 1996).

³ Sobre os eixos de assimetria regional do envelhecimento demográfico, v. NAZARETH, J. M., «Unidade e diversidade da demografia portuguesa no final do século XX», in Portugal: os próximos 20 anos, Lisboa, 1988, Fundação Calouste Gulbenkian (cap. 1.3).

Analisando a evolução populacional por distrito entre 1991 e 2001, observa-se um aumento do envelhecimento em 96% dos concelhos portugueses, estando concentrado o maior peso de população idosa nos distritos de Castelo Branco e Portalegre, tanto em 1991 e 2001, uma situação que embora seja generalizada em todos os concelhos, é mais notória nos concelhos do interior.

Sistematizando a actual estrutura que ocorre em Portugal e segundo o INE, a população com idade superior aos 65 anos, em 1960, equivalia a 8% e em 2007 subia para uma percentagem significativa de 17,6%, apresentando-se em 2008 cerca de 116 idosos para 100 jovens. Em 2009, pessoas com 55-64 anos representam 18% da população ativa, valor que aumenta nas projeções para 2020, com 21% e para 2060 com uma estimativa de 24%.

Em analogia, no ano de 2009, por cada 100 indivíduos em idade ativa existiam 26 idosos, valores deste rácio que aumentam para 32 em 2020 e 65 para 2060, um máximo expoente do envelhecimento português que dificilmente será reversível.

**Tabela 2 - Projeções de variação populacional entre 2009 e 2060
(grupos populacionais: 55-64, >65 e <75 anos)**

Variação populacional	55 – 64 anos	≥ 65 anos	≥ 75 anos
2009 a 2020	15 %	19%	22 %
2020 a 2060	- 17%	47%	88%

Fonte: Instituto Nacional de Estatística (acesso em Dezembro de 2015)

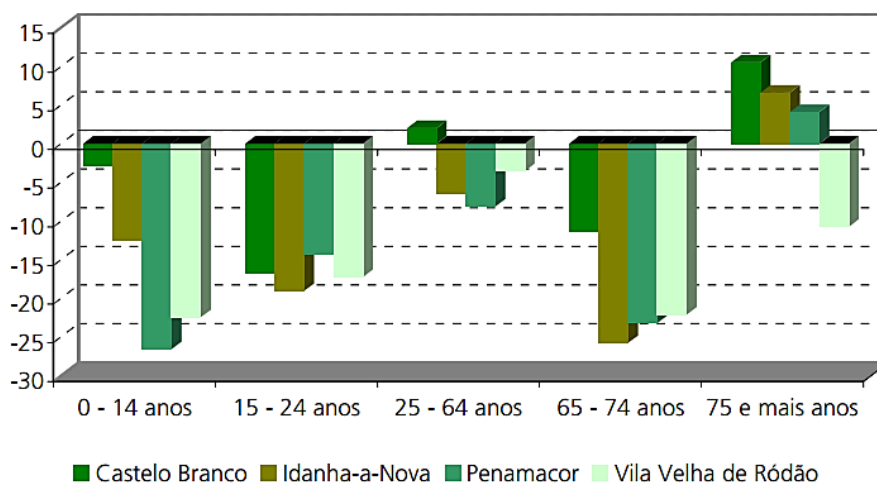
Na tabela anterior é notório o crescimento dos grupos de idosos, com uma projeção para os próximos anos de quase 90%, o número de idosos com idade igual ou superior a 75 anos. Segundo os dados do Instituto Nacional de Estatística (2013), a proporção de jovens (população com idade inferior a 15 anos) recuou 15% e os idosos (população com idade igual ou superior a 65 anos) aumentaram para 19%. Resultado: o índice de envelhecimento⁴, aumentou de 103 para 128 idosos por cada 100 jovens, entre 2001 e 2011.

⁴ Índice de envelhecimento – também é designado índice de vitalidade. A relação entre a população idosa e a população jovem. Definido com o quociente entre o número de pessoas com idade igual ou superior a 64 anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos.

2.2. O envelhecimento regional e local

A abordagem relativamente aos indicadores demográficos regionais e locais, explica o fundamento sobre a região na qual se propõe apresentar a proposta de implementação de uma residência para doentes com Alzheimer. Segundo os dados dos concelhos da Nomenclatura de Unidade Territorial III (NUT) Beira Interior Sul (Idanha-a-Nova, Penamacor e Vila Velha de Ródão) demonstram que o concelho de Castelo Branco está integrado numa das três unidades estatísticas, que em 2008, apresentavam os maiores índices de envelhecimento, como confirma o seguinte gráfico⁵.

Gráfico 3 - Taxa de crescimento da população residente por escalões etários, 2000 e 2007



Fonte: INE, Estimativas Anuais da População Residente, 2008

Observando o gráfico anterior, nota-se um crescimento negativo na maioria dos grupos etários, havendo apenas crescimento positivo do grupo das pessoas em idade activa no concelho de Castelo Branco (população entre os 25-64 anos) e, crescimento total na faixa etária dos 65 e mais anos, exceto no concelho de Vila Velha de Ródão.

⁵ A 29 de Julho de 2010. O *Diário de Notícias* num artigo da autoria de Luís Maneta, intitulado «Idosos são o triplo dos jovens em 23 municípios do interior», recorrendo a um estudo elaborado por Maria Filomena Mendes, docente do departamento de Sociologia da Universidade de Évora e Presidente da Associação Portuguesa de Demografia (APD), para afirmar que «Concelhos mais envelhecidos são Penamacor, Vila Velha de Ródão, Alcoutim e Oleiros. As localidades estão “condenadas” porque não conseguem fixar os mais novos». Sublinha ainda que: «A nível nacional existem agora 118 idosos por cada 100 jovens, número que quase quintuplica em Penamacor, onde essa relação é de 545 idosos para 100 jovens».

No que diz respeito ao índice de envelhecimento, pode sublinhar-se que a NUT III Beira Interior Sul (237,2%) apresenta um indicador aproximadamente duplicado em relação à NUT I Portugal (127,6%) e bem superior ao verificado NUT II Centro (160,7%) (ver anexo I). Estes fluxos populacionais podem suportar a polarização a partir de Castelo Branco, de cuidados a pessoas com problemas ao nível da saúde mental, como é sustentado neste trabalho, nomeadamente a doença de Alzheimer.

Em profunda análise, no concelho de Castelo Branco, confrontam-se indicadores preocupantes a nível demográfico, ou seja, em pouco mais de 50 anos, entre 1960 e 2011, o seu valor quase se quintuplicou (de 36,5 para 187,9).

**Tabela 3 - Índice de Envelhecimento, Castelo Branco:
1960, 1981, 2001 e 2011**

1960	1981	2001	2011
36,5	83,7	168,0	187,9

Fonte: Pordata (acesso em Janeiro de 2016)

As reflexões mencionadas anteriormente permitem vislumbrar uma relação desigual entre a população idosa e a população jovem. Para melhor compreensão da realidade que retrata a evolução da estrutura etária da população do concelho de Castelo Branco, entre 1960 e 2011, pode observar-se a tabela seguinte que demonstra claramente a dinâmica de duplo envelhecimento.

Tabela 4 - Estrutura etária, Castelo Branco: 1960,1981,2001 e 2011

	1960	1981	2001	2011
População Total	63.091	54.908	55.708	56.109
0-14 anos	16.468	10.920	7.369	7.107
15-64 anos	40.605	34.848	35.959	35.646
>65 anos	6.018	9.140	12.380	13.356

Fonte: Pordata (acesso em Janeiro de 2016)

Em relação à população ativa, existe uma regressão entre 1960 e 1981, registando uma recuperação em 2001. Este indicador mostra que não existe restituição de gerações e, assim o envelhecimento surge progressivamente, levantando questões sociais, nomeadamente a procura de cuidados de saúde, associados às etapas do ciclo vital, principalmente na terceira idade (LOPES & LEMOS, 2012).

2.3. Retratos das condições económicas e sociais do sénior

A ideia que temos da terceira idade pode levar-nos a uma definição de tempo livre e descanso, mas a realidade pode ser bem diferente, enquanto a população adulta activa estimula diariamente as suas capacidades cognitivas inerentes ao seu dia-a-dia, proporcionando variedade emocional que não estagna no tempo, por outro lado a população adulta inactiva sofre com a repentina paragem da sua atividade, podendo afetar o nível emocional. Classifica-se o termo “velhice” como incapacidade, um problema social e de resistência física, apreciando uma visão do agregado familiar mais presente e ainda as instituições hospitalares e de beneficência (FERNANDES A., 1997).

As modificações no perfil da sociedade portuguesa que interagem com o processo de envelhecimento demográfico, tais como ocupação dos tempos livres e alterações sociais, visam a continuidade da estrutura etária como «revolução grisalha». Estimas que podem cingir-se pela falta de coerência na base morfológica da sociedade. Uma conclusão onde Maria João Valente Rosa defende a velhice como um estatuto indiferenciado até ao início do século XX, relacionado com a opressão e indigência, incapacidade ou exclusão, alterando-se as definições com o passar dos anos, existindo dois elementos relevantes para a faixa etária sénior, a idade e o estatuto (de reformado). Idade que não deve ser interpretada como a entrada na velhice, pela incapacidade motora e psicológica, mas sim dotada de reconhecimento de inatividade profissional e benefício de uma pensão de reforma⁶ (ROSA, 1996)

⁶ Em Portugal, com o Decreto de Lei n.º 329/93, de 25 de Setembro, a idade de reforma elevou-se para 65 anos.



Fonte: <http://dementiavillage.com> (acesso em 10 de Janeiro de 2016)

Os efeitos inerentes à implementação de políticas sociais para a velhice começam à “posteriori” a ser aceites pela sociedade portuguesa, onde a intervenção passa por resolver situações extremas, associadas com a pobreza, a indigência ou doença. Seguramente o estatuto de terceira idade constata a emergência de um problema social, consequência que por sua vez dita um factor positivo neste estudo, o aumento de esperança média de vida, ou seja, se em gerações anteriores a resistência de vida era menor, por diversos indicadores sociais, políticos e económicos, com o avanço das sociedades industrializadas, a longevidade aumentou, por sua vez abrangendo posições de risco pela existência de mais doenças geradas pelo desgaste físico e fatores de genética (FERNANDES A., 1997).

As transformações que ocorreram na sociedade demonstram a necessidade de reestruturação do apoio social, que tende a responder a uma situação problemática que está vulgarmente interligada ao fator de pobreza, solidão, abandono, poucos meios de apoio social e ainda uma desvalorização humanística.

Um retrato que nos transporta para tempos anteriores, em que para albergarem os indigentes da sociedade, classificados como velhos ou mendigos, existiam os asilos e hospícios, atualmente reformulados e adaptados a um presente mais digno, mas sempre marcados pela imagem negativa.

Na terminologia de Erving Goffman estas instituições eram lugar de residência para indivíduos desconectados da sociedade, com vidas muito fechadas. As relações com o exterior tornam-se então mais corrompidas, privando certas atividades de lazer e estimulação e, mesmo havendo evolução a nível social, os asilos e hospícios sofreram alteração na nomenclatura, passando a designar-se de lar de terceira idade, centro de dia ou casa de repouso, uma segregação social que contribui para o esforço de uma identidade do que é “*ser idoso*”. Sendo estas instituições que prevalecem para ajudar com apoio material, social, médico, afetivo, psicológico e humanitário, proporcionando métodos de consulta padronizados.

«As identidades constroem-se por integração e por diferenciação, com e contra, por inclusão e por exclusão, por intermédio de práticas de confirmação e de práticas de distinção classistas e estatutárias e, que todo este processo, feito de complementaridade, contradições e lutas, não pode senão conduzir, numa lógica de jogo de espelhos, a identidades impuras, sincréticas e ambivalentes.»

PINTO, M. (1991). *Considerações sobre a produção social da identidade*. Revista Crítica de Ciências Sociais, Nº32, Junho de 1991, pág. 219.

2.3.1. Dos asilos aos lares de idosos

A definição de asilo remonta para o século XIX, como uma instituição que recolhia e educava crianças, mendigos e inválidos. Era entendido pela sociedade como assistência de caridade, para indivíduos que não tinham «eira nem beira», como crianças, idosos, pessoas doentes, órfãos e viúvos. O asilo mais antigo de Portugal foi criado pelo Bispo D. Domingos Jardo, construído em 1284, na cidade de Lisboa, - Hospital de S. Paulo, S. Clemente e Sto. Elói o qual incorporava uma mercearia, escola e seminário.

Numa abordagem de Maria de Fátima Pinto, verifica-se a análise de dois sistemas que servem de enquadramento social: a assistência e a repressão, presente no livro *Os Indigentes entre a assistência e a repressão. A outra Lisboa no 1º terço do século*, conseguindo comparar as diferentes tipologias de acolhimento da época e a quem se direccionavam, concluindo assim, que à margem da sociedade ficavam os mendigos, os sem meios, os vadios, vagabundos, prostitutas, etc., criaram-se então dois mundos distintos, o dos mais ricos e o dos mais pobres, caracterizados por laços de penúria material, impotência física e modo de vida, talvez marcados por uma marginalidade sócio-psicológica (PINTO, 1999).

A vertente social de pobreza equiparava-se a um lado negativo, suscitando atitudes de condenação e medo, dando origem a atitudes filantrópicas que coexistiam com a repressão, elementos agregados às prisões, casas de correção e os asilos, que a autora descreve como tendo o papel regenerador da instituição, quer na conduta dos utentes, quer no retrato do seu aspecto físico, onde as pessoas mais afortunadas conseguiam entrar para os asilos ou albergues, rejeitando a mendicidade e protegendo quem não tinha «males sociais».

Tendo em conta o desenvolvimento do capítulo, é pertinente mencionar a evolução das instituições que acolhem pessoas idosas, evidenciando as primeiras formas de institucionalização. Socialmente o idoso era classificado como pobre ou indigente, não lhe sendo adquirido nenhum direito de proteção social⁷, existindo os asilos e hospícios como modalidades de assistência para tratar sobretudo problemas de mendicidade, instabilidade e marginalidade.

Exemplo disso são algumas «casas» analisadas por Maria de Fátima Pinto, como o Asilo Dona Maria Pia, em Xabregas, que foi fundado em 1867 para dar formação profissional adequada aos rapazes, educar e preparar para a vida adulta, maioritariamente órfãos (PINTO, 1999).

⁷ No primeiro terço do século XX, PINTO (1999) identifica dois mundos distintos: o dos ricos e o dos pobres. Estes últimos acumulam “handicaps” como a idade, o sexo, a doença, a fragilidade da estrutura familiar e possuem uma cultura própria, a “cultura dos pobres” (PINTO 1999:14).

Figura 18 - Asilo Maria Pia, mais tarde, colégio Dona Maria Pia



Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa, AFML - A76298. (acesso em Janeiro de 2016)

Figura 19 - Antigo asilo D. Maria Pia, 2014



Fonte: Panoramio, 2014. (acesso em Janeiro de 2016)

Também em Lisboa, em 1836, o Asilo da Mendicidade, mandado criar por D. Maria, no Convento de Santo António dos Capuchos, tinha como objetivo encaminhar os homens em várias especialidades de profissões, como sapateiro, alfaiate, barbeiro, canteiro, carpinteiro, serralheiro, onde recebiam uma pequena recompensa, enquanto as mulheres eram destinadas a tratar da roupa e costura. Funcionou até 1928, sendo transferido para Alcobaça. Mais tarde o Convento foi transformado num hospital para tuberculosos.

Figura 20 - Asilo de Mendicidade, [s.d.], [entre 1898 e 1908]



Fonte: Arquivo Municipal de Lisboa, AFML - A696. (acesso em Janeiro de 2016)

Figura 21 - Claustro do Convento de Santo António dos Capuchos



Fonte: Panoramio, 2012. (acesso em Janeiro de 2016)

Outro exemplo de casa de acolhimento deste período é a Albergaria de Lisboa, fundada em 1913, pelo Governador Civil de Lisboa, foi mantida com a ajuda da Câmara Municipal de Lisboa e do Governo Civil. Aqui eram acolhidos os casos de mendicidade, invalidez, doença e vadiagem, enviados pelos órgãos superiores da polícia e governo, ou seja, acudia toda a miséria presente na capital e quase se intitulava de asilo. (PINTO, 1999) demonstra no seu estudo, a pouca oferta de asilos face ao número de indigentes que por sua vez tinham de ser acolhidos pelos albergues de Lisboa.

Em suma, a opinião pública defendia duas ideias de assistência pública:

- a) O pauperismo era considerado um fenómeno perigoso e por isso tornava-se necessário submetê-lo a um controlo rigoroso e procurar limitá-lo de todas as formas.
- b) Miséria e crime estavam associados.

Como consequência da evolução da assistência social em Portugal, a preocupação em melhorar os hábitos e costumes tornou-se cada vez mais importante. Em pleno século XIX, as tendências para reforçar o carácter individual e a progressiva consolidação da política social, lideradas pelo liberalismo, coexistiram com o esforço providente do Estado. No início do século XX, distingue-se o papel importante das Santas Casas da Misericórdia, as quais atendiam a problemas de assistência e caridade, desempenhando um serviço de reconhecimento perante o Estado, que através do Instituto de Assistência aos Inválidos, lhes competiam as atividades hospitalares e assistências dos concelhos.

Os regulamentos destas instituições eram rígidos, impedindo a liberdade dos utentes, os horários e regras ao nível da alimentação, saúde e higiene pessoal, não havendo qualquer preocupação na organização de programas de animação e lazer.

A partir dos anos sessenta do século XX, o modelo institucional de lares de idosos sofre críticas à forma como minimizavam os contactos sociais (familiares, amigos, meio residencial) (CASANOVA, ALVARENGA, MATOS, & LUCAS, 2001). Assim sendo, apostava-se cada vez mais em lares de menores dimensões, com redefinição e relação com o exterior, oferta de atividades, organização de horários, melhoria de equipamentos e serviços de qualidade. Por conseguinte, a Direcção Geral de Ação Social (DGAS) cria, em 1996, um guião normativo para as condições de implementação dos lares de idosos, de modo a definir normas nos centros regionais de segurança social. Os lares de idosos devem constituir uma resposta social dirigida para indivíduos em situação de maior risco de perda de autonomia ou independência.

Para uma melhor compreensão da evolução legislativa referente às instituições que acolheram e continuam a acolher pessoas idosas, observa-se na tabela seguinte uma compilação de Decretos-Lei entre os anos 1945 e 2013. Procedente destes dados, é relevante afirmar que são notórias as melhorias no sistema nacional de saúde, bem como nos serviços apoio social, estabelecidos pelo Estado ao longo dos anos.

Tabela 5 - Evolução da legislação relacionada com Asilos e Lares de Idosos

Tipo	Legislação	Descrição
Decreto-Lei	Nº 35/108 de 7 de Novembro de 1945	Reorganiza os serviços da assistência social. Na elaboração deste diploma teve-se em conta que a assistência social não deve limitar a sua ação a minorar ou curar os sofrimentos provenientes da doença ou da miséria.
Proposta-Lei	Nº 514 de 25 de Maio de 1961	Criação do Estatuto da Saúde e Assistência.
Decreto-Lei	Nº 48/580 de 14 de Setembro de 1968	Primeiro diploma que surge para estabelecer a sujeição dos equipamentos com fins lucrativos, nomeadamente, os de apoio a pessoas idosas e diminuído, a licenciamento prévio e à fiscalização pelos serviços do respectivo Ministério, no que respeita às condições de instalação e funcionamento.
Portaria	Nº 24/214 de 31 de Julho de 1969	Abrange os estabelecimentos com fins lucrativos destinados a proporcionar exclusivamente a população, serviços de alojamento, alimentação e outros de carácter complementar.
Decreto-Lei	Nº 350/81 de 23 de Dezembro	Diploma que pretende repor a obrigatoriedade do licenciamento prévio de equipamentos sociais e do exercício de atividades com fins lucrativos no campo da segurança social. Vem atribuir aos centros regionais a fiscalização, alvarás, aplicação de coimas e de ordem de encerramento para quem não proceda à sua legalização.
Decreto Regulamentar	Nº 69/83 de 16 de Julho de 1983	Distinção realizada entre pessoas idosas e deficientes. Esta distinção é fundamentalmente baseada na caracterização e definição dos respectivos equipamentos vocacionados para ambas as categorias.
Despacho Normativo	Nº 130/84 de 24 de Julho	Normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento de lares com fins lucrativos de apoio a idosos por Despacho Normativo da Secretaria de Estado da Segurança Social do Ministério do Trabalho e Segurança Social.
Decreto-Lei	Nº 30/89 de 24 de Janeiro de 1989	Celebração de contratos de alojamento e prestação de serviços com os utentes, donde constem os principais direitos e obrigações de ambas as partes.

Despacho Normativo	Nº 67/89 de 26 de Julho	São especificadas condições e os requisitos de instalação e funcionamento dos estabelecimentos com fins lucrativos, crescente preocupação do Estado, privilegiando a privacidade dos utentes ao prever que aqueles compartimentos não deverão ter mais que duas camas.
Decreto-Lei	Nº 133-A/97 de 30 de Maio	Estabelece o regime de licenciamento e fiscalização dos estabelecimentos e serviços de apoio social no âmbito da segurança social.
Decreto-Lei	Nº 12/98 de 25 de Fevereiro	Normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares de idosos.
Decreto-Lei	Nº 268/99 de 15 de Julho	Obrigatoriedade do uso e divulgação pública da existência de um livro de reclamações nos estabelecimentos abrangidos pelo Decreto-Lei nº 133-A/97 de 30 de Maio.
Despacho Normativo	Nº 30/2006 de 8 de Maio	Estabelecidas normas específicas para a apreciação do processo de licenciamento e são definidas novas capacidades máximas para esses estabelecimentos.
Decreto-Lei	Nº 163/2006 de 8 de Agosto	Aprova o regime de acessibilidade aos edifícios e estabelecimentos que recebem público, via pública e edifícios habitacionais.
Decreto-Lei	Nº 64/2007 de 14 de Março	Reforçam-se as preocupações do Estado com a qualidade dos equipamentos sociais no que respeita à segurança. Este diploma apresenta uma característica ainda mais descentralizadora, ao transferir para as câmaras municipais o processo de licenciamento de construção.
Decreto-Lei	Nº 99/2011 de 20 de Setembro	Altera o regime de licenciamento e fiscalização da prestação de serviços e dos estabelecimentos de apoio social (Vai alterar o Decreto-Lei de 14 de Março).
Decreto-Lei	Nº 67/2012 de 21 de Março	Define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as estruturas residenciais para pessoas idosas.
Decreto-Lei	Nº 38/2013 de 30 de Janeiro	Estabelece as condições de instalação e funcionamento do Serviço de Apoio Domiciliário (SAD).

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em Diário da República Electrónico.
(acesso em Janeiro de 2016)

2.3.2. A institucionalização dos idosos

Os grupos sociais que integram a institucionalização são maioritariamente idosos, onde a formação social se direccionava para três tipologias de instituições: o hospital, dando apoio à mobilidade dos indivíduos e aos doentes no geral; o asilo, destinado à manutenção da pobreza; e o hospício que seguia um mecanismo de reclusão em receber pessoas para internamento. Desta forma o idoso deixou de ser reconhecido pela sua experiência, para ser visto como inútil aos olhos da sociedade, fraco e sem qualquer benefício físico.

Podemos afirmar que o envelhecimento não concerne unicamente um problema biológico e psicológico, mas também, tal como refere António Fonseca, uma questão social, ou seja, alterações no seio familiar ocorrem e reflectem-se na vida dos idosos, determinando o aumento da sua institucionalização (FONSECA, 2006).

A partir dos anos setenta, com a mudança do regime⁸, formam-se profissionais especializados e criam-se novos sistemas de apoio, como o hospital e a assistência social, em que o apoio prestado ao idoso começava a surtir um papel fundamental na sociedade portuguesa. Com o passar dos anos, o termo «velhice» define-se como terceira Idade, construindo assim “fórmulas políticas de moralização e higienização que culminam nos actuais sistemas de protecção social” (SANTOS & ENCARNAÇÃO, 1997, p. 131). Atualmente a principal preocupação das instituições para receber pessoas da terceira idade é tentar alterar a ideia de que o lar é «esperar pela morte» ou sinónimo de inutilidade. A família, por sua vez, tem um papel fundamental em contrariar esta visão que os idosos têm sobre as instituições que os acolhem, embora a modificação do sistema familiar atual ter diminuído, a situação de dependência e envolvimento na prestação de cuidados, ditos caseiros, não invalida a que os idosos continuem a ter qualidade de vida e sentir o apoio dos familiares, ainda que estejam inseridos em centros disponíveis de apoio social.

⁸ Mudança para o Estado Novo, um regime político autoritário, autocrata e corporativista de Estado que vigorou em Portugal durante 41 anos sem interrupção, desde a aprovação da Constituição de 1933 até ao seu derrube pela Revolução de 25 de Abril de 1974.

Fatores que contribuem para o aumento da institucionalização dos idosos:

- Doença
- Incapacidade
- Falta de recursos económicos
- Falta de interação familiar
- Impossibilidade de cuidados por parte de familiares
- Isolamento

Esta situação é cada vez mais inevitável, compete ao apoio social prestado pelo Estado e pela família, estruturar os meios de intervenção dentro do espaço que acolhe o idoso, visto que o internamento definitivo pode ter um grande impacto na alteração da sua perspectiva de vida. Não obstante, para Rosa Maria Martins, o ideal seria que as pessoas idosas conseguissem ter a oportunidade de escolher os equipamentos necessários, de modo a satisfazerem as suas necessidades (MARTINS, 2006).

Uma vez que grande parte deste grupo etário pode originar sentimentos de insegurança, instabilidade, solidão, medo, vulnerabilidade e falta de controlo próprio, com a ausência do seu espaço, o tipo de ajuda que os órgãos sociais acabam por prestar, passa por ser emocional e psicológico, funções que nos anos anteriores eram postas de lado e tratadas a «sangue frio». A qualidade do apoio depende também dos “padrões demográficos, estruturas familiares, locais de residência, estatuto socioeconómico.” (PAÚL, 1997, p. 101).

Constança Paúl constata que os laços familiares se fortalecem e, por conseguinte melhora a qualidade das relações familiares, “talvez porque a carga, por vezes excessiva de olhar por um idoso dependente, que a família sentia, ficou resolvida, deixando lugar à expressão do afeto” (PAÚL, 1997, p. 102). É então indissociável o acompanhamento psicológico e social na terceira idade, após a passagem para a reforma, os idosos dispõem de muito tempo livre e, sobretudo os institucionalizados, precisam de se sentir úteis, caso contrário, a perda de identidade pode acontecer e, perante este cenário, processos de estimulação cognitiva, valorização pessoal, participação ativa ou diálogo, podem contribuir para a prevenção de doenças.

Sendo uma realidade, a institucionalização, não deixa de ser um processo de carácter crítico, envolvendo uma aprendizagem e integração no meio que lhe é restritivo, simbolizado pelo abandono físico e social.

Para isso as interações quotidianas remetem para uma vinculação ao lugar, “uma ligação emocional entre um indivíduo e um determinado ambiente físico, atendendo ao sentido que o indivíduo atribui a esse ambiente e que se pode concretizar através de pensamentos, crenças, atitudes, comportamentos e sentimentos” (FONSECA, GONÇALVES, & AZEVEDO, 2008). Na medida em que a casa é um local de intimidade, privacidade e identidade, envolto de conforto próprio e que pode determinar alterações na perspetiva de vida diária quando houver uma mudança e adaptação para outro local. Outra abordagem sobre esta temática, é o estudo feito por Joana Guedes onde conclui que a perda de privacidade, a excessiva regulamentação, a imposição de atividades triviais, o progressivo afastamento das funções que asseguram o sentimento de utilidade social são aspetos negativos que surgem para uma progressiva ameaça à identidade pessoal. Para que os idosos se sintam realizados e familiarizados com o ambiente, proporcionar-lhes alguma liberdade para poder fazer escolhas e manter a sua individualidade, pode conferir importância nos valores pessoais, na sua auto-estima e bem-estar (GUEDES, 2008).

Assim a relação adaptação/integração surge num enfoque dos conceitos subjetivos de lar para idosos e qual a sua interiorização com o indivíduo para que este seja um espaço digno de “lar”. Como explica Sousa, Figueiredo & Cerqueira, do ponto de vista dos idosos utentes existem algumas características que tornam um lar digno de habitar como se fosse uma casa familiar (SOUSA, FIGUEIREDO, & CERQUEIRA, 2006).

- a) Atividades programadas de animação
- b) Valorização pessoal
- c) Zonas de ar livre, como jardim ou horta
- d) Ofereça segurança
- e) Possibilidade de ter um quarto individual
- f) Companhia
- g) Serviços de apoio
- h) Pequena dimensão espacial

Referências Bibliográficas

- CASANOVA, J. L., ALVARENGA, F., MATOS, G., & LUCAS, J. (2001). *Quadros Sociais de Envelhecimento. Resultados de um estudo realizado no âmbito de um protocolo de cooperação entre o Centro de Investigação e Estudos de Sociologia e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.*
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. (s.d.). *Diário da República Electrónico - Legislação.* Obtido de <https://dre.tretas.org>
- FERNANDES, A. (1997). *Velhice e Sociedade. Demografia, família e políticas sociais em Portugal.* Oeiras: Celta Editora.
- FONSECA, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica.* Universidade Católica Editora, 2ª Edição.
- FONSECA, A. M., GONÇALVES, D., & AZEVEDO, M. J. (2008). *A Ligação à Terra: Identidade dos idosos rurais da raia Portuguesa.* Coimbra: Comunicação apresentada ao VII Colóquio Ibérico de Estudos Rurais.
- GOFFMAN, E. (1961). *Manicómios, Prisões e Conventos.* São Paulo: Editora Perspectiva.
- GUEDES, J. (2008). *Desafios Identitários associados ao Internamento em Lar.* VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL. (2008). *Anuário estatístico da região centro de 2007.* Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=42949141&PUBLICACOESmodo=2
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL. (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060.* Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL. (2014). *Projeções da população residente em Portugal 2012-2060 - Informação à comunidade social.* Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=20881997
- LEGISLAÇÃO. (s.d.). *Legislação Idosos.* Obtido de <http://www.legislacao.org/tag/idosos>

- LOPES, A., & LEMOS, R. (2012). *Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na sociologia portuguesa*. Edições Faculdade de Letras.
- MARTINS, R. M. (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. Revista Educação, Ciência e Tecnologia.
- NAZARETH, J. M. (1979). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Presença.
- ORDEM DOS ARQUITECTOS. (s.d.). *Ordem dos Arquitectos - Secção Regional Norte - Legislação*. Obtido de <http://www.oasrn.org>
- PAÚL, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Livraria Almedina.
- PINTO, M. d. (1999). *Os Indigentes entre a assistência e a repressão. A outra Lisboa no 1º terço do século*. Lisboa: Livros Horizonte.
- PORDATA. (s.d.). *Pordata*. Obtido de Base de dados de Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/>
- PÚBLICOS. (s.d.). *Legislação - Despacho Normativo 130/84*. Obtido de <http://publicos.pt/documento/id381567/despacho-normativo-130/84>
- ROSA, M. J. (1996). *O envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Cadernos do Público 3
- SANTOS, F., & ENCARNÇÃO, F. (1997). *Modernidade e Gestão da Velhice*. Centro Regional da Segurança Social.
- SEGURANÇA ONLINE. (s.d.). *Legislação*. Obtido de <http://www.segurancaonline.com>
- SOUSA, L., FIGUEIREDO, D., & CERQUEIRA, M. (2006). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Colecção Idade do Saber. Edições Ambar. 2ª Edição.
- WALLACE, P. (2001). *Terramoto geracional. Uma viagem na montanha-russa demográfica*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- WARNER, M. (2000). *The complete guide to Alzheimer's proofing your home*. West Lafayette, USA: Purdue University Press.

3

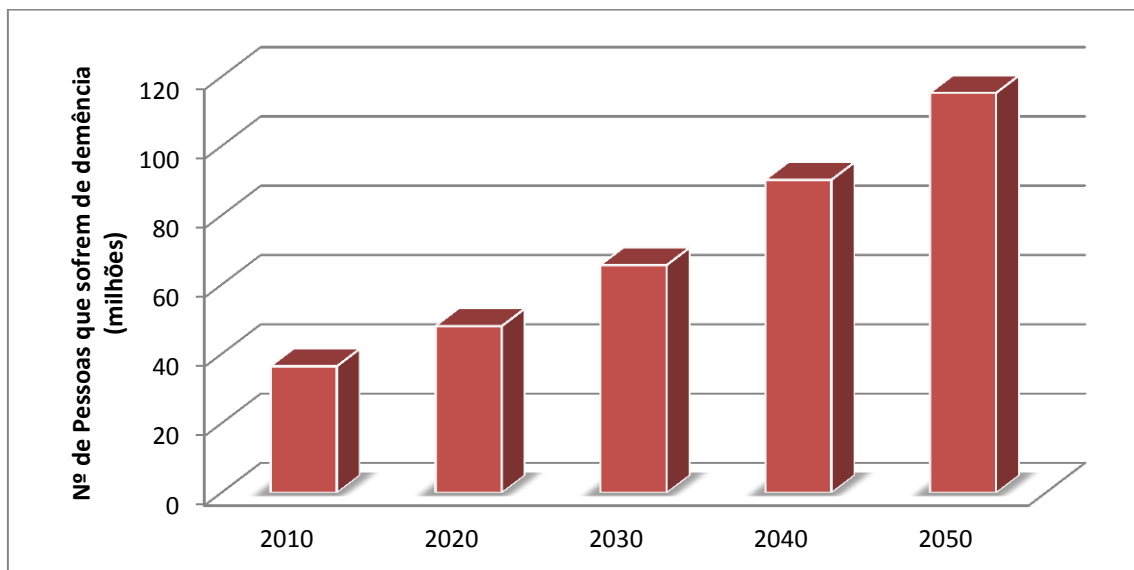
DEMÊNCIA - ASPETOS CONCEPTUAIS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

CAPÍTULO III | DEMÊNCIA – ASPETOS CONCEPTUAIS DA DOENÇA DE ALZHEIMER

É importante antes de mais, uma definição de demência, começando por recorrer à classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial de Saúde (OMS), que define a demência como “ um síndrome resultante da doença do cérebro, em geral de natureza crónica ou progressiva no qual se registam alterações de múltiplas funções nervosas superiores incluindo a memória, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o raciocínio. O estado de consciência não está enevoado. As perturbações das funções cognitivas são muitas vezes acompanhadas, e por vezes precedidas por deterioração do controlo emocional, do comportamento social ou da motivação” (CASTRO-CALDAS & MENDONÇA, 2005).

Segundo o relatório “Demência: prioridade de saúde pública”, publicado pela OMS, o número de pessoas com demência deve quase dobrar até 2050, chegando aos 115 milhões de pessoas afetadas, como se pode verificar no seguinte gráfico:

Gráfico 4 - Estimativa do número de pessoas afetadas por Demência entre 2010 e 2050 a nível mundial



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados dos dados disponíveis em (ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL, 2009)

3.1. Dados estatísticos da doença de Alzheimer

O organismo passa por inúmeras fases de transformação natural ao longo do processo do desenvolvimento humano, destacando-se para esta abordagem, o envelhecimento. “Este processo natural a nível biológico caracteriza-se pela perda dos tecidos e da flexibilidade dos órgãos e sistemas no que concerne a qualidade das suas funções”, considerando que o envelhecimento origina uma diminuição de capacidade, por parte dos órgãos, aumentando o risco de doenças, principalmente as doenças degenerativas (PINTO, 2001).

Para João Barreto⁹, citado em *“Pessoas com Alzheimer e suas famílias”*, a demência é classicamente uma situação adquirida e permanente de défice global das faculdades mentais, abrangendo portanto as capacidades cognitivas (incluindo a senso-percepção e a comunicação), a afetividade e volição, o comportamento e a personalidade (QUARESMA & PITAUD, 2007).

Segundo a Associação Americana de Psiquiatria (citada por FONTAINE, 2000), o termo demência integra diferentes quadros clínicos que surgem como ponto comum, a presença de perturbações comportamentais, cognitivas graves associadas a lesões cerebrais permanentes. Importa relacionar a demência com derivadas doenças associadas, como é o caso da doença de Alzheimer, sendo esta a mais comum, constituindo 50% a 70% de todos os casos.

Contabiliza-se que em Portugal, em 2009, existiam cerca de 90 mil pessoas portadoras da doença de Alzheimer e, as estimativas apontam para que em 2040, os números aumentem para 14 milhões de cidadãos europeus com a doença. Relativamente a quem pode desenvolver a doença, a Alzheimer Portugal explica que é mais comum acontecer a pessoas com mais de 65 anos, aumentando a taxa de prevalência consoante a idade. A nível mundial a demência afecta 1 em 80 mulheres, com idades compreendidas entre os 65 e os 69 anos, sendo que no caso dos homens a proporção é de 1 em cada 60. (ALZHEIMER PORTUGAL, [s.d.]).

⁹ Chefe de Serviço de Psiquiatria do Hospital de S. João, Porto; Professor associado de Psiquiatria da Faculdade de Medicina, Universidade do Porto.

Como definir a doença de Alzheimer?

A doença de Alzheimer é um tipo de demência que provoca uma deterioração global, progressiva e irreversível de diversas funções cognitivas (memória, atenção, concentração, linguagem, pensamento, entre outras), o que leva consequentemente a alterações no comportamento e capacidade funcional do indivíduo, dificultando a realização de atividades diárias (ALZHEIMER PORTUGAL [s.d.]).

A sua origem deve-se ao Psiquiatra, Neuropatologista e Investigador Alemão Dr. Aloïs Alzheimer, que descreveu e publicou a sua primeira descrição clínica, em 1907, sobre a doença, baseada num paciente com cerca de 60 anos de idade, acompanhando-a até à sua morte a fim de ser possível examinar o seu cérebro, verificando-se alterações degenerativas no tecido nervoso (QUARESMA & PITAUD, 2007).

Para Gatto, a doença de Alzheimer desenvolve-se com base na deterioração crónica e progressiva do sistema nervoso central, incurável e mortal, uma vez que se associa a lesões cerebrais irreversíveis, levando o doente a ficar incapacitado de realizar tarefas de vida diárias (GATTO, 2002).

Nas tabelas seguintes explicamos, respetivamente, como funcionam as duas regiões do cérebro e quais as suas principais funções, de modo a compreender que os danos cerebrais irreversíveis influenciam atividades cognitivas relevantes para o bom funcionamento do organismo, e ainda os estádios de evolução da doença de Alzheimer.

Tabela 6 - Diferenças funcionais das regiões do cérebro

Hemisfério esquerdo (relaciona-se com a informação de carácter simbólico)	• Função da linguagem • Cálculo • Execução musical • Raciocínio abstrato
Hemisfério direito (relaciona-se com a capacidade de integração multissensorial)	• Identificação de uma paisagem, uma música, um objecto • Sistema emocional

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em (CASTRO-CALDAS & MENDONÇA, 2005)

Tabela 7 - Estádios de evolução da doença de Alzheimer

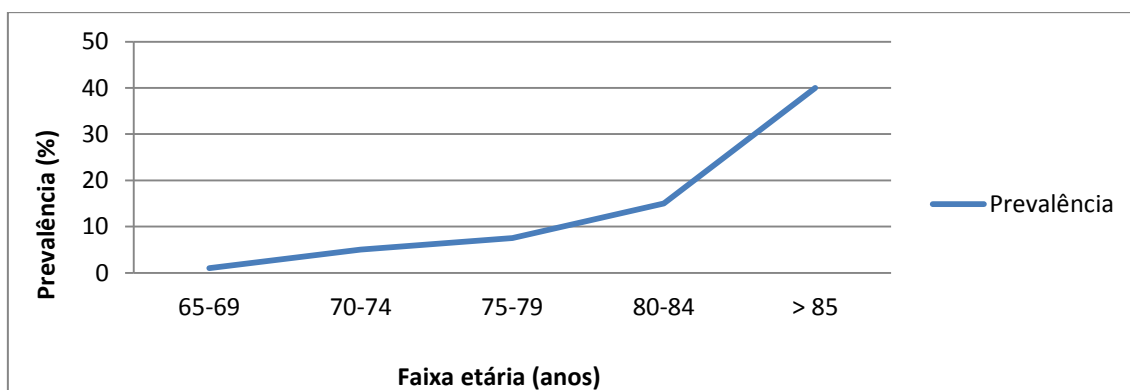
Estádio	Fase Clínica	Sintomatologia
1. Ausência de declínio cognitivo	Normal	Falhas de memória, insegurança e falta de reconhecimento espacial.
2. Declínio cognitivo muito ligeiro	Desorientação	Situações de se perder num lugar, não ter noção do tempo. Uma situação comum é acordar a meio da noite e pensar que é de dia, ou afirmar que tem de ir trabalhar e já abandonou o emprego há anos.
3. Declínio cognitivo ligeiro	Início de estado de confusão	Alterações da linguagem, dificuldade em nomear e acertar o nome das coisas. Discurso impreciso e confuso. Alterações de personalidade. O paciente adota uma atitude de negação e a família toma consciência da gravidade da situação.
4. Declínio cognitivo médio	Início de confusão grave	A perda de autonomia é patente e a pessoa sofre de «buracos» mnésicos na sua história pessoal, contudo, ainda reconhece os rostos e os locais familiares.
5. Declínio cognitivo medianamente grave	Início do estado demencial	O doente deixa de estar apto para viver sozinho. Começa a despreocupação pelo vestir e hábitos de higiene. Só reconhece o nome das pessoas mais próximas. Ansiedade constante, possibilidade de desenvolver depressão, bem como uma apatia progressiva. Desinteresse por tudo, como por exemplo ver televisão.
6. Declínio cognitivo grave	Estado demencial grave	Com o passar do tempo as alterações cognitivas acentuam-se e a autonomia pessoal entra em défice. A pessoa torna-se incapaz de se alimentar, tem dificuldade em reconhecer objetos, lugares, cheiros. Fica num mundo estranho e confuso, onde pode ter distorções perceptivas, como por exemplo a casa onde vive não lhe parece conhecida e pede que o levem para a verdadeira morada. Agitação, agressividade e deambulação noturna (medo do anoitecer).
7. Declínio cognitivo muito grave	Demência profunda	O ritmo altera-se e a tendência de estar desperto durante a noite aumenta. A vida torna-se vegetativa. Total mutismo e raramente dão sinal de reconhecimento de familiares. Perda de postura, atrofia muscular, paralisia e contracturas. Deixa de reagir a estímulos. Perda de autonomia total.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em (CASTRO-CALDAS & MENDONÇA, 2005)

Perante estas abordagens, existem dois tipos diferentes de Doença de Alzheimer, registando igualmente os vários estádios, mencionados anteriormente. O mais comum apresenta-se de forma esporádica e pode afetar adultos de qualquer idade, mas ocorre habitualmente após os 65 anos, e pode ou não ter antecedentes familiares da doença. A menos comum passa de geração para geração, ou seja, se um dos progenitores tiver um gene mutado, cada filho terá 50% de probabilidade de desenvolver a doença, normalmente entre os 40 e 60 anos. (ALZHEIMER PORTUGAL [s.d.]).

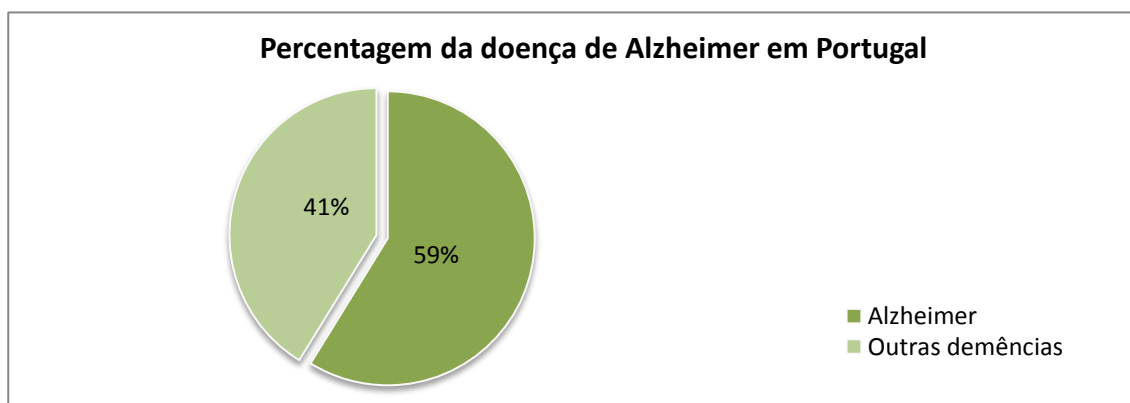
Nos gráficos seguintes compreendemos que a taxa de prevalência da doença de Alzheimer é notória quer na Europa, onde aumenta consoante a idade, verificando um maior impacto entre os 80 e os 85 anos, quer especificamente em Portugal, onde verificamos que a percentagem da doença abrange a maior parte da população em relação a outras demências.

Gráfico 5 - Taxa de prevalência da doença de Alzheimer na Europa



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em (MASSANO, 2009)

Gráfico 6 - Dados epidemiológicos de pessoas com demência em Portugal, enaltecendo a doença de Alzheimer



Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em (ALZHEIMER PORTUGAL, 2009)

3.2. O doente de Alzheimer – Aspectos psicossociais

Existe um conjunto de fatores, consequentes da doença, como a diminuição de capacidades cognitivas, físicas e sensoriais, que reforçam um declive no bem-estar emocional acabando por diminuir a condição do ser humano que sofre com a doença de Alzheimer. A nível psicológico existe uma diminuição da aptidão do indivíduo, doente de Alzheimer, em adaptar-se e aceitar esta fase que a vida lhe impõe. A par desta incapacidade ainda se junta o declínio social e a dependência familiar que constitui para o doente instabilidade emocional (LEME & SILVA, 2002).

Neste sentido, além das perdas cognitivas, a população idosa com demência foca essencialmente preocupações como a perda progressiva do papel que desempenha na sociedade, provocando situações de stress. A acrescentar, contam igualmente com inúmeras perdas de carácter afetivo, principalmente com a perda de amigos e com a saída da sua habitação para uma instituição (FERNANDES, 2002).

3.2.1. Familiares do doente de Alzheimer

As condições socioeconómicas e a prevalência das doenças crónicas, consciencializaram a comunidade científica para os problemas inerentes à população idosa e a importância da sua qualidade de vida, sendo que o contributo dos cuidadores é essencial. Habitualmente os cuidados informais ficam a cargo dos familiares, mesmo que sem formação específica para prestar os cuidados com rigor técnico e científico (SEQUEIRA, 2010).

Conforme Garrett, o doente de Alzheimer deve ser acolhido e cuidado, no seu meio familiar. Contudo, a prestação de serviços ao domicílio acarreta dificuldades para a família. Por um lado o ambiente familiar é uma mais-valia para o tratamento destes doentes, por outro, à medida que a doença evolui, o cuidador vai-se isolando a nível social, destacando a perda de identidade pessoal, dificuldades em conciliar as suas necessidades com as do doente de Alzheimer e a frustração gerada face aos problemas de saúde com que se deparam (GARRETT, 2005).

Segundo a Alzheimer Portugal (2009), a incompreensão dos sintomas e tabus que se instalaram em torno da demência, levam ao isolamento dos doentes e de familiares. Como refere a Alzheimer's Disease International (2009), a perturbação comportamental, comum entre pessoas com demência, é geralmente incompreendida provocando estigma, censura e angústia para com os cuidadores.

3.2.2. Marcos Internacionais

Em 2009, o Parlamento Europeu consagra a Declaração Escrita 80/2008 (ver anexo II), sobre as prioridades na luta contra a doença de Alzheimer, um compromisso que assume a prioridade na saúde pública em propagar as causas, prevenção e tratamento da doença, a fim de melhorar o diagnóstico precoce e a qualidade de vida (ALZHEIMER PORTUGAL, 2009).

Perante uma abordagem da Alzheimer Portugal (2009), após os estados membros se comprometerem em combater as doenças degenerativas, dando ênfase ao Alzheimer, começam a surgir planos internacionais para esta doença. Um exemplo disso é a França, que possui um plano nacional de Alzheimer baseado em três eixos: melhorar a qualidade de vida dos doentes, conhecer, agir e mobilizar o envolvimento da população. Também no Reino Unido existe uma estratégia nacional para a população portadora de demência, focando-se em campanhas de sensibilização e conhecimento da doença. Em Portugal, a Associação Alzheimer Portugal desenvolve atividades centradas na sensibilização para a criação de um plano nacional para a doença de Alzheimer. Neste sentido, e em resposta à progressão da doença de Alzheimer, foram criados, em diversos países, serviços de apoio à saúde mental compostos por equipas multidisciplinares que conseguem garantir o acompanhamento clínico juntamente com as instituições e meios familiares (LEUSCHNER, 2005).

3.3. Realidade Portuguesa – Associação Alzheimer Portugal

Embora no nosso país os cuidados prestados, a nível de saúde pública, sejam moderadamente estruturados, o panorama de assistência aos idosos com demência, caracteriza-se atualmente como cuidados inadequados e insuficientes, face à dimensão da capacidade de resposta envolta na demência que evolui dia após dia. No que respeita à evolução das respostas sociais dirigidas à população idosa e com dependência, em Portugal, registou-se um acréscimo de 43%, entre 2001 e 2011 (ALZHEIMER PORTUGAL, 2006).

Existem algumas respostas sociais para a população em risco ou situação de dependência, como podemos observar na tabela que se segue (CHICHORRO, 2006).

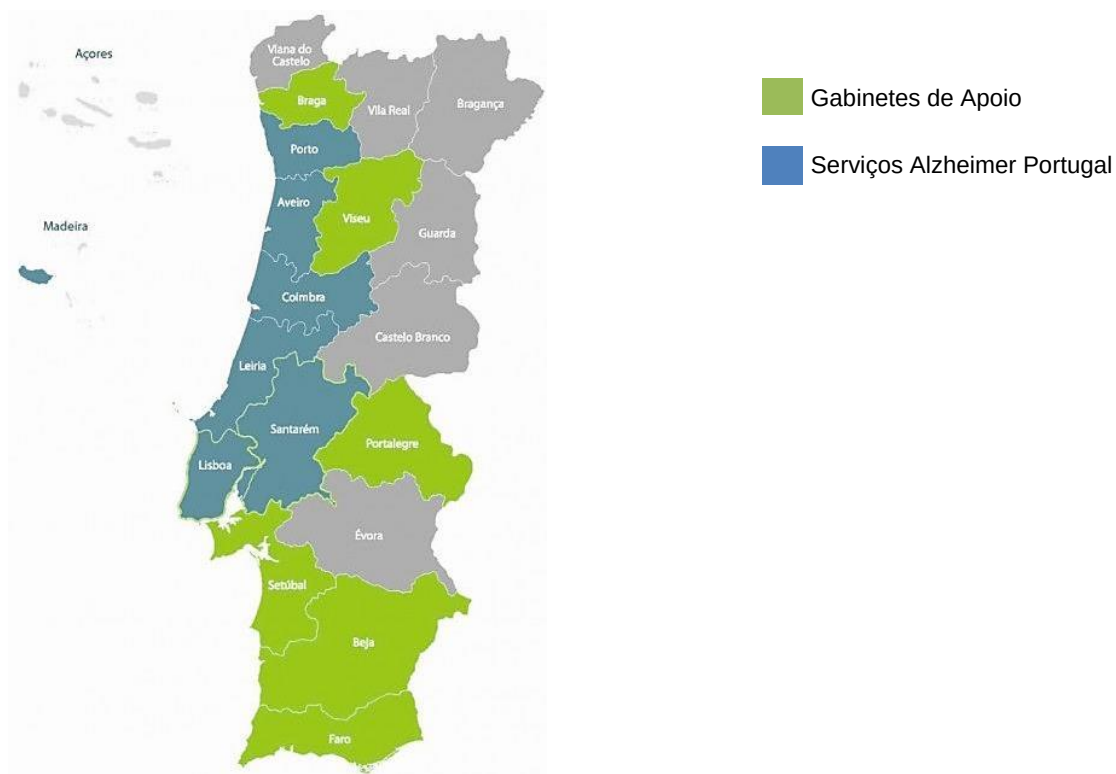
Tabela 8 - Respostas Sociais para a população em situação de dependência

Instituições Particulares de Solidariedade Social	Resposta social para a população adulta (com mais de 16 anos) com dependência ou risco de perda de autonomia, que se encontrem impedidos permanentemente ou temporariamente de residir na sua habitação e no seio familiar. O objetivo inerente a este apoio passa por promover o bem-estar e a qualidade de vida ajustada às necessidades de cada utente. Contudo, o lar residencial quando dirigido especificamente para os doentes de Alzheimer ainda constitui uma resposta social com algumas lacunas, visto não possuírem técnicos e infra-estruturas suficientes para lidarem com os doentes portadores de demência.
Serviço de Apoio Domiciliário (SAD)	Resposta social que presta cuidados essencialmente no domicílio, sendo estes cuidados prestados de forma individualizada, de modo a prevenir as situações de dependência e a promover a autonomia.
Centro de dia	Resposta social que é desenvolvida em equipamentos cujo objetivo desenvolve-se em prestar cuidados que contribuem para a manutenção da população idosa e dependente no seu seio familiar.

A Associação Alzheimer Portugal surge como uma instituição de solidariedade social, criada em 1988, representando a única organização em Portugal, no âmbito nacional, fundada para promover a qualidade de vida das pessoas com demência, dos seus familiares e cuidadores (QUARESMA, 1996). Criada por iniciativa de um médico neurologista, o Prof. Doutor Carlos Garcia e por familiares de doentes com a doença de Alzheimer, integra a Alzheimer Europe, participando ativamente no movimento mundial sobre as demências (ALZHEIMER PORTUGAL, 2006). Existe um departamento de informação que divulga publicações de boletins sobre a doença e seus efeitos, bem como as formas mais recorrentes de lidar com a patologia.

Esta associação tem sede em Lisboa e delegações no Norte, Centro e região autónoma da Madeira. Observando a figura abaixo verificamos que ainda existem sete distritos no interior do país sem qualquer apoio direto, nem delegação. A Alzheimer Portugal pretende partilhar mais informação, com o intuito de propagar apoio aos doentes com Alzheimer e seus familiares (LEITÃO, 2005).

Figura 22- Alargamento da rede de apoio nacional



Fonte: <http://www.obrassociais.pt/alzheimer-portugal-alargamento-da-rede-de-apoio-nacional/>

A Alzheimer Portugal (2009) refere que é necessário e urgente a criação de um Plano Nacional de Intervenção Alzheimer, com condições objetivas que permitam ao Estado disponibilizar meios orçamentais para o apoio deste plano, baseado em três eixos:

1. Melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência e dos seus cuidadores, nomeadamente através da implementação de políticas de saúde e apoios sociais e equipamentos.
2. Investigação sobre as causas, prevenção e diagnóstico, bem como dos dados epidemiológicos da doença de Alzheimer.
3. Criação de um quadro jurídico sobre o enquadramento legal dos cuidados, da intervenção e da investigação, assim como dos direitos das pessoas em situação de incapacidade.

Importante será dizer, que a Associação Alzheimer Portugal disponibiliza um local de encontro para partilha de experiências e suporte mútuo, o Café Memória. Destina-se a pessoas com perda de memória ou demência, mas principalmente a familiares ou cuidadores que queiram partilhar experiências e vivências, acompanhados por profissionais de saúde que têm a função de esclarecer e ajudar.

Estas sessões realizam-se com frequência, num local informal e bem estruturado, contribuindo para a melhoria de qualidade de vida e redução do isolamento social. O principal objetivo é interagir com pessoas que tenham experiências semelhantes e a participação em actividades lúdicas e estimulantes.

A criação do “Café Memória” em Portugal é uma iniciativa da Associação Alzheimer Portugal e da Sonae Sierra, mas este conceito já existe em diversos países, nomeadamente no Reino Unido, Holanda, Bélgica e Canadá (CAFÉ MEMÓRIA, 2013).

Referências Bibliográficas

- ALZHEIMER PORTUGAL. (2006). *Manual do cuidador*. Obtido em 15 de Março de 2016, de <http://alzheimertportugal.org/pt/text-0-10-55-210-manual-do-cuidador>
- ALZHEIMER PORTUGAL. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: Trabalho preparatório para a conferência "Doença de Alzheimer, que políticas?"*. Obtido em 3 de Março de 2016, de [http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%2520%20National%2520Strategy%2520by%2520Alzheimer%2520Portugal%2520\(in%2520Portuguese\).pdf](http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%2520%20National%2520Strategy%2520by%2520Alzheimer%2520Portugal%2520(in%2520Portuguese).pdf)
- ALZHEIMER PORTUGAL. (s.d.). *Doença de Alzheimer: Saber mais sobre a doença*. Obtido em 3 de Março de 2016, de <http://alzheimertportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer>
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. (2009). *Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo - Resumo*. Obtido em 25 de Fevereiro de 2016, de <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReportPortuguese.pdf>
- CAFÉ MEMÓRIA. (2013). *O Ponto de Encontro*. Obtido em 20 de Junho de 2016, de <http://www.cafememoria.pt/home.aspx>
- CASTRO-CALDAS, A., & MENDONÇA, A. d. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lidel - Edições técnicas, lda.
- CHICHORRO, A. M. (2006). *Manual de nomenclaturas e conceitos-respostas sociais*. Lisboa: Direcção Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- FERNANDES, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Edições Climepsi.
- GARRETT, C. (2005). *Impacto socio-económico da doença de Alzheimer*. In Castro Caldas & Mendonça, A. (Coord), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- GATTO, I. (2002). *Aspectos Psicológicos do Envelhecimento*, in Netto, M.P. *Gerontologia - A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.

- LEITÃO, O. R. (2005). As associações de doentes. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- LEUSCHNER, A. (2005). Os auxílios disponíveis: Os Serviços de Saúde Mental. . In A. & Castro-Caldas, *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (pp. 161-172). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- OMS. (1980). *Organização Mundial de Saúde. The International Classification of Impairments, Disability and Handicap - a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva. Switzerland.
- PINTO, M. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- QUARESMA, M. d., & PITAUD, P. (2007). *Pessoas com doença de Alzheimer e suas famílias: Uma abordagem compreensiva do cuidar e acompanhar*. Universidade Lusíada Editora.
- QUARESMA, M. L. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.

4

CASOS DE ESTUDO – PROJETOS

CAPÍTULO IV | CASOS DE ESTUDO

Neste capítulo abordamos dois casos de estudo internacionais, na sequência de não conseguirmos analisar morfologicamente o único espaço em Portugal, até à data, desenvolvido para acolher doentes com demência – A Casa do Alecrim, o primeiro lar da Associação Alzheimer Portugal, localizado na Alapraia, em Cascais.

Para uma melhor perceção relativamente à importância em existir um local seguro e bem estruturado que acolha doentes com Alzheimer, foi elaborada uma pesquisa em torno de projetos existentes, cujo principal objectivo fosse melhorar a qualidade de vida destes doentes e recriar um cenário confortável e estimulante. A nível mundial já existem alguns projetos direccionados para esta doença degenerativa, uns mais complexos que outros, mas melhorando ano após ano, devido à necessidade de intervir cada vez mais em espaços destinados a idosos com doenças específicas, nomeadamente a doença de Alzheimer que atinge uma maior percentagem.

Nesta pesquisa destacamos dois casos de estudo, diferentes na sua conjugação, mas inerentes no ponto fulcral, manter a memória viva através de estímulos. O primeiro caso de estudo, localizado em *Amsterdam, Weesp – Hogeweyk* - uma aldeia destinada apenas a pessoas com a doença de Alzheimer e, o segundo localizado em *Las Vegas, Nevada – Lou Ruvo Center for Brain Health*, um centro de pesquisa para doenças degenerativas, destacando a sua arquitetura exterior e interior.

Foi de extrema importância analisar e conhecer os conceitos por detrás destes dois projectos que se encontram em funcionamento, conseguindo assim, reformular pensamentos sobre como interagir e comunicar, através da arquitetura e do design de interiores, com idosos portadores da doença de Alzheimer.

4.1. Hogeweyk – Amsterdam, Weesp – NL

“Aldeia onde todos os habitantes têm Alzheimer”

A ideia surgiu na Holanda, em 2009, com o objetivo de proporcionar aos doentes com Alzheimer uma vida com a máxima redução de medicação, num ambiente seguro fugindo do conceito “aprisionado” de lar. Fazer com que estes doentes levem uma vida o mais normal possível, dentro das suas limitações, de modo a pensarem que moram numa vila como todas as outras.

O projeto *Dementia Village* criado por dois arquitetos, Frank van Dillen¹⁰ e Michael Bol¹¹, que têm desenvolvido vários edifícios na zona, abrange um bairro para doentes com Alzheimer. Este bairro conta com uma equipa de auxiliares que os ajudam nas tarefas diárias e está equipado com um supermercado, cinema, barbeiro e mais de 30 clubes sociais, permitindo aos seus residentes decidir os seus horários e rotinas, planejar compras e refeições em conjunto.

Constitui-se como área residencial independente que engloba planeamento urbano, arquitetura, engenharia, design de interiores e, paisagem.

Para comprovar a qualidade deste bairro na terapia dos pacientes, o projeto foi nomeado para o *Hedy d’Ancova Award*, um prémio que visa prestigiar edifícios onde a arquitectura ajuda a assegurar cuidados de saúde com um ambiente acolhedor em termos de design urbano, interiores e envolvimento geral de espaços exteriores.

Esta ideia também já chegou aos Estados Unidos da América, onde vai ser inaugurada a *Mahal Cielo Village*, com a mesma finalidade (Dementia Village Advisors [s.d.]).

¹⁰ Formou-se na Academy of Architecture in Tilburg e é co-proprietário do Molenaar & Bol & Van Dillen desde 2001.

¹¹ Trabalha como co-proprietário na empresa Molenaar & Bol & Van Dillen e está envolvido em iniciativas sociais ao nível de gerontologia.

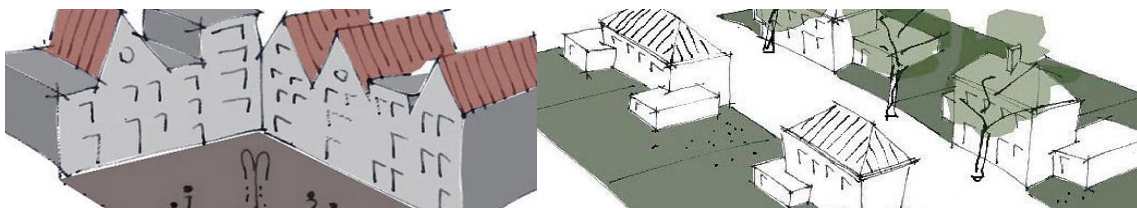
4.1.1. Conceito do projeto

O conceito passa pela conceção de um espaço que garante aos idosos proximidade emocional com todos os moradores da vila, de modo a equilibrar o estado demente com a entre ajuda e convívio. Uma vez que as pessoas que sofrem com a doença de Alzheimer tendem a lembrar-se frequentemente de acontecimentos passados ao invés do presente, sendo fulcral transportar estes doentes para ambientes que lembrem a sua vida anteriormente, uma mais-valia para o processo de desenvolvimento da memória.

São construídos vários estilos de vida a partir de uma abordagem social, incentivando os idosos a permanecer na vida activa, em torno de um edifício comum e familiar. Criar ambientes de vida personalizados para pessoas com demência implica entender o gosto pessoal de cada um, através de familiares, conectados sempre às suas vivências e memórias.

Este projeto consiste numa aldeia concebida com 23 unidades habitacionais para 160 idosos que sofrem com a doença de Alzheimer. Idêntica a um lar de idosos, difere no design e conceção que oferece a cada utente, nas habitações diferentes, ligadas pelo conjunto comunitário, rodeado de um ambiente seguro mas livre. Estas características permitem aos residentes efectuarem parte das suas tarefas diárias, como por exemplo ir ao supermercado ou lavar a loiça. Para além disso, existe uma convivência mútua por parte dos utentes, que vivem em grupos de estilos diferenciados, compartilhando interesses e origens comuns.

Segundo os próprios fundadores, a *Dementia Village* foi criada “para aqueles que se esqueceram quem são, para aqueles que não contam mais o tempo, para aqueles a quem o amor e o cuidado são tudo o que mais importa.



4.1.2. Análise Morfológica

Programa espacial

Piso Térreo:

- 16 Unidades habitacionais com aproximadamente 320m²;
- Teatro;
- Restaurante
- Centro comunitário;
- Instalação Sanitária pública;
- Supermercado Hogeweyk
- Café;
- Salão Mozart;
- Lojas de ferragens;
- Ambulatório;
- Clubes de lazer.

Piso 1:

- 7 Unidades habitacionais com aproximadamente 320m²;
- Instalação Sanitária pública;
- Salas de reuniões;

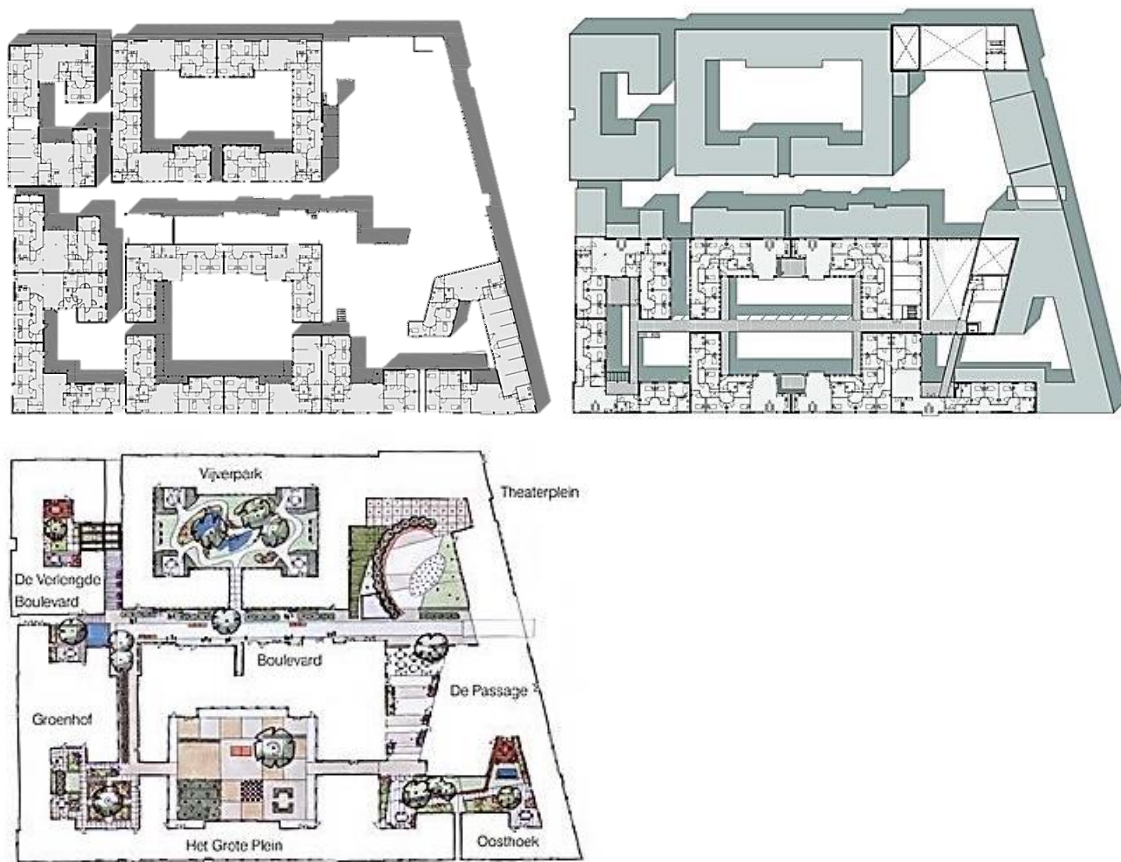
Design Urbano

As casas são caracterizadas por blocos diferenciados que englobam a localização dos diferentes estilos e 23 unidades habitacionais. *Hogeweyk* criou um ambiente diversificado, assemelhando-se às condições de vida dos residentes atuais e futuras, exemplo disso foi a pesquisa tipológica de diferentes estilos de vida respeitando a memória colectiva. No caso da província Holandesa *Noord-Brabant*, por exemplo, é comum as pessoas entrarem em casa pela cozinha. Na comunidade da ex-colónia Indonésia os habitantes vivem em salas – cozinhas grandes e na área de *Gooi* dos Países Baixos, o layout de habitação é mais formal.

Arquitetura

Uma arquitetura para proteger, define-se assim a concepção de *Hogeweyk*. Cada espaço projetado tem qualidades semelhantes às de uma vila ou aldeia, onde tudo é familiar, existe uma proximidade entre culturas e personalidades, em redor de praças, ruas, objetos e água, originando uma atmosfera coerente.

Figura 23 - Plantas do piso térreo, 1º andar e jardim



Fonte: <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/stedenbouw/> (acesso em 5 Maio de 2016)

Design de Interiores

Como foi referido anteriormente, o projeto *Hogeweyk* conta com sete estilos distintos e cada um deles é inspirado em culturas e costumes presentes na comunidade Holandesa. Sendo eles: *Artisan*, *Cristian*, *Cultural*, *Gooise*, *Homey*, *Indonesian* e *Urban* (Hogewey, [s.d.]).

1. *The Artisan lifestyle*



Os residentes são canalizadores, carpinteiros, etc., orgulhosos do seu comércio, onde o tema principal de conversa é o amor às suas profissões. Uma atmosfera acolhedora, com layout sóbrio e tradicional, patente não só nos apartamentos interiores, como na confeção das suas refeições, que são tradicionalmente holandesas, havendo a possibilidade dos residentes ajudarem na sua preparação.

2. *The Cristian lifestyle*



A religião é o ponto central neste estilo de vida. Rezar, cantar e ouvir música religiosa é regular, os residentes são mais contidos nas emoções. São mais reservados nas suas atividades de lazer, mas beneficiam da mesma qualidade de vida dos outros residentes. As refeições são pratos holandeses simples, primando o chocolate quente, o café e o chá.

3. *The Cultural lifestyle*



Arte, cultura e literatura são importantes, os residentes desfrutam de livros, revistas, saídas para o teatro, cinema e museus. A igualdade e o respeito são fundamentais. Os hábitos alimentares diferem, o pequeno-almoço é servido diariamente, o almoço é mais leve, enquanto o jantar é de extremo valor, é colocada uma mesa extensa, o vinho é servido com o jantar e o menu varia entre peixe, frutas, arroz e pratos vegetarianos.

4. *The Gooise lifestyle*



O Gooi é uma região dos Países Baixos e está associado a pessoas luxuosas pertencentes a uma classe superior. Este estilo aprecia as regras de etiqueta, concertos de música clássica e um brunch com chá. O interior das casas é clássico e de bom gosto. As refeições são consideradas uma ocasião social e a sua apresentação é essencial, a cozinha é maioritariamente francesa.

5. *The Homey lifestyle*



Estes residentes dão valor aos cuidados e ao serviço de limpeza, dobragem de roupa ou descascar batatas são uns dos exemplos. O ambiente é acolhedor e jogam-se diariamente os jogos de antigamente. A cozinha é tradicionalmente holandesa, consiste em batatas, carnes e vegetais frescos.

6. *The Indonesian lifestyle*



As palavras-chave para este estilo de vida são: tradição, nostalgia e respeito aos outros. Memórias da Indonésia são compartilhadas entre os moradores com a ajuda de vídeos, fotografias e música. Nas refeições os moradores incluem pratos típicos da Indonésia e alguns pratos holandeses clássicos.

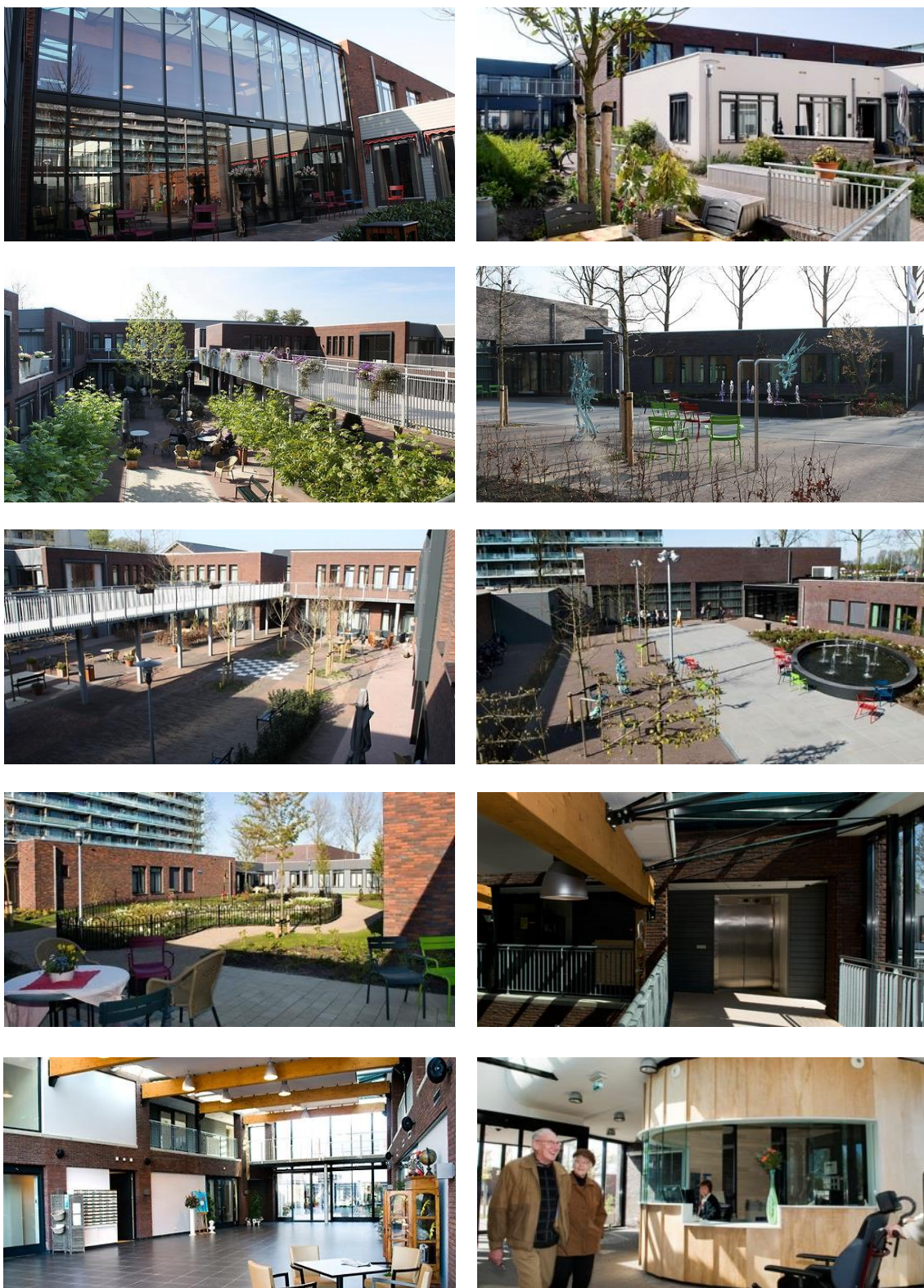
7. *The Urban lifestyle*



Características sociais, extrovertidas e activas, destacam estes residentes. Viagens, piscina e jardins zoológicos são lugares frequentados regularmente, mas também privam por um momento caseiro. As refeições são simples, compostas por batatas, carne e legumes.

4.1.3 Registo Fotográfico

Figura 24 - Compilação Fotográfica do Projeto - Hogeweyk



Fonte: <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/kenniscentrum/> (acesso em 5 Maio de 2016)

4.2. Lou Ruvo Center for Brain Health – Las Vegas

Localizada em *Las Vegas, Nevada*, *Cleveland Clinic Lou Ruvo Center for Brain Health* foi desenhado pelo arquiteto Frank Gehry¹², com um design único, este projeto é um tributo a pacientes, familiares e equipa médica. O arquiteto tinha como objetivo criar um lugar que fosse memorável, um edifício que as pessoas quisessem visitar, falar, lembrar e desfrutar e o mais importante, ter uma parceria com o centro para ajudar e curar algumas doenças neurológicas.

Este projeto foi muito movido pelo seu coração, devido a experiências vividas de perto com a família e, ao invés de projetar um dos famosos casinos em *Las Vegas*, preferiu desenhar um centro de pesquisa para doenças neurológicas, uma vez que testemunhou a luta de seu pai com a doença de Alzheimer, deixando a sua marca distintiva nesta área, reconhecendo uma conexão pessoal.

Frank Gehry manipula o espaço e os materiais para criar estruturas impressionantes que cativam a imaginação, como o próprio afirma “o mantra é manter a memória viva”, assim, este edifício vem refletir-se como o local perfeito para a realização de dois objetivos principais do centro:

- Preservar a memória: Proporcionar uma abordagem de serviço completo para a preservação da memória, através da equipa médica e de investigação.
- Criação de memórias: *The Life Activity Center* – um espaço disponível para aluguer de eventos, de modo a criar lembranças para amigos, familiares e colegas.

¹² Frank Owen Gehry, nascido em Toronto, 28 de fevereiro de 1929) é um arquiteto canadiano, naturalizado norte-americano. Ganhou o prémio Pritzker, tido como o Nobel da arquitetura. Actualmente vive em Los Angeles.

4.2.1. Conceito do Projeto

O sucesso do projeto reside na relação entre dois componentes que se ligam entre si, duas alas separadas que conferem um impacto emocional. A conexão simples entre os dois edifícios, representa a um nível metafórico, o movimento dos pacientes a desconstruir lentamente a sua mente.

Christopher Hawthorne¹³ afirma, "...O movimento desobstruído, informal, que promove o design de uma ala, sugere a maneira como usamos o nosso cérebro todos os dias, que fluí do lado esquerdo para o pensamento do lado direito do cérebro e, novamente sem perceber a diferença".

O arquiteto usa uma estética familiar, mas cria um sentimento de decadência, através da posição arquitetónica, possivelmente pelos danos que a doença pode causar, ou, eventualmente, mostrar que a arquitetura é mais ampla que a questão do envelhecimento. Existindo duas principais áreas no edifício, que separadas por um pátio, refletem a clássica dicotomia dos hemisférios cerebrais.

Na clínica, Frank Gehry, trabalhou para criar um ambiente calmo, exemplo disso foi a sua escolha para todas as portas, molduras e mobiliário em madeira de *Abeto de Douglas*, de cor mel.

4.2.2. Análise Morfológica

- Construção de 5.574m²;
- 2 edifícios;
- 4 pisos;
- 13 salas para consultas médicas;
- 27 quartos individuais para pacientes;
- Áreas de pesquisa;
- 1 auditório;
- 1 Museu da Mente.

¹³ Crítico de arquitetura para o *Los Angeles Times*, cargo que ocupa desde 2004.

O projeto divide-se em duas alas diferentes que representam aspetos lógicos e criativos da função cerebral:

Ala Norte

Um edifício de 4 andares acolhe o centro de pesquisa clínica, nomeadamente o atendimento de pacientes com a doença de Alzheimer ou outras doenças neurológicas. A sua arquitetura é simples e funcional, de formas retangulares, com o interior em estuque branco e vidro chanfrado.

Ala Sul

Esse será o espaço que reflete o pensamento criativo, uma estrutura de aço e vidro, com um impressionante pé direito em ondulação selvagem, destina-se à captação de recursos e educação pública.

O LAC, *Life Activity Center*, acolhe todo o tipo de eventos e ocasiões, não sendo permitido o acesso dos pacientes, é de evidenciar que os lucros desta funcionalidade do centro permitem ajudar a financiar novas investigações sobre as doenças neurológicas. O seu interior apresenta iluminação natural e também de LED, que favorece um cenário “dramático”, tanto em ambientes interiores como para os que observam o edifício no cruzamento de Las Vegas.

Estrutura

A natureza tridimensional levou o arquitecto a pedir colaboração por parte de engenheiros e arquitetos, de outros países, para alcançar o sucesso de cada etapa, uma vez que todos os painéis e suportes foram fabricados na Alemanha.

O material mais relevante neste projeto é o aço estrutural, marcado pelos pisos de betão que fazem a transição entre os dois edifícios. Este é um dos projetos mais complexos de Frank Gehry.

Curvaturas de aço formam uma estrutura auto-sustentável coberta, contando com janelas incorporadas no seu design. O edifício tem muitas características ambientalmente sensíveis, incluindo:

- Sensores de movimento em todos os interruptores de luz;
- Controlo de temperatura;
- Sensores de luz que acompanham o sol durante o dia e que reagem conforme necessário para manter o calor interior;
- Janelas com vidro semi-opaco e material resistente ao desgaste;

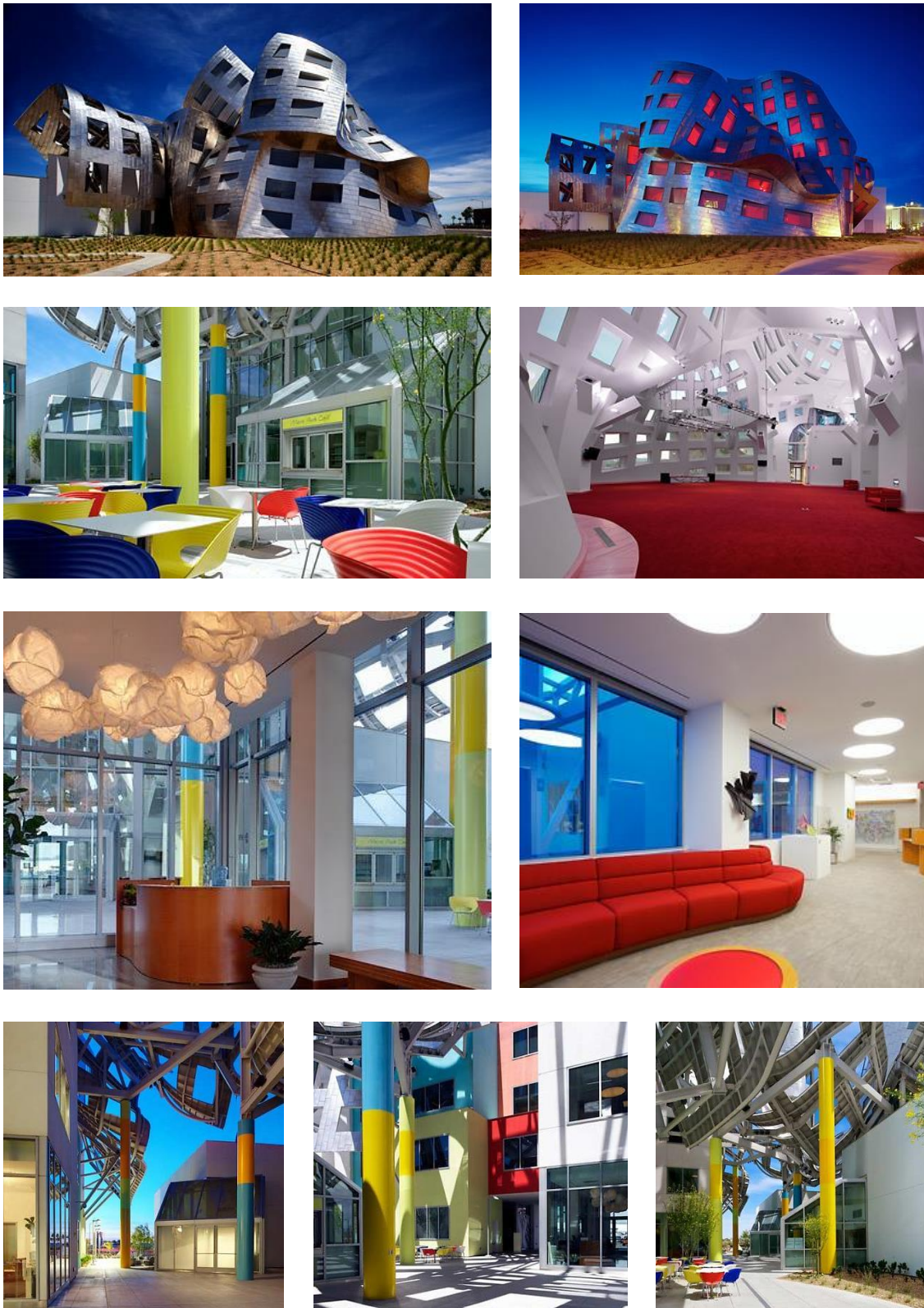
Figura 25- Maquete da Cleveland Clinic Lou Ruvo Center for Brain Health



Fonte: <http://buildipedia.com/aec-pros/featured-architecture/cleveland-clinic-lou-ruvo-center-by-frank-gehry> (acesso em 20 Maio de 2016)

4.2.3 Registo Fotográfico

Figura 26 - Compilação fotográfica do projecto Lou Ruvo - Las Vegas



Fonte: Fotografias de Matthew Carbone
<https://www.dezeen.com/2010/06/17/lou-ruvo-center-for-brain-health-by-frank-gehry/> (acesso em 10 Maio de 2016)

Referências Bibliográficas

CLEVELAND CLINIC. (s.d.). *Lou Ruvo Center for Brain Health*. Obtido em 20 de Setembro de 2016, de http://my.clevelandclinic.org/services/neurological_institute/lou-ruvo-brain-health

DEMENTIA VILLAGE ADVISORS. (s.d.). *Dementia Villages*. Obtido em 10 de Maio de 2016, de <http://dementiavillage.com/>

DISPENZA, K. (2011). *Cleveland Clinic Lou Ruvo Center for Brain Health by Frank Gehry*. Obtido de Buildipedia: <http://buildipedia.com/aec-pros/featured-architecture/cleveland-clinic-lou-ruvo-center-by-frank-gehry>

ETHERINGTON, R. (2010). *Dezeen*. Obtido de Lou Ruvo Center for Brain Health by Frank Gehry: <https://www.dezeen.com/2010/06/17/lou-ruvo-center-for-brain-health-by-frank-gehry/>

HOGWEYK. (s.d.). *Hogeweyk*. Obtido em 5 de Maio de 2016, de Hogeweyk - Dementia Village: <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/kenniscentrum/>

5

METODOLOGIAS

CAPÍTULO V | METODOLOGIAS

Com o aumento das doenças neuro degenerativas é importante questionar a intervenção/reabilitação cognitiva face a estes doentes. Este conceito define aspetos relacionados com a cognição e funcionalidade do dia-a-dia. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1980) a definição de reabilitar apela ao “uso de todos os meios possíveis para reduzir o impacto da doença e maximizar a participação social das pessoas com deficiências e incapacidades” – onde se relacionam funções físicas, psicológicas e sociais.

A reabilitação pode ser notada como um processo que repõe as capacidades funcionais, contudo, ao consultarmos o Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea¹⁴ podemos ver variadas definições para a palavra “reabilitação”:

1. *“Acção ou resultado de reabilitar ou de se reabilitar”*
2. *“Recuperação ou restituição da confiança, do crédito, da estima, da consideração”*
3. *“Faculdade de regenerar ou recuperar de uma debilidade física, social...”*

Nesta abordagem e para dar contorno às doenças degenerativas que se apresentam como evolução lenta, caracterizado por um quadro clínico progressivo de declínio das funções intelectuais, propomos a elaboração de uma residência para idosos com a doença de Alzheimer, no distrito de Castelo Branco, de forma a melhorar e ajudar no enquadramento do ambiente familiar, que pode reduzir os sintomas da doença. Muitas pesquisas focam-se na necessidade de adaptar um espaço para idosos, mais precisamente para portadores de demências, evidenciando o conforto, a qualidade de vida, a ergonomia do espaço, a iluminação, a temperatura, a cor, a acústica e o planeamento espacial, de modo a compensar as necessidades cognitivas perdidas ao longo dos anos.

¹⁴ Dicionário da Língua Portuguesa Contemporânea. Academia das Ciências de Lisboa. Editora Verbo (Academia das Ciências de Lisboa e Editorial Verbo). 2001.

Conforme Van Hoof (2010, p. 11, tradução livre),

[...] o impacto do ambiente interno (conforto térmico, iluminação, qualidade do ar e acústica) sobre a demência é em grande parte inexplorado, mas de enorme importância. [...]. A influência da iluminação no desempenho visual e no ritmo circadiano; da acústica do ambiente no comportamento; e do aroma sobre o apetite e o bem-estar; são mencionados em literatura médica e de enfermagem.

Assim, um ambiente que não estimula os sentidos cognitivos, pode levar à manifestação de comportamentos inadequados, frustração e desencorajamento do idoso com demência. Delinear um espaço adequado e cuidado facilita o funcionamento mental, minimizando os episódios de desorientação, permitindo ao doente uma maior independência no seu dia-a-dia, como exemplo, ao relacionarmos a iluminação em espaços projectados para idosos, devemos ter a preocupação com o seu sistema visual, pois este sofre mudanças com a idade, diminuindo a velocidade de adaptação ao escuro e o aumento de percepção (BRAWLEY, 1997).

Iluminação

O idoso passa a necessitar de mais luz para realizar as tarefas diárias, uma vez que as pupilas diminuem e por conseguinte, menos luz atinge a retina. Uma estimativa aponta para que a retina de uma pessoa com sessenta anos capta menos 30% a 40% da quantidade normal de luz (FIGUEIRO, 2008). No caso dos portadores da doença de Alzheimer, para além dos acontecimentos naturais com o avanço da idade, enfrentam dificuldades acrescidas na percepção visual. Segundo Van Hoof (2010), incluem dificuldades em perceber contrastes espaciais, movimentos e cores, além da visão turva. Assim um padrão de iluminação insatisfatório pode alterar o ciclo circadiano, causando problemas no sono, alteração de humor e confusão (FIGUEIRO, 2008).

Existem estudos, mencionados por Ancoli-Israel (2003), que demonstram que o aumento da exposição à luz natural tem benefícios sobre o sono de pacientes com demência, mesmo que moderada. Conforme Torrington (2007), a iluminação geral para portadores de demência deve expor claridade entre 300 e 700 lux e, iluminar bem todas as superfícies, pois a iluminação

desigual dificulta a orientação e pode produzir sombras que cria ilusão de profundidades, um ambiente pouco favorável (ver anexo III).

Para favorecer o melhor ambiente e mais seguro, algumas medidas podem ser tomadas, como utilizar cortinas nas janelas, para filtrar a luz sempre que necessário, dar preferência a lâmpadas foscas, posicionar iluminação fora da linha de visão e evitar superfícies brilhantes, como pavimento polido, reduzindo os reflexos e minimizando as quedas. Também a iluminação que acompanha as linhas verticais e horizontais da arquitetura do espaço, pode ser usada para reforçar a informação visual e reduzir as quedas principalmente durante a noite, uma vez que o idoso numa fase mais avançada de Alzheimer tem tendência a levantar-se durante a noite. (FIGUEIRO, 2008).

Figura 27- Conceito de iluminação para quarto de idoso. Fonte: FIGUEIRO, Mariana Gross. A proposed 24h lighting scheme for older adults. Lighting research and technology, p. 153-160, 2008



Também as lâmpadas devem ter sensores de movimentos nos corredores e nas instalações sanitárias e, optar por lâmpadas Led de intensidade regulável de modo a graduar a iluminação do interior para o exterior da casa, uma vez que a visão dos idosos leva mais tempo a adaptar-se a mudanças bruscas de luz (FIGUEIRO, 2001). Privilegiando sempre a iluminação natural, é recomendável que as janelas estejam localizadas em ambientes calmos e relaxantes, como jardins ou pátios interiores (DESIGN AND DEMENTIA COMMUNITY OF PRACTICE, 2010).

Conforto Térmico

As soluções de conforto térmico são igualmente importantes, passando pela escolha de materiais específicos, análise da localização e climatização da região, uma vez que ao envelhecer há uma redução de termorregulação do corpo.

Para Van Hoof (2010), as pessoas com demência têm dificuldades em entender o ambiente ao seu redor, levando à reformulação dos sistemas de refrigeração ou aquecimento. Assim, os radiadores devem ser bloqueados ou camuflados, uma vez que podem ter contacto com o idoso e este sofrer queimaduras, por não julgarem a temperatura adequada. Uma solução, seria utilizar a tecnologia do pavimento aquecido, que não produz zonas de calor concentradas e permite ao doente, num dia de inverno, caminhar descalço para ir à instalação sanitária ou caminhar no seu quarto. No verão, os sistemas de ar condicionado silenciosos podem ajudar a adormecer. Segundo Warner (2000), estes sistemas de refrigeração do ar não devem estar direcionados para cortinados ou mesas com objetos, pois podem induzir a pessoa com demência de que existe alguém no quarto, tendo em conta os vários estádios da doença.

Cromoterapia

A cromoterapia¹⁵ surge como um ponto fulcral para os problemas de perceção visual em pessoas com Alzheimer e, o uso de cores e contrastes pode ajudar na interpretação do ambiente, mas observa-se que a nível de utilização de padrões, estes devem ser apresentados de forma simples e sem grandes curvas e ornamentos, pois podem dar a impressão de estar em movimento, tornando o ambiente perturbador para os doentes de Alzheimer (UNIVERSITY OF STIRLING, 2013).

¹⁵ A cromoterapia é um tipo de tratamento que consiste na utilização das cores para curar doenças e restaurar o equilíbrio físico e emocional do paciente. A palavra tem origem no grego "khrôma" que significa "cor".

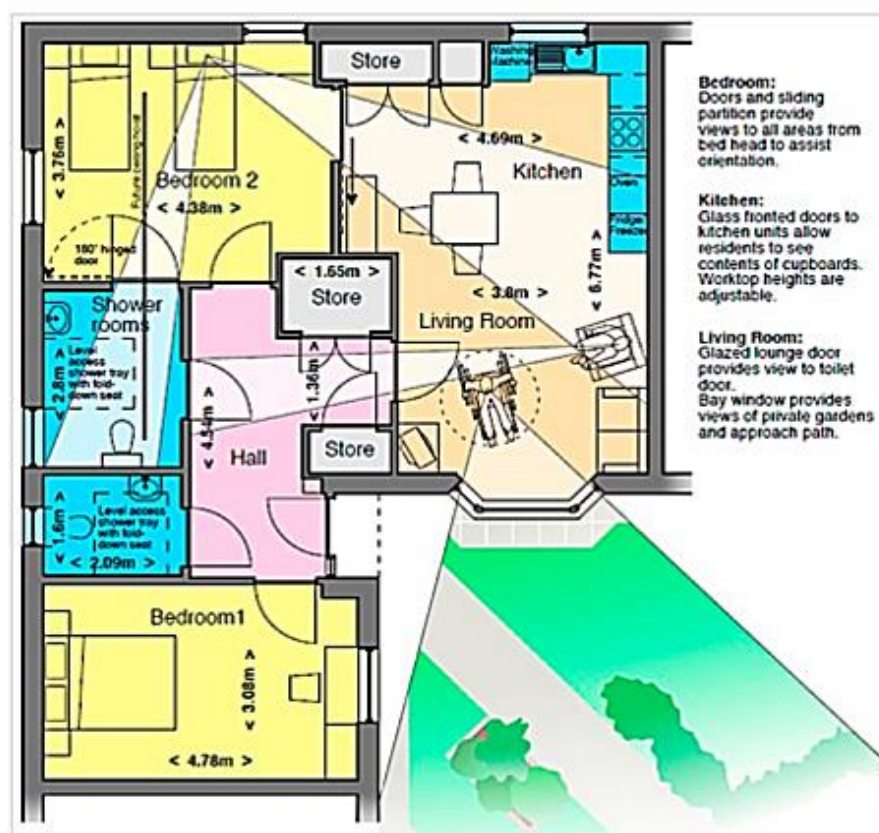
Margaret Calkins (2002) cita alguns princípios do uso de cores que podem ser aplicados em ambientes para pessoas com demência:

- Dar ênfase a elementos que possam evidenciar orientação aos portadores com demência, utilizando cores vivas que contrastam com a superfície em que se encontram; cores diferenciadas, quando aplicadas nas escadas, minimizam as quedas e quando aplicadas nas portas, ajudam na orientação e localização.
- Pessoas com demência tendem a ter dificuldades em entender o ambiente e não devem despertar atenção para elementos que não lhes sejam úteis, assim para camuflar uma porta que não seja de acesso a estes doentes poderá ser pintada da mesma cor das paredes adjacentes.
- Utilizar cores conforme os princípios de percepção das cores; embora as pessoas com demência possuam características diferentes, ainda não houve um estudo que sugerisse uma resposta emocional diferente às cores.

Planeamento espacial

Para o planeamento espacial interno é importante manter o ambiente familiar, incrementando a memória, passando pelo mobiliário, que deve ser flexível e ajudar o idoso a mover-se em segurança e facilmente, um exemplo que se pode observar na figura seguinte. Van Hoof (2010) recomenda que o espaço tenha um piso de plano aberto, aumentando a visão geral dos ambientes, o que facilita a orientação para a realização de tarefas diárias e, ainda janelas grandes para proporcionar uma maior ligação da pessoa à realidade temporal e espacial (clima e horários). O espaço deve ainda conter memórias familiares, com fotografias ou recordações, um aspecto que pode deixar a pessoa com demência mais confiante e confortável (NEW SOUTH WALES, 2011).

Figura 28 - Layout de casa projectada para doentes de Alzheimer em Ary, Escócia, com visibilidade entre os diferentes espaços



Fonte: (UNIVERSITY OF STIRLING, 2013)

Segundo Marquart (2001), os pontos de referência à memória são importantes para ajudar na orientação, assim como a sinalética, por exemplo, colocar a fotografia do doente ou um objecto familiar na porta do quarto.

Mobiliário

Relativamente ao mobiliário, os sofás ou cadeiras devem ter braços laterais de apoio e o assento mais alto que o habitual, entre os 45 e 50cm e, possuir um revestimento impermeável de cor diferente ao espaço envolvente, para maior identificação. Os elementos de decoração, como carpetes e objetos que interfiram com a circulação, devem ser evitados e recomenda-se a utilização de barras de apoios, quer nos corredores, quer nas instalações sanitárias, ajudando a pessoa com demência a caminhar com alguma independência dentro do espaço que habita (NEW SOUTH WALES, 2011).

Acústica

No conceito de habitar, também é importante um estudo de acústica o mais adequado possível para idosos com demência. Dados da Organização Mundial de Saúde (OMS) estimam que 50% das pessoas com mais de 65 anos, a nível mundial, apresentam perda de audição, afetando o equilíbrio, o que, conseqüentemente aumenta o risco de quedas. Para além disso, o ruído pode causar irritabilidade, perda de apetite e concentração (QUEVEDO, 2002). Uma estratégia para estabelecer um conforto acústico é a utilização de materiais que absorvam o som, principalmente no espaço dormitório, através de revestimentos têxteis e forros acústicos, diminuindo a reverberação. Para Van Hoof (2010), o barulho da televisão pode causar agitação ou pânico, assim, a opção de colocar música ambiente pode acalmar o doente, pois estudos demonstram que a música pode ativar lembranças autobiográficas, um benefício para pessoas com a doença de Alzheimer.

Assim, foram definidos, como objetivos específicos para o projeto:

- Dinamizar o edifício de modo a integrar um espaço livre e aberto que mantenha a segurança dos utentes;
- Potenciar o dinamismo do design de interiores como efeito benéfico no dia-a-dia dos doentes de Alzheimer;
- Estimular os sentidos dos doentes de forma a retardar os efeitos naturais da doença;
- Utilizar temáticas pessoais relacionadas com cada doente;
- Interagir com elementos da natureza dentro do edifício;
- Enquadrar cores, texturas e aromas nos diferentes espaços, permitindo ao utente descobrir variadas formas de comunicar com o espaço;
- Valorizar a faixa etária que sofre com esta demência, dando oportunidade para ver e sentir um mundo novo no seu próprio mundo;
- Promover um ambiente calmo;
- Contornar problemas de memória através de sinalizações, relógios e indicação de conteúdos;
- Minimizar os reflexos e as sombras nas superfícies para não contribuírem para o agravamento da confusão, ansiedade e agitação;

Importante será referir que todo este processo apenas envolve a componente projetual de design de interiores e pesquisa sobre esta demência, contando com o apoio médico e equipa pluridisciplinar para delinear aspetos relevantes no tratamento destes doentes.

Tabela 9 - Proposta de equipa transdisciplinar e principais tarefas

Psicólogo	Responsável pelas seguintes competências: avaliação neuro psicológica, bem como diagnóstico emocional, tratamento psicológico ao doente e aos seus familiares. Organizar e dirigir os grupos de auto-ajuda e terapia familiar.
Assistente Social	Deverá assumir a receção das visitas por parte dos familiares e dos doentes de Alzheimer, apoio em questões sociais, legais e ajudas técnicas.
Enfermeiro	Supervisiona e elabora fichas de controlo do estado de saúde dos utentes. Registo de terapêuticas utilizadas.
Médico	Elabora e atualiza o historial clínico de cada utente. Informa os familiares dos doentes de Alzheimer e a instituição sobre características da doença, cuidados básicos, exames a realizar e colabora na programação de enfermagem e fisioterapia.
Fisioterapeuta	Funções como avaliar o estado funcional e físico de cada um dos utentes, planificar e executar os planos de reabilitação passam por esta unidade.
Terapeuta Ocupacional	Responsável pelos serviços e atividades de estimulação cognitiva, lazer e convívio.
Auxiliares de Geriatria	Responsáveis pelas tarefas de limpeza, arrumação das instalações, acompanhamento e prestação de cuidados aos utentes, tais como, preparação de refeições, alimentação, higiene, segurança e conforto.
Administrativos	Gestão de contabilidade, arquivos, gestão fiscal e laboral, atendimento telefónico e receção de visitas.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em http://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Lar_idosos

Estes serviços fundamentais, compostos pela equipa transdisciplinar, são ainda complementados pelos serviços de transporte, alimentação, higiene, cabeleireiro, estética, animação cultural e motorista.

Tabela 10 - Proposta de atividades e programas para a Residência doentes de Alzheimer

Estimulação Cognitiva	Exercícios cognitivos têm como objetivo intervir na manutenção das capacidades do doente, torna-se de grande importância prevenir comportamentos e atitudes desadequadas que perturbem a convivência.
Psicomotricidade	Atividades e exercícios que auxiliem a manutenção das capacidades físicas, como prevenção de quedas, recuperação do equilíbrio, movimento das articulações, relaxamento e tratamento de problemas osteomusculares.
Terapias não Farmacológicas	Intervenções sensoriais, musicoterapia, dançaterapia.
Atividades de Lazer	Actividades lúdicas e de convívio que promovam a interação social entre os utentes, familiares e colaboradores.
Voluntariado	Desenvolver projectos que estimulem o interesse por parte da comunidade envolvente na colaboração com a missão e visão da instituição.
Grupos de Autoajuda	Reuniões periódicas entre familiares e cuidadores, para partilhar experiências e transmissão de informação influente no desenvolvimento da doença.

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados disponíveis em http://www.seg-social.pt/documents/10152/13328/Lar_idosos

Referências Bibliográficas

- ANCOLI-ISRAEL, S. et al. (2003). Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. In *Behavioral Sleep Medicine* (Vol. 1, pp. 22-36).
- BRAWLEY, E. C. (1997). *Designer for Alzheimer's disease: strategies for creating better care environments*. New York: John Wiley & Sons.
- CALKINS, M. P. (2002). *Ideas Institute: Using color as a therapeutic tool*. Obtido em 25 de Março de 2016, de http://www.ideasinstitute.org/article_021103_b.asp
- DESIGN AND DEMENTIA COMMUNITY OF PRACTICE. (2010). *Dementia friendly design considerations: Lighting*. *Alzheimer Knowledge Exchange*. Obtido em 2 de Abril de 2016, de <http://brainxchange.ca/Public/Files/Design/FINAL-AKE-Design-CoP-Lighting-RecommendationsAPR15.aspx>
- FIGUEIRO, M. G. (2001). *Lighting the way: a key to independence*. Obtido em 20 de Março de 2016, de <http://www.lrc.rpi.edu/programs/lightHealth/AARP/healthcare/index.asp>
- FIGUEIRO, M. G. (2008). A proposed 24h lighting scheme for older adults. In *Lighting research and technology* (pp. 153-160).
- MARQUART, G. (2011). Wayfinding for People With Dementia: the Role of Architectural Design. *HERD: Health environments research and design journal*, 22-41.
- NEW SOUTH WALES. (2011). Ageing Disability and Home Care Department of Family and Community Services. In *At home with dementia: a manual for people with dementia and their carers* (p. 148).
- OMS. (1980). *Organização Mundial de Saúde. The International Classification of Impairments, Disability and Handicap - a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva. Switzerland.
- QUEVEDO, A. M. (2002). *Residência para Idosos: Critérios de projecto. Dissertação (Mestrado em Arquitectura)*. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande Sul.
- TORRINGTON, J. M. (2007). Lighting for people with dementia. In *Lighting research and technology* (Vol. 39, pp. 81-97).

UNIVERSITY of Stirling. (2013). Dementia Services Development Centre. In *Improving the design of housing to assist people with dementia* (p. 39). Escócia.

VAN HOOFF, J. (2010). *Ageing-in-place: The integrated design of housing facilities for people with dementia*. Netherlands: Eindhoven University of Technology.

WARNER, M. (2000). *The complete guide to Alzheimer's proofing your home*. West Lafayette, USA: Purdue University Press.

6

**PROPOSTA DE DESIGN DE INTERIORES
MODELO DE INTERVENÇÃO**

CAPÍTULO VI | PROPOSTA DE DESIGN DE INTERIORES: MODELO DE INTERVENÇÃO

6.1. Memória Descritiva e Justificativa

6.1.1. Contextualização da proposta

Como já foi referido, o Distrito de Castelo Branco demonstra índices de envelhecimento elevados, tal como se pode verificar no gráfico e tabela 3, apresentados no capítulo II (pág. 28-29).

Associado a este fenómeno populacional surge a demência que afecta 30 milhões de pessoas a nível mundial, aumentando ano após ano. Face à análise da realidade da população idosa, confirma-se no gráfico 6 (pág. 51), que a doença de Alzheimer apresenta uma percentagem de 59% a nível nacional.

A identificação deste problema levou-nos a equacionar a possibilidade de elaboração de um espaço dedicado especificamente a estes doentes, com a mais-valia de estar enquadrado no interior do país, onde o envelhecimento populacional é alto.

Assim, propõe-se a criação de uma residência composta por quartos, recepção, sala de convívio, cafetaria/*lounge*, sala terapêutica, ginásio, gabinetes médicos e o jardim interior.

Estas opções traduzem-se na resposta face ao equilíbrio que estes doentes necessitam, através de um lugar que estimule todos os sentidos, que os façam explorar espaços novos na sua memória e viver de acordo com as suas limitações.

Sobre a escolha do local que pudesse acolher esta proposta, optou-se por um edifício de séc. XIX, com a vantagem de ter um pátio interior, uma característica fundamental para a execução deste projeto.

6.1.2. Localização do Edifício

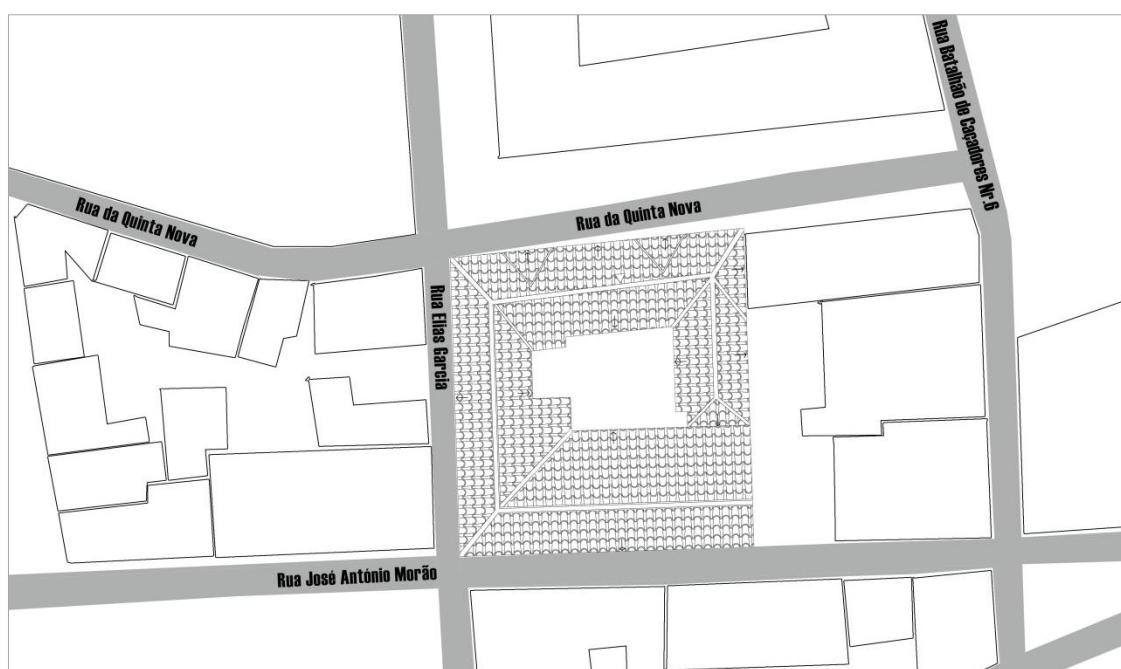
Figura 29 – Planta parcial da Cidade de Castelo Branco



Fonte: Elaboração própria.

6.1.3. Levantamento do Edifício

Figura 30 - Planta de Cobertura do edifício a intervir - Centro Social Adriano Godinho



Fonte: Elaboração própria.

6.1.4. Levantamento Fotográfico

Figura 31- Fachada do edifício



Fonte: Fotografia da autora

Figura 32 - Entrada principal do edifício



Fonte: Fotografia da autora

Figura 33 - Corredores de acesso aos quartos



Fonte: Fotografia da autora

Figura 34 - Zona de refeições



Fonte: Fotografia da autora

Figura 35 - Áreas de convívio



Fonte: Fotografia da autora

Figura 36 - Corredores exteriores de acesso ao pátio



Fonte: Fotografia da autora

Figura 37 - Corredores interiores de acesso ao pátio



Fonte: Fotografia da autora

Figura 38 - Vistas do pátio interior



Fonte: Fotografia da autora

Figura 39 - Piso térreo de acesso ao pátio



Fonte: Fotografia da autora

6.1.5. Análise do objeto edificado

Atualmente o Centro Social Adriano Godinho é composto por três pisos, o piso térreo, o piso 1 e o piso 2, sendo escolhidos para a proposta deste projecto apenas os primeiros, uma vez que no último piso o pé direito é comparável a uma divisão de águas furtadas. Trata-se de uma habitação de carácter histórico, tendo sofrido alterações na sua pré-existência há alguns anos.

O edifício possui oito entradas: cinco na fachada frontal, das quais duas são principais, duas entradas na fachada lateral e uma na fachada traseira.

Entrando no edifício pela fachada frontal (ver fig. 26 e 27), deparamo-nos com um pequeno hall de entrada composto por elevador e escadas de acesso ao piso 1. Presentemente o piso térreo incorpora uma sala de convívio, um mini bar e salas (ver fig. 30). É de salientar que de entrada principal tem pouca área de circulação para pessoas com mobilidade reduzida.

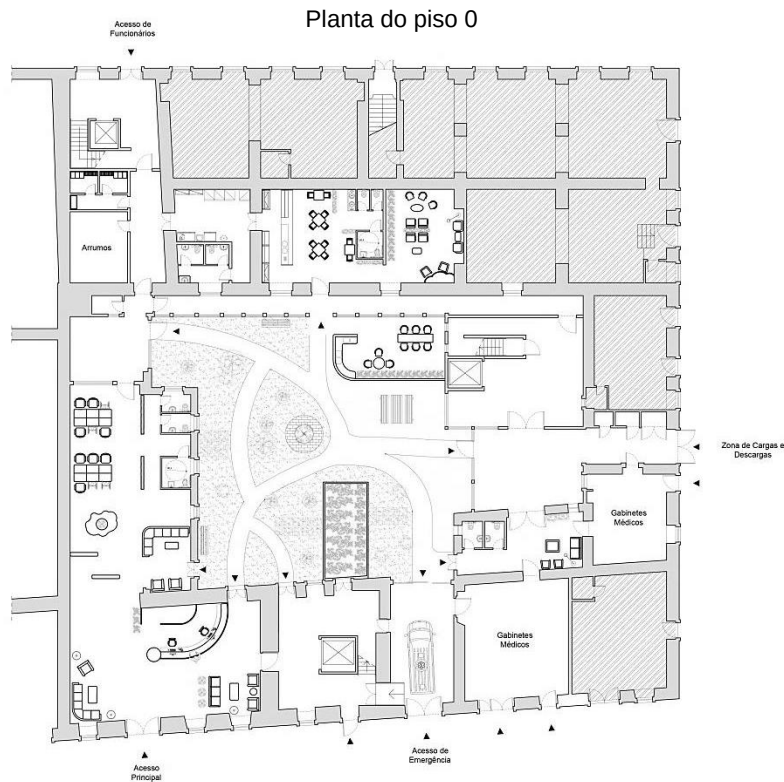
Subindo as escadas para o piso 1 encontramos outra sala de convívio com acesso às galerias exteriores (ver fig. 31). Neste piso os dormitórios desenvolvem-se em áreas dispersas, havendo um sentido pouco descontextualizado na uniformidade de espaços.

Todo o edifício se enquadra em torno de um pátio interior, um espaço fundamental no conceito programático proposto deste projecto. Relativamente à descrição dos espaços da habitação, podemos referir que no piso térreo existem áreas vazias e de pouca utilização, por sua vez, no piso 1 as zonas correspondem à área social da habitação, constituída por, sala de convívio, instalações sanitárias, cozinha, sala de refeições e quartos (ver fig. 28 e 29).

Quanto aos materiais utilizados, no interior podemos observar que existe o mesmo pavimento em quase todas as divisões, em mosaico e as caixilharias são maioritariamente de alumínio, a nível cromático não existe nenhum contraste, o branco é a cor principal. Nas galerias exteriores o pavimento também é em mosaico e o acabamento do teto em betão (ver fig. 31).

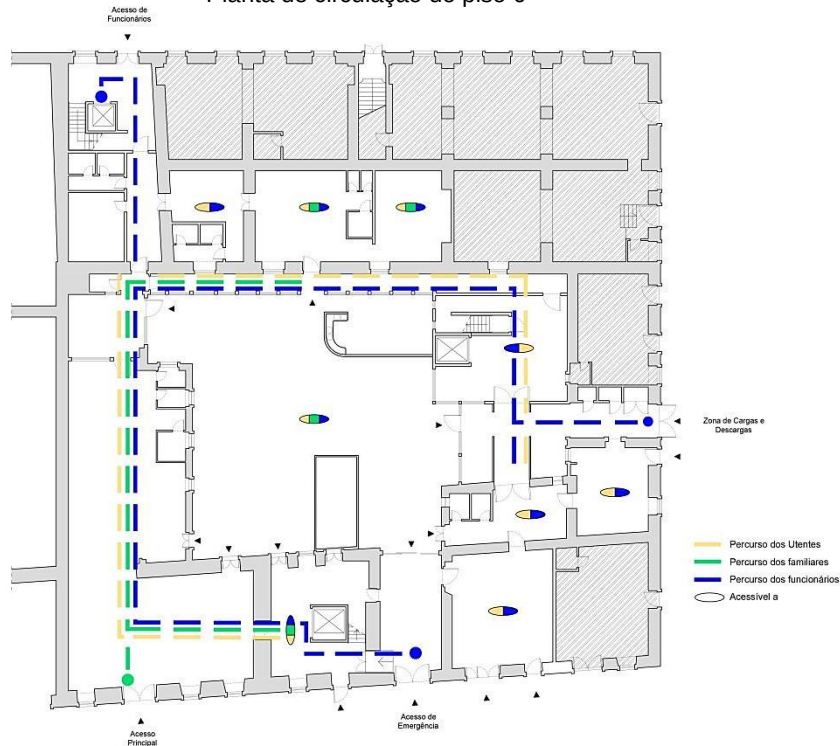
6.1.6. Conceito espacial

Tendo em conta o propósito do projeto, o conceito baseia-se na ligação de ambos os espaços assente em quatro princípios: o interior/exterior, circulação, habitação e programa.



A ideia fundamental para o conceito espacial é conseguir desenvolver uma residência de contexto familiar para doentes com Alzheimer, ainda que dentro da legislação adequada para lares de idosos, permitindo uma disposição funcional, separando a zona social da zona privada, criando caminhos distintos na circulação de funcionários, utentes e familiares.

Planta de circulação do piso 0



Planta de circulação do piso 1



Uma opção que se estudou para o zonamento dos quartos dos residentes, é serem no piso superior, ao invés do inferior, mesmo tendo acesso directo ao jardim, o ponto central do projeto.

Este estudo permitiu entender que partindo do estado frequente das pessoas que sofrem com a doença de Alzheimer, é fundamental coloca-los diretamente num piso superior, recorrendo sempre ao jardim como ponto de referência ou encontro.

Por exemplo, quando procuramos algo ou pretendemos encontrar um ponto de referência a nível espacial, temos melhor acesso visual quando erguidos num ponto alto, um miradouro.

A motivação para esta disposição é estimular os movimentos diários destes doentes, ou seja, se estiverem hospedados no piso superior, desperta o sentido de descer para o piso inferior para terem acesso ao jardim, uma vez que se torna um ponto memorável para o doente.

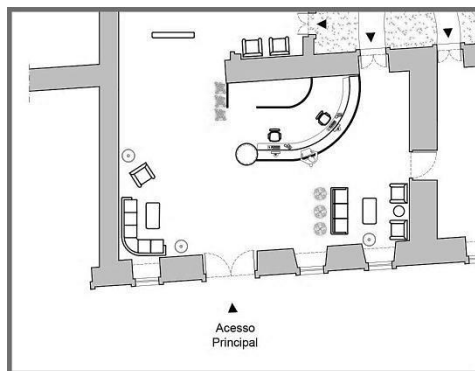
6.1.7. Organização do Programa

O programa está organizado para que os utentes circulem pelo edifício em segurança e sem grandes barreiras físicas. Pretendemos oferecer um caminho fluido e uma disposição coerente em todos os espaços.

Assim, no piso térreo propomos uma área social, com uma receção ampla de acesso directo à sala de convívio e ao jardim, uma cafetaria/lounge e ainda áreas privadas destinadas aos funcionários.

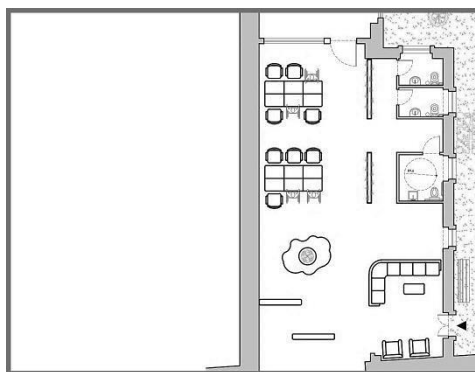
Receção

Este espaço destina-se a receber os utentes e os seus familiares, numa situação de residência permanente ou apenas de visita. A envolvência é conseguida através de texturas e cores vibrantes, do granito, pedra característica da zona, destacando-se pela sua cor neutra em contraste com o pavimento em azul petróleo. Como já foi referido no capítulo V, um aspeto a ter em conta é a escolha do mobiliário adequado, neste caso é composto por sofás e poltronas de braços, para melhor apoio aos idosos, um balcão de rececionista de formas ondulantes e ainda a presença de plantas em todo o ambiente.



Sala de Convívio

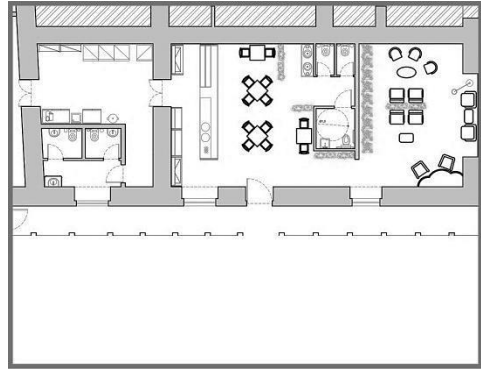
Uma sala que se divide em duas áreas, igualmente interligadas. Uma desenvolvida para ser biblioteca e espaço de descanso, vinculado ao exterior com vista para o jardim, benéfico por receber iluminação natural, um ponto importante para o tratamento destes doentes, mencionado no capítulo anterior e, outra projetada para a realização de trabalhos manuais, terapias ocupacionais e desenvolvimento cognitivo.



O contacto com a natureza existe, ainda que dentro do edifício, através da recriação do ambiente, transportando texturas e materiais nobres, tais como troncos naturais de madeira, cortiça e uma paleta cromática de cores quentes.

Cafetaria/Lounge

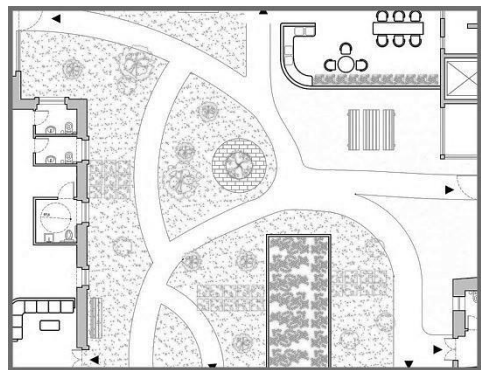
Esta zona concilia duas áreas, uma vez que dispõe de cafeteria com refeições e uma sala mais resguarda com o conceito de *lounge*. Propomos um ambiente contrastante com verdes e amarelos vivos, ornamentado com objetos antigos que possam estimular o encontro com a memória, uma situação confortável para os doentes com Alzheimer. O mobiliário apresenta linhas simples em madeira de pinho.



Jardim

Propõe-se um espaço de lazer e terapia, uma vez que existem muitos benefícios relacionados com plantas no tratamento dos doentes de Alzheimer.

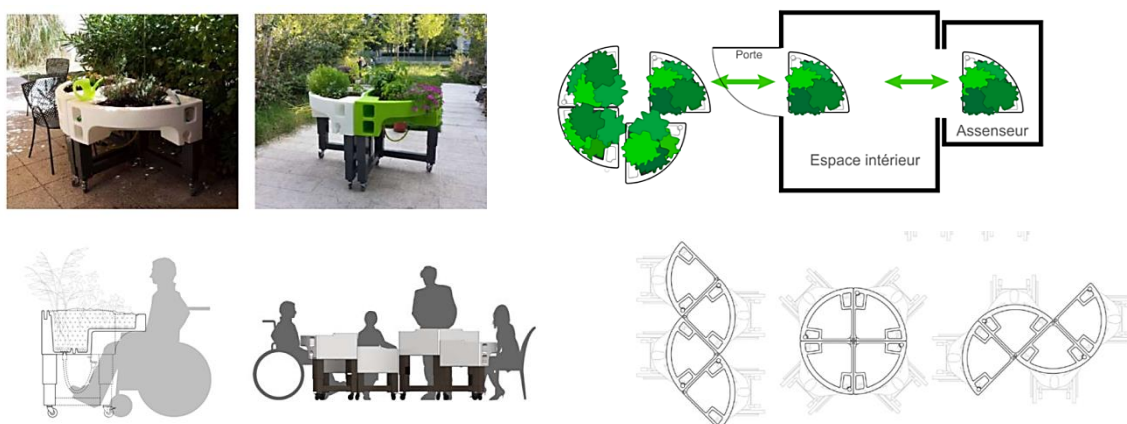
O projeto sustenta-se através de aromaterapia, com plantas que produzem odor agradável e sem toxinas, tais como, lavanda, laranjeira, limoeiro, melissa, sálvia e orquídeas. Estas ajudam a reduzir o stress mental, a ansiedade e melhoram as capacidades funcionais e comportamentais em doentes com Alzheimer.



A melissa é um exemplo de planta que está a ser objeto de estudo pela Universidade de Newcastle por possuir propriedades que podem ajudar na recuperação da memória. Também a baunilha, pertencente à família das orquídeas, atua como antioxidante, evitando o envelhecimento precoce das células.

Relativamente ao percurso desenhado no jardim, foi pensado como vantagem para estes doentes, uma vez que a desorientação e o sentimento de estar perdido é frequente, os caminhos apresentam-se largos, de formas ondulantes e todos os sentidos têm uma saída. A pensar sobre o desenvolvimento cognitivo e atividades adaptadas, surgiu a possibilidade de incorporar um contentor em madeira ripada com janelas de vidro e um teto composto por relva, uma opção para não descontextualizar com os elementos da natureza. Este mesmo contentor servirá de sala de jardinagem interior, mantendo o contato com o exterior, implementando uma ideia de dispositivos móveis de jardinagem combinados, adaptados a pessoas idosas – *Hortense Gamme Essentielle*.

Figura 40 - *Verdurable - Garden Age*

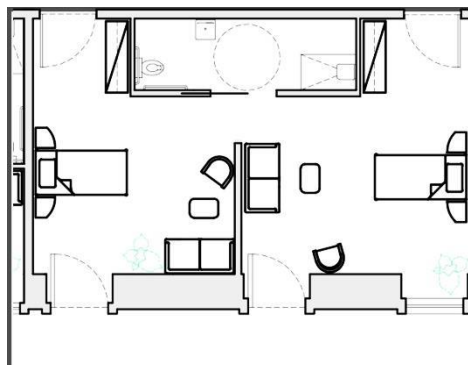


Fonte: <http://www.verdurable.fr/>

O piso um foi escolhido para desenvolver a área privada da habitação, constituída pelos quartos, sala de refeições e cozinha. Por ser considerado um espaço nobre pela amplitude e pelo contacto direto com iluminação natural através do acesso às galerias exteriores, com vista para o jardim - um ponto fundamental para a comunicação cognitiva destes doentes.

Quartos

Nesta divisão da residência, tentámos pesquisar e testar novas tipologias na disposição espacial, baseadas numa metodologia de Van Hoof (2010), referenciado no planeamento espacial do capítulo V. assim como materiais, cores e texturas. Os quartos, que têm como principal função descansar, nesta proposta incluem também a função de receber, ao adaptarmos o espaço com uma pequena sala que servirá de apoio às visitas dos utentes.



Cada quarto é estruturado de forma diferenciada, assim, optámos por escolher um quarto modelo para aprofundar e explorar as possíveis aplicações que estimulem o doente com Alzheimer.

A residência dispõe de dez quartos, sendo um duplo e os restantes individuais, estes adaptam a particularidade de serem distintos, mas interligados, existindo uma barreira física que permite a privacidade de cada utente aliada à segurança e interajuda entre ambos.

Para benefícios de saúde e bem-estar, cada quarto tem contacto direto com luz natural e presença de algumas plantas que podem ajudar a melhorar a qualidade do sono e a produtividade durante o dia:

Alfazema: reduz a ansiedade, diminui a frequência cardíaca;

Aloé Vera: geração de oxigénio;

Hera: reduz alergias e irritações pulmonares;

Lírio da paz: elimina micróbios no ar, regula a humidade.

Galerias

Situadas em redor dos quartos com vista direta para o jardim, foram pensadas de modo a recriar um cenário tradicional, distinto e particular, onde os residentes tenham uma liberdade semelhante à sua residência familiar.

Incorporar fachadas diferentes em cada entrada para o quarto permitirá ao utente estimular a sua memória, uma vez que as cores e materiais diferem entre si e fazem alusão a uma entrada habitacional, fugindo aos tradicionais quartos de lares de idosos, todos uniformes.

O ambiente das galerias obriga o utente a explorar cada corredor, cada cheiro, cada toque e direcção a tomar, através de elementos orientadores, como placas de ardósia com o nome do utente, relógios de parede, numeração do quarto, candeeiros de parede. O teto tem um efeito de continuidade do exterior, pois agrupa placas de acrílico fosco em tom azul com luz interior, recriando o céu dentro das galerias, um fio condutor com a vista para o jardim.

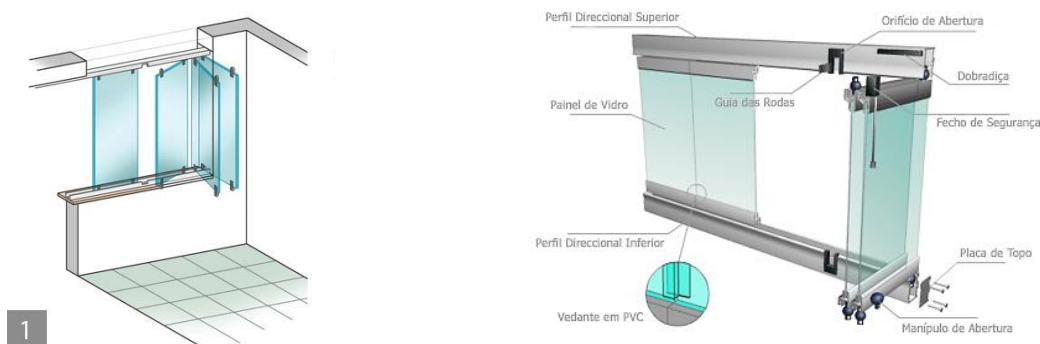
Figura 41- Simulação conceptual de texturas e materiais das galerias



Fonte: Elaboração própria.

De forma a estabelecer a segurança neste espaço, é fulcral incluir um elemento de proteção nas varandas, assim a aplicação de painéis rolantes que podem ou não estar recolhidos permite a ligação com o exterior, recebendo luz natural e mantendo a segurança dos utentes.

Figura 42 - Cortinas de Vidro - Portnorma



Fonte: <http://www.portnorma.pt/>

6.2. Quadros Conceptuais

- Recepção
- Sala de convívio
- Cafetaria
- *Lounge*
- Jardim
- Galerias

6.3. Folder de Materiais

Quartos nº6 e 7

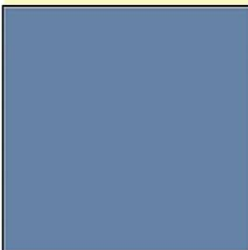
Pavimento



Madeira Villa Branco
Medidas: 14cm x 90cm

REVIGRÉS

Revestimentos Parede



Tinta Azul Urbano

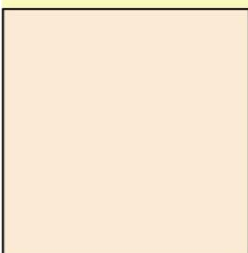
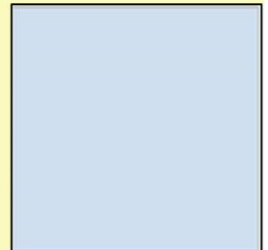
E287

CIN

Tinta Azul Campestre

E261

CIN



Tinta Tez Pêssego

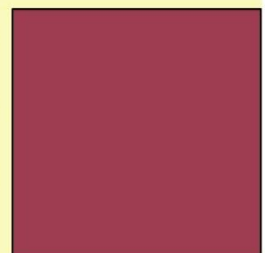
E270

CIN

Tinta Sangria

E360

CIN



Wall Panels – Wave

Medidas: 113cm x113cm

ARSTYL

Iluminação



Aplique Mod MAS

Medidas: 85cm comprimento, 26cm de altura

Material: Metal

JOÃO LOPES ILUMINAÇÃO

Equipamentos



Cama articulada

Medidas: 190cm x 100cm

CARE TO CONFORT



Poltrona Plus +

Medidas: 110cm de altura, 67cm de largura

Cor: Cinza (tecido amovível e impermeável)

Designer: Jukka Setälä

MARTELA



Sofá de dois lugares

Medidas: 194cm x 70cm, 42cm de altura

Designer: Frederick Scott

HITCH/MYLIUS

INSTALAÇÕES SANITÁRIAS

Pavimento

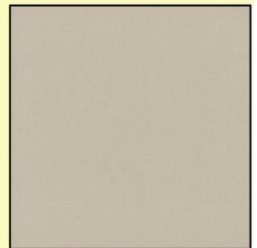


Pavimento antiderrapante
Java Luna
Medidas: 30cm x 30cm

REVIGRÉS

Pavimento antiderrapante
Pigmento Luna
Medidas: 30cm x 30cm

REVIGRÉS



Revestimento Parede

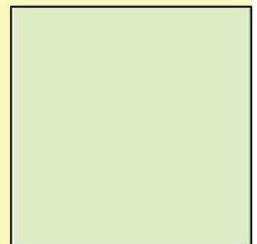


Tinta Verde Fumo
E160

CIN

Tinta Zen
E269

CIN



Pedra Dakar Marfim
Medidas: 30cm x 60cm

REVIGRÉS

6.4. Modelação 3D

Figura 43 – Modelação 3D - Jardim

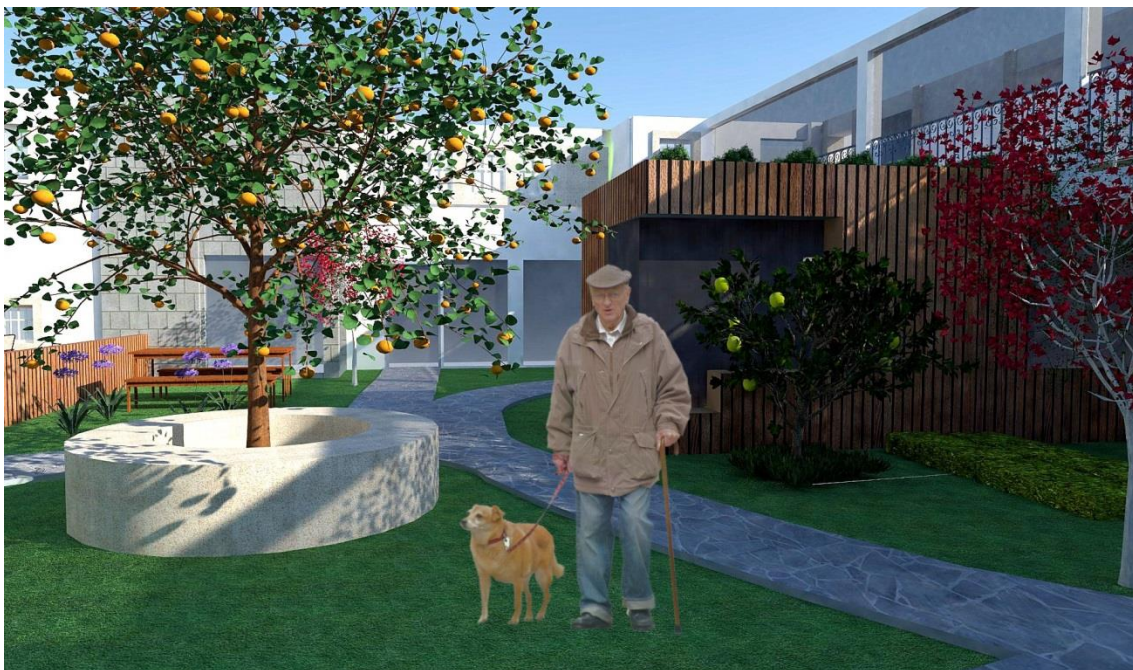


Figura 44 – Modelação 3D - Jardim



Figura 45 – Modelação 3D - Galerias

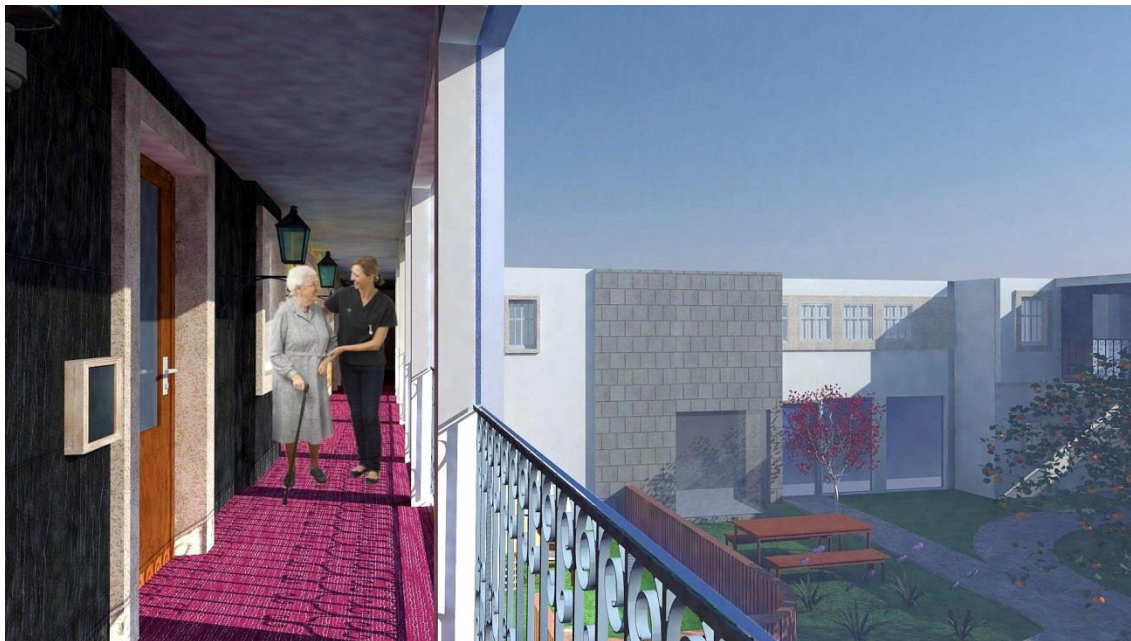
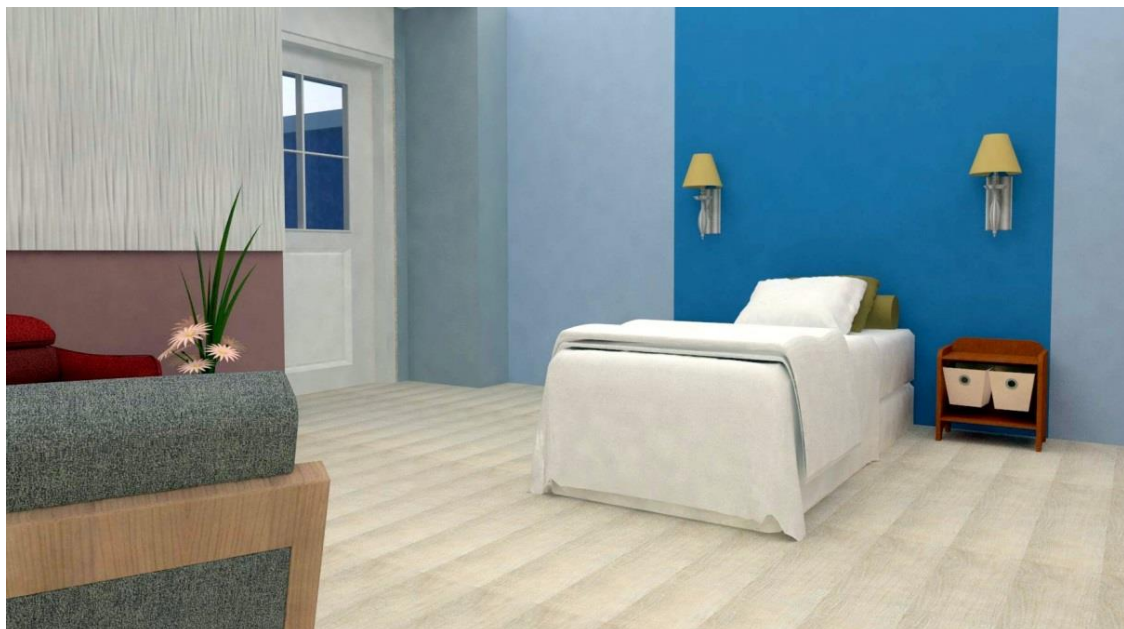


Figura 46 – Modelação 3D - Quarto



Figura 47 – Modelação 3D - Quarto



7

CONCLUSÃO
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS
ANEXOS

Conclusão

A doença de Alzheimer é uma doença neurológica que afeta todas as capacidades da vida pessoal, inclusive dos próprios familiares que dispensam grande parte do tempo para prestar cuidados auxiliares, caso o doente se encontre no seu seio familiar.

Falamos de uma doença que afeta grande parte da população idosa a nível mundial e cuja incidência, segundo dados estatísticos, deverá continuar a aumentar nas próximas décadas. A necessidade de implementação de programas de prevenção e centros de apoio permanente é consensual, desta forma a proposta para a execução da residência para doentes com Alzheimer vai ao encontro de uma resposta social, onde o design de interiores tem a necessidade de intervir.

A recolha de dados da presente investigação permitiu uma melhor compreensão das necessidades e possíveis melhorias em espaços dedicados e apropriados exclusivamente a estes doentes, numa região do interior do país, onde a taxa de envelhecimento abrange números elevados. Neste sentido, foi solicitada ainda a colaboração por parte da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, de forma a obter o número real de pessoas afectadas com a doença de Alzheimer, contudo o pedido foi indeferido, um fator que pode restringir este estudo.

Verificamos que existem poucos meios de apoio e intervenção para a reabilitação dos doentes com esta demência. Assim, esta dissertação aborda estratégias que podem ser desenvolvidas em proveito da melhoria da qualidade de vida, implícitas num modelo de residência projetada para doentes com Alzheimer.

Através do design de interiores conseguimos identificar elementos adaptados que podem e devem ser utilizados para o bom funcionamento cognitivo. Algumas dinâmicas aplicadas no projeto, destacam os revestimentos (texturas e cores), diferença nos espaços, mudança de pavimentos, vãos iluminados, paredes tácteis, luzes sensíveis ao movimento, iluminação

controlada (300 a 700 lux), mobiliário com tecidos impermeáveis, música ambiente em todo o edifício e utilização de cromoterapia, permitindo testar e analisar novos parâmetros para espaços que estimulem estes doentes.

A cor emerge nestes espaços como fator ambiental para melhor qualidade de vida de idosos com a demência de Alzheimer, cores quentes e em tons pastel, assim como o vermelho (sugere motivação, actividade), o amarelo (luz, estimula o cérebro e as faculdades mentais), o verde (atenua as emoções e facilita o raciocínio correcto), o magenta (estabilizador de distúrbios mentais e agressividade) e o azul (acalma o sistema circulatório), funcionam como terapia para os doentes, contrastando pisos, paredes e tetos.

Existem assim, aspetos a evitar na execução destes espaços, tais como, brilhos em mobiliários, pavimentos e revestimentos para não criar confusão visual e sentimento de insegurança e, carpetes e objetos pequenos que possam perturbar a circulação do utente.

Esta proposta de residência para doentes com Alzheimer relaciona uma investigação em aberto, que se encontra em constante mudança e com novos desenvolvimentos, visto ser um tema delicado e em fase de descobrimento, onde vão surgindo novas ideias e possíveis curas ou tratamentos de carácter cognitivo para melhorar a qualidade de vida dos doentes portadores desta doença neurológica.

Referências Bibliográficas

- ALZHEIMER PORTUGAL. (2006). *Manual do cuidador*. Obtido em 15 de Março de 2016, de <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-10-55-210-manual-do-cuidador>
- ALZHEIMER PORTUGAL. (2009). *Plano Nacional de Intervenção Alzheimer: Trabalho preparatório para a conferência "Doença de Alzheimer, que políticas?"*. Obtido em 3 de Março de 2016, de [http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%2520%20National%2520Strategy%2520by%2520Alzheimer%2520Portugal%2520\(in%2520Portuguese\).pdf](http://www.alzheimer-europe.org/content/download/9836/88093/file/Proposed%2520%20National%2520Strategy%2520by%2520Alzheimer%2520Portugal%2520(in%2520Portuguese).pdf)
- ALZHEIMER PORTUGAL. (s.d.). *Doença de Alzheimer: Saber mais sobre a doença*. Obtido em 3 de Março de 2016, de <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-30-14-a-doenca-de-alzheimer>
- ALZHEIMER'S DISEASE INTERNATIONAL. (2009). *Relatório sobre a Doença de Alzheimer no Mundo - Resumo*. Obtido em 25 de Fevereiro de 2016, de <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReportPortuguese.pdf>
- ANCOLI-ISRAEL, S. et al. (2003). Increased light exposure consolidates sleep and strengthens circadian rhythms in severe Alzheimer's disease patients. In *Behavioral Sleep Medicine* (Vol. 1, pp. 22-36).
- BRAWLEY, E. C. (1997). *Designer for Alzheimer's disease: strategies for creating better care environments*. New York: John Wiley & Sons.
- CAFÉ MEMÓRIA. (2013). *O Ponto de Encontro*. Obtido em 20 de Junho de 2016, de <http://www.cafememoria.pt/home.aspx>
- CALKINS, M. P. (2002). *Ideas Institute: Using color as a therapeutic tool*. Obtido em 25 de Março de 2016, de http://www.ideasinstitute.org/article_021103_b.asp

- CASANOVA, J. L., ALVARENGA, F., MATOS, G., & LUCAS, J. (2001). *Quadros Sociais de Envelhecimento. Resultados de um estudo realizado no âmbito de um protocolo de cooperação entre o Centro de Investigação e Estudos de Sociologia e a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.*
- CASTRO-CALDAS, A., & MENDONÇA, A. d. (2005). *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal.* Lidel - Edições técnicas, lda.
- CDS PP - Alzheimer Europe. (s.d.). *Projecto de Resolução nº265/XI.* Obtido de <http://www.alzheimer-europe.org/content/download/13418/109304/file/CDS%20PP%20Projecto%20de%20Resolu%C3%A7%C3%A3o%20265%20XI%20a.pdf>
- CHICHORRO, A. M. (2006). *Manual de nomenclaturas e conceitos-respostas sociais.* Lisboa: Direcção Geral da Segurança Social, da Família e da Criança.
- CLEVELAND CLINIC. (s.d.). *Lou Ruvo Center for Brain Health.* Obtido em 20 de Setembro de 2016, de http://my.clevelandclinic.org/services/neurological_institute/lou-ruvo-brain-health
- CMCB [s.d.]. (s.d.). *Câmara Municipal de Castelo Branco - Município "Uma Cidade com História".* Obtido em 2 de Abril de 2016, de <http://www.cm-castelobranco.pt/index.php?link=historiadois>
- DEMENTIA VILLAGE ADVISORS. (s.d.). *Dementia Villages.* Obtido em 10 de Maio de 2016, de <http://dementiavillage.com/>
- DESIGN AND DEMENTIA COMMUNITY OF PRACTICE. (2010). *Dementia friendly design considerations: Lighting.* Alzheimer Knowledge Exchange. Obtido em 2 de Abril de 2016, de <http://brainxchange.ca/Public/Files/Design/FINAL-AKE-Design-CoP-Lighting-RecommendationsAPR15.aspx>
- DIÁRIO DA REPÚBLICA. (s.d.). *Diário da República Electrónico - Legislação.* Obtido de <https://dre.tretas.org>

- DISPENZA, K. (2011). *Cleveland Clinic Lou Ruvo Center for Brain Health by Frank Gehry*. Obtido de Buildipedia: <http://buildipedia.com/aec-pros/featured-architecture/cleveland-clinic-lou-ruvo-center-by-frank-gehry>
- ETHERINGTON, R. (2010). *Dezeen*. Obtido de Lou Ruvo Center for Brain Health by Frank Gehry: <https://www.dezeen.com/2010/06/17/lou-ruvo-center-for-brain-health-by-frank-gehry/>
- FERNANDES, A. (1997). *Velhice e Sociedade. Demografia, família e políticas sociais em Portugal*. Oeiras: Celta Editora.
- FERNANDES, P. (2002). *A depressão no idoso*. Coimbra: Quarteto Editora.
- FIGUEIRO, M. G. (2001). *Lighting the way: a key to independence*. Obtido em 20 de Março de 2016, de <http://www.lrc.rpi.edu/programs/lightHealth/AARP/healthcare/index.asp>
- FIGUEIRO, M. G. (2008). A proposed 24h lighting scheme for older adults. In *Lighting research and technology* (pp. 153-160).
- FONSECA, A. M. (2006). *O envelhecimento: uma abordagem psicológica*. Universidade Católica Editora, 2º Edição.
- FONSECA, A. M., GONÇALVES, D., & AZEVEDO, M. J. (2008). *A Ligação à Terra: Identidade dos idosos rurais da raia Portuguesa*. Coimbra: Comunicação apresentada ao VII Colóquio Ibérico de Estudos Rurais.
- FONTAINE, R. (2000). *Psicologia do envelhecimento*. Lisboa: Edições Climepsi.
- GALLUCCI, N. J., TAMELINI, M. G., & FORLENZA, O. V. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. . In *Revista de Psiquiatria Clínica* (pp. 119-130). Universidade de São Paulo.
- GARRETT, C. (2005). *Impacto socio-económico da doença de Alzheimer*. In Castro Caldas & Mendonça, A. (Coord), *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.

- GATTO, I. (2002). *Aspectos Psicológicos do Envelhecimento*, in Netto, M.P. *Gerontologia - A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- GOFFMAN, E. (1961). *Manicômios, Prisões e Conventos*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- GUEDES, J. (2008). *Desafios Identitários associados ao Internamento em Lar*. VI Congresso Português de Sociologia. Mundos Sociais: Saberes e Práticas. Universidade Nova de Lisboa, Faculdade de Ciências Sociais e Humanas.
- HOGWEYK. (s.d.). *Hogeweyk*. Obtido em 5 de Maio de 2016, de Hogeweyk - Dementia Village: <http://hogeweyk.dementiavillage.com/en/kenniscentrum/>
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL. (2005). *Associação Portuguesa de Famílias Numerosas*. Obtido de Projeções de População Residente, NUTS III - 2000-2050: [http://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20\(INE\).pdf](http://www.apfn.com.pt/Actividades/2008/seminario/bibliografia/Portugal/Projec%C3%A7%C3%B5es%20da%20Popula%C3%A7%C3%A3o%20Residente,%20NUTSIII%202000-2050%20(INE).pdf)
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL. (2008). *Anuário estatístico da região centro de 2007*. Obtido de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=42949141&PUBLICACOESmodo=2
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL. (2009). *Projeções da população residente em Portugal 2008-2060*. Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65944

- INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL. (2014). *Projeções da população residente em Portugal 2012-2060 - Informação à comunidade social*. Obtido de http://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=20881997
- LEGISLAÇÃO. (s.d.). *Legislação Idosos*. Obtido de <http://www.legislacao.org/tag/idosos>
- LEITÃO, O. R. (2005). As associações de doentes. In A. Castro-Caldas, & A. Mendonça. Lisboa: Lidel Edições Técnicas.
- LEME, L., & SILVA, P. (2002). O Idoso e a Família. In M. & Netto, *Gerontologia - A velhice e o Envelhecimento em Visão Globalizada*. São Paulo: Atheneu.
- LEUSCHNER, A. (2005). Os auxílios disponíveis: Os Serviços de Saúde Mental. . In A. & Castro-Caldas, *A Doença de Alzheimer e Outras Demências em Portugal* (pp. 161-172). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- LOPES, A., & LEMOS, R. (2012). *Envelhecimento demográfico: percursos e contextos de investigação na sociologia portuguesa*. Edições Faculdade de Letras.
- MARQUART, G. (2011). Wayfinding for People With Dementia: the Role of Architectural Design. *HERD: Health environments research and design journal*, 22-41.
- MARTINS, R. M. (2006). *Envelhecimento e Políticas Sociais*. Revista Educação, Ciência e Tecnologia.
- MASSANO, J. (2009). *Envelhecimento Cerebral e Demência - actualização clínica*. Luso: GEECD.
- Molenaar & Bol & VanDillen architecten. (s.d.). *Project "De Hogeweyk" te Weesp*. Obtido em 10 de Maio de 2016, de <http://www.mbvda.nl/Zorgen.html>

- MORAIS MARTINS, M. (2004). *Castelo Branco. Um século na vida da cidade 1830-1930* (Vol. 1). Câmara Municipal de Castelo Branco.
- NATIONAL INSTITUTE ON AGING. (Agosto de 2010). *Home Safety for People with Alzheimer's Disease*. Obtido de https://www.nia.nih.gov/sites/default/files/home_safety_for_people_with_alzheimers_disease_0.pdf
- NAZARETH, J. M. (1979). *O Envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Presença.
- NEW SOUTH WALES. (2011). Ageing Disability and Home Care Department of Family and Community Services. In *At home with dementia: a manual for people with dementia and their carers* (p. 148).
- OMS. (1980). *Organização Mundial de Saúde. The International Classification of Impairments, Disability and Handicap - a manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva. Switzerland.
- ORDEM DOS ARQUITECTOS. (s.d.). *Ordem dos Arquitectos - Secção Regional Norte - Legislação*. Obtido de <http://www.oasrn.org>
- PAÚL, M. C. (1997). *Lá para o fim da vida*. Coimbra: Livraria Almedina.
- PINTO, M. (1991). *Considerações sobre a produção social da identidade*. Revista Crítica de Ciências Sociais, Nº32, Junho de 1991.
- PINTO, M. (2001). *O lugar do idoso na família: Contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- PINTO, M. d. (1999). *Os Indigentes entre a assistência e a repressão. A outra Lisboa no 1º terço do século*. Lisboa: Livros Horizonte.
- PORDATA. (s.d.). *Pordata*. Obtido de Base de dados de Portugal Contemporâneo: <http://www.pordata.pt/>
- PÚBLICOS. (s.d.). *Legislação - Despacho Normativo 130/84*. Obtido de <http://publicos.pt/documento/id381567/despacho-normativo-130/84>

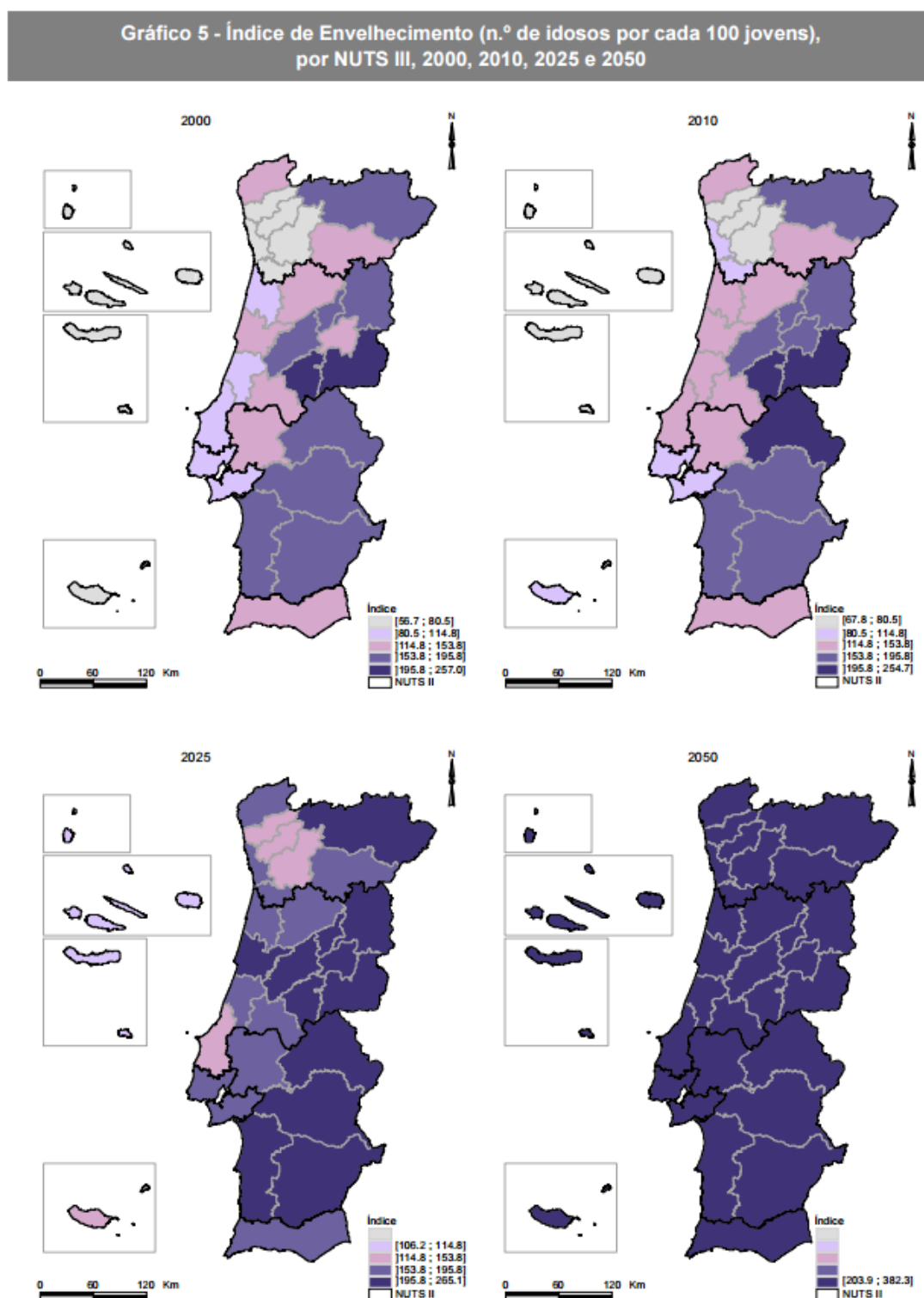
- QUARESMA, M. d., & PITAUD, P. (2007). *Pessoas com doença de Alzheimer e suas famílias: Uma abordagem compreensiva do cuidar e acompanhar*. Universidade Lusíada Editora.
- QUARESMA, M. L. (1996). *Cuidados familiares às pessoas muito idosas*. Lisboa: Direcção Geral de Acção Social.
- QUEVEDO, A. M. (2002). *Residência para Idosos: Critérios de projecto. Dissertação (Mestrado em Arquitectura)*. Porto Alegre: Universidade do Rio Grande Sul.
- ROSA, M. J. (1996). *O envelhecimento da População Portuguesa*. Lisboa: Cadernos do Público 3.
- SANTOS, F., & ENCARNÇÃO, F. (1997). *Modernidade e Gestão da Velhice*. Centro Regional da Segurança Social.
- SEGURANÇA ONLINE. (s.d.). *Legislação*. Obtido de <http://www.segurancaonline.com>
- SEGURANÇA SOCIAL. (2007). *Documentos - Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais*. Obtido de http://www.seg-social.pt/documents/10152/13337/rtes_lares_idosos
- SEQUEIRA, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel - Edições Técnicas.
- SOUSA, I. G., & MAIA, I. M. (2014). *Arquitectura de interiores em ambientes para idosos portadores da doença de Alzheimer*. Obtido em 28 de Março de 2016, de Revista Electrónica de Arquitectura e Urbanismo: <http://www.usjt.br/arq.urb/numero-11/13-isabella-gaspar.pdf>
- SOUSA, L., FIGUEIREDO, D., & CERQUEIRA, M. (2006). *Envelhecer em Família. Os cuidados familiares na velhice*. Colecção Idade do Saber. Edições Ambar. 2ª Edição.
- TORRINGTON, J. M. (2007). Lighting for people with dementia. In *Lighting research and technology* (Vol. 39, pp. 81-97).

- UNIVERSITY OF STIRLING. (2013). Dementia Services Development Centre. In *Improving the design of housing to assist people with dementia* (p. 39). Escócia.
- VAN HOOFF, J. (2010). *Ageing-in-place: The integrated design of housing facilities for people with dementia*. Netherlands: Eindhoven University of Technology.
- VERAS, R. (2003). *A longevidade da População: Desafios e Conquistas, in Serviço Social & Sociedade, 75,5-18.*
- VERDURABLE. (s.d.). Obtido em 15 de 10 de 2016, de HORTENSE Gamme Classique:
<http://www.verdurable.fr/IMAGES/QUI%20NOUS/TETECHARGEMENT/dispositifs%20Garden%20Age.pdf>
- WALLACE, P. (2001). *Terramoto geracional. Uma viagem na montanha-russa demográfica*. Mem-Martins: Publicações Europa-América.
- WARNER, M. (2000). *The complete guide to Alzheimer's proofing your home*. West Lafayette, USA: Purdue University Press.

Anexos

Anexo I

Projeções de População Residente em Portugal e NUTS III, 2000-2050 (INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA PORTUGAL, 2005)



Anexo II

Excerto do Projecto de Resolução nº265/XI/2.^a para as prioridades na luta contra a doença de Alzheimer (CDS PP - Alzheimer Europe).

Projecto de Resolução n.º 265/XI/2.^a

Recomenda ao Governo que considere a abordagem das Demências uma prioridade política, que elabore um Plano Nacional de Intervenção para as Demências e adopte as medidas necessárias para um apoio adequado aos doentes e suas famílias

III

No contexto europeu, a Doença de Alzheimer tem vindo a merecer uma atenção crescente.

A Associação Alzheimer Europe tem produzido vários estudos exaustivos sobre a incidência da doença, o seu impacto sócio-económico, o seu impacto na saúde pública, os sistemas de apoio social nos vários Estados-membro, as *guidelines* para intervenções psico-sociais e prevenção. Em 2008, foi publicado um relatório autónomo, intitulado “*Alzheimer Europe Report: end of life care for people with dementia*” sobre os cuidados em fim de vida para pessoas com demência.

Em Setembro de 2008, a Doença de Alzheimer foi reconhecida pelo Conselho da União Europeia como uma prioridade, tendo os Estados-membro sido convidados a assumir o compromisso conjunto de combater as doenças neuro-degenerativas.

Em Fevereiro de 2009, o Parlamento europeu assinou a Declaração Escrita 80/2008, sobre as prioridades da luta contra a Doença de Alzheimer. Nesta Declaração, que contou com o voto favorável de 20 dos 24 Deputados portugueses ao Parlamento Europeu, apela-se ao Conselho e aos Governos nacionais para que reconheçam a Doença de Alzheimer como prioridade de saúde pública e para o desenvolvimento de um plano de acção europeu.

Em 22 de Julho de 2009, a Comissão Europeia adoptou uma Comunicação ao Parlamento Europeu e ao Conselho sobre uma iniciativa europeia para a Doença de

Alzheimer e outras demências (COM/2009/380/4) e uma proposta de Recomendação do Conselho sobre medidas de combate às doenças neurodegenerativas.

São vários os países europeus que já têm consagrado legislação específica para enquadrar as demências e, em particular, à Doença de Alzheimer. Destaca-se a França, por já contar com o 3º Plano Nacional Alzheimer (2008-2012) muito exaustivo e dotado de um orçamento específico de 1,6 mil milhões de euros para os 5 anos.

IV

Cerca de 153.000 indivíduos em Portugal sofrem de demência; destes, mais de 90.000 sofrem da Doença de Alzheimer. Se atendermos aos familiares ou outros cuidadores, constatamos que o número de pessoas directa ou indirectamente afectadas pela doença e pela ausência de respostas pode ascender aos 300.000.

E, apesar do impacto sanitário, social e económico crescente destas doenças, em Portugal

- Não existe qualquer plano ou estratégia para as pessoas com Doença de Alzheimer ou outra forma de demência, nem para as pessoas em situação de incapacidade;
- Nunca foi feito um estudo epidemiológico de âmbito nacional;
- Nunca foi feito um levantamento dos doentes (só através de extrapolações realizadas a partir de estudos internacionais é possível ter uma ideia aproximada dos números da demência em Portugal)
- Nunca foi feito um levantamento das necessidades actuais e futuras dos doentes e suas famílias. Nem o Plano Nacional para a Saúde Mental nem Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas fazem um levantamento adequado, estabelecem metas ou dão respostas globais e integradas;
- Nunca foi feita uma campanha nacional de sensibilização e informação sobre a Doença de Alzheimer e outras demências;
- Não existe formação alargada e especializada para que cuidadores formais e informais saibam lidar com as demências.

Devido à enorme dificuldade de acesso a consultas de especialidade no SNS, a esmagadora maioria dos doentes diagnosticados são forçados a consultas no sector privado. Ou seja, só quem pode pagar consultas do seu próprio bolso tem acesso a cuidados adequados. Ora, tendo em conta que Portugal regista uma taxa de pobreza de quase 20%, muitos doentes podem não ser, sequer, diagnosticados. Outros não

são devidamente ou são tardiamente diagnosticados, acompanhados e medicados. Os custos, directos e indirectos, da demência também não estão oficialmente contabilizados, ao contrário do que acontece nos países de referência da União Europeia. Mas sabe-se que um doente em Portugal, que seja acompanhado por um neurologista especializado e que esteja devidamente medicado, tem de despende cerca de 4.000 euros por ano, imputáveis a gastos com medicamentos, reabilitação, ajudas técnicas e suplementos alimentares, muitos sem qualquer comparticipação.

Também não existe uma rede nacional adequada de apoio (domiciliária ou residencial) a estes doentes nas várias fases da evolução da doença: na média e longa duração e, obviamente, nos cuidados paliativos, a resposta não chega, sequer, a 10% das necessidades.

Na ausência de respostas recai sobre os familiares ou outros cuidadores o acompanhamento das pessoas com demência. Mas também estes estão absolutamente desprotegidos: não existe qualquer regime especial que regule o estatuto do cuidador informal, que salvguarde um regime de faltas para cuidar de doente de forma duradoura ou que garanta uma fonte de rendimentos ao cuidador. Acresce que é reconhecido o elevado desgaste e impacto que estas situações prolongadas causam na saúde mental dos próprios cuidadores. É este o dilema vivido pela esmagadora maioria dos cuidadores informais que, normalmente, são familiares: perante a crescente dependência do doente e face à ausência de respostas em cuidados continuados, muitos são obrigados a abdicar do seu trabalho e fonte de rendimentos.

Os próprios acordos de cooperação para o funcionamento das valências destinadas a pessoas com demência são insuficientes, não permitindo ao Sector Social o necessário equilíbrio financeiro.

Finalmente, o drama de quem está só. De acordo com dados do INE de 2001, que só poderão pecar por defeito, 572.620 pessoas vivem sós em Portugal. Destes, 54,4% têm mais de 65 anos. Estes dados concluem que, quem vive só em Portugal são, sobretudo, idosos, residentes em zonas do interior, mulheres, a maior parte viúvas, reformadas e sem demais fontes de rendimento. Extrapolando a incidência das demências em função da idade, haverá (segundo os referidos dados de 2001) entre 4.580 e 46.954 pessoas com demência a viverem sós.

Esta situação é, a todos os níveis, intolerável num país que se pretende com preocupações sociais e humanas. É, pois, um dever civilizacional que o Estado

português procure respostas e encontre soluções que proporcionem a estes doentes e suas famílias a autonomia, dignidade e qualidade de vida.

Em suma, e de acordo com a associação Alzheimer Portugal, precisamos de:

- Mais informação, desde logo, através de campanhas nacionais de sensibilização e alerta para os primeiros sinais e sintomas da doença;
- Mais formação para cuidadores informais e voluntários;
- Mais detecção activa e precoce das demências, nomeadamente através da sensibilização dos clínicos gerais para o rápido encaminhamento para a rede de especialistas;
- Programas de apoio terapêutico adequado;
- Programas de intervenção não farmacológica, tais como a estimulação cognitiva, terapia ocupacional, fisioterapia;
- Programas de apoio à população sensível e aos cuidadores informais;
- Programas de formação de cuidadores formais para garantir a continuidade na prestação de cuidados e acompanhamento às pessoas com demência;
- Criação de novas categorias profissionais, nomeadamente, de auxiliares de pessoas com demência, através de programas de formação profissional;
- Retaguarda de cuidados continuados e paliativos, com cuidados diferenciados e específicos para pessoas com demência;
- Adequação da rede de equipamentos existente para receber e cuidar de pessoas com demência e criação de Manuais de Boas Práticas.

Face ao exposto, a Assembleia da República resolve, ao abrigo da alínea b) do artigo 156º da CRP e das demais disposições legais e regimentais aplicáveis, recomendar ao Governo que desenvolva as seguintes medidas:

- 1. Reconheça as demências e a Doença de Alzheimer uma prioridade social e de saúde pública.**
- 2. Reconheça a doença de Alzheimer como doença crónica.**
- 3. Produza um estudo de âmbito nacional com um levantamento exaustivo da realidade das demências e da Doença de Alzheimer em Portugal, nomeadamente:**
 - Um estudo epidemiológico de âmbito nacional;
 - Quantos são os doentes diagnosticados;
 - Quantos estão por diagnosticar;

- Quantos são acompanhados por médico especialista do SNS;
- Quantos são acompanhados por médico especialista do sector privado ou social não convencionado, como despesa de saúde *out of pocket*;
- Quantos doentes têm acompanhamento psicológico e social no âmbito do SNS e Segurança Social;
- quantos doentes têm acesso a programas de intervenção não farmacológica, nomeadamente, estimulação cognitiva, terapia ocupacional e fisioterapia;
- quantos doentes têm acompanhamento psicológico e social fora do SNS e Segurança Social;
- Quantos doentes fazem medicação;
- Quantos deixaram de fazer medicação e por que razão;
- Quantos têm acesso a ajudas técnicas pelo SNS ou Segurança Social;
- Quantos pagam ajudas técnicas *out of pocket*;
- Quantos não têm acesso a ajudas técnicas;
- Quantas pessoas com demência vivem só em Portugal;
- Quantos cuidadores formais com formação adequada para demências e Doença de Alzheimer existem em Portugal;
- Quanto custam ao erário público estes cuidadores formais;
- Quantos são necessários para cobrir as necessidades da população;
- Quantos cuidadores formais e informais estão a ser formados para responder ao previsível aumento do número de casos de demência;
- Quantas pessoas com demência estão inseridas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (apoio domiciliário ou residencial);
- Quantas estão a receber cuidados paliativos no âmbito da RNCCI;
- Quantas têm acesso a respostas privadas ou de IPSS (domiciliários ou residenciais) pagas *out of pocket*
- Quantas pessoas com demência estão dependentes de cuidador informal, nomeadamente um familiar;
- Qual o impacto na despesa pública (SNS ou Segurança Social) resultante do apoio do Estado com medicamentos, ajudas técnicas, produtos para incontinência, produtos de higiene, consultas de especialidade, internamento ou cuidados continuados e intervenção não farmacológica;
- Qual o impacto económico privado resultante dos gastos do doente, ou sua família, com medicamentos, intervenções não farmacológicas, ajudas técnicas, produtos para incontinência, produtos para higiene,

consultas de especialidade, internamentos, necessidade de vigilância permanente e outros cuidados;

- Qual o encargo directo e indirecto para o Estado, com os cerca de 153.000 doentes com demência em Portugal.

4. Em função do resultado destes estudos, elabore um Plano Nacional para as Demências que garanta um apoio e acompanhamento digno, humanizado e qualificado às pessoas com Doença de Alzheimer, ou outras demências, assente, nomeadamente, nos seguintes Objectivos:

I – Melhorar a qualidade de vida das pessoas doentes, nomeadamente:

- aumentando as competências de diagnóstico hospitalar para reduzir o tempo de espera para uma consulta de especialidade;

- melhorar as condições de comunicação do diagnóstico encaminhando imediatamente para o acompanhamento médico, psicológico e social de que pode beneficiar;

- Formação de equipas especializadas para apoio domiciliário;

- formação de equipas especializadas multidisciplinares para apoio domiciliário;

- melhorar o apoio domiciliário através da utilização de novas tecnologias;

- proporcionar uma rede adequada de respostas residenciais em cuidados continuadas quando o apoio domiciliário se torna inviável, sempre com acompanhamento multidisciplinar devidamente qualificado;

- garantir acesso a cuidados paliativos na fase terminal da Doença de Alzheimer e outras demências;

II – Assegurar um crescente apoio aos cuidadores informais, nomeadamente:

- desenvolvimento e diversificação das estruturas formais de acompanhamento;

- consolidação dos direitos e da formação dos cuidadores, através de um Estatuto do Cuidador Familiar, que reconheça os seus direitos e necessidades específicas;

- melhoramento no acompanhamento sanitário e social dos cuidadores informais;

III – Reforçar a coordenação entre todos os intervenientes, designando, de entre as equipas das ARS, coordenadores regionais

IV – Permitir às pessoas com a Doença de Alzheimer e seus familiares a possibilidade de escolha do apoio domiciliário, sempre que esta solução seja adequada

V – Optimizar o percurso dos cuidados, nomeadamente através da:

- Criação de exames de rastreio sistemáticos de base populacional;
- Reforço dos cuidados de saúde primários e da articulação com as consultas de especialidade;
- criação de um carta de informação “Doença de Alzheimer” para cada doente;
- elaboração e implementação de um dispositivo de alerta e acompanhamento dos casos sinalizados;

VI – Estabelecer metas e objectivos, nomeadamente através da:

- garantia de uma dotação específica, em sede do Orçamento de Estado para a Saúde e de entre as verbas destinadas à RNCCI, para a aplicação do Plano Nacional para as Demências, bem como para o alargamento e melhoria das respostas;
- definição de metas bi-anuais;
- apresentação pela Direcção Geral de Saúde ao Parlamento de um relatório semestral sobre o progresso das respostas à Doença de Alzheimer e outras demências;

VII – Estudar um sistema fiscal equitativo para

- custos assumidos por doentes e cuidadores por não haver respostas do Estado;
- incidência de IVA em ajudas técnicas e cuidados específicos especialmente onerosos.

VIII – Aprovar um estatuto da pessoa com demência, com vista

- à promoção do direito de as pessoas tomarem as suas próprias decisões e ao planeamento antecipado prevendo situações de futura incapacidade, com vista à implementação de “decisões para o futuro”;
- à consagração de legislação adequada aos cuidados prestados a pessoas com demência ao seu tratamento e à investigação sobre a demência;
- à revisão do regime de tutela de maiores em situação de incapacidade, de forma a, nomeadamente:

i) prever a possibilidade de auto-tutela, ou seja, a possibilidade de o próprio escolher por quem quer ser representado

ii) distinguir a necessidade de representação para questões financeiras e para questões de saúde e pessoais

ii) prever a possibilidade de avaliação da capacidade para a prática de determinado acto ou categoria de actos

- ao planeamento antecipado prevendo situações de futura incapacidade, nos termos da legislação aplicável em cumprimento do artigo 9º da Convenção dos Direitos do Homem e a Biomedicina, aprovada em Oviedo em 1997;

- ao cumprimento das declarações de vontade anteriormente manifestada no tocante a uma intervenção médica por um paciente que, no momento da intervenção, não se encontre em condições de expressar a sua vontade;

- à salvaguarda do consentimento informado;

- à protecção das pessoas em situação de incapacidade;

- à garantia do exercício dos seus direitos e de apoio na tomada de decisões;

5. Leve a cabo (nomeadamente através dos serviços públicos) uma campanha de sensibilização para a Doença de Alzheimer e outras demências, bem como sobre a importância de um diagnóstico precoce, características, sintomas e medicação existente. A campanha deverá, também, enunciar as respostas existentes no âmbito do SNS e Segurança Social e forma de acesso.

S. Bento, 27 de Setembro de 2010

Os Deputados,

Anexo III

Excerto das Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais - Lares de Idosos do ISS (pág.144), espaços interiores e actividades. Níveis de luz recomendados para lares de idosos (SEGURANÇA SOCIAL, 2007).

Tipo de espaço, tarefa ou actividade	E_m (lux)	UGR	Ra	Observações
Espaços de passagem e circulação				
Espaços de circulação e corredores	100	28	80	iluminâncias ao nível do piso
Escadas e Elevadores	150	25	80	Iluminâncias ao nível do piso ou dos degraus
Zonas comuns – Compartimentos de repouso, para refeições, sanitários e para cuidados de saúde				
Salas de estar/convívio	100	22	80	Iluminação adicional localizada para leitura/escrita e actividades visuais de exigências médias (500 lux)
Salas para exercício físico	300	22	80	
Vestiários, instalações sanitários	200	25	80	
Enfermaria	500	19	80	
Salas de atendimento médico	500	16	90	
Sala de refeições	200	22	80	
Espaços de leitura	500	19	80	
Áreas administrativas e de pessoal de apoio				
Cópias, trabalho administrativo	300	19	80	
Escrita, leitura, dactilografia	500	19	80	
Gabinetes individuais/múltiplos	500	19	80	
Salas de reuniões	500	19	80	A iluminação deve ser controlável
Recepção	300	22	80	
Arquivos	200	25	80	
Preparação de refeições e armazenagem				
Cozinha/copa	500	22	80	
Compartimentos de armazenagem	100	25	80	
Espaços de dormir e áreas afins				
Quartos de dormir	150	-	-	
Instalações sanitárias	200	22	80	
Corredores: durante o dia	200	22	80	iluminâncias ao nível do piso
Corredores: durante a noite	50	22	80	iluminâncias ao nível do piso
Salas de dia	200	22	80	iluminâncias ao nível do piso

Legenda:

- E_m : iluminância;
- UGR: grau de encadeamento;
- Ra: índice de reprodução cromática.