



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR
Engenharia

Novos Velhos Olhares Residência Sénior

Tatiane Morgado Coutinho

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

Orientador: Prof. Doutor José Neves Dias
Coorientador: Prof^a. Doutora Maria Graça Esgalhado

Covilhã, outubro de 2016

Dedicatória

Dedico esta dissertação aos meus pais, irmã e avôs e a todos
os que sempre me apoiaram e acreditaram em mim.

Agradecimentos

Começo por agradecer ao meu orientador, Professor Doutor José Neves Dias, e a minha coorientadora, Professora Doutora Maria Graça Esgalhado, pela disponibilidade que sempre demonstraram, pelo incentivo, pela sabedoria e pela confiança. Alargando este reconhecimento, aos demais docentes que ao longo de todo o curso compartilharam a sua sabedoria.

Aos meus pais, o maior e mais sentido de todos, por me terem educado para a diferença, despertando em mim uma consciência social, que influenciou fortemente todo o meu percurso académico. Um grande obrigado pela oportunidade, incentivo e compreensão.

À minha irmã, por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida, nascemos irmãs, cultivamos uma amizade e a vida oferece-nos a possibilidade de dividir, de crescer e de aprender a cada dia como ser melhor. E ao meu recente “irmão”, Carlos Fraga, pelo apoio cedido nesta fase final do curso, sempre preparado para uma palavra amiga e de apoio.

Aos meus avôs, agradeço por acreditarem em mim, são pessoas especiais que existem na minha vida e enchem meu espaço com alegrias e grandes atitudes.

Aos meus amigos de sempre, de qualquer distância e tempo, Ana Faustino e Elisa Silvestre, pela importância que têm na minha vida diariamente, pela força nos momentos mais difíceis e por todo o pedaço de vida que já construímos juntas.

Ao Hélder, por todas as horas, minutos e segundos em que respiramos juntos Arquitetura, ideias e sonhos. Obrigada pelas horas de paciência e de atenção, que nos momentos de maior desânimo foram cedidas.

A toda família e amigos, por permanecerem inapagáveis e com um sorriso dedicado ao longo desta caminhada.

A todos vocês, os meus sinceros agradecimentos!

Resumo

A sociedade do século XXI caracteriza-se por uma mudança demográfica, pelo que se vive num mundo que envelhece. A esperança média de vida aumentou extraordinariamente nos países desenvolvidos, graças aos avanços da ciência, às respostas sociais e económicas e à mudança dos estilos de vida. Estas alterações, a par da diminuição da natalidade, conduziram à inversão da pirâmide demográfica. As pessoas mais velhas são um recurso económico e social enorme, que vai continuar a aumentar. Estes factos colocam desafios e justificam a adoção de respostas políticas e sociais que respondam às necessidades desta faixa etária. Para tal, a investigação desempenha um papel relevante ao contribuir para modificar as perceções sobre o envelhecimento, ao fornecer orientações sobre como diminuir o risco de pobreza de velhice, especialmente entre os mais idosos, os idosos dependentes, as minorias étnicas e imigrantes e aqueles que trabalharam por conta própria (OMS, 2015) e ao promover um envelhecimento com êxito, com propostas ao nível biológico, social e ambiental. É neste âmbito que se insere o presente trabalho, que pretende contribuir para o estudo de instituições para idosos, prestadoras do apoio de que estes necessitem para uma vida digna, com bem-estar e qualidade, promotoras de “age friendly environment” (AGE,2011), no âmbito da qual a acessibilidade é um fator essencial. Facilita-se assim a inclusão social, pois possibilita às pessoas idosas com autonomia, a participação numa ampla gama de atividades e a uma vida social ativa. Esta participação em tais atividades visa também ajudar a reunir as gerações e, conseqüentemente, o reforço da coesão social e da solidariedade entre elas, ou seja, é promotora de intergeracionalidade.

Desta forma, o projeto de dissertação estrutura-se em duas partes. Na primeira, apresenta-se uma revisão bibliográfica sobre envelhecimento e sobre espaços residenciais para idosos. Na segunda parte, apresenta-se uma proposta de uma residência sênior, na cidade de Vila do Conde, Porto. Esta proposta visa oferecer uma solução residencial inovadora, planeada para satisfazer as exigências e necessidades da população sênior, de modo a respeitar a privacidade e promover o convívio e a manutenção de uma vida ativa. O local situa-se numa zona sossegada com habitações em redor, a partir de onde os idosos se podem deslocar ao centro da cidade a pé e assim continuarem a cumprir as suas rotinas. Fora isto, o local também possui outras qualidades como facilidade de acessos, existência de monumentos, a proximidade ao rio Ave como vista direta, entre outras.

Palavras-chave: Idosos, Conforto, Qualidade, Acessibilidades

Abstract

The society of the twenty-first century is characterized by a demographic change, whereby we live in a world that grows old. The average life expectancy has increased extraordinarily in developed countries, thanks to advances in science, social and economic responses and changing lifestyles. These changes, together with declining birth rates, led to the reversal of the demographic pyramid. Older people are a huge economic and social resource that will continue to increase. These facts pose challenges and justify the adoption of political and social responses to meet the needs of this age group. To this end, research plays an important role in helping to change the perceptions of aging by providing guidance on how to reduce the risk of old-age poverty, especially among the elderly, the dependent elderly, the ethnic minorities and immigrants and those who worked on their own (OMS, 2015) and promoting an aging successfully, with proposals to biological level, social and environmental. It is in this context that fits this work, which aims to contribute to the study of institutions for the elderly, support providers that they need for a dignified life, with well-being and quality, promoting "age friendly environment" (AGE, 2011), under which accessibility is a key factor. so easy it is social inclusion, as it allows the elderly with autonomy, participation in a wide range of activities and an active social life. This participation in such activities is also intended to help bring together the generations and thus strengthening social cohesion and solidarity among them, that is, promoter intergenerationality.

In this way the dissertation project is structured in two parts. In the first, we present a review on aging and of residential spaces for the elderly. The second part presents a proposal of a senior residence in the city of Vila do Conde, Porto. This proposal aims to provide an innovative residential solution, planned to meet the requirements and needs of the senior population, in order to respect the privacy and promote interaction and maintaining an active life. The site is located in a quiet area with homes around, from where the elderly can move to walk the city center and thus continue to fulfill their routines. On the other hand, the site also has other qualities such as ease of access, existence of monuments, the proximity to the river Ave in direct view, among others.

Keywords: Elderly, Comfort, Quality, Accessibilities

Índice

Capítulo I	1
1. Introdução	1
2. Objetivos	2
3. Metodologia	2
4. Estrutura	3
Capítulo II	5
1. Fenómeno do Envelhecimento	5
1.1. Contributos para a compreensão do fenómeno do envelhecimento	6
1.2. Envelhecimento: perspetiva histórica.....	11
1.3. Envelhecimento e mudanças demográficas nas sociedades	13
1.4. Conceção sobre o envelhecimento	19
1.5. O Processo de envelhecimento	20
2. Equipamentos sociais para idosos	25
2.1. Evolução dos Espaços Dedicados aos Idosos	25
2.2. O idoso institucionalizado	26
2.3. Respostas Sociais.....	28
3. Arquitetura Geriátrica	30
3.1. A habitação amiga dos idosos.....	30
3.2. Conforto e aspetos psicológicos	39
3.3. Casos de Estudo	41
Capítulo III	47
1. Introdução	47
1.1. Vila do Conde - a Cidade	47
1.2. Análise da Zona de Intervenção	55
2. Memória Descritiva e Justificativa	67
2.1. Introdução.....	67
2.2. O Local.....	67
2.3. Metodologia e Conceito.....	68
2.4. Programa e Funcionalidade	71
2.5. Aspetos Formais e Estéticos	80
2.6. Questões Técnicas e Construtivas	84
2.7. Adequabilidade à Legislação Aplicável	86
Capítulo IV	89
Anexos	97

Lista de Figuras

Figura 1_ Representação esquemática das condições de um envelhecimento bem-sucedido...8	8
Figura 2_ Os três pilares da estrutura política para o Envelhecimento Ativo9	9
Figura 3_ Determinantes do envelhecimento ativo9	9
Figura 4_ Esperança de média de vida à nascença (anos), Portugal, 2001-2009 13	13
Figura 5_ Pirâmides etárias da população residente total, Portugal 15	15
Figura 6_ Densidade da população idosa por freguesias, Portugal 2011 16	16
Figura 7_ Unidades Territoriais da Região Norte 17	17
Figura 8_ Estrutura Etária da População residente por sexo, 2001 e 2011 17	17
Figura 9_ Evolução das percentagens de Idosos entre 2001 e 2011 18	18
Figura 10_ Variação do Índice de Envelhecimento entre 2001 e 2011 19	19
Figura 11_ Quadro explicativo sobre o processo de envelhecimento e consequentes perdas 21	21
Figura 12_ Esquema do desenvolvimento das capacidades cognitivas 24	24
Figura 13_ Planta exemplo dos workhouses mais recentes 25	25
Figura 14_ Triângulo comunicacional: idoso, serviços e família..... 26	26
Figura 15_ Estrutura conceitual sobre as relações pessoa-ambiente na velhice 31	31
Figura 16_ Organização de Corredores Internos..... 37	37
Figura 17_ Dimensões, desenho e posicionamento adequados dos corrimãos 39	39
Figura 18_ Efeito das cores claras e escuras nos ambientes 41	41
Figura 19_ Vila dos Idosos, Arq. Vigliecca & Associados, Brasil 41	41
Figura 20_ Esquema das unidades habitacionais tipo, T0 e T1 respetivamente 44	44
Figura 21_ Residências Assistidas em Alcácer, Arq. Aires Mateus, Portugal 45	45
Figura 22_ Esquema da unidade tipo com quarto e varanda..... 46	46
Figura 23_ Home for Senior Citizens, Arq. Peter Zumthor, Suíça..... 46	46
Figura 24_ Esquema da unidade habitacional tipo..... 45	45
Figura 25_ Freguesias do concelho de Vila do Conde e municípios envolventes 47	47
Figura 26_ Aqueduto 48	48
Figura 27_ Igreja Matriz 48	48
Figura 28_ Mosteiro de Santa Clara e intervenção na zona do Cais da Alfândega 49	49
Figura 29_ Nau Quinhentista e espaço urbano envolvente 49	49
Figura 30_ Ponte sobre o rio Ave..... 49	49
Figura 31_ Estrutura Urbana atual..... 50	50
Figura 32_ Sobreposição da planta do século XVI com estrutura urbana atual 51	51
Figura 33_ Porta Mercado Municipal com a inscrição do Eng. Duarte Pacheco 51	51
Figura 34_ Sobreposição da planta do século XVI com indicação do edificado quinhentista... 52	52
Figura 35_ Mapa das Villas do Conde, e de Azurara... - (1821-1824)..... 53	53
Figura 36_ Inserção do traçado urbano da planta do século XIX na planta atual 53	53

Figura 37_ Inserção da planta do início do século XX na estrutura urbana atual	54
Figura 38_ Freguesia da área de intervenção	55
Figura 39_ Localização e área envolvente	55
Figura 40_ Hipsometria e Malha Urbana	56
Figura 41_ Malha Vária	57
Figura 42_ Malha Viária envolvente à área de intervenção	58
Figura 43_ Percursos pedonais e espaços de lazer	59
Figura 44_ Percursos pedonais existentes - linha laranja	59
Figura 45_ Espaços de lazer existentes - zonas amarelas	60
Figura 46_ Malha Urbana delimitada por densidade habitacional	60
Figura 47_ Organização da malha urbana	61
Figura 48_ Pontos de Interesse envolventes à área de intervenção	62
Figura 49_ Identificação dos Limites Arquitetónicos apresentados	62
Figura 50_ Identificação dos Limites Arquitetónicos apresentados	62
Figura 51_ Vista A (este-oeste)	63
Figura 52_ Vista B (sul-norte)	63
Figura 53_ Vista C (sudeste-noroeste)	63
Figura 54_ Vista D (norte-sul)	63
Figura 55_ Ruído	64
Figura 56_ Temperaturas e precipitações médias	64
Figura 57_ Céu nublado, sol e dias de precipitação	65
Figura 58_ Quantidade de precipitação	65
Figura 59_ Temperaturas máximas	65
Figura 60_ Velocidade do vento	65
Figura 61_ Localização da proposta arquitetónica	68
Figura 62_ Evolução do Conceito	69
Figura 63_ Volumetria e diferença de cêrceas	69
Figura 64_ Explicação da implantação	70
Figura 65_ Organograma Estrutural dos Compartimentos baseado na legislação em vigor	73
Figura 66_ Perspetivas do Átrio - Praça de Inverno e entrada respetivamente	73
Figura 67_ Átrio e as respetivas direções possíveis	74
Figura 68_ Relação entre as distintas zonas	74
Figura 69_ Corredores dos Quartos	75
Figura 70_ Organização Espacial - Zona de convívio e atividades	75
Figura 71_ Sala de Estar e Sala de Atividades respetivamente	76
Figura 72_ Piscina, Sala de Exercícios e Ginásio respetivamente	76
Figura 73_ Organização Espacial - Zona de serviços	77
Figura 74_ Sala de Refeições e Cozinha respetivamente	77
Figura 75_ Organização Espacial - Quartos	78
Figura 76_ Quartos	79

Figura 77 _Apartamento: vistas da cozinha e da sala respetivamente.....	79
Figura 78 _Planta de Implantação	79
Figura 79 _Praça Verão e Inverno respetivamente	80
Figura 80 _Espaço exterior destinada a atividades ao ar livre	80
Figura 81 _Percurso direcionado à entrada do edifício	80
Figura 82 _Volumetria Central	81
Figura 83 _Sala de Atividades	81
Figura 84 _Corredor com as entradas de luz zenitais	82
Figura 85 _Estudo realizado no local sobre os materiais - respetivamente, madeira utilizada na construção naval; pormenor da nau quinhentista (junção da madeira e do ferro); “esqueleto” de um barco.....	83
Figura 86 _ Alçado dos Quartos	83
Figura 87 _Alçados Sul e Este (zona de convívio)	84

Lista de Tabelas

Tabela 1_ Evolução dos movimentos demográficos de 2001 a 2009	14
Tabela 2_ Conjugação de hipóteses nos diferentes cenários.....	15
Tabela 3_ Evolução da população residente na região Norte e cidade Vila do Conde.....	18
Tabela 4_ Modelo sobre o estereótipo do atendimento do profissional frente ao idoso contrapondo-se com a atitude desejável.....	27
Tabela 5_ Definições aplicáveis as respostas sociais	28
Tabela 6_ Principais tipos de alteração sensorial decorrentes do envelhecimento e sua relação com o espaço	30
Tabela 7_ Diferenças entre o meio rural e urbano.....	34
Tabela 8_ Síntese das necessidades espaciais a considerar numa proposta arquitetónica	35
Tabela 9_ Quadro síntese relativamente aos aspetos a ter em conta na projeção de um espaço adequado a idosos	38
Tabela 10_ Cores e respetivas sensações.....	40
Tabela 11_ Três tipos de necessidades do idoso face á planificação do espaço por parte de arquitetos	71
Tabela 12_ Lista índice das atividades.....	72
Tabela 13_ Compartimentos e a respetiva cor e sensações	82
Tabela 14_ Compartimentos e Áreas Projetadas e respetiva comparação com a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março.....	86

Lista de Anexos

Anexo 1	98
Anexo 2	99
Anexo 3	100

Lista de Acrónimos

INE	Instituto Nacional de Estatística
OMS	Organização Mundial de Saúde

Capítulo I

Introdução

1. | Introdução

O envelhecimento é um processo natural do ser humano que deve ser compreendido por toda a sociedade como uma etapa da vida e desta forma contribuir para colmatar as necessidades da população idosa. Demograficamente, os idosos configuram uma grande percentagem na população devido à diminuição da natalidade e ao aumento da esperança média de vida. Neste sentido, torna-se importante entender melhor a velhice e as suas modificações para que se possa oferecer aos idosos equipamento adequados, que promovam a autoestima e o seu bem-estar, tornando-os ativos e dependentes. Evidentemente, o inevitável acontece, e o corpo sofre transformações quer físicas quer cognitivas, aspetos que devem ser conhecidos, de modo que a arquitetura possa auxiliar os idosos na suavização das consequências destas alterações desfrutando plenamente desta etapa de vida.

No campo da arquitetura, já se notam algumas preocupações perante esta nova realidade. Assinala-se isso na evolução da criação de equipamentos sociais, sendo mais diversificados e adaptados às necessidades de cada idoso e, conseqüentemente, na criação de legislação coerente e distinta, obrigando assim a que estes espaços estejam minimamente adaptados e acessíveis a qualquer utente. Assim, surge o conceito de arquitetura inclusiva garantindo o conforto ambiental e a acessibilidade nos espaços construídos, baseado nos princípios essenciais: uso equitativo, flexibilidade no uso, uso simples e intuitivo, informação perceptível, baixo esforço físico, tamanho e espaço para aproximação e uso.

Apoiado neste contexto, surge o estudo referente às carências que a cidade possui perante a população idosa e verificou-se que a cidade de Vila do Conde conta com uma percentagem considerável de idosos. Torna-se essencial oferecer um espaço agradável e pensado exclusivamente para os idosos, visto que a arquitetura deve auxiliar à sua qualidade de vida, facilitando o habitar apesar das limitações que ocorrem provenientes da idade.

Neste sentido, a proposta arquitetónica seguidamente apresentada promove a sensibilização da comunidade perante este tema, tendo sido concebida na base do conhecimento da evolução biológica do ser humano e, assim, garantindo uma certa flexibilidade, independência e possibilidade de escolha do idoso.

2. | Objetivos

Os objetivos desta dissertação são:

- Descrever características da vivência e necessidades da população idosa;
- Assinalar as características que os espaços devem possuir para receberem os seus utentes.
- Identificar as características dos espaços de institucionalização dos idosos;
- Elaborar um projeto arquitetónico que responda aos anseios e tipos de cuidados que esta geração necessita. A proposta tencionará também garantir as condições dignas, propondo espaços que possibilitem a vida plena e saudável dos idosos de modo que estes adquiram o nível mais elevado nos domínios físico, psíquico, emocional e social.

3. | Metodologia

A metodologia aplicada para a elaboração desta dissertação, de acordo com os objetivos anteriormente descritos, assenta em três etapas principais:

- A primeira etapa abrange a recolha e pesquisa bibliográfica indispensável para a fundamentação da dissertação;
- A segunda etapa tratará de averiguar as principais necessidades arquitetónicas para os idosos e as soluções mais adequadas.
- A terceira etapa consiste na elaboração de um projeto arquitetónico, realçando e resolvendo os aspetos estudados anteriormente.

Procurar-se-á retirar conclusões relevantes para a componente teórica como compreender o envelhecimento em Portugal e de que maneira a transição demográfica está presente na sociedade. Também será essencial entender como o envelhecimento foi progredindo até à atualidade e, naturalmente, as respostas sociais, influenciando a forma como os idosos são vistos pela sociedade. Como conclusão e síntese do estudo, resultará a intervenção projetual, abordando aspetos de inclusão social e acessibilidades, desejando, desta maneira, poder integrá-los na sociedade de modo ativo, para que eles próprios se sintam mais capazes e úteis.

4. | Estrutura

Estrutura Geral

Em primeiro lugar, aborda-se o fenómeno do envelhecimento e as respostas sociais para os idosos em Portugal. Para tal será desenvolvida uma investigação sobre o estado da arte relativo a esta etapa do ciclo vital e a evolução dos espaços dedicados ao cuidado do idoso e sua conceção. Seguidamente, desenvolve-se uma pesquisa sobre os tipos de espaços para os idosos e qual a função que está na sua origem, isto é, que tipo de resposta se pretende aquando da sua conceção.

Secundariamente, será também realizada uma análise a estudos de caso. Feita esta abordagem teórica, serão definidas estratégias para constituírem guias orientadoras para o posterior projeto arquitetónico, visando a conceção de espaços de acordo com as necessidades contemporâneas dos idosos e critérios de conforto ambiental.

Com a execução de um projeto arquitetónico, na cidade de Vila do Conde, pretende-se conceber um equipamento de convívio e de privacidade, mas principalmente de dedicação e cuidados necessários nesta fase da vida.

Estrutura Pormenorizada

Numa fase inicial, o trabalho consistirá na recolha e análise de informação acerca do processo de envelhecimento, abordando a sua definição. Neste contexto, surge a necessidade de estudar o envelhecimento ativo e, conseqüentemente, as respostas sociais para os idosos, abordando os tipos de residências com fim de adquirir um conjunto de conhecimentos que forneçam orientações para dar resposta às especificidades da população a quem se dirige o projeto a propor.

Nesta segunda fase, será analisada a evolução dos espaços dedicados aos idosos e conseqüentemente a problemática inerente à sua conceção perante as respetivas necessidades, tendo, ainda em atenção critérios de conforto ambiental.

Posteriormente, serão abordados tópicos como os respeitantes à arquitetura inclusiva e às acessibilidades tendo em consideração os idosos, visto estes serem obrigatoriamente englobados neste vasto campo de indivíduos e situações. Construir ambientes acessíveis é fundamental para a promoção da inclusão social, para uma sociedade para todas as idades e é facilitador da integração social dos idosos pela autonomia que viabiliza, nomeadamente em participarem em atividades sociais.

Como conclusão deste estudo, será apresentada uma proposta para uma residência sênior num local periférico da cidade de Vila do Conde, na margem do Rio Ave, mas simultaneamente perto do seu centro histórico, possuindo bastantes pontos positivos, principalmente em termos de acessibilidade viária e paisagem

Capítulo II

Enquadramento Teórico sobre o Envelhecimento

1. | Fenómeno do Envelhecimento

O fenómeno do envelhecimento foi, desde sempre, motivo de reflexão para os homens. Para Barreto (1984), envelhecer é uma parte importante de todas as sociedades humanas, pois reflete não só mudanças biológicas, mas também sociais e culturais e, por isso, urge estudar melhor esta idade para melhor a compreender e dar resposta às suas necessidades. Na verdade, apenas a compreensão desta fase particular do ciclo vital permite encontrar respostas para uma intervenção direcionada especificamente para esta população, de forma a proporcionar a melhor qualidade de vida possível (Baltes, et al., 1999). Efetivamente, diversos fatores internos (sexo, idade, personalidade, etc.) e externos (fatores sócio-económicos, ambientais, etc.) interferem no envelhecimento, e contribuem para o ritmo individual do envelhecer de cada idoso. Justifica-se estudar o que possa estar associado a um maior bem-estar e satisfação de vida na população idosa, bem como aspetos potenciadores de um envelhecimento mais ativo e saudável.

Importa pois introduzir a definição de envelhecimento e diferenciar conceitos com os quais é confundido. O “envelhecimento” é comum a todas as idades e diz respeito às alterações que acompanham o processo de envelhecer, com um ritmo e uma intensidade que dependem de características individuais, como a herança genética, fatores ambientais, ocupacionais, sociais e culturais aos quais o indivíduo esteve exposto ao longo da vida. De acordo com Hayflick (1996), o envelhecimento não é uma simples passagem do tempo, mas o resultado das manifestações biológicas que ocorrem no organismo durante o decurso deste espaço temporal. Para o autor, o envelhecimento cronológico surge apenas como uma mera convenção, não existindo nenhuma influência do tempo sobre o organismo. O envelhecimento não é sinónimo de velhice mas sim uma etapa do desenvolvimento. Para Rosenberg (1992), a velhice é a etapa na qual as tarefas básicas em relação ao desempenho profissional e à família já foram cumpridas, pelo menos uma parte. Deste modo o indivíduo pode sentir-se mais livre para realizar as seus desejos. É ainda importante considerar que cada indivíduo possui um envelhecimento biológico e psicológico diferente desde o seu nascimento.

Com o aparecimento das sociedades industriais e conseqüentemente o Estado de Providência¹, o conceito de envelhecimento adquire novas noções, sendo distinguidos termos como “terceira idade” (entre os 65 e 84 anos) e “quarta idade” (superior a 85 anos). Também graças à

¹ “Sistema de organização social em que o Estado garante o acesso gratuito aos serviços de saúde, educação e outros” (Porto Editora, 2003-2016)

multiplicação das intervenções em favor dos idosos, distinguiu-se uma velhice dependente, quanto a questões médico-sociais, e velhice autónoma, identificada com políticas de animação e de integração social. Atualmente, tende-se a considerar “velhos” as pessoas com idade superior a 65 anos, quando estes ainda se encontram, socialmente ativos, quer em bases práticas quer científicas (Andrade, 2002).

1.1. Contributos para a compreensão do fenómeno do envelhecimento

O envelhecimento constitui um processo biológico, psicológico e social que surge na plenitude da existência humana, levando a pessoa a modificar a sua relação com o contexto espacial e temporal que caracteriza a sua história de vida (Esgalhado, et al., 2014), e é consensual que o desenvolvimento humano ocorre ao longo de todo o ciclo de vida e que a capacidade de aprender não se esgota no momento da reforma (Paúl, et al., 2006).

Para Erminda (1999, cit. por Portal Educação), o envelhecimento é um *“processo de diminuição orgânica e funcional, não decorrente de doença, e que acontece inevitavelmente com o passar do tempo”* (Portal Educação, 2013). Desta forma, não somos iguais perante o tempo nem duas pessoas com a mesma idade se podem igualar, somente no ponto de vista cronológico. Beauvoir e Sartre (cit. por Fontaine, 2007) já afirmavam respetivamente que *“a juventude é o tempo que resta a cada individuo para viver”* e que é *“no olhar do outro que se podia ter consciência da própria velhice”* enquanto que Birrem e Cuningham (1985, cit. por Fontaine, 2007) consideravam que *“cada individuo não tem uma, mas sim três idades diferentes: a idade cronológica, a idade biológica e a idade social”*:

- **Cronológica:** considera a pessoa idosa a partir dos 65 anos de idade;
- **Biológica:** relacionada com o envelhecimento orgânico expressando-se pela alteração funcional e estrutural a qual por vezes não coincide com a idade cronológica e a perda social. Esta também é ajustada pelos mecanismos celulares intrínsecos e modulados por numerosas influências do meio ambiente;
- **Social:** é demarcada pelos papéis e hábitos que a pessoa assume perante a sociedade e a família ao longo do seu ciclo de vida. Esta dimensão altera profundamente o estilo e ritmo de vida por causa da perda do papel profissional e pessoal junto da família e da sociedade.

De facto, o envelhecimento é um processo progressivo, intrínseco e universal que com o tempo ocorre em todos os seres vivos como consequência da interação da genética do indivíduo e do seu meio ambiente. Assim, envelhecer é, desde o nascimento, um processo natural e contínuo. Na procura de definição para envelhecimento, questiona-se envelhecimento como estado ou envelhecimento como processo. Frequentemente, é abordado como se se tratasse de um estado, tendencialmente classificado de “terceira idade” ou ainda “quarta idade”. No entanto,

do ponto de vista científico, o envelhecimento não é um estado, pelo que se considerou mais adequada a sua conceptualização como um processo de desenvolvimento. Assim sendo, o envelhecimento, enquanto processo desenvolvimental, decorre desde o nascimento e ao longo de todo o ciclo vital, com características que dependem da vivência subjetiva de cada indivíduo.

O início do processo de envelhecimento não é passível de ser datado rigorosamente. O nível no qual se situa - (biológico, psicológico ou sociológico) - e a sua velocidade dependem da variabilidade interindividual. Pode assim afirmar-se que cada ser humano envelhece de formas muito diversas, tendo idiossincraticamente uma idade biológica, social e psicológica, que podem ser muito diferentes da idade cronológica.

O envelhecimento encontra-se como um processo diferencial que revela simultaneamente dados objetivos e também dados subjetivos que constituem de fato a representação que a pessoa faz do seu próprio envelhecimento, ou melhor, cada indivíduo tem diversas idades (Fontaine, 2007).

Efetivamente, a velhice é uma etapa nova para as pessoas que a alcançam, quer do ponto de vista social quer histórico, pois na história da humanidade nunca se verificou um número tão elevado de pessoas com idade avançada. Desta maneira, os idosos estão a influenciar o sistema social condicionando o próprio desenvolvimento da sociedade, usufruindo deste termo - “envelhecimento” - com duas designações: o envelhecimento do indivíduo - conjunto de processos que atravessa cada pessoa consoante o progresso da sua idade - e o envelhecimento da sociedade - as trocas que têm lugar na estrutura social como consequência do envelhecimento das pessoas (Vega, et al., 2000).

Em suma, o envelhecimento não é mais do que uma das fases do desenvolvimento do indivíduo no seu ciclo vital, sendo desejável que se constitua como uma oportunidade para viver de forma saudável e autónoma o maior tempo possível. É um processo contínuo de crescimento intelectual, emocional e psicológico, que começa dentro de cada pessoa, que afeta todos e que requer uma preparação, como qualquer outra etapa da vida (Prata, et al., 2010).

1.1.1. Envelhecimento bem-sucedido/Envelhecimento Ativo

Se o processo de envelhecimento começa quando se inicia a vida, viver implica necessariamente envelhecer, e desenvolvimento e envelhecimento serão processos indissociáveis um do outro, na dinâmica do ciclo vital. Tendo em conta a cada vez maior importância dessa etapa, torna-se pertinente abordar fatores potenciadores de um envelhecimento mais ativo e saudável. Neste sentido importa referir o que condiciona a velhice bem-sucedida ou envelhecimento bem-sucedido, e em que consiste o envelhecimento ativo e o que o determina.

Como refere Fontaine (2007), a velhice bem-sucedida reúne três grandes categorias de condições (cf. *Figura 1*), como a reduzida probabilidade de doenças, nomeadamente as causadoras de perdas de autonomia, a manutenção de um elevado nível funcional nos planos cognitivos e físico e, por último, a conservação de empenhamento social e de bem-estar subjetivo. Estas condições interagem em proporções variáveis conforme as diferentes influências de desenvolvimento que os indivíduos sofreram ao longo da sua vida.



Figura 1_ Representação esquemática das condições de um envelhecimento bem-sucedido
Fonte: adaptado de Fontaine, 2007 - *Psicologia do Envelhecimento*, p. 148

O envelhecimento bem-sucedido, encontra-se dependente da *“aquisição de atitudes e processos de coping que permitem à pessoa idosa, apesar do aumento dos défices ou da sua ameaça, permanecer independente, produtiva e socialmente ativa pelo máximo de tempo possível”*.

No âmbito da psicologia desenvolvimental do ciclo de vida, um modelo de envelhecimento bem-sucedido é proposto por Baltes, assente em três eixos:

- 1. O balanço entre ganhos e perdas desenvolvimentais;
- 2. O recurso ao modelo SOC como explicação básica o processo adaptativo inerente à capacidade para envelhecer com êxito;
- 3. A modificação nas modalidades de regulação da identidade pessoal.

Por seu turno, o conceito de envelhecimento ativo foi proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS) (2002) com o objetivo de promover a noção de que o envelhecimento pode e deve ser uma experiência positiva. Este conceito assenta sobre três pilares (cf. *Figura 2*): saúde, participação e segurança. Considera-se que promover a qualidade de vida e o bem-estar assente sobretudo em estilos de vida saudáveis, abrangendo a manutenção de atividade física, a participação em atividades de natureza social, económica, cultural, espiritual e/ou cívica e também, ocasionalmente, a prolongação das atividades profissionais de acordo com o interesse e capacidades pessoais.

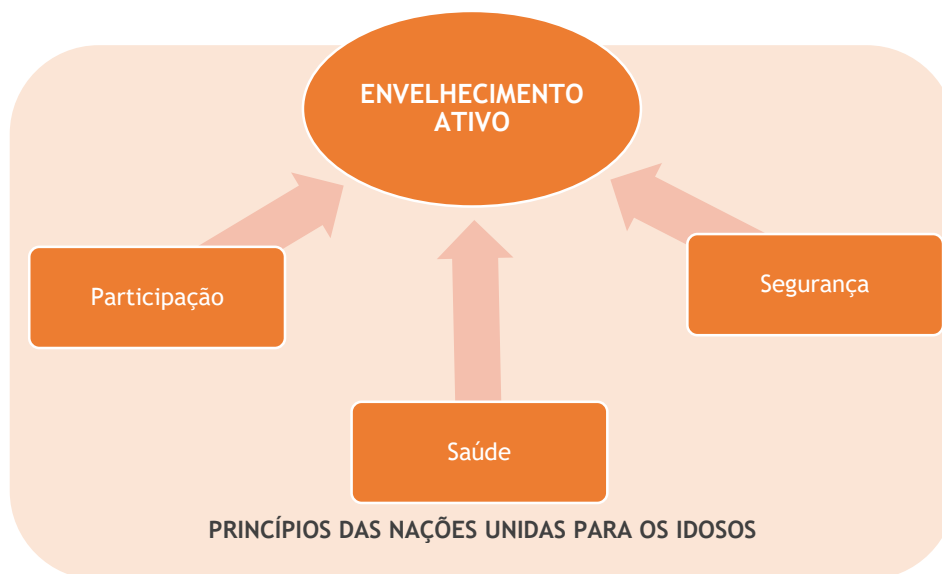


Figura 2_ Os três pilares da estrutura política para o Envelhecimento Ativo (de acordo com OMS, 2005)
 Fonte: adaptado de Paúl, 2012 - *Manual de Gerontologia*, p. 4

O envelhecimento ativo é determinado por diversos fatores. De entre estes, é fundamental o manter a autonomia e independência particular (cf. *Figura 3*). Estas atitudes estão relacionadas profundamente com o espírito do próprio indivíduo, mas também com a cultura - prática de atitudes de prevenção e/ou detenção precoce de doenças e adesão a tratamentos adequados, o sexo e as características do meio envolvente - contribuir para o isolamento do idoso, como por exemplo a inexistência de elevador ou acessibilidades reduzidas quer habitacional quer urbana. Neste sentido, também Paúl, et al., (2006) defendeu que “de acordo com estas noções, e na medida em que a saúde e a funcionalidade dos indivíduos possa ser benéficamente influenciada a proporção de idosos cujo envelhecimento possa a ser saudável ou bem-sucedido”.

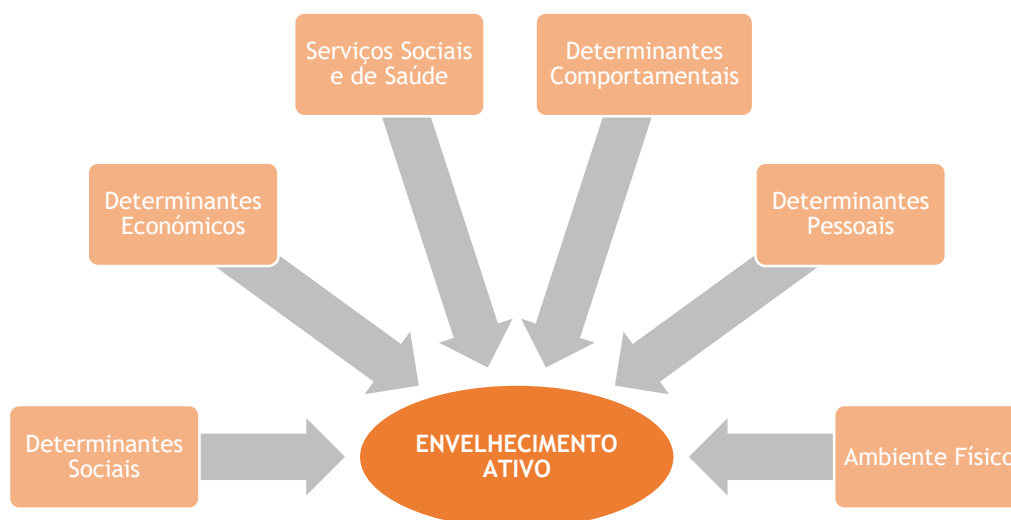


Figura 3_ Determinantes do envelhecimento ativo (de acordo com OMS, 2005)
 Fonte: adaptado de Paúl, 2012 - *Manual de Gerontologia*, p. 3

Este envelhecimento ativo está mais relacionado com a participação e o envolvimento nas atividades sociais, culturais, económicas, civis e espirituais e não propriamente com a capacidade de estar fisicamente ativo, enquanto que o envelhecimento bem-sucedido aborda questões como a melhoria da qualidade de vida e saúde de pessoas idosas mantendo a manutenção da autonomia física, psicológica e social para que possam permanecer integrados numa sociedade segura assumindo uma cidadania plena (Ribeiro, et al., 2011).

A par do estudo das condições e determinantes do envelhecimento bem-sucedido e ativo, outros autores analisam a importância da qualidade de vida neste grupo etário. Por este conceito entende-se como “*a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”². Quando se aborda esta temática tem-se que ter em consideração aspetos como a dificuldade da vida, o papel da saúde, os sentimentos e emoções e as queixas e condições físicas e psicológicas. Dada a complexidade e a heterogeneidade do processo de envelhecimento, a qualidade de vida varia consoante os indicadores psicossociais, considerou-se importante incluir a dimensão psicológica em termos como as aspirações e as realizações, o afeto e a felicidade. Relacionado com a qualidade de vida encontra-se o bem-estar psicológico que está presente entre os quatro componentes do bem-estar subjetivo, a par da competência comportamental, a qualidade de vida percebida e o ambiente objetivo (Paúl, et al., 2006).

Nesta linha, para Paúl (2006) a qualidade de vida decorre das experiências fenomenológicas que superam a problemática da saúde. Segundo estudos, pode-se obter aspetos fulcrais para a vivência em comunidade:

- Ter boas relações com a família e os amigos;
- Desempenhar papéis sociais, como voluntariados e *hobbies*;
- Ter boa saúde e funcionalidade;
- Viver numa boa casa numa zona simpática e de boa vizinhança;
- Ter uma visão positiva da vida e manter o controlo e independência.

A saúde está inteiramente relacionada com a qualidade de vida, principalmente em pessoas idosas. Porém, a introdução do conceito só se deve graças à evolução da área da saúde, onde abandonou uma ênfase biomédica para uma ênfase mais realista e biopsicossocial. Também a OMS promoveu um estudo sobre a qualidade de vida definindo-a como “*a percepção individual da sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais se insere e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações*”³. É importante realçar que face ao envelhecimento demográfico da população é evidente que as pessoas vivem mais tempo

² definição segundo WHOQOL Group, 1995 citado por Bestetti, et. al - *O impacto da urbanidade no envelhecimento humano, 2012.*

³ Segundo WHOQOL Group, 1994 citado por Paúl, et al. - *Envelhecimento em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados, 2006.*

com menos doenças agudas, ou seja, maior qualidade de vida e a sua avaliação são questões centrais. A OMS define qualidade de vida abrangendo dimensões físicas, psicológicas, sociais e ambientais, com variáveis diversificadas e atendendo à satisfação de vida relacionado com o processo de envelhecimento.

1.2. | Envelhecimento: perspectiva histórica

O interesse pelo fenómeno do envelhecimento tem estado presente durante toda a história da humanidade, definindo-se mais como luta contra a morte do que como motivação científica. Assim, é possível encontrar referências à “velhice” em textos do Antigo Testamento e textos egípcios e gregos. Nestes, faziam-se alusões à sabedoria dos idosos e ao respeito que lhes seria devido pelos mais jovens, bem em oposição à sociedade ocidental de hoje. Também na filosofia está presente este conceito, Platão (427-347 a. C.) tinha uma impressão positiva da velhice, destacando a ideia de que se envelhece como se viveu, devendo haver cuidado na juventude para se preparar uma velhice saudável. Aristóteles (384-322 a. C.) defendia uma visão oposta à de Platão, pois este considerava a velhice como uma etapa da vida, onde, com enfermidade natural, se chega “*ao deterioro e à ruína*”.

Na civilização grega, Hipócrates (460-377 a.C.) foi o pioneiro a formular hipóteses médicas relativas às causas do envelhecimento, afirmando que seria como uma perda de calor e humanidade do corpo. Para o filósofo, as recomendações para um envelhecimento bem-sucedido era uma alimentação moderada e exercício físico, banhos quentes e consumo de vinho. Para os romanos havia uma concordância entre a teoria aristotélica e o método de observação hipocrático assumindo o envelhecimento como uma patologia humoral e psicológica (Paúl, et al., 2006).

Johan Nikolas Tetens (1777, cit. por Veja, 2000) referiu a importância de encontrar leis gerais do desenvolvimento que se baseassem na observação e que não se centrassem em períodos específicos de idade, mas no desenvolvimento humano desde o nascimento até à morte. Já em 1808, Carus apresentou uma descrição psicológica do desenvolvimento humano ao longo de toda a vida, baseada em experiências sistemáticas e respetivas observações. Assim, distinguiu quatro períodos gerais: infância, juventude, idade adulta e velhice. Foi também pioneiro ao considerar que a idade cronológica não constitui um determinante psicológico para o desenvolvimento.

Mais recentemente, Cowdry (1939), na sua obra “*Problemas do envelhecimento*” defende que o tratamento físico do idoso tem de ser acompanhado por um tratamento psicológico e social. Este trabalho foi considerado o primeiro tratado em gerontologia. Também nesse ano surgiu a primeira associação para a investigação do envelhecimento.

Nos finais da década de 70, o envelhecimento começou a adquirir relevância social através dos primeiros trabalhos sobre esta temática. Começa-se então a reconhecer a temática como um

campo científico claramente definido, através de publicações que mantiveram o interesse nos estudos sobre o tema. Não obstante, ao longo deste século, determinou-se que a psicologia do envelhecimento, e a psicologia evolutiva num sentido amplo, haviam evoluído independentemente das próprias psicologias gerais e experimentais, sem beneficiar dos seus progressos (Vega, et al., 2000).

Após a Segunda Guerra Mundial criaram-se associações, jornais, revistas entre outros sobre envelhecimento e idosos. Já na segunda metade do século XX, dá-se a definitiva expansão na gerontologia. Esta ciência originou estudos científicos na vertente biológica, psicológica e social, nomeadamente o campo social onde se investigaram as influências culturais que contribuíram para o crescimento, declínio e envelhecimento da população.

Segundo Paúl (2006), a população idosa atinge já os 20% em vários países tornando-se não só um grupo com poder nas sociedades democráticas, como é objeto de preocupação social para os estados. Esta preocupação política com os idosos surge por etapas. Neste âmbito, Walker (1999, cit. por Paúl, 2006) defende três fases:

- **Primeira Fase (1940-1970):** nesta fase são colocadas questões à volta da reforma, e reconhece-se a dimensão social deste acontecimento, ao qual é atribuído uma idade específica. Acentua-se a dimensão social do envelhecimento;
- **Segunda Fase (1970-1980):** o envelhecimento passa a ser um problema económico;
- **Terceira Fase (atualmente):** a problemática visa a sobrecarga económica do envelhecimento surgindo os movimentos políticos dos idosos.

O estudo do envelhecimento tem vindo progressivamente a adquirir mais importância na sociedade. O ano de 1999 foi considerado o “Ano Internacional das pessoas idosas”, em 2002 realizou-se a II Assembleia Mundial sobre o envelhecimento, em Espanha - Madrid. Estas e outras ações revelam a preocupação constante sobre a temática.

Em suma, o envelhecimento foi sempre uma temática ativa na reflexão dos homens quer na relação com a imortalidade quer enquanto sinónimo de sofrimento e morte. Com o decorrer do tempo, o conceito de envelhecimento e as atitudes perante o mesmo têm vindo a evoluir graças ao conhecimento sobre a fisiologia e anatomia humana e também as culturas e as relações sociais das várias épocas (Paúl, et al., 2006).

De fato, nos meios científicos tem-se observado a existência de um número cada vez maior de investigações acerca do fenómeno do “envelhecimento humano”, o que reflete a grande visibilidade e atualidade do tema (Fernandes, 2002). Dada a estrutura multidimensional desta problemática, a investigação acerca do envelhecimento e o estudo das questões relacionadas

com os idosos inscrevem-se numa abordagem transversal que inclui disciplinas tão diversas como a medicina, a biologia, a psicologia, a sociologia, a bioquímica, a demografia, a economia, a antropologia, a arquitectura e o direito. Desta base multidisciplinar que nasce a gerontologia enquanto ciência que estuda os fenómenos do processo de envelhecimento como um todo, assim como os aspetos funcionais e características particulares das pessoas idosas, conjugando numa mesma disciplina as diferentes análises científicas e linhas de investigação.

1.3. | Envelhecimento e mudanças demográficas nas sociedades

“O envelhecimento demográfico tem-se vindo a constituir como um aspeto central de debate académico e político da atualidade, não apenas pela relevância do processo, como pelas consequências multidimensionais que encerra.” (Paúl , et al., 2012). Neste sentido, o estudo sobre o envelhecimento da população tem vindo a tomar importância na atualidade, quer do ponto de vista teórico quer político.

O estudo da infância e da velhice não terão evoluído em paralelo por razões sociais e demográficas. Os dados demográficos sensibilizaram a comunidade científica em relação aos estudos do adulto e do idoso. A pressão social e demográfica são assim fatores imprescindíveis a ter em conta no desenvolvimento do estudo do envelhecimento. Outro aspeto que contribui para o interesse nesta etapa da vida prende-se com a diminuição do índice de natalidade e o aumento progressivo da esperança média de vida (Vega, et al., 2000).

Efetivamente, nos finais dos anos 40, a esperança média de vida portuguesa rondava os 58 anos de idade, evoluindo para 75 anos em 1996/97 e finalmente para 78,7 anos em 2008. Ao mesmo tempo, na segunda metade do século XX, o número de pessoas com 65 e mais anos duplicou - passou de 8% para 17% (2005) - e a percentagem da população jovem diminuiu de 29% para 16% da população (Paúl , et al., 2012), conforme se pode observar na *Figura 4*.

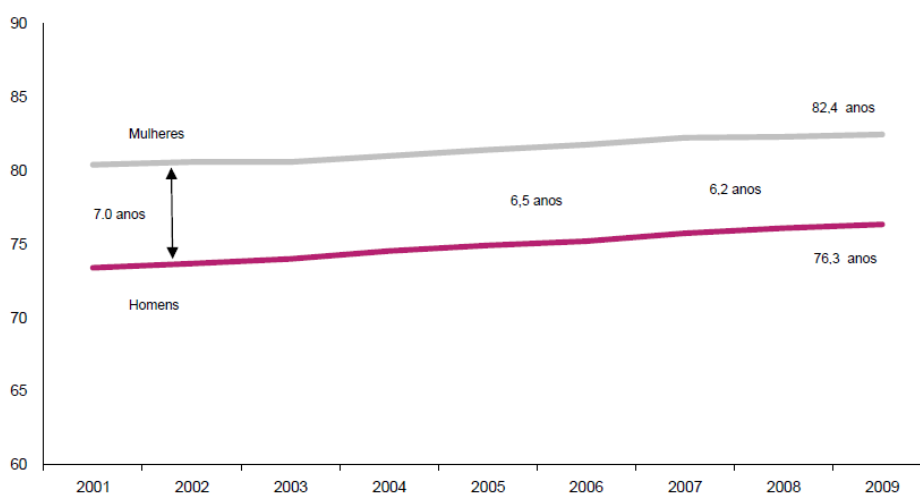


Figura 4_ Esperança de média de vida à nascença (anos), Portugal, 2001-2009
 Fonte: Carrilho, 2001 - *A Situação Demográfica Recente em Portugal*, p. 124

Com o aumento da esperança de vida houve modificações sociais e familiares (cf. *Tabela 1*), tais como a verticalização das famílias, o crescente número de pessoas idosas e a complexificação nas relações familiares. Esta condição implica o aumento de idosos que vivem mais tempo independentemente da sua dependência perante os outros. Com a mobilidade geográfica dos elementos da família, por vezes os idosos permanecem mais tempo sozinhos havendo menos disponibilidade, da parte dos filhos, para lhes prestar auxílio e a consequente necessidade de recorrerem a instituições (Sousa, et al., 2006).

Tabela 1_Evolução dos movimentos demográficos de 2001 a 2009

Fonte: Adaptado de INE, Estatísticas Demográficas, 2008

	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Nados-vivos	112.774	114.383	112.515	109.298	109.399	105.449	102.492	104.594	99.491
Óbitos	105.092	106.258	108.795	102.010	107.462	101.990	103.512	104.280	104.436
Saldo Natural	7682	8125	3720	7288	1937	3459	-1020	314	-4945
Saldo Migratório	65.000	70.000	63.500	47.240	38.400	26.100	19.500	9361	15.408

Do ponto de vista demográfico e sociológico, a qualidade de vida na infância e na adolescência são fatores fulcrais, uma vez que irão contribuir, consequentemente, para uma qualidade de vida na velhice. Ainda no século XX, tomou-se consciência que a prevenção e o tratamento das doenças, a alimentação, a melhoria de condições de vida, entre outros aspetos contribuiriam para a redução da mortalidade infantil (Sousa, et al., 2006).

Durante anos, a diferença entre a percentagem de mortalidade e da fecundidade quase que se equilibravam (cf. *Tabela 2*), apesar de um ligeiro aumento do número de nascimentos. Porém, esta vantagem foi interrompida com o surgimento da industrialização, que contribui fortemente para a diminuição da mortalidade infantil e para o aumento da longevidade (Fontaine, 2007).

O papel da mulher no mercado de trabalho e a sua progressiva emancipação social fez com que, por questões sociais, culturais e económicas, tardassem a natalidade e consequentemente o envelhecimento acentuado da população. Com isto verifica-se um alargamento do topo da pirâmide e esta progressiva inversão da pirâmide etária conduz a um processo estrutural de desequilíbrio entre uma base etária tendencialmente em rarefação e um topo da pirâmide em crescimento e em alargamento (Paúl , et al., 2012).

Tabela 2_Conjugação de hipóteses nos diferentes cenários

Fonte: adaptado de INE, “Projeções de população residente em Portugal”, 2008-2060

Cenários	Índice Sintético de Fecundidade Número		Esperança Média de Vida à Nascença (anos)				Saldo Migratório Número		
	2008	2060	2008		2060		2008	2018	2060
			H	M	H	M			
Cenário baixo	1,3	1,3	75,4	82,0	82,3	87,9	19.330	17.623	17.623
Cenário central	1,3	1,6	75,4	82,0	82,3	87,9	21.053	36.584	36.584
Cenário elevado	1,3	1,8	75,4	81,0	83,5	89,4	22.778	55.547	55.547
Cenário sem migrações	1,3	1,6	75,4	81,0	82,3	87,9	0	0	0

O envelhecimento é acompanhado por uma tendência provavelmente irreversível na população, como consta nas pirâmides etárias (cf. Figura 5). Pode observar-se que em 1960 existiam 350 milhões de indivíduos com mais de 60 anos e, que com o passar dos anos, este número foi crescendo chegando, em 2005, a 590 milhões e em 2010, a 1 bilião. Também se nota uma diferença entre homens e mulheres, com vantagem para estas últimas. A esperança média de vida é superior nas mulheres, quando comparadas com a dos homens (Paúl , et al., 2012).

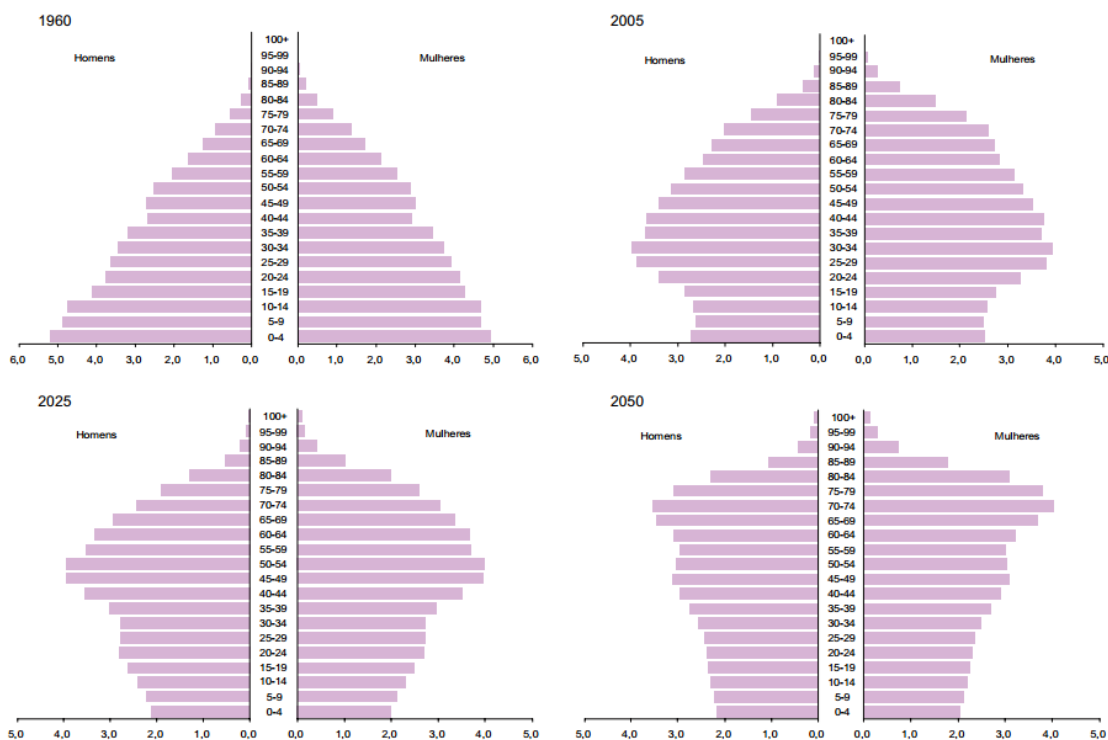


Figura 5_ Pirâmides etárias da população residente total, Portugal

Fonte: INE, cálculos retirados da base de dados de Censos da População, Estimativas e Projeções de População Residente

O envelhecimento da população portuguesa tem vindo a acentuar-se entre 1991 e 2001, quer nos grupos etários mais jovens, quer nos mais idosos. Em Portugal esta situação encontra-se claramente demarcada sendo causada pelos impactos e características do processo migratório. Estas mudanças sociais e demográficas aconteceram bruscamente pois verificava-se em

Portugal a população mais jovem da Europa passando, posterior à Segunda Guerra Mundial, para uma população fortemente envelhecida. Este fenómeno pode observar-se na figura que se segue (Paúl , et al., 2012).

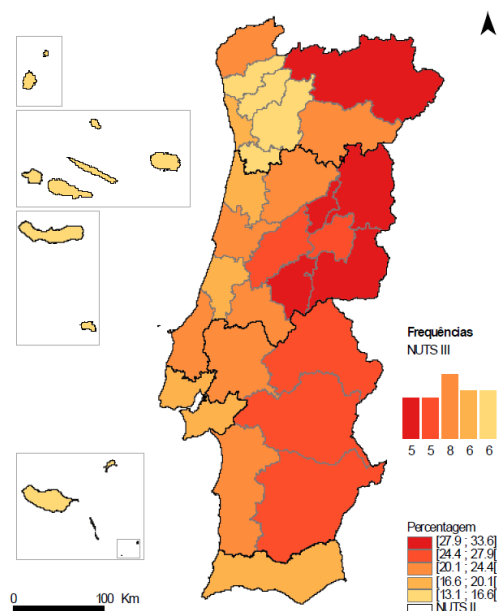


Figura 6_Densidade da população idosa por freguesias, Portugal 2011
Fonte: Censos 2011, Resultados Definitivos - Portugal, p. 21

Na sociedade portuguesa atual verifica-se um crescimento da população idosa. Esta realidade é sentida em todos os países europeus, mas só recentemente é que começou a ganhar impacto social relevante, ou seja, a taxa de natalidade não contrabalança a taxa de mortalidade. Segundo o Departamento de Estatísticas da União Europeia, Portugal irá possuir o dobro da percentagem da população idosa entre 2004 e 2050. Deste aumento repentino decorre uma série de implicações (Paúl, et al., 2006).

As mesmas conclusões obtêm-se da análise dos acontecimentos demográficos em termos regionais, nomeadamente da região Norte do país (cf. Figura 7), região para onde se elabora a proposta arquitetónica que se encontra descrita nos capítulos subsequentes. Efetivamente, de acordo com os dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), na última década se verifica um desequilíbrio demográfico na região em causa.



Figura 7_ Unidades Territoriais da Região Norte
 Fonte: adaptado de Censos 2011, Resultados Definitivos - Norte, p. 17

Esta situação verifica-se na pirâmide etária da região Norte (cf. Figura 8) onde é evidenciado a diminuição da população jovem - base da pirâmide - e o aumento drástico da população mais idosa - topo da pirâmide. Em 2001, 17,5% da população compreendia entre 0-14 anos e em 2011 apenas 15,1%. Contrariamente, a população mais idosa passou a ter maior representação, aumentando de 14,0% em 2001 para 17,1% em 2011. É também de sublinhar o acréscimo na população com 70 e mais anos que, em 2001, representava um valor de 9,4% enquanto que em 2011, representa 12,3% da população (INE, 2011).

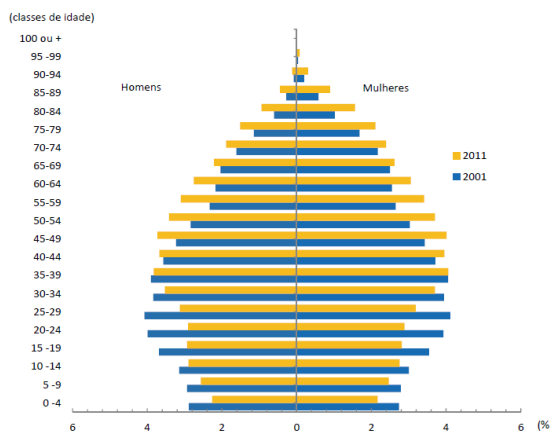


Figura 8_Estrutura Etária da População residente por sexo, 2001 e 2011
 Fonte: Censos 2011, Resultados Definitivos - Norte, p. 20

Observa-se também que a região norte apresenta uma percentagem de idosos inferior à de outras regiões do país, sendo nas zonas do interior de Portugal que se encontra maior percentagem de idosos. Na cidade de Vila do Conde, implantação da proposta arquitetónica, verifica-se um aumento da população sénior e, contrariamente, uma diminuição na população jovem comparativamente aos anos de 2001 e 2011, como se pode observar na tabela seguinte.

Tabela 3_Evolução da população residente na região Norte e cidade Vila do Conde
 Fonte: dados retirados de Censos 2001 e 2011, Resultados Definitivos

População Residente								
Norte	2001				2011			
	13,96%				17,11%			
Vila do Conde	Grupos Etários				Grupos Etários			
	0-14	15-24	25-64	65- mais	0-14	15-24	25-64	65- mais
	13 369	11 276	41 066	8 680	12 931	9 082	45 823	11 697

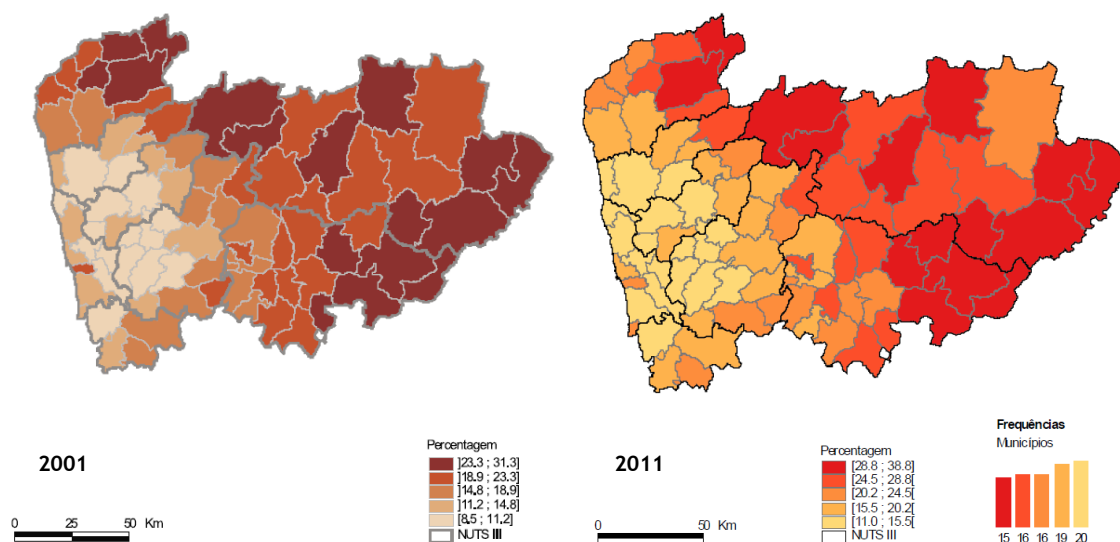


Figura 9_Evolução das percentagens de Idosos entre 2001 e 2011
 Fonte: adaptado de Censos 2001 e 2011, Resultados Definitivos

Da comparação dos dados fornecidos pelo INE nos censos de 2001 e 2011 pode constatar-se que o envelhecimento da população ocorreu de igual modo em todo o país. Se a análise incidir na região norte, verifica-se que em 2001 se encontra um menor índice de envelhecimento (cf. *Figura 10*), com 80 idosos por cada 100 jovens apresentando um número abaixo do valor nacional, enquanto que em 2011, apresenta uma proporção de 113,3 idosos por cada 100 jovens (INE, 2001; INE,2011).

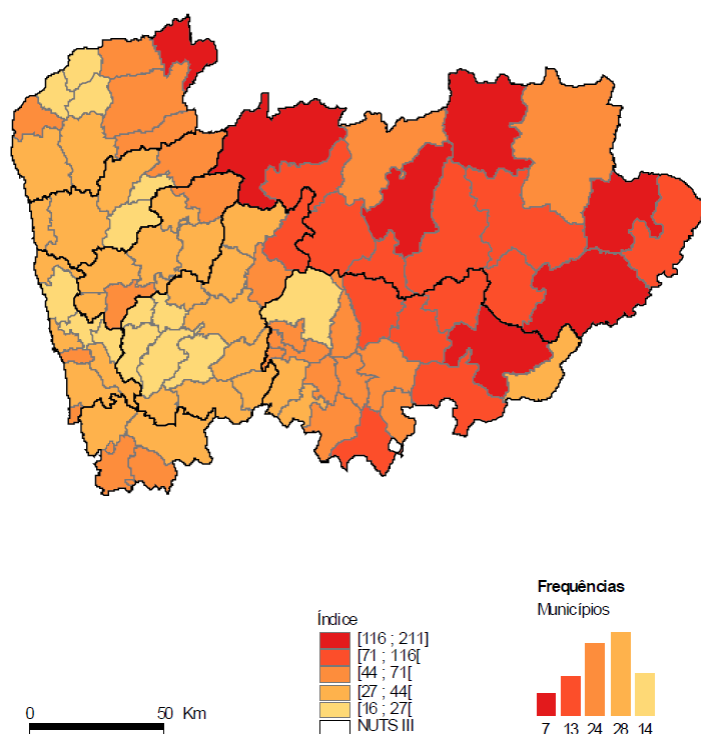


Figura 10_Variação do Índice de Envelhecimento entre 2001 e 2011
Fonte: Censos 2011, Resultados Definitivos - Norte, p. 22

Em suma, as mudanças demográficas evidenciam a relevância de se encontrarem respostas sociais e políticas que respondam às características da faixa etária dos idosos.

1.4. | Conceção sobre o envelhecimento

O envelhecimento, sendo um fenómeno universal que tem acompanhado todas as épocas, culturas e civilizações, é percecionado de forma diferente de uma cultura para outra, pelo que importa conhecer os conceitos e as representações sociais sobre o envelhecimento. Na verdade, a forma de conhecer o envelhecimento tem profundas implicações, nomeadamente no modo como os idosos perspetivam o seu envelhecimento; nas atitudes sobre si mesmo; nas políticas sociais; na forma como os indivíduos percecionam o envelhecimento e como interagem com os idosos; e nas atitudes dos que trabalham com os idosos. Uma visão positiva tem implicações favorecedoras de um envelhecimento bem-sucedido, mas também pode ter implicações negativas como a tendência para negar a existência de sofrimento ou a possibilidade de uma vida saudável, e consequentemente conduzir à ausência de medidas para a promoção da qualidade de vida dos mais idosos. “O importante não é dar anos à vida, mas sim vida aos anos” (OMS).

Abordamos os estereótipos sobre o envelhecimento, “uma matriz de opiniões, sentimentos, atitudes e reações dos membros de um grupo com as características de rigidez e homogeneidade” (Simões, 1985, cit. por Clemente, 2013). Estes estereótipos baseiam-se em visualizações generalizadas pela observação de um certo número de indivíduos, o que não

significa que esses aspectos - rotulados como chatas/caducas - se repercutam em toda a sociedade idosa. Caracterizar uma pessoa só pela sua idade é ignorar o seu passado e as suas experiências, dando uma ideia negativista e discriminando-a a nível económico, social e psicológico.

Atualmente existem expressões - “velho”, “idoso”, “velhice”, etc. - que conotam as pessoas anciãs, podendo adquirir sentidos diferentes que estes podem não aceitar amigavelmente, pois preferem expressões como “pessoas idosas”, “reformados” ou mesmo “seniores”. Vulgarmente, pela existência de estereótipos, o processo de envelhecimento remete para uma conotação negativa sobre diversas áreas diferencialmente definidas (cf. Anexo 2 **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**) pois, nesta fase da vida, o indivíduo é considerado como um ser pouco produtivo e incapaz de novas adaptações, opondo-se a ideia que antigamente partilhava - *“ser-se velho era ser-se sábio; era ter a mais valia do tempo que fazia do velho o conselheiro, o amigo... a memória das gerações”* (Costa, 1999 cit. por Catanho, 2011). Contrariamente, em diferentes sociedades tradicionais, os idosos são vistos como guardiões da família e da comunidade e conselheiros dos mais jovens. Na sociedade atual, a velhice adquire um significado diferente por causa de ser uma população mais jovem dando, assim, maior importância a sabedoria e experiência dos mais velhos na formação dos mais jovens.

Pierre Bourdieu (1974, cit. por Lourenço, 2009) afirmava no seu artigo que *“a idade é um dado biológico socialmente manipulado e manipulável. A fronteira entre a juventude e o envelhecimento é sempre um desafio de luta e de poder”*. Concluindo, o conceito velhice e a sua definição compõem uma forma de conhecimento socialmente elaborado e partilhado, ou seja, o “velho” não é o que aparenta, mas sim a mentalidade da sociedade.

No entanto, existem os estereótipos próprios pessoais influenciados pelas características individuais, variando de pessoa para pessoa onde a sua personalidade é um aspecto relevante para tornar o indivíduo mais vulnerável a certas patologias do que a outras. Consequentemente, a forma como cada idoso encara o seu novo estado poderá influenciar a imagem que têm de si próprios, fazendo com que *“não sentimos tanto o peso da idade cronológica e facilmente atiramos para fora dos nossos pensamentos os medos do futuro, mesmo quando no nosso subconsciente germina a ideia de estarmos a caminhar inevitavelmente em direção ao “clube dos idosos”* (Fonseca, 2005 cit. por Catanho, 2011).

1.5. | O Processo de envelhecimento

Para Shock (1985, cit. por Paúl, 2006), a afirmação mais coerente para a definição da problemática do envelhecimento, é *“como um processo altamente individualizado que com o aumentar da idade aumentam as diferenças interindividuais de base, a taxa e a direção da maioria das funções e dos processos, resultando num padrão de maior variabilidade com a*

idade”. É com esta ideia chave que se aborda o estudo sobre o processo de envelhecimento, que permite concluir que com o passar dos anos e as experiências vividas, os indivíduos acentuam as suas diferenças perante os demais.

O processo de envelhecimento é a continuação do ciclo de vida, pelo que este se assimila ao desenvolvimento humano implicando aspetos como a idade, os acontecimentos de vida ligados à história pessoal e reações com a saúde física ou bem-estar psicológico daí decorrentes (Fonseca, 2004). Neste sentido, o processo de envelhecimento é um aspeto importante no ciclo vital (cf. *Figura 11*), pois este simboliza a sobrevivência e adaptação perante uma história e desafios passados noutras fases da vida. Com este vêm novos desafios adaptativos que lhe são peculiares nomeadamente de ordem física, psicológica e social (Paúl, et al., 2006).

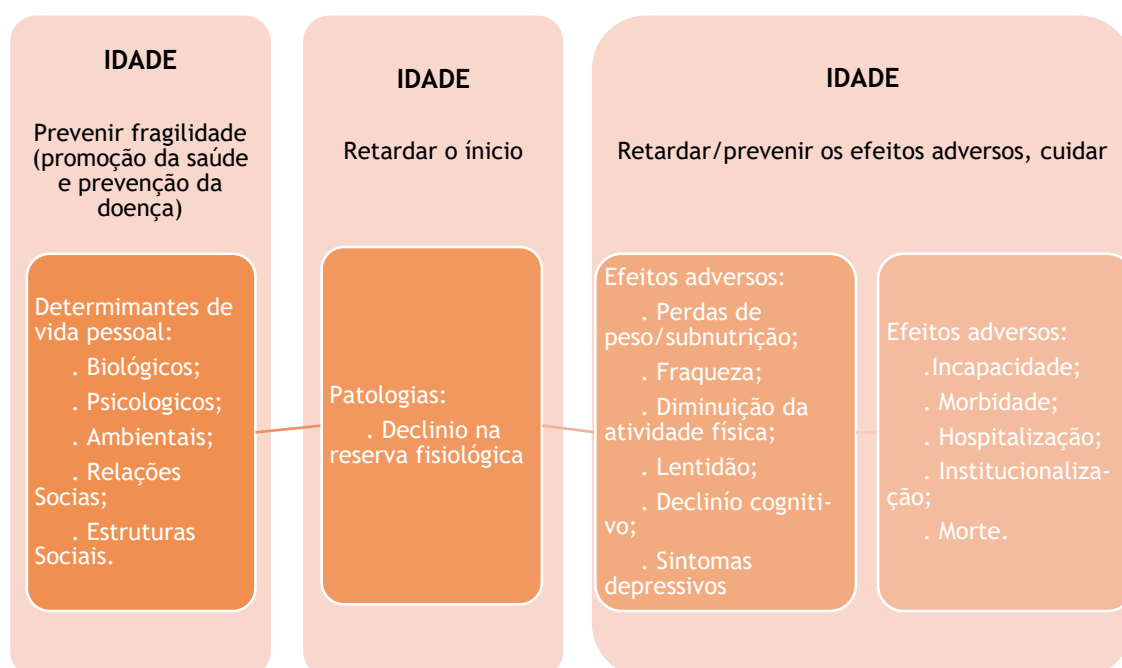


Figura 11_ Quadro explicativo sobre o processo de envelhecimento e consequentes perdas
 Fonte: adaptado de Neves, 2012 - *Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos*, p. 6

Este processo passou a ser objeto de estudo de várias ciências passando pela medicina, psicologia, sociologia e com uma nova abordagem, a gerontologia. Bengston, Rice e Johnson (1999, cit. por Paúl, 2006) afirmam que os gerontologistas tentaram esclarecer os problemas funcionais dos idosos em termos de incapacidades e dificuldades para levar uma vida independente, e definem também o envelhecimento como processo que ocorre ao longo do tempo e a idade enquanto padrão de comportamento social. Fernández-Ballesteros (2000, cit. por Paúl, 2006) partilha da mesma ideia, apenas diferencia a gerontologia social que estuda o impacto das condições socioculturais e ambientais no processo de envelhecimento, as consequências sociais desse processo e as ações sociais que podem otimizar este processo.

Segundo os gerontólogos, a velhice é notada primeiramente no corpo, onde surgem os cabelos embranquecidos, a pele com menor elasticidade e mais seca revelando rugas, a deterioração

da capacidade visual e auditiva, a maior lentidão dos reflexos e movimentos, algumas dificuldades de equilíbrio e menor resistência, entre outros. Estes aspetos contribuem para a expressão do envelhecimento no indivíduo, fazendo com que facilmente se identifique uma pessoa “idosa” ou “velha” (Paúl, et al., 2006).

Chegar à velhice significa múltiplas experiências de vida com impactos diferenciados emocionalmente. Destas experiências destaca-se a família, onde os idosos ocuparam diversas posições no ciclo geracional evolutivo com a conseqüente riqueza de novos padrões de relacionamento, mas também a repetição e/ou reatualização de antigos padrões. Assim, a família, para os mais velhos, possui uma percepção de continuidade do seu percurso, porém também têm de lidar com o falecimento mais ou menos prematuro, reduzindo a sua rede de social.

Também parte integrante deste processo, está a reelaboração de uma nova identidade, para a qual contribui a atividade laboral e conseqüente passagem à reforma, relativamente a uma carreira profissional. Embora este seja um acontecimento normativo no ciclo de vida, não deixa de ser um marco importante associado a maior disponibilidade de tempo e ao término das obrigações laborais. Este acontecimento de vida pode ser desejado e vivenciados, como o alcançar de uma nova etapa, mas também pode ser despreocupação assumida como uma realidade geradora de ansiedade e/ou depressão.

As trocas sociais, nesta fase, tornam-se muito importantes para o desenvolvimento do bem-estar psicológico. Os idosos, ao sentirem-se úteis perante a sociedade, tornam-se mais independentes e com oportunidades para ajudar os outros, reequilibrando a balança das forças afetivas e gerando confiança nas próprias capacidades, tornando-se isto como que um objetivo de vida.

Outro aspeto desta fase do ciclo de vida envolve-se com a morte, pois está associada ao aprender “a dizer adeus” aos entes queridos e também a si próprio. Por vezes pode ocorrer a negação deste acontecimento havendo um distanciamento da realidade próxima e ameaçadora, não admitindo que isto seja uma contrapartida da vida.

Chegado à velhice, é tempo de distinguir se o idoso se depara com um envelhecimento normal - sem condições de patologia biológica e mental -, um envelhecimento patológico - condições opostas ao anterior - e um envelhecimento ótimo - em circunstâncias propícias ao desenvolvimento e com sucesso (Paúl, et al., 2006). O modo como o envelhecimento é percebido e vivido depende de como se concretiza e se caracteriza a adaptação a esta fase da vida. Este conceito de adaptação à velhice consiste numa *“uma série de comportamentos adotados pelo indivíduo idoso para fazer face a exigências específicas da velhice”* (Whitbourne, 1985, cit. por Fonseca, 2004), ou *“associa-se a conceitos como estabelecimento de objetivos, sentido de vida e bem-estar”* (Reker, Peacock e Wong, 1987, cit. por Fonseca, 2004). Para

Barreto, (1988, cit. por Fonseca, 2004) importa distinguir entre adaptação como processo e adaptação como estado: *“distingue entre processo de adaptação - a forma como se satisfazem as necessidades e se reduzem as tensões derivadas das circunstâncias decorrentes da vida -, e estado de adaptação - refere-se à condição de equilíbrio da pessoa consigo própria e com o contexto que a rodeia num determinado momento”*.

Consequentemente, o estado de transição torna-se uma tarefa difícil podendo conduzir a sentimentos de vulnerabilidade e a estados traumáticos, isto mesmo quando se atravessa uma juventude e idade adulta estáveis. Nesta medida, encontram-se diversos focos de crise no envelhecimento que são capazes de gerar mudanças substanciais no estilo de vida dos indivíduos e que interferem com o seu bem-estar geral, tais como:

- Mudança no padrão de vida idealizada;
- Experiência de perdas sucessivas gerando sentimentos negativos e criando as condições para uma espécie de “luto permanente”;
- Mudanças nas relações;
- Problemas de saúde, autoconceito e económicos;
- Perda de controlo da vida pessoal.

No entanto, no processo de envelhecimento é fulcral considerar-se a personalidade do idoso, que tem um papel determinante no estilo do seu futuro. Assim, McCrae e Costa (1990, cit. por Paúl, 2006) explicam que a personalidade é um conjunto de traços, atributos ou qualidades que definem a pessoa e que por vezes, estas podem ser influenciadas pela genética ou experiências infantis que se vão estabilizando no decorrer do seu ciclo vital. Nesta linha, a personalidade dos idosos é disposta por causas internas e estáveis, para o que contribuíram as práticas educacionais da infância e da aculturação, inseridas numa determinada época histórica. Em suma, a personalidade da pessoa constitui-se ao longo do desenvolvimento, sendo que a partir da idade adulta os traços tendem a estabilizar-se. Logicamente o perfil de personalidade de cada indivíduo torna-o mais suscetível ou não a determinadas situações, mas tal aplica-se a qualquer idade. Também relacionado com a personalidade surge o autoconceito, que também é importante na adaptação ao envelhecimento.

Ao nível do funcionamento psicossocial, o idoso situa-se na etapa de integridade *versus* desespero na qual resolve a tarefa de aceitar a sua própria vida e permitir-se a si próprio aceitar a morte ou desespera pela impossibilidade de não voltar a viver a sua vida. Se este confronto for resolvido no sentido positivo, uma nova aptidão ou virtude básica surge, a sabedoria.

Também é importante a sociabilidade dos idosos, pois desenvolvem a entajuda criando relações sociais significativas que servem de escudo para a proteção da saúde mental dos indivíduos. Este principal aspeto toma importância nos fatores sociais ao longo da vida sobretudo nas fases de maior vulnerabilidade, como acontece no período do envelhecimento.

No decorrer do ciclo de vida, as redes sociais vão-se alterando consoante o contexto familiar, profissional, social (cf. Anexo 1), ou simplesmente pela perda de ente queridos, o que provoca uma degradação ou reorganização das mesmas, influenciando a colocação dos idosos no seio da sociedade. Desta forma, a existência de redes de apoio informal propicia autonomia, autoavaliação positiva, maior saúde mental e satisfação de vida proporcionando um envelhecimento saudável e ativo (Paúl, et al., 2006).

Outro domínio relevante na etapa da vida que se analisa é o funcionamento cognitivo. Verifica-se perdas, mas também se observa desenvolvimento de funções cognitivas. Denney (1989), apresenta a teoria das habilidades exercitadas e não exercitadas. No decurso do desenvolvimento há capacidades não exercitadas - função do potencial biológico e da experiência ambiental estandardizada - e as capacidades exercitadas ativamente - capacidade máxima atingível por um indivíduo normal, saudável, em condições ótimas de treino. Verifica-se que independentemente do treino, as capacidades progridem até ao término da adolescência/início de vida adulta, idade a partir da qual começa a verificar-se um declínio. O desenvolvimento deste progresso é paralelo, o que surge que o exercício e o treino podem melhorar a qualquer altura, começando-se a verificar o contrário ao atingir a fase adulta e a velhice, ocorrendo um afastamento destas duas curvas (cf. *Figura 12*) (Paúl, et al., 2006).

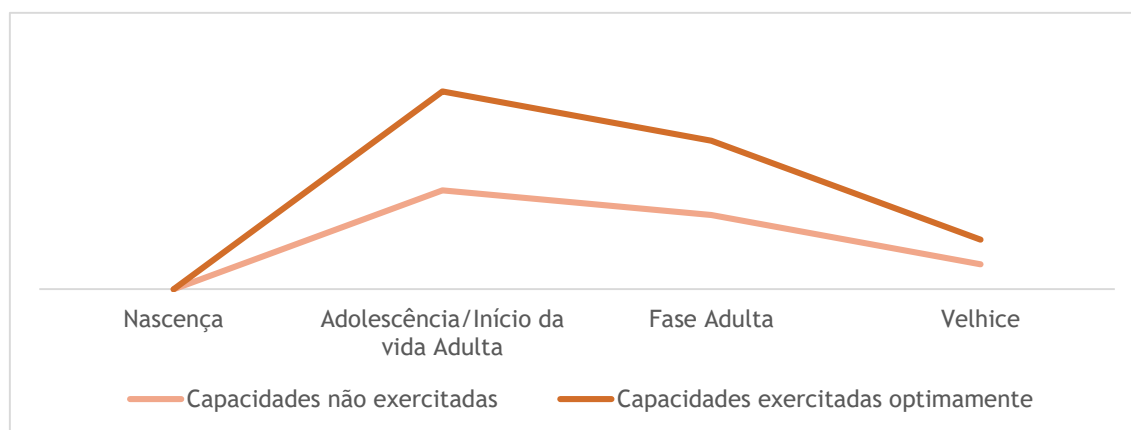


Figura 12_ Esquema do desenvolvimento das capacidades cognitivas

O declínio cognitivo associado à idade continua com poucas respostas, basicamente o que se sabe é que o raciocínio abstrato e resolução de problemas novos declinam com a idade, mas não se explica este fato pela idade, o que impede previsões sobre os efeitos cognitivos do envelhecimento.

2. | Equipamentos sociais para idosos

Atualmente existe uma ampla diretriz nos apoios familiares comunitários, porém estes são vistos, ainda, com algum preconceito quer por parte dos idosos quer por parte das respectivas famílias pois demonstram o desinteresse ou abandono do idoso pelos seus familiares. Contudo, estes serviços são uma mais-valia para a população sénior, quanto a cuidados, alimentação ou convívio, e auxiliares para as famílias que, por motivos diversos, possam estar incapacitados de cuidar do ente querido. Em Portugal, consoante as necessidades do idoso, estão disponíveis serviços de apoio como centros de dia, centros de convívio, serviços de apoio domiciliário e lares de idosos (Sousa, et al., 2006).

2.1. | Evolução dos Espaços Dedicados aos Idosos

Na Idade Média, os idosos recebiam cuidados através das enfermarias de hospitais - salas amplas e retangulares - sendo locais que acolhiam todo tipo de hóspedes e, normalmente, implantavam-se no centro da cidade, possibilitando que os seus utentes continuassem a ter relação com o seio da vida urbana (Quevedo, 2002).

Em 1782, surgem os *workhouses*⁴ (cf. *Figura 13*) exclusivos para doentes, idosos e crianças. Posteriormente, a partir de 1834, comparou-se estes edifícios à arquitetura dos edifícios industriais, não havendo quaisquer diferenças, sendo descritos como paredes de perímetros altos, portas de entrada altas e contendo um bloco de observação. No ano de 1835, foi autorizada a construção de *workhouses* que respeitasse quatro modelos de planos de diferentes tamanhos, com capacidades diferentes. Estes eram formados por um bloco de dois andares em torno de um pátio retangular, dividido por uma parede central com a finalidade de separar os dois sexos. Este tipo de construção difere do esquema do panótico já que o ponto central de controlo não estabelece contato visual com o interior do edifício, mas somente aos pátios e, também, as plantas propostas são radiais e não circulares (Quevedo, 2002).

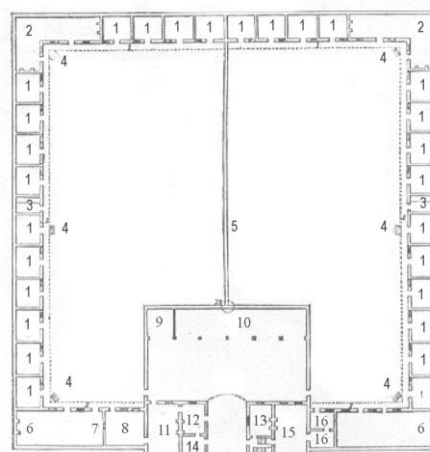


Figura 13_Planta exemplo dos *workhouses* mais recentes
Fonte: Quevedo, 2002- *Residência para Idosos*, p. 35

No século XIX, ocorre uma transformação nos hospitais, começando a serem especializados e a não albergarem utentes nas suas enfermarias. Para tal função, os asilos abdicaram da sua forma volumosa e robusta, para pequenos edifícios definidos por uma organização espacial adequada

⁴ Alojamento conhecido como um lar para pobres

às suas necessidades. Assim, a construção destes edifícios era demarcada pela compatibilidade e altura onde a vantagem consistiria na diminuição do comprimento dos corredores e afins.

Os edifícios destinados a idosos atravessaram transformações arquitetônicas tal como os outros tipos de edifícios. Evoluíram de “lar de idosos” e de “lar de enfermeiras”⁵ para “lar institucional”⁶ e, mais tarde, para edifícios centrados em áreas de diagnóstico e tratamento, centros de reabilitação, lares para convalescentes, lares de enfermeiras e hospitais para doenças crônicas.

Em 1956, definiram-se as três fases pelas quais passa o envelhecimento, determinando os tipos, os serviços necessários e as características arquitetônicas dos espaços de residência para idosos, demarcando a diferença entre ter uma vida independente e uma vida institucional. Estas propostas passaram por casa individual inserida na comunidade, *villa* retirada, casas-apartamento e, finalmente, o tipo de moradia semi-institucional.

Atualmente, o lar para idosos é um centro de pacientes que tem de estimular os anciãos e as pessoas que os atendem de modo a transmitir otimismo. Estes conceitos também têm de ser presentes nas residências para idosos atuais (Quevedo, 2002).

2.2. | O idoso institucionalizado

A jornada do idoso para uma instituição está relacionada com ele próprio, nomeadamente a sua história de vida e as suas próprias características. Muitas vezes este é um recurso ao reflexo da perda do cônjuge, filhos, familiares e/ou amigos ou então devido a sua situação de fragilidade colocando-o, progressivamente, excluído da sociedade e do circuito familiar (Neves, 2012).

Segundo o mesmo autor, o processo de institucionalização é delicado e stressante para o idoso, pois interfere com o seu estado psicológico ainda que esteja integrado num ambiente institucional com boas bases e adaptabilidade às suas necessidades físicas e emocionais, contribuindo sempre para a perda da própria personalidade.

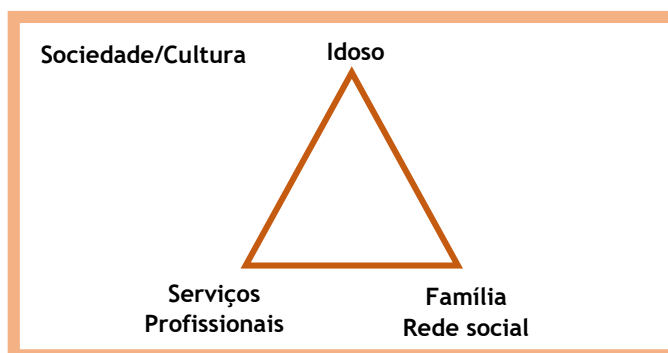


Figura 14_ Triângulo comunicacional: idoso, serviços e família
Fonte: adaptado de Sousa, 2006 - *Envelhecer em Família*, p. 85

⁵ Espaços voltados para os cuidados orientados e facilitar o apoio médico e de enfermagem

⁶ Espaços voltados ao atendimento de idosos que tivessem fora do alcance de um programa de saúde

O envolvimento dos serviços com os idosos e as suas famílias representam um triângulo comunicacional (cf. *Figura 14*), realçando que este apoio ocorre num contexto social e cultural (Sousa, et al., 2006).

A família e/ou rede social ganham o papel de cuidador do idoso. Por parte da família, transpõem questões como as tradições familiares, estilos emocionais e valores ligados com a cultura que, apesar de transmitir-se de geração em geração, permanecem iguais influenciando a vivência atual e ligação com o idoso (Sousa, et al., 2006) .

Outro vértice do triângulo é ocupado pelos idosos, caracterizados pela sociedade como “senis”, “doentes”, “inúteis” e “dependentes”. No entanto, muitos atingem a velhice com uma elevada funcionalidade, onde a manutenção da independência é prioridade na área da saúde, socialmente e por eles próprios, sendo comum a associação entre independência e qualidade de vida, como constatamos anteriormente.

No último vértice, ocupado pelas instituições (cf. *Tabela 4*), predominantemente equipamentos de apoio a idosos, providenciados por instituições privadas sem fins lucrativos seguindo diretrizes governamentais. Estes espaços são estereotipados com baixa qualidade física, a falta de preocupação pela autodeterminação dos utentes e, em alguns casos, certas atitudes e comportamentos agressivos por parte dos funcionários. Atualmente, em Portugal, surgiram alguns equipamentos privados criando a discussão harmoniosa entre motivações de lucro e qualidade.

Tabela 4_Modelo sobre o estereótipo do atendimento do profissional frente ao idoso contrapondo-se com a atitude desejável

Fonte: adaptado de Tomasini, 2005 - *Envelhecimento e planeamento do ambiente construído*, p. 86

Atitude Estereotipada		Atitude Desejável	
Idoso	Profissional	Idoso	Profissional, família e apoio comunitário
O profissional age por mim	Sou responsável pelo idoso	O profissional age comigo, com minha família e apoio comunitário	Somos corresponsáveis pelo tratamento e intervenção
O profissional acha que sou incapaz de agir sozinho	É triste vê-lo tão desprotegido; vou ajudá-lo	O profissional avalia minhas capacidades, e juntos veremos o que sozinho posso fazer	Sensibiliza, agrega familiares, dá apoio comunitário e, juntos, constroem uma relação de ajuda
Sinto-me impotente e incapaz	O cliente é incapaz e impotente em face da situação	Sinto-me respeitado pelo que sou e valorizo meu potencial	O cliente conta com o respaldo familiar e, juntos, são potentes para resolver situações-problema.

A abordagem da institucionalização dos idosos é um tema melindroso pois este pode intervir de forma negativa na sua vivência causando perigos e riscos quer físicos, quer psicológicos. Estes fatores podem contribuir para um impacto negativo na postura do idoso tais como a falta de privacidade, o tratamento massificado e de forma igualitária para todos, a perda de

responsabilidade por decisões pessoais, as rotinas rígidas, a desvinculação do núcleo familiar e da comunidade, a ausência de estimulação intelectual e a realização de atividades físicas, provocando uma baixa auto estima, falta de interesse por si e pelos outros, uma regressão e desintegração social, respostas emocionais diminuídas, entre outros (Carvalho, 2013).

Em modo de conclusão, torna-se necessário incorporar o idoso na participação e colaboração da decisão e planeamento da institucionalização, assim, apesar de ter hipótese de escolha, também tem conhecimento das medidas tomadas e relação deste com o espaço, de modo a permitir uma melhor aceitação e adaptação. A qualidade de vida dos idosos institucionalizados passa pelo acolhimento na instituição e, especialmente, o apoio e convívio com os familiares e amigos, evitando o isolamento (Neves, 2012).

2.3. | Respostas Sociais

Como se referiu anteriormente, a população portuguesa encontra-se num nível de envelhecimento muito elevado. Este crescimento da população idosa implica o desenvolvimento das respostas sociais e de saúde (cf. *Tabela 5*), de modo a que esta população possa ter conforto e qualidade de vida nesta fase. (Freitas, et al., 2010).

Tabela 5_Definições aplicáveis as respostas sociais

Fonte: adaptado de Soares, 2010 - *Proteção contra Incêndios - Lares de Idosos*, p. 16

RESPOSTAS SOCIAIS	DEFINIÇÕES
Lar de Idosos	Resposta social, desenvolvida em equipamento, destinada ao alojamento coletivo, de utilização temporário ou permanente, para pessoas idosas ou outras em situação de maior risco de perda de independência e/ou de autonomia.
Centros de Noite	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que tem por finalidade o acolhimento noturno, prioritariamente para pessoas idosas com autonomia que, por vivenciarem situações de solidão, isolamento ou insegurança, necessitam de suporte de acompanhamento durante a noite.
Residências	Resposta social, desenvolvida em equipamento, constituída por um conjunto de apartamento com espaços e/ou serviços de utilização comum, para pessoas idosas, ou outras, com autonomia total ou parcial.
Centro de Dia	Resposta social, desenvolvida em equipamento, que presta um conjunto de serviços, durante o dia, que contribuem para a manutenção das pessoas idosas no seu meio sociofamiliar.
Centros de Convívio	Resposta social, desenvolvida em equipamento, de apoio a atividades sócio recreativas e culturais, organizadas e dinamizadas com participação ativa das pessoas idosas de uma comunidade.
Acolhimento familiar para pessoas idosas	Resposta social, onde se procede ao realojamento temporário ou permanente de pessoas idosas com casa de famílias capazes de lhes proporcionar um ambiente estável e seguro.

“A perspetiva dos cuidados sociais, é típica de instituições de ajuda, públicas, refletindo o seu dever estatutário de providenciar suporte a pessoas que necessitem; assim, assumem a responsabilidade pelo bem-estar dos utentes, vistos como incapazes de se autogerir. Em

termos sociais, o recurso aos serviços de uma instituição rotula o idoso como socialmente incompetente ou dependente. Como consequência, (...) esta assume a responsabilidade de gerir a vida da pessoa idosa (...)” (Sousa, et al., 2006). Em Portugal, a maioria das instituições sociais para idosos dividem-se em duas áreas: cuidado social e instituição “total”⁷.

Durante muito tempo, o lar de idosos era a única resposta social, cuja utilização exigia a institucionalização do idoso geralmente até ao final da sua vida. Atualmente, existem outras hipóteses que se adaptam às necessidades e características do funcionamento de cada idoso.

⁷ “Convém, desde já, clarificar que instituição “total” não é sinónimo de organizações baseadas no totalitarismo. Estas distinguem-se por isolarem completamente do mundo exterior todos os seus utentes; impõem atividades fisicamente debilitantes e exaustivas; promoverem a incerteza; inexistência de sistemas de privilégios, substituídos pela consoante humilhação pessoal.” (explicação retirada de Sousa, Liliana; Figueiredo, Daniela; Cerqueira, Margarida - *Envelhecer em Família*)

3. | Arquitetura Geriátrica

“O trabalho de projetar e construir é um processo que responde a uma solicitação da sociedade e só são possíveis avanços na medida em que esta também tiver consciência da importância de se ter em conta o processo de envelhecimento” (Schicchi, 2000). O tema arquitetura geriátrica envolve equipamentos destinados aos idosos e a população envelhecida (casos excepcionais inferiores aos 65 anos de idade).

3.1. | A habitação amiga dos idosos

Envelhecer com qualidade de vida é permanecer em funcionamento físico e mental elevado, manter-se ativo e prolongar a sua integração na sociedade, podendo contar com uma panóplia de apoios humanos para os auxiliarem (Fonseca, 2012).

O conceito de habitação define-se como um dos espaços relevantes para o bem-estar individual, sendo este um local de refúgio e abrigo pessoal (Valentim, 2011). Já o termo envelhecimento, apesar da sua definição já ter sido abordada anteriormente, também engloba processos de deterioro sensorial progressiva e diferencial sofridos na fase de ancianidade, sendo estes o equilíbrio, a audição e a visão. Estas alterações tornam-se mais visíveis com o decorrer do tempo, porém não devem ser vistas negativamente, mas encaradas como novas oportunidades e capacidades que vão sendo adquiridas. Desta maneira, a relação entre o espaço e o idoso (cf. *Tabela 6*) passa a ser vital estabelecendo uma posição de independência e influência na sua qualidade de vida (Santos, 2012).

Tabela 6 Principais tipos de alteração sensorial decorrentes do envelhecimento e sua relação com o espaço Fonte: adaptado de Santos, 2012 - *Arquitetura como instrumento de inclusão social*, p. 17

Equilíbrio	<ul style="list-style-type: none">• Dificuldades na gestão do equilíbrio, ocasionando numerosas quedas e acidentes;• Redução dos alcances e da flexibilidade, especialmente nos braços, e declínio da força muscular;• Os movimentos e o tempo de reação motora tornam-se mais lentos;• Diminuição do sentido do tato com perda relativa da habilidade de manipulação de objetos e da sensibilidade na palma da mão;
Audição	<ul style="list-style-type: none">• Degenerescência progressiva das células ciliadas do ouvido, sendo responsável pela diminuição da acuidade auditiva e na diminuição da percepção dos sons puros;
Visão	<ul style="list-style-type: none">• Problemas com a percepção dos objetos mais distantes, na profundidade, na sensibilidade à ofuscação e às cores. Apresentam dificuldades na discriminação de certas cores, principalmente na faixa da luz azul, e aumento do tempo necessário para a adaptação à mudança de luminosidade.

Uma habitação amiga dos idosos realça inúmeras preocupações relacionadas com a qualidade de vida desta população, sendo oferecidos ambientes mais adequados às reais necessidades dos idosos. Estas preocupações são sumariadas pela “*área de estudo da gerontologia que se concentra na descrição, explicação e modificação das relações entre idosos e seus contextos socio espaciais*” (Tomasini, 2005) designada de Gerontologia Ambiental (cf. **Erro! A origem da referência não foi encontrada.**). Os princípios deste conceito defendem que o ambiente dever ser um agente “*facilitador, amortecedor e atenuador das dificuldades encontradas*” (Tomasini, 2005) oferecendo as adaptações necessárias para a qualidade de vida nestes últimos anos de vida. Cada individuo possui uma caracterização de espaço diferente sendo que se estas forem concedidas, o idoso alcança os níveis ideais de conforto, ajustamento e desempenho. Paralelamente às capacidades funcionais restantes do idoso, este deve ser encorajado a manter-se ativo e entrosado na comunidade e isso reflete-se pelo ambiente em que está integrado.

A abordagem aos ambientes para idosos torna-se fulcral visto que o processo de envelhecimento modifica profundamente as capacidades do idoso e também as relações deste com o espaço. Porém, estas dificuldades surgem pelo fato de as habitações serem, geralmente, projetadas tendo em vista o usuário jovem, fazendo com que os idosos não se enquadrem nestes espaços pois não estão adaptados às suas novas condições (Tomasini, 2005).

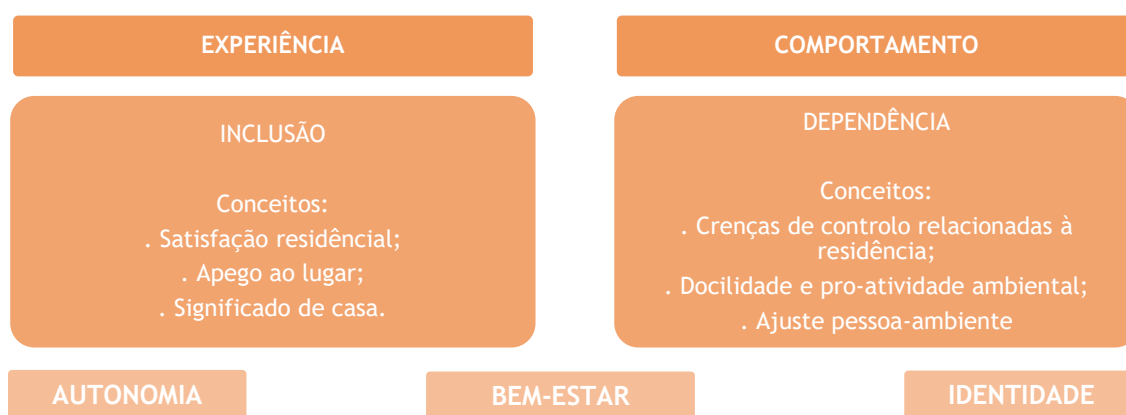


Figura 15_ Estrutura conceitual sobre as relações pessoa-ambiente na velhice
 Fonte: adaptado de Batistoni, 2014 - *Gerontologia Ambiental*, p. 651

A implantação da habitação para idosos também é um ponto relevante no processo de envelhecimento pois é decisivo para o desenvolvimento e a manutenção de um estilo de vida adequado, promovendo a satisfação com a vida, a preservação da capacidade funcional e a autonomia. Com a diminuição das capacidades físicas, os idosos tendem a sedentarizar e assim o ambiente ganha um papel importante como impulsionador de atividades e aumento das competências existentes (Tomasini, 2005). Neste sentido, a localização deve proporcionar aos idosos os serviços de bens necessários procurando localizar-se nas suas proximidades.

Na habitação para idosos, é de importância realçar a forma como a acessibilidade é tratada. Em tempos anteriores, a acessibilidade era uma incógnita, ganhando relevância com a evolução da sociedade perante a situação das pessoas com mobilidade reduzida. Desta maneira, surgiu o conceito de Design Universal defendendo que o *“meio construído deve ser projetado para todas as pessoas, independentemente das suas capacidades, põe a ênfase na diversidade humana e procura soluções que beneficiem simultaneamente as pessoas com deficiência e a população em geral.”* (Simões, et al., 2010).

Mais tarde, este conceito evolui para Design Inclusivo que *“procura encontrar soluções que beneficiem a população em geral, dando contudo especial atenção àqueles segmentos da população que se encontram discriminados.”* (Simões, et al., 2010). Assim, é inaceitável que existam pessoas excluídas do acesso à sua habitação ou a outro edifício público pelo fato de possuírem menos capacidades de mobilidade que os restantes.

Uma habitação propícia aos idosos tende a assegurar todos os meios de acessibilidades como elevadores ou equipamentos mecânicos de apoio no caso das escadas, rampas, portas e passagens largas, entre outros (Rebelo, 2011).

Outro assunto importante quando se fala de idosos, é a sua perda de capacidades visuais. Assim sendo, torna-se relevante realçar o uso criterioso da cor e de contrastes cromáticos, como em paredes, pavimentos e tetos que devem distinguir-se através desta diferenciação (Simões, et al., 2010). Também é de salientar o tema da orientação solar numa habitação, onde se pode usufruir da iluminação e ventilação natural da melhor maneira. Orientada para os idosos, ganha uma particular importância pelo fato de serem mais sensíveis ao calor e ao frio e influenciar o seu bem-estar físico e psicológico.

Em suma, a habitação deve proporcionar bem-estar e conforto ambiental ao idoso, provocar sentimento de segurança e acolhimento e garantir uma integração continuada na comunidade de forma ativa.

3.1.1. O papel da habitação

Após a reforma, a habitação adquire um valor importante pois é onde os idosos irão passar o maior tempo do resto da sua vida adquirindo um valor simbólico na constituição da identidade social do ser humano. *“A forma social que a habitação assume é, por outro lado, um elemento de importância fulcral no conjunto de fatores que propiciam, impedem ou dificultam processos de vulnerabilidade social, afetiva ou, mesmo, física”* (Esteves, 1995).

A habitação desempenha um papel importante para se entender em diferentes estilos de envelhecimento e alcançar o envelhecimento bem-sucedido. A adaptação entre o indivíduo e o ambiente crê na acomodação satisfatória quando as características pessoais coincidem com as exigências do meio, revelando um maior ou menor bem-estar psicológico perante a habitação.

A designação de “envelhecimento-num-sítio” relaciona profundamente o contexto de habitação com o envelhecimento bem-sucedido (Ribeiro, et al., 2011).

Realçando os meios envolventes, encontra-se na sociedade idosa a problemática entre viver na comunidade/viver numa instituição e viver num meio rural/viver num meio urbano.

Quanto à primeira problemática, em modos gerais, os idosos residentes em instituições tendem a sentir-se sós e insatisfeitos, afastados das respetivas relações sociais num dia-a-dia monótono e sem esperança no futuro, no entanto possuem dias calmos e atitudes positivas face ao envelhecimento. Já os idosos residentes na comunidade sentem a falta de apoio adequado para a realização das suas tarefas quotidianas. O impacto da institucionalização num lar de idosos possui variações perante a decisão da ida para o lar (livre vontade ou forçada), o grau de disparidade entre as competências individuais e o ambiente institucional (convivência com pessoas dependentes pode prejudicar o bem-estar psicológico num ambiente de instituição), ou as características do próprio indivíduo (habilidade para lidar as situações formais). Comparativamente entre os ambos ambientes, não existem diferenças plausíveis, ou seja, a saúde é a preocupação principal e é nisso que os indivíduos se centralizam (Ribeiro, et al., 2011).

Contribuir para um envelhecimento bem-sucedido baseia-se em criar condições para lidar com défices sensoriais e melhorar as condições físicas ou do espaço dos idosos. É também necessário proporcionar oportunidades de convívio com terceiros de modo a encontrarem pessoas em que possam confiar. Desta maneira, o sentimento de solidão é combatido pelo meio onde vive de modo a evitar o isolamento.

Quanto à segunda problemática, o ambiente rural oferece aos idosos menos pressão sobre a vida social, ou seja, não têm preocupações com o trânsito, confusões de rua, filas de espera, roubo ou agressões, fazendo com que os idosos se sintam seguros no seu meio habitat. As alterações são moderadas dando tempo para que ocorra a adaptação, muitos ainda se mantêm ativos, tendo como preocupação o cuidar dos animais e de parcelas de terreno. Em contrapartida, são menos escolarizados e possuem menos recursos económicos e materiais à sua disposição. Por outro lado, envelhecer no meio urbano, por vezes, é sinónimo de acabar a vida solitariamente, marginalizado, menosprezado ou ignorado. Dependente do tipo de habitação e devido às dificuldades físicas, os idosos evitam percursos com escadas ficando assim dependentes do auxílio de terceiros. Posto isto, os atuais serviços de apoio encontram-se frágeis e por vezes o apoio familiar é escasso. Assim, tende-se a criar espaços residenciais que colmatem estas dificuldades e que ofereçam valores destinados aos usuários (Ribeiro, et al., 2011).

Ao comparar (cf. *Tabela 7*) os meios rural e urbano observam-se diferenças consideráveis quanto ao ambiente físico e social, à história de vida e ao estilo de vida dos indivíduos, porém

não influenciam o sentimento de solidão. Para além disso, “as atitudes face ao próprio envelhecimento são significativamente mais negativas nos idosos urbanos e o mesmo acontece com a ansiedade/agitação, que é mais acentuada nos residentes metropolitanos. O índice global de satisfação de vida difere significativamente entre as duas comunidades, sendo mais elevado nos residentes rurais do que nos residentes urbanos” (Ribeiro, et al., 2011).

Tabela 7_Diferenças entre o meio rural e urbano
Fonte: adaptado de Quintanar, 2011- *Atención Psicológica de las Personas Mayores*, p. 254

Rural	Urbano
Atividade agrícola	Atividade industrial/comercial intensa
Grande vínculo com a natureza	Grande vínculo com a tecnologia
Comunidades pequenas	Comunidades maiores
Menor densidade populacional	Maior densidade populacional
Homogeneidade psicossocial	Heterogeneidade psicossocial
Baixa diferenciação e estratificação social	Maior diferenciação e complexidade social
Grande migração para o meio urbano	Baixa migração para o meio rural
Pouca interação e contatos sociais	Alta interação e contato social

3.1.2. Residências para idosos - relações espaciais

A definição de residência, segundo a Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (cit. por Silva, 2009), é “(categoria de serviços e equipamentos para idosos) a resposta social desenvolvida em equipamento constituído por um conjunto de apartamentos com serviços de utilização comum, para idosos com autonomia total ou parcial.” Este modelo de instituição tem como principal objetivo:

- Aumentar a permanência do idoso na comunidade, sendo uma escapatória para a institucionalização integral da população sénior;
- Promover qualidade de vida;
- Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;
- Contribuir para a estabilização ou retardamento do processo de envelhecimento;
- Privilegiar a interação com a família e/ou amigos e com a comunidade, no sentido de otimizar os níveis de atividade e de participação social;
- Promover atividades de reforço da autoestima, de valorização e de autonomia pessoal e social, assegurando as condições de estabilidade necessárias para o reforço da sua capacidade autónoma para a organização das atividades da vida diária.

Numa residência, os moradores dispõem de um ambiente cuidado e com características singulares de modo a permanecerem com uma vida autónoma. Neste sentido, enumeram-se conceitos que caracterizam estes espaços quanto à sua funcionalidade, tais como:

- Caráter de habitação tendo em conta os materiais, tratamentos e acabamentos e a sua organização adequada aos respetivos usos, de maneira a estimular e fortalecer amizades e comportamentos de ajuda;
- Privacidade oferecida pelas características do espaço;
- Atividades dinâmicas que fomentem a interação entre os moradores;
- Atividades físicas evitando o sedentarismo e, conseqüentemente, a redução da mobilidade;
- O envolvimento da família nestas atividades e presença assídua na vida dos idosos. (Pereira, 2015)

Quando chegados à velhice, os idosos requerem espaços adaptados às características do seu funcionamento. Daí a importância de serem trabalhados com o desígnio de resultarem em espaços acessíveis, confortáveis e adequados ergonomicamente, pois esta população requer adaptações a cada modificação fisiológica (Acessibilidade Espacial do Idoso no Espaço Livre Urbano, 2006).

As necessidades espaciais recaem sobre aspetos como limitações e capacidades de cada indivíduo idoso. Estas, podem classificar-se em três categorias (cf. Tabela 8): necessidades físicas, informativas e sociais que devem condicionar a configuração de espaços que facilitem a realização das tarefas quotidianas, com independência e segurança (Catanho, 2011).

Tabela 8 Síntese das necessidades espaciais a considerar numa proposta arquitetónica
 Fonte: adaptado de *Acessibilidade Espacial do Idoso no Espaço Livre Urbano*, 2006

CONDIÇÕES	SOLUÇÕES
Necessidades Físicas - facilmente reconhecidas -	
Saúde física Segurança Conforto	Livres de obstáculos Fácil manutenção Evitar acidentes Respeitar as características biomecânicas e antropométricas dos idosos
Necessidades Informativas - informação sobre o espaço -	
Perceção (processo de obter ou receber informação) Cognição (método de organização e memória da informação recolhida)	Espaços legíveis Espaços que estimulem os sentidos, para no caso de falta de informação, facilmente identificar onde se encontram
Necessidades Sociais - promoção do controlo de privacidade e/ou interação social -	
Exclusão social Isolamento	Proporcionar senso de comunidade, onde a amizade ocorra naturalmente

A interação entre o espaço e os seus utentes - pessoas séniores - influencia o processo cognitivo e comportamental, existindo quatro teorias principais sobre esta relação, que fundamentam a compreensão destas modificações conforme a idade vai avançando (Catanho, 2011).

- **Competência e pressão espacial:** limite máximo teórico de capacidade de um indivíduo para funcionar, a qual se compõe em cinco componentes: saúde biológica, funcionamento sensorio, capacidade motora, capacidade cognitiva e força do ego.
- **Congruência:** conceitos de competência e ambiente relacionados com a teoria anterior. Neste sentido, o espaço e o indivíduo têm de ser compatíveis para que os utentes se possam sentir confortáveis.
- **Stress e Confronto:** perceção entre o espaço ambiental e as capacidades de conforto.
- **Conceito da perda contínua:** esta fase da vida é caracterizada pela perda de entes queridos; que pode fazer com que os idosos participem menos socialmente.

Em suma, estas teorias focam a interação em séniores e a interação com o espaço, sendo que cada indivíduo usufrui do espaço mediante as suas perceções e competências.

Quanto à acessibilidade espacial, os espaços têm de ser acessíveis, como se referiu anteriormente e, para tal, considerar quatro componentes da acessibilidade: orientação/informação, deslocamento, uso e comunicação (Acessibilidade Espacial do Idoso no Espaço Livre Urbano, 2006):

- **Orientação e informação:** a compreensão dos espaços deve ser clara quer em termos visuais, sonoros, arquitetónicos, entre outros, permitindo que o indivíduo possa situar-se e deslocar-se facilmente;
- **Deslocamento:** as condições de locomoção e livre fluxo devem ser preocupações sobre áreas de circulação, tanto verticais como horizontais;
- **Uso:** relacionado com o uso de cada espaço perante atividades e utilização, tendo em conta os mobiliários e objetos, de modo a garantir as características ergonómicas adequadas;
- **Comunicação:** facilita a interação entre os utentes e os espaços

Numa habitação dita “normal”, pode haver condições e espaços que dificultem a adaptação para uma pessoa idosa, tais como corredores extensos e estreitos (cf. *Figura 16*) com pouca iluminação, escadas que não respeitam as larguras mínimas, dificultando a locomoção de pessoas, entre outros fatores.

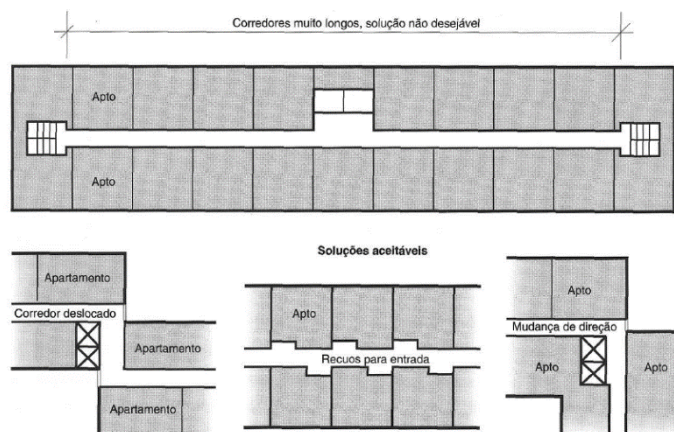


Figura 16 Organização de Corredores Internos
Fonte: Schicchi, 2000 - *Arquitetura e os Idosos*, p. 68

Neste tipo de arquitetura, é imprescindível a utilização do conceito de “desenho universal” que assenta em quatro princípios básicos:

- “Acomodar uma grande gama antropométrica, o que significa acomodar pessoas de diferentes dimensões - altos, baixos, de pé, sentados, etc.;
- Reduzir a quantidade de energia necessária para utilizar os produtos e o meio ambiente;
- Tornar o ambiente e os produtos mais compreensíveis;
- A ideia do desenho de sistemas, no sentido de pensar em produtos e ambientes como sistemas, que talvez tenham peças intercambiáveis ou possibilidade de acrescentar características para as pessoas que têm necessidades especiais” (Schicchi cit. por Edward Steinfeld).

O dimensionamento dos espaços pode ser orientado segundo as medidas convencionais (cf. *Figura 17*). Entretanto, a organização do espaço deve ser projetada de modo a privilegiar a privacidade nos respectivos dormitórios e a possibilidade de áreas de convívio que permitam atividades diferentes.

Neste tipo de equipamento é importante aprofundar e reservar alguma atenção para questões que podem tornar-se específicas (cf. *Tabela 9*), tais como a análise da eficiência do mobiliário, a racionalidade da circulação, a localização de equipamentos e a manipulação dos mesmos. Também é importante a incorporação de equipamentos que dominam o espaço de manipulação e realização de operações, principalmente junto às áreas de serviço, corrimãos ao longo dos corredores, pisos antiderrapantes, entre outros.

Tabela 9_Quadro síntese relativamente aos aspetos a ter em conta na projeção de um espaço adequado a idosos

Fonte: adaptado de Pereira, 2015 - *Humanizar o habitar na terceira idade*, p. 51

Volume: a relação entre o edificado, a envolvente e o ambiente que vai acomodar.

Escala: os autores referem que a dimensão da residência varia conforme o local de implantação onde o edifício se desenvolve transparecendo a ideia de uma casa. Esta não pode ser pensada como um objeto pois a edificação necessita de conter uma dimensão humana. Desta forma o espaço interior desenvolve-se através de proporções adequadas aos seus usos, estimulando laços de amizade e um sentimento de família entre todos.

Barreiras Arquitetónicas (acessibilidades): o idoso consiste numa pessoa vulnerável pelo que os acabamentos interiores e exteriores são palmeados cuidadosamente. É importante a presença das estruturas necessárias (elevadores, plataformas elevatórias e escadas) para que as pessoas realizem uma movimentação livre de qualquer barreira.

Qualidade ambiental: é importante minimizar os distúrbios sonoros como também ter em conta a temperatura do ambiente no interior, pois o idoso necessita de temperaturas mais elevadas. Os espaços bem iluminados ajudam também nas atividades, no reconhecimento dos espaços, na autoconfiança, na segurança e no bem-estar. Neste contexto, a presença de vegetação é benéfica em aspetos como a redução de ruído, a filtração do ar, a privacidade visual e o efeito térmico.

Imagem: um projeto caracterizado por um ambiente agradável, acolhedor e humanizado que trabalha com fatores como privacidade, singularidade, intimidade, apresentando desta forma um caráter residencial e não hospitalar. O caráter hospitalar é minimizado ao conjugar elementos como a luz natural, a cor, a decoração, o mobiliário, os espaços verdes, entre outros, que proporcionam conforto e intimidade ao espaço valorizando e dinamizando a vida de cada indivíduo, como se da sua casa se tratasse.

Quartos: é importante que os quartos sejam caracterizados pelo conforto, preservando a intimidade de cada residente, sendo possível a colocação de objetos pessoais;

Salas: constituem áreas alegres estimuladas pela vasta iluminação, bem como pelo uso da cor, motivando a interação social entre os moradores;

Refeitório: é importante que estes espaços contêm o mesmo caráter familiar e não de cantina hospitalar, sendo pertinente a existência de elementos pontuais de caráter familiar;

Espaços de transição: sugere-se que estes espaços sejam munidos de luz solar, voltados para paisagens interessantes bem como a presença de elementos de decoração;

Mobiliário: é importante que o mobiliário seja selecionado pelas suas características de conforto semelhante à de uma habitação de forma a conseguir um ambiente íntimo;

Espaços verdes: as zonas exteriores ajardinadas são espaços que favorecem toda a área em seu redor. É importante que seja munido de um caráter de permanência, ou seja, manter o espaço limpo, sem ruídos e com mobiliário adequado para que as pessoas possam sentar e desfrutar do ambiente exterior.

Funcionalidade: a qualidade espacial relaciona-se com a área/função onde mais que o dimensionamento é importante pensar na forma como estes se organizam e se relacionam.

Quarto: encontram-se dispostos de forma continua para facilitar o acompanhamento dos utentes. O Quarto não consiste num espaço apenas para dormir apresentando desta forma área suficiente para as atividades recreativas (ler, bordar, ouvir música). É importante a disposição dos quartos com aberturas para a natureza ou ruas com movimento. Independentemente da condição física, o idoso deve ter a possibilidade de observar o exterior;

Sala: é importante que o utente tenha a possibilidade de observar outras pessoas em diferentes atividades, ao que os autores estudados focam a importância dos espaços comuns com ligação a refeitórios, terraços, jardins ou entrada principal. As dimensões devem variar tendo em conta as diferentes atividades, isto é, espaços para albergar grandes eventos (aniversários, palestras) como também áreas para grupos menores favorecendo o ambiente mais familiar (ver TV, conversar);

Refeitório: deve ser também envolvido por áreas com interesse. Recomenda-se a colocação de mesas de grupo entre quatro a seis pessoas;

Mobiliário: foca-se a disposição do mobiliário de acordo com a movimentação dos utentes com mobilidade condicionada para que estes se sintam confiantes e seguros na hora de se deslocar, promovendo desta forma a sua autonomia. A disposição das cadeiras em U cria uma situação de grupo promovendo a interação social;

Espaços de transição: é importante inserir uma nova visão sobre os corredores, isto é, pensá-los como um espaço, em que mais do que uma ligação constituem áreas que fomentam possíveis encontros, animando o percurso. Sugere-se o aumento da área de circulação criando pontos de paragem.

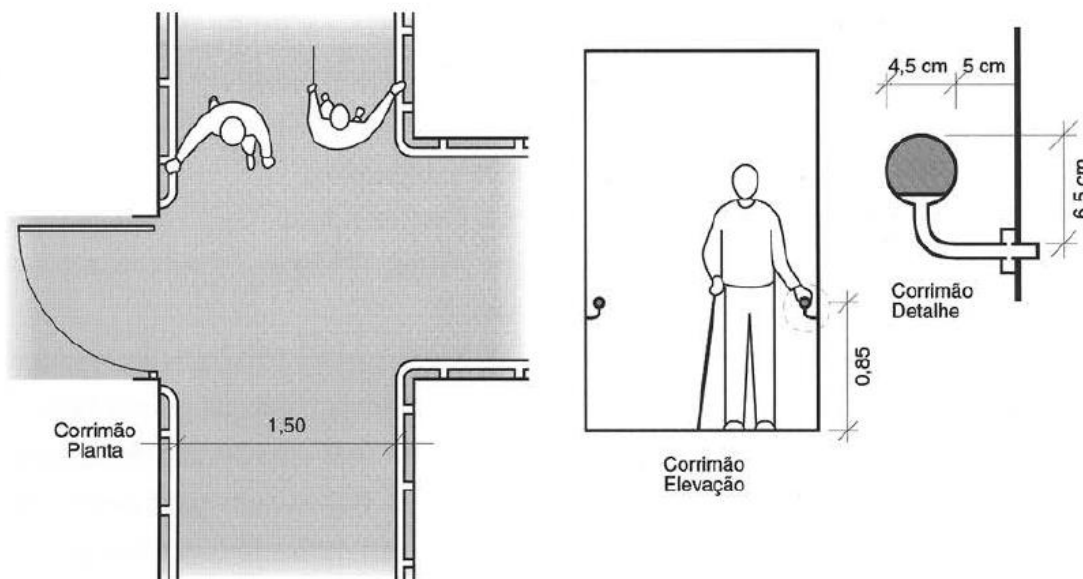


Figura 17_Dimensões, desenho e posicionamento adequados dos corrimãos
Fonte: Schicci, 2000 - *Arquitetura e os Idosos*, p. 72

3.2. | Conforto e aspetos psicológicos

Na habitação para idosos, o conforto e outros aspetos psicológicos são levados à extrema importância para o utente do espaço. Neste sentido, ao projetar um edifício desta tipologia há que ter em atenção o conforto térmico fazendo com o utente se sinta confortável, e o conforto acústico, necessário para a proteção do ruído envolvente e entre ambientes contíguos de modo a proporcionar o bem-estar do utente (Cardoso, 2016).

Outro tópico que influencia o espaço é a luz natural e artificial, tendo como objetivo não só iluminar o espaço, mas também transmitir sentimentos e emoções. O modo como a luz é aplicada num espaço varia consoante fatores como o pé direito, o volume do espaço, o acabamento das paredes e as cores, que influenciam não só o que surge da própria fonte, mas

também os reflexos causados por esta. Envolvido nesta abordagem encontra-se a orientação solar, possibilitando o maior proveito dos benefícios do sol a partir da dimensão e localização dos vãos, iluminação, aquecimento solar e circulação de ar.

A escolha dos materiais ou acabamento no espaço arquitetónico também se repercute na caracterização do espaço, estimulando sensações agradáveis ou não, tornando-o confortável e agradável aos utilizadores. Também a influência das cores atribui sensações e emoções, causando diferentes comportamentos. Com isto, torna-se necessário estudar as cores nos respetivos ambientes e assim saber que características dão ao espaço. Massel e Kail, Rasmussen e Beresniak (Almeida, 2010 cit. por Cardoso, 2016) afirmam que a utilização da cor deve contribuir para:

- *“Organizar a atividade humana: indicando percursos, por exemplo, existência de faixas de cores nas paredes, que acompanham o visitante até ao local desejado;*
- *Contribuir para a maior legibilidade;*
- *Acentuar as formas e outros elementos arquitetónicos: as cores claras fazem um objeto parecer mais leve do que realmente é;*
- *Regular o volume e a temperatura de uma divisão; as cores claras e suaves ampliam a dimensão do espaço, as cores escuras encurtam-no;*
- *Enfatizar o que está em cima e em baixo: o piso que caminhamos deve ser de tom escuro, as paredes devem ser mais claras e o teto deve ser leve e incorpóreo;*
- *Caraterizar diferentes aposentos: a existência de cores (cf. Tabela 10 e Figura 18) que se podem achar mais adequadas para certas divisões do edifício.”*

Tabela 10_Cores e respetivas sensações

Fonte: adaptado de Cardoso, 2016 - *Habitação Intergeracional: Envelhecer na Sociedade Covilhanense*

CORES	SENSAÇÕES
<u>Cores claras:</u> Tons amarelos, verdes e laranjas	Limpeza, juventude, jovialidade
<u>Cores escuras:</u> Tons vermelhos, azuis e negros	Seriedade, calma e maturidade
<u>Cores frias:</u> Tons de azuis, verdes e violetas	Tranquilidade, separação e seriedade
<u>Cores quentes:</u> Laranja, vermelho e amarelo	Alegria, dinamismo, amizade, confiança e atividade
<u>Cores neutras:</u> Branco, preto e cinzento	Sensações neutras



Figura 18_ Efeito das cores claras e escuras nos ambientes

Fonte: adaptado de Cardoso, 2016 - *Habitação Intergeracional: Envelhecer na Sociedade Covilhanense*, p. 41

3.3 | Casos de Estudo

3.3.1. Vila dos Idosos, 2007, Arq. Vigliecca & Associados, São Paulo, Brasil



Figura 19_Vila dos Idosos, Arq. Vigliecca & Associados, Brasil

Fonte: <http://www.vigliecca.com.br/pt-BR/projects/elderly-housing#>

Este conjunto está localizado no Bairro Pari, perto do centro da cidade, e conta com a particularidade de ter sido projetado para envolver a Biblioteca Municipal Adelpha Figueiredo, localizada junto do terreno. Neste espaço, existem excelentes acessibilidades às diversas linhas

do transporte público. O terreno é complexo visto que tem frentes relativamente pequenas a três ruas. Este projeto assume importância numa estrutura urbana fragmentada e sem carácter.

O principal objetivo é promover o contacto entre os usuários do conjunto e entre ele e a cidade. Os espaços coletivos existentes nas circulações horizontais foram pensados para esse efeito, assim como os bancos em frente às portas dos apartamentos. Direcionados para as avenidas, localizam-se os salões comuns, promovendo contactos com o bairro, com edifícios comerciais, culturais e sociais. Existe também uma horta comunitária, que servirá como uma estratégia alternativa de sobrevivência dos moradores.

O projeto prevê a adaptação às necessidades físicas dos seus residentes. Isto leva a que se tenha pensado em portas mais largas, áreas com fácil acesso, ventilação cruzada, adequação dos pisos e altura das janelas, altura e largura dos degraus, barras de apoio nas instalações sanitárias, de modo a dar mais segurança e evitar acidentes. Em cada piso do edifício existe um salão onde é possível aos utentes verem televisão e/ou jogar às cartas. Com todos estes aspetos é possível estimular a autonomia e independência dos idosos.

Tendo em atenção a quem se destinada o projeto e às normais condições económicas, este tem como ideia a utilização de materiais padronizados de alta durabilidade e com escassa necessidade de manutenção. Seguindo a mesma ideia, os acabamentos são simplificados, com a laje aparente, eliminando os revestimentos das paredes e pisos. Exteriormente, o edifício é definido apenas pela alvenaria branca, intercalado com as janelas negras. Na fachada principal, adjacente à rua, foram inseridos os módulos de serviços. Na zona interna, onde está o pátio, o ritmo da fachada é dado pelas colunas circulares. Este pátio tem como principal elemento um espelho de água.

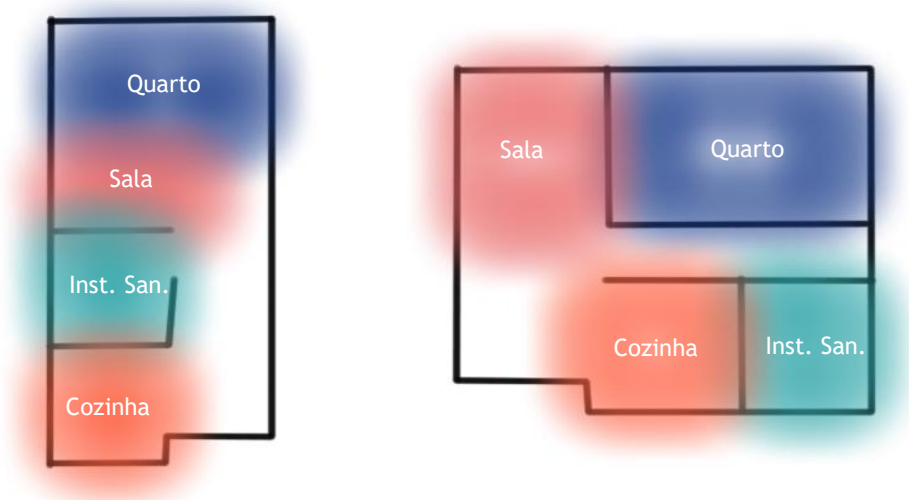


Figura 20_Esquema das unidades habitacionais tipo, T0 e T1 respetivamente
Fonte: baseado em <http://www.vigliecca.com.br/>

3.3.2. Residências Assistidas em Alcácer, 2007, Arq. Aires Mateus, Alcácer do Sal, Portugal



Figura 21_Residências Assistidas em Alcácer, Arq. Aires Mateus, Portugal

Fonte: <http://www.archdaily.com.br/br/01-98258/residencias-em-alcacer-do-sal-slash-aires-mateus/51116f8cb3fc4b75d9000055-alcacer-do-sal-residences-aires-mateus-photo>

As residências assistidas de Alcácer do Sal surgem da necessidade de criar equipamentos sociais para idosos, devido a um Alentejo envelhecido. A dupla de arquitetos, Aires Mateus Arquitetos, procurou compreender a dinâmica desta faixa etária, percebendo assim a sua postura em comunidade e aspetos inter-relacionais.

O volume nasce da montanha, desdobrando-se num movimento em *zig-zag* entre o rio Sado e as colinas de sobreiros. Os limites da obra no terreno são estabelecidos a partir da criação de uma relação com as pré-existências. O topo do edifício funde-se com a montanha, de onde surge como um muro que define um espaço aberto. A sua materializa é demarcada pela sua grande escala, através do movimento e marcação do lugar, servindo-se da envolvente como cenário. A sua forma é, de certo modo, uma abstração de elementos extremamente geométricos de carácter fotográfico, com esquinas vincadas, remetendo-nos à fachada para um jogo de xadrez. Essa dicotomia dos cheios/vazios e sombra/luz, pretende-se induzir para os espaços sociais e privados. Neste movimento rítmico que compõe a fachada, ressalta a dualidade tonal do edifício, o branco puro e o preto sombra, variando consoante a intensidade da luz. No seu interior, passa-se a ter cores menos contrastantes, onde nas zonas comuns, o branco das paredes combina com o mármore branco com veios cinza do pavimento, idealizado para conferir um carácter luxuoso e minimalista. Os apontamentos de luz surgem em rasgos geométricos no teto falso, perfurado com um padrão, acompanhando a rigidez da forma e a

tonalidade existente. Todos os corrimãos e candeeiros do hall seguem a mesma ideia do branco puro. Os corredores são pautados por apontamentos de carpintarias em alumínio que envolvem as esquinas e servem de “escudo” às paredes. A mesma ideia se encontra nos espaços privados, onde a cor branca domina as paredes e mobiliário, tendo apenas em contraste o pavimento de cor cinza e os rasgos de luz geométricos e subtis.

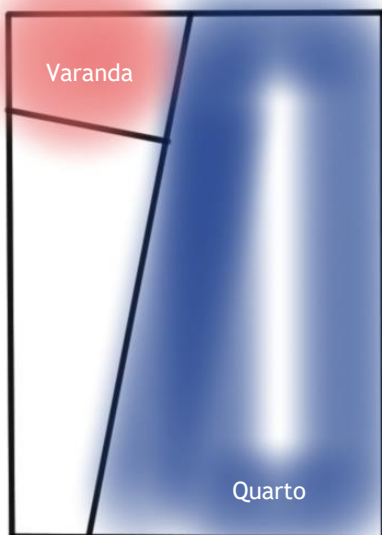


Figura 22_Esquema da unidade tipo com quarto e varanda
Fonte: baseada em <http://www.archdaily.com.br/>

3.3.3. Home for Senior Citizens, 1993, Arq. Peter Zumthor, Masans, Suíça



Figura 23_Home for Senior Citizens, Arq. Peter Zumthor, Suíça
Fonte: <http://www.galinsky.com/buildings/elderly/>

O edifício, desenhado pelo arquiteto Peter Zumthor, localiza-se em Masans, na Suíça, e destina-se a pessoas de idade avançada que consigam viver autónomas. Na sua envolvente encontra-se um centro de idosos e um lar. O novo edifício, assim como os antigos, surgem de forma simples, originando assim um género de bairro em volta de um pátio de características suburbanas. A memória do existente foi preservada, exemplo disso são o muro junto à rua, um abrigo e um grande limoeiro originando uma sensação que sempre lá existiu.

O projeto conta com três pisos, sendo o primeiro técnico e os restantes destinados a habitação, interligados a partir de corredores internos e com dois acessos verticais, diminuindo assim a percepção de sua profundidade. A galeria é comprida, tornando-se agradável devido aos pequenos espaços que surgem de acordo com os avanços e recuos dos volumes da habitação.

Os apartamentos, embora possuam áreas pequenas, aparentam maior amplitude devido à flexibilidade dos painéis de portas que oferecem a possibilidade de omitir os armários quando fechados. Os habitantes destes apartamentos sentem-se confortáveis pelo fato de a decoração ser identificável pelas pessoas e reconhecerem-nos das suas próprias vivências nas antigas aldeias vizinhas. Exemplo disso são os pavimentos de madeira, paredes com painéis de madeira e de pedra, uma varanda protegida do vento no canto frontal da parede e uma grande janela com vista para o vale. Pode-se ver que a distribuição programática é feita com a colocação da cozinha e instalações sanitárias adjacentes à galeria, enquanto a zona de dormir e sala no alçado oposto.



Figura 24_Esquema da unidade habitacional tipo
Fonte: baseado em <https://pt.pinterest.com/>

Capítulo III

Proposta Arquitetónica

1. | Introdução

A habitação reinterpretada em prol do envelhecimento no séc. XXI possui uma dualidade no seu conceito, pois esta é uma habitação comum, mas terá de permitir condições de assistência. Desde o momento que a esperança média de vida do homem aumentou, que a população jovem se manifestou quanto aos cuidados aos idosos, alegando falta de tempo. Esta situação originou a reflexão sobre as novas formas de habitar adaptadas à população sénior, aliando-se as tecnologias que completam as necessidades e o bem-estar dos utentes. A arquitetura geriátrica fica responsável por criar sensações controladas pelos contrastes da cor e da luz natural e artificial e atentar ao grau de vulnerabilidade dos utentes, sendo importante a consideração dos acabamentos interiores, do mobiliário e das questões de segurança, de modo a permitir maior liberdade de movimentos (Fonseca, 2012).

1.1. | Vila do Conde - a Cidade

1.1.1. Enquadramento Geral

Vila do Conde é uma cidade do distrito do Porto com 79 500 habitantes e sede de concelho composto por 21 freguesias e 7 Uniões de Freguesia que lhe oferecem características singulares. Conta com 18 km de praias contrastando com o aspeto rural das freguesias mais interiores, onde se verifica a existência de exemplares arquitetónicos da pré-história e do românico. (Câmara Municipal de Vila do Conde, 2015)

Como se pode verificar na *Figura 25* “o município é limitado a norte pelo município da Póvoa de Varzim, a leste por Vila Nova de Famalicão e Trofa, a sul pela Maia e por Matosinhos e a oeste tem litoral no oceano Atlântico” (Memória Portuguesa, 2009). A cidade localiza-se na margem norte da foz do rio Ave, conferindo-lhe um estatuto importante em termos industriais, porto de pesca e zona balnear e turística.



Figura 25_ Freguesias do concelho de Vila do Conde e municípios envolventes Fonte: https://pt.wikipedia.org/wiki/Vila_do_Conde

A cidade conta com monumentos emblemáticos e importantes em termos históricos, tais como: o Mosteiro de Santa Clara - fundado em 1318 e onde domina o espaço urbano -, o aqueduto (cf. *Figura 26*) - “conferindo-lhe uma respeitosa monumentalidade”; e a Igreja Matriz (cf. *Figura 27*) - construção iniciada em 1496, pontuando o núcleo histórico (Memória Portuguesa, 2009).



Figura 26_ Aqueduto Fonte: <http://www.bm-joseregio.com/Entrada/tabid/834/PostID/562/Aqueduto-de-Vila-do-Conde---o-4%C2%BA-mais-bonito-do-mundo.aspx>



Figura 27_ Igreja Matriz Fonte: <http://static.panoramio.com/photos/large/35556006.jpg>

Num passeio pedonal tem-se como panorâmica casas de um piso embelezadas com janelas manuelinas, ruas estreitas e calçadas de pedra, por onde se ouve histórias sobre a terra e o mar. Também se pode descobrir os estaleiros que, em tempos primórdios, contribuíram para a propensão marítima dos portugueses.

1.1.2. Enquadramento Histórico

A cidade de Vila do Conde remonta para um dos mais antigos termos do norte de Portugal sendo as suas origens datadas muito antes da fundação do território português, nomeadamente em 953. “As origens ancestrais desta cidade costeira desenvolvem-se desde o castro de S. João Baptista, local onde, em 1318, D. Afonso Sanches e D. Teresa Martins fundariam o Mosteiro de Santa Clara, monumento que, restaurado e ampliado no século XVIII, é um dos ex-libris de Vila do Conde” (Câmara Municipal de Vila do Conde, 2015).

No século XVI, a cidade teve o teu apogeu comercial e marítimo devido à construção naval ligada aos Descobrimentos e com o seu porto e alfândega, constituindo um entreposto comercial de importância na história de quinhentos. Em 1502, a passagem de D. Manuel pela cidade impulsionou a construção da Igreja Matriz, a Praça Nova e Paços do Concelho e, conseqüentemente, a origem de novas vias na malha urbana (Câmara Municipal de Vila do Conde, 2015). No ano de 1516, este rei concede-lhe foral, permitindo que a população participasse ativamente nos descobrimentos portugueses. Vila do Conde é elevada à categoria de cidade no ano de 1987 (Memória Portuguesa, 2009).

Atualmente, Vila do Conde permanece dinâmica e preocupada com a sua história. Neste sentido, realça-se a requalificação da zona envolvente ao Mosteiro de Santa Clara, a

intervenção na zona do Cais da Alfândega (cf. *Figura 23*), a construção e musealização de uma replica de uma nau quinhentista, e reestruturação do espaço urbano com fim de usufruir das condições naturais que a proximidade do mar permite (cf. *Figura 29*).



Figura 28_Mosteiro de Santa Clara e intervenção na zona do Cais da Alfândega



Figura 29_Nau Quinhentista e espaço urbano envolvente



Figura 30_Ponte sobre o rio Ave

Por fim, outro ponto importante da cidade de Vila do Conde é a ponte sobre o rio Ave (cf. *Figura 30*), objeto de anseio de há muitos séculos. Pois, em tempos remotos, esta adquiria grande importância em aspectos económicos (circulação de mercadoria e abastecimento interno) e contribuição para o tráfego rodoviário e pedonal da periferia da cidade em relação aos grandes eixos de circulação durante séculos (Pinto, 2000).

1.1.3. Expansão Urbana

A par da história de Vila do Conde, torna-se importante reter algumas considerações acerca da formação urbana da cidade, compreendida entre os séculos XVI e XX. Deste modo, utilizando uma planta da estrutura urbana atual interpreta-se a sobreposição com a referente ao século XVI, demonstrando que grande parte do traçado urbano da área central de Vila do Conde manteve a estrutura urbana principal quinhentista, época de forte comércio externo para o Brasil e para o Norte da Europa.

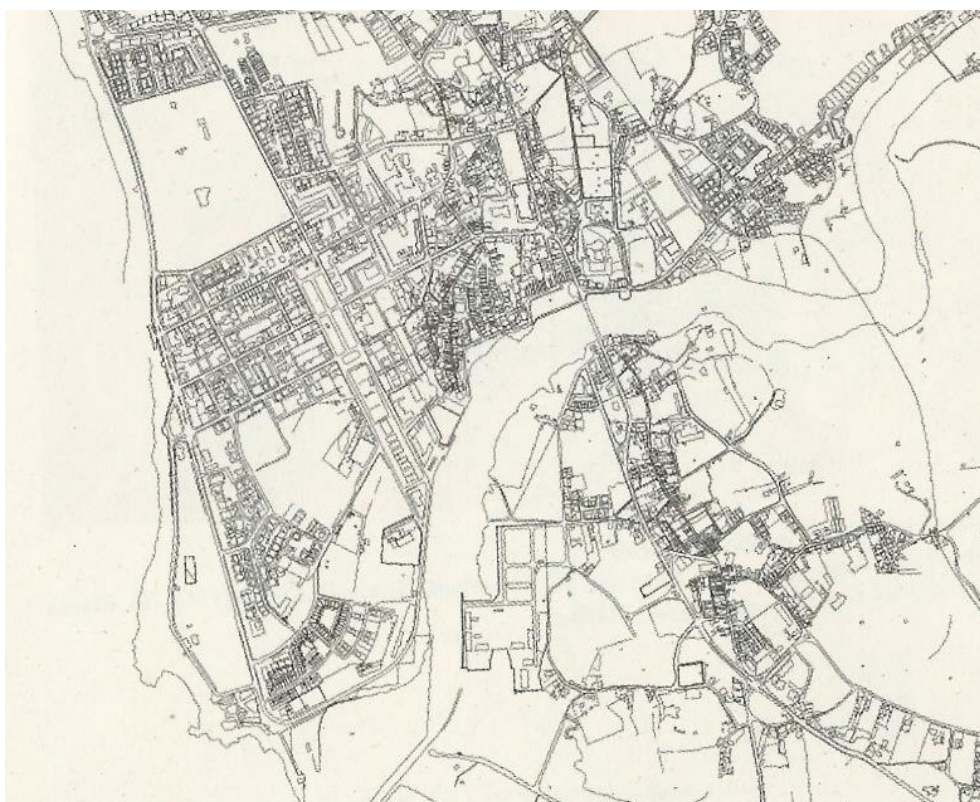


Figura 31_Estrutura Urbana atual
Fonte: Câmara Municipal de Vila do Conde, 2006

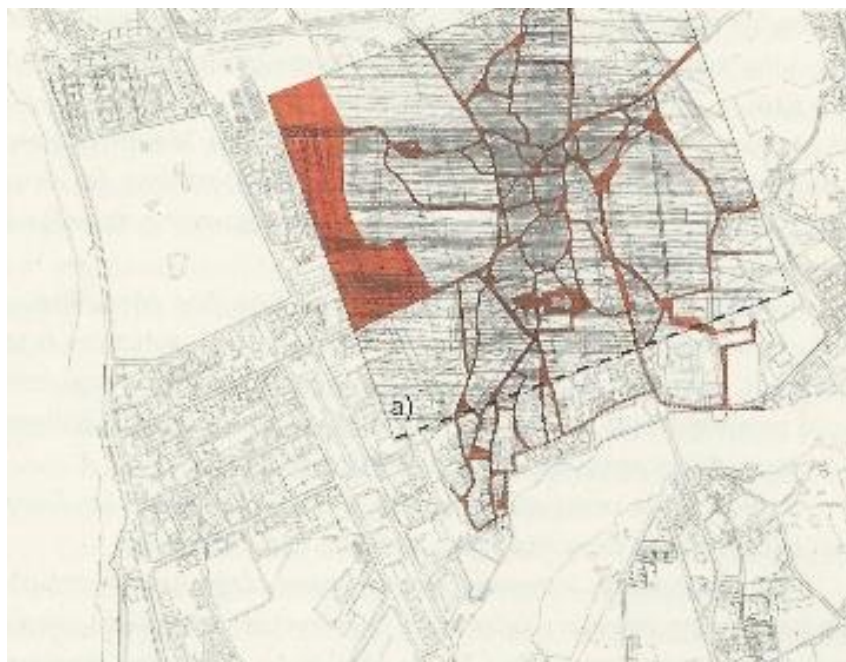


Figura 32_ Sobreposição da planta do século XVI com estrutura urbana atual
Fonte: Câmara Municipal de Vila do Conde, 2006

a) *“A zona inferior ao traçado corresponde a uma reconstituição com base em traçados antigos. Representa também a hipótese de ligação entre o Cais da Alfândega e o Submosteiro.”*

As alterações mais notáveis são resultantes da abertura da estrada Porto-Viana do Castelo em 1865 interrompendo o tecido urbano e separando a zona alta da cidade da zona a oeste, onde surge uma urbanização de veraneio com um acesso direto às praias. Nesta sobreposição, verifica-se também a abertura de uma segunda avenida em direção à praia, traçada sobre uma rua quinhentista paralela à orientação da Igreja Matriz no sentido oeste. Esta rua é fulcral para a expansão urbana no século XIX.

“A construção do mercado municipal que porta o nome de Duarte Pacheco, construído na primeira metade do século XX, vai consolidar formalmente as alterações efetuadas em 1865, aquando da abertura da Estrada Nacional.” (cf. Figura 33) (Câmara Municipal de Vila do Conde, 2006).



Figura 33_ Porta Mercado Municipal com a inscrição do Eng. Duarte Pacheco
Fonte: <http://jornal-renovacao.pt/2016/03/go-urban-market-no-mercado-municipal/>

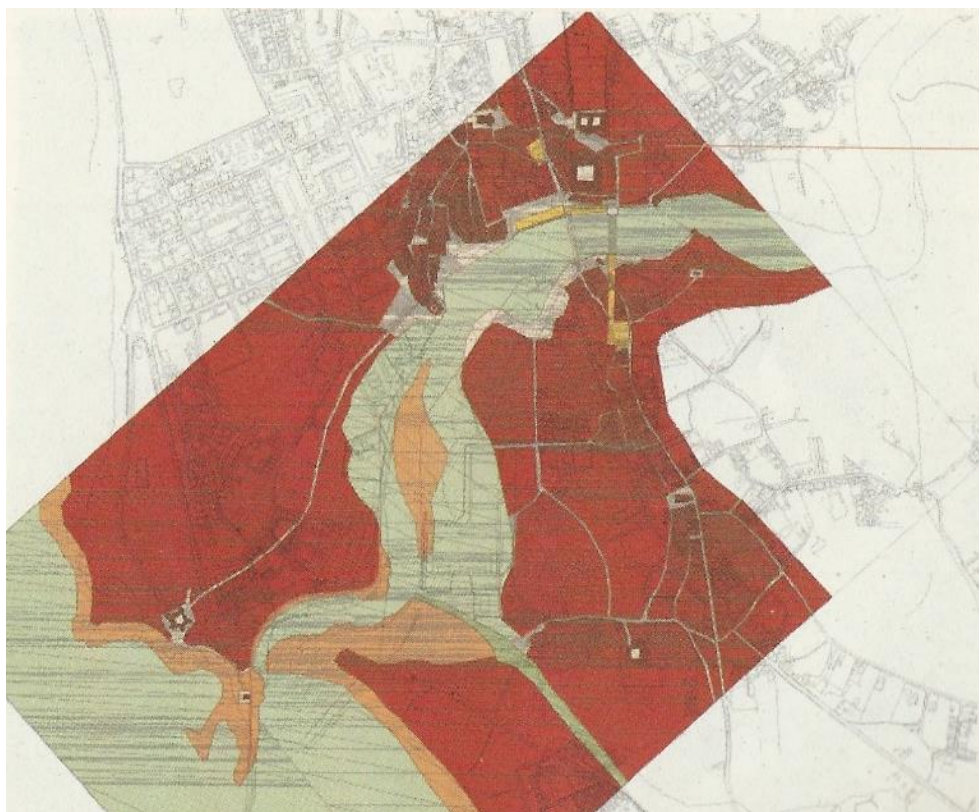


Figura 36_Inserção do traçado urbano da planta do século XIX na planta atual
Fonte: Câmara Municipal de Vila do Conde, 2006

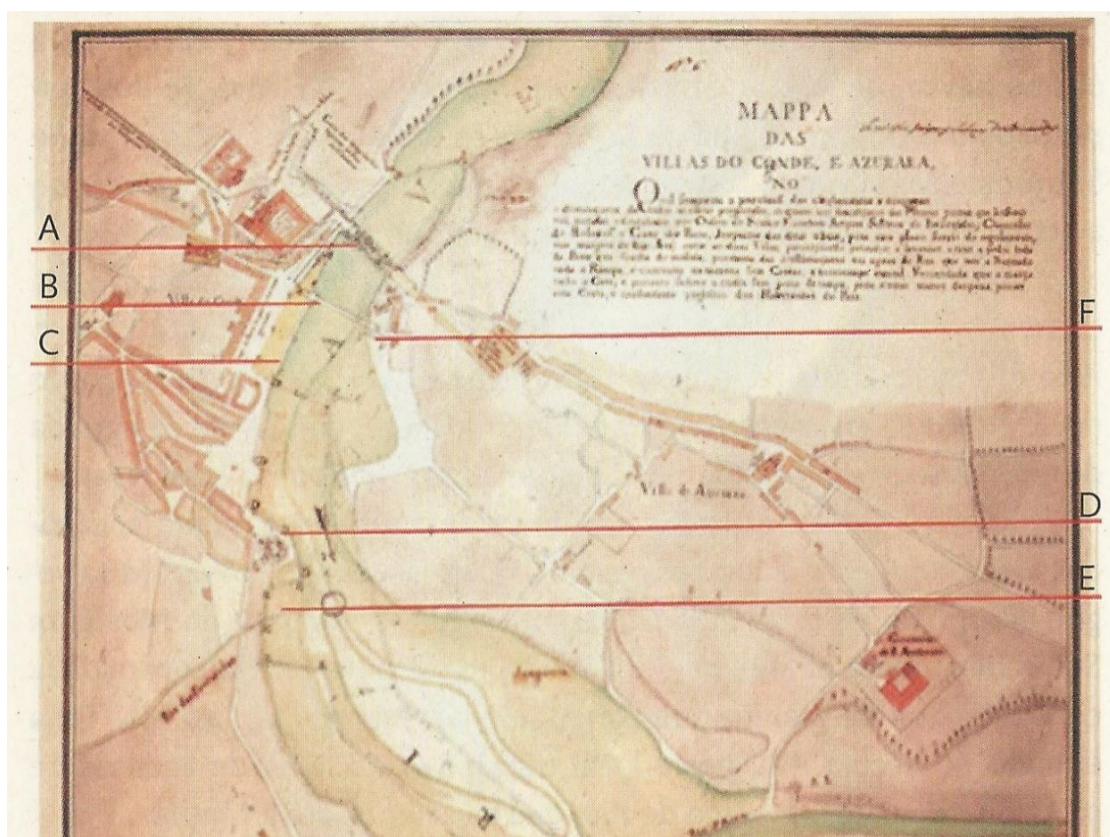


Figura 35_Mapa das Villas do Conde, e de Azurara... - (1821-1824)
Fonte: Câmara Municipal de Vila do Conde, 2006

- A. *“mostra a ruína da ponte de pedra e rampa (...)” “(...) a realização de uma grande praça em Azurara, (...), de onde parte um largo arruamento que entronca na ponte destruída.”;*
- B. *“Ponte de madeira, talvez o objeto principal da intervenção, uma vez que esta ponte que substitui a de pedra foi construída em 1821, ano da derrocada da 1ª ponte e tendo durado até 1893, ano da conclusão da ponte metálica.”;*
- C. *“(…) propostas de intervenção na atual Praça da República (...)” “(...) Pode observar na mancha colorida inserta na planta, a dimensão da praça é praticamente duplicada, avançando sobre o rio.”;*
- D. *“Mostra o cais já construído na mesma direção alguns anos atrasados; e toda a maior obra de um e outro lado está por construir.”;*
- E. *“Abrigo, para amarração e segurança das embarcações no tempo de maior enchente.”;*
- F. *“Estaleiro para todo o tipo de embarcações no tempo de maior enchente, local proposto para a construção naval em Azurara, o qual veio ocupar outro local.”*

A planta do início do século XX demonstra vários traçados quinhentistas, alterados posteriormente à sua execução em 1915. Esta fornece informação acerca da primeira fase da construção do Mercado Municipal, inclui os percursos medievais e os caminhos de areia de acesso ao Castelo e Caxinas e ainda fornece uma possível localização da ponte de S. Tiago. Este século fica marcado pelo desenvolvimento económico, o aperfeiçoamento dos transportes, o aparelho de serviços públicos, o progresso da cultura e da educação e também do desporto.

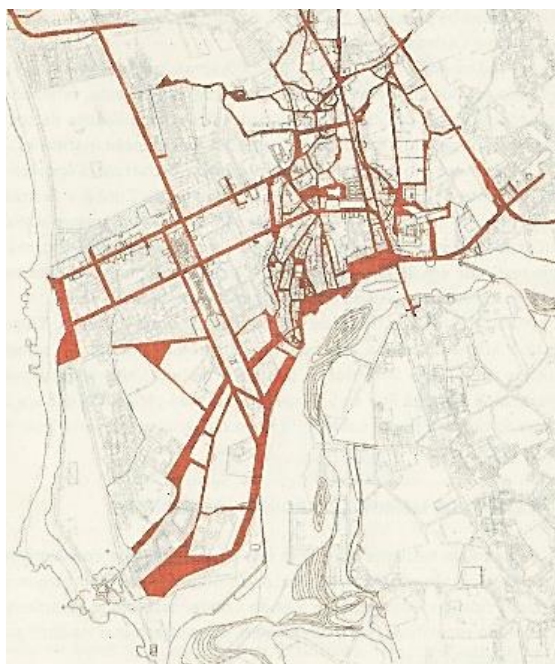


Figura 37_ Inserção da planta do início do século XX na estrutura urbana atual
Fonte: Câmara Municipal de Vila do Conde, 2006

Vila do Conde tornou-se num centro urbano com diversas atividades como as feiras semanais de sexta-feira, que ainda hoje se realiza, a feste de S. João e a celebração do Corpo de Deus. Após o 25 de Abril de 1974, a cidade evolui repentinamente, *“fomentando a prosperidade, acelerando o ritmo de progresso em condições de liberdade que durante o Estado Novo não conheceu, relançando grandes empreendimentos urbanos.”* (Reis)

1.2. | Análise da Zona de Intervenção

1.2.1. Localização

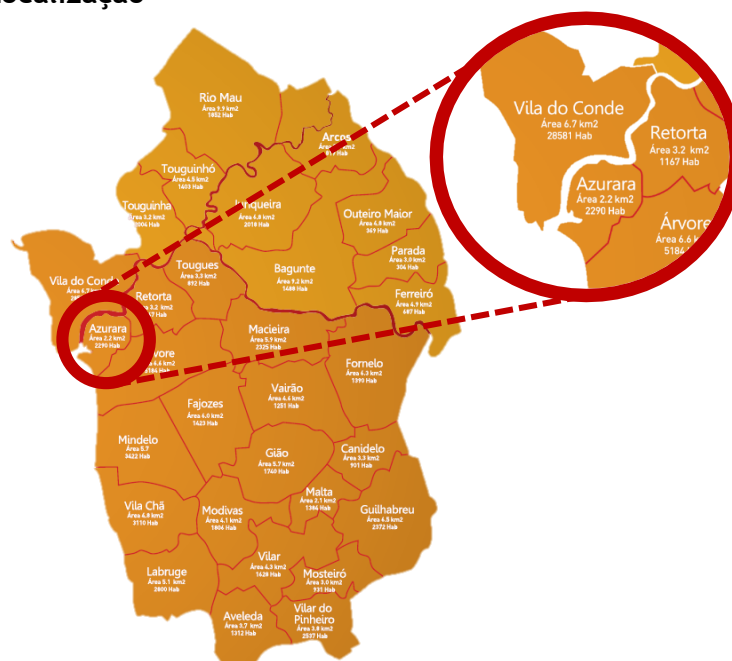


Figura 38_Freguesia da área de intervenção

Fonte: adaptado de Câmara Municipal de Vila do Conde - Rede Social - *Guia de Recursos Sociais do Concelho de Vila do Conde*, p.5

A proposta arquitetónica localiza-se na freguesia de Azurara, concelho de Vila do Conde (cf. *Figura 38*). Caracterizado por um terreno sem identidade, na zona já periférica do centro da cidade, com bastantes acessibilidades. Confrontado a norte e a oeste pelo rio Ave e a cidade de Vila do Conde, a este possui um enquadramento marcado por algumas habitações uni e multifamiliares e a sul pela proximidade dos estaleiros navais e campos agrícolas, como podemos ver na imagem aérea do local.



Figura 39_Localização e área envolvente

Fonte: adaptado de snig.igeo.pt

1.2.2. Descrição da Zona de Estudo

A. Topografia do Lugar

Vila do Conde é rasgada pelo rio Ave, sendo determinante para comércio e indústria, quer antigamente quer atualmente, também conta com a presença dos estaleiros navais na proximidade do terreno da intervenção e das lotas na margem oposta. Neste sentido, ligando as duas margens é possível verificar a presença de uma ponte preparada com percursos viários e pedonais.

O terreno apresenta uma topografia bastante plana junto ao rio, progressivamente acentuando-se, atingindo os 33 metros de altitude. O ponto mais baixo acompanha a linha de água do rio Ave, a este do terreno de intervenção, e o ponto mais alto situa-se a oeste da cidade, zona de denso arvoredo e de esporádicas habitações.

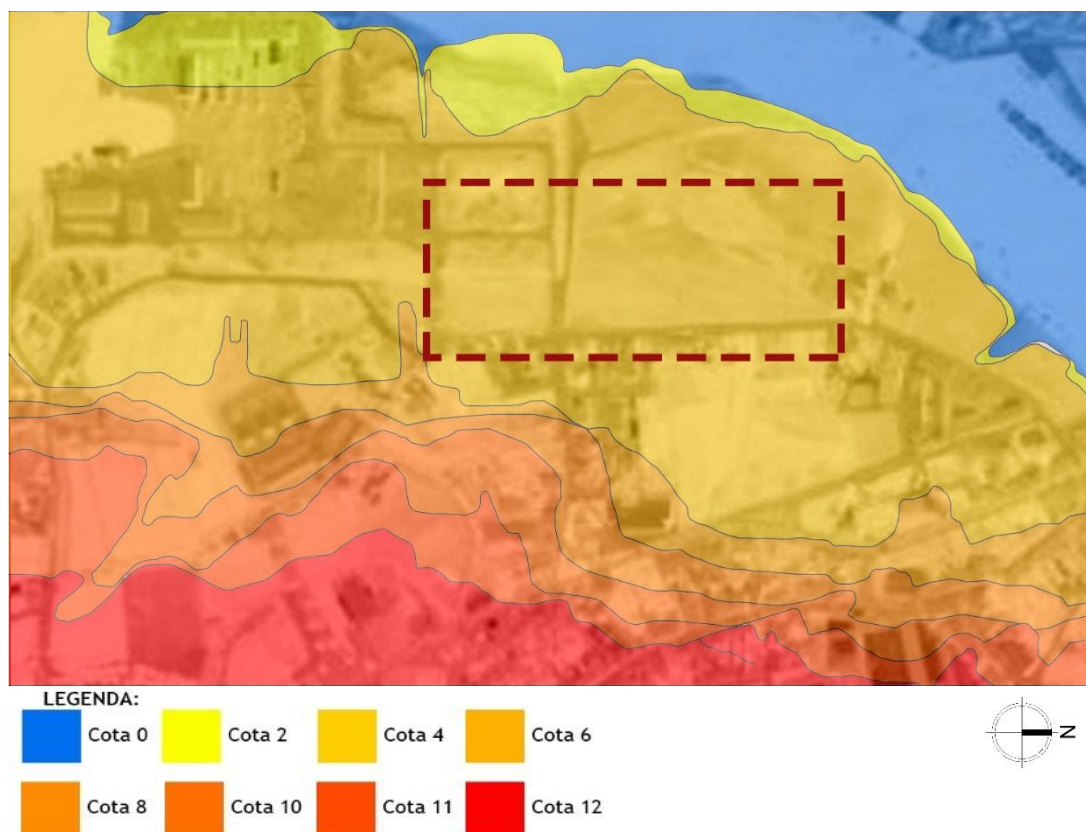


Figura 40_ Hipsometria e Malha Urbana (sem escala)

Fonte: baseado em documentos cedidos pela Câmara Municipal de Vila do Conde

Desta análise, no que concerne à área de intervenção, reflete-se uma hierarquia natural de vias de acesso, das quais apenas a estrada nacional de acesso a Entre Douro e Minho integra o perímetro em estudo, constituindo-se assim como a via de maior dimensão e importância, permitindo fácil e rápida acessibilidade ao local de intervenção (cf. *Figura 42*). Também inerentes nesta análise encontram-se vários eixos de acesso local, estabelecidos através da área das habitações envolvidas.

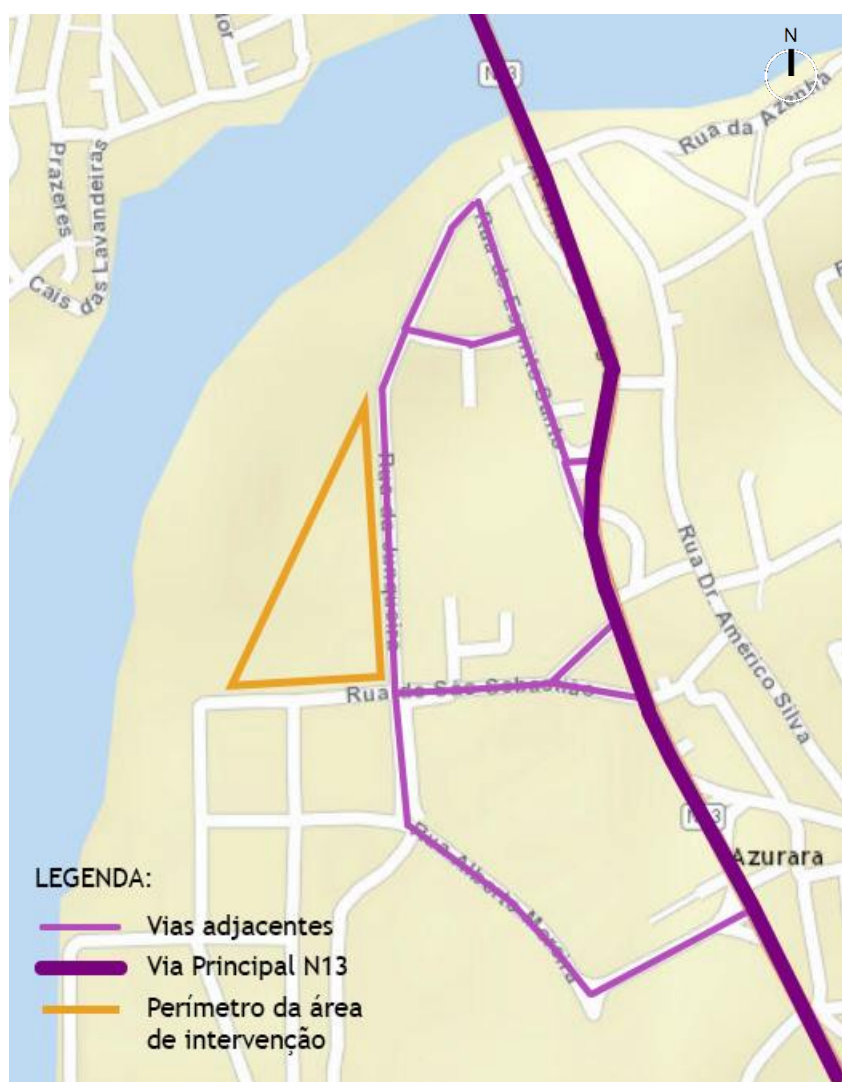


Figura 42_Malha Viária envolvente à área de intervenção

C. Percurso Pedonais

A área de intervenção é caracterizada por ser uma zona pacífica, sem grande movimentação viária, permitindo que se possa circular a pé tranquilamente. Esta ação também é motivada pela proximidade do centro da cidade - atravessar a ponte - podendo, assim, usufruir dos espaços exclusivos para peões (demarcados a amarelo) com vistas estratégicas sobre o rio Ave (cf. *Figura 43*).



Figura 43_Percursos pedonais e espaços de lazer
 Fonte: adaptado de Google Earth



Figura 44_Percursos pedonais existentes - linha laranja



Figura 45_Espaços de lazer existentes - zonas amarelas

D. Malha Urbana

A malha urbana de Vila do Conde encontra-se bastante diversificada, quer em densidade quer em organização espacial. Na figura seguinte pode-se verificar a clara delimitação das zonas com diversos tipos de ocupação de solo. Neste sentido, a vermelho está representado a freguesia de Vila do Conde, claramente com maior nível de habitações e incluindo o centro da cidade, que se vai desmembrando para oeste com a linha de metro e escassas habitações unifamiliares. Do lado sul, atravessando a ponte sobre o rio Ave, confronta-se com poucas habitações unifamiliares e multifamiliares e campos agrícolas ou zonas de vegetação rasteira.

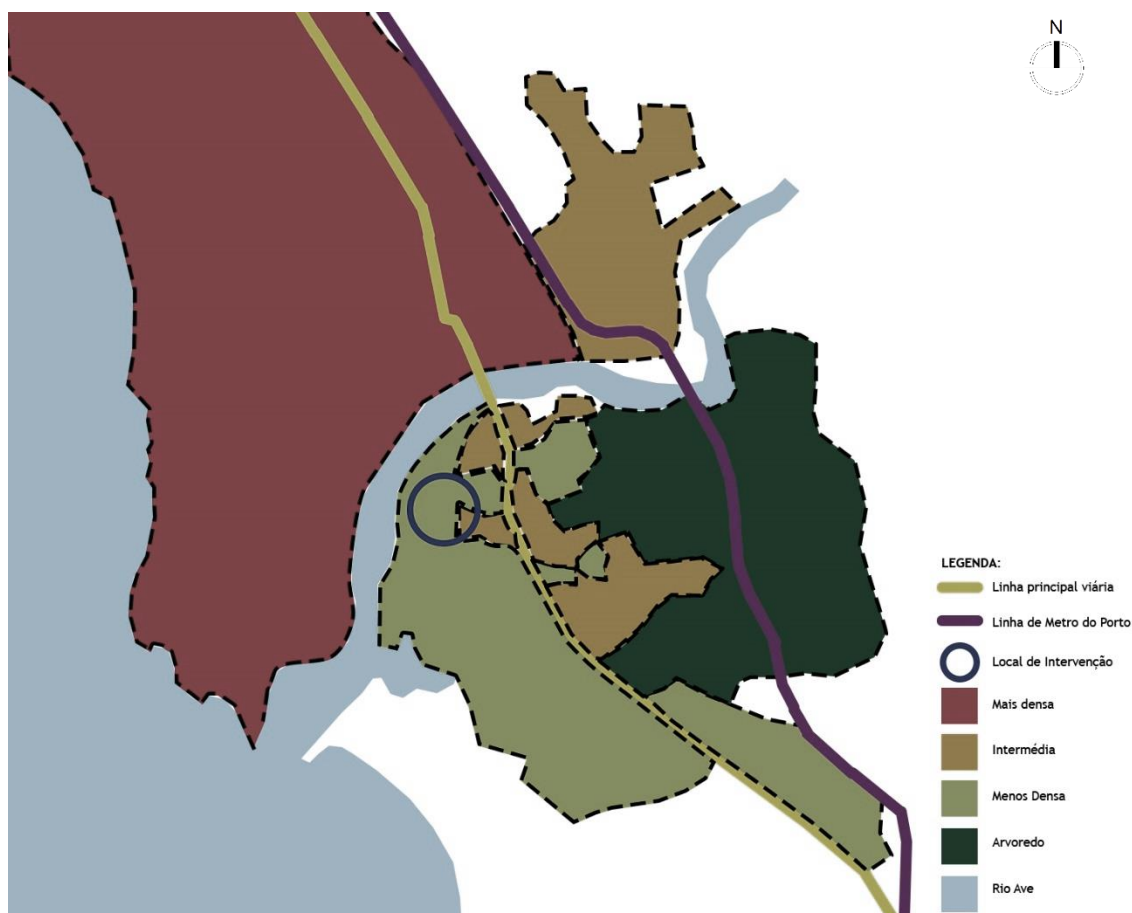


Figura 46_Malha Urbana delimitada por densidade habitacional

Quanto à organização urbana, verifica-se que se trata de uma malha não ortogonal, mas predominância de segmentos retilíneos, organizada em pequenas zonas. Nota-se também que a zona histórica da cidade se encontra mais desorganizada, contrastando com a zona nova onde de evidência uma preocupação espacial e organizacional.



Figura 47_ Organização da malha urbana

E. Pontos de Interesse

Vila do Conde é uma cidade rica em património e história, o que se pode verificar pela presença de monumentos emblemáticos e zonas de homenagem a certos trechos da história da cidade, como o Convento de Santa Clara, a Nau Quinhentista, entre outros.

Podem encontrar-se vários espaços de lazer, assinalados a vermelho na planta seguinte, interligados por percursos apropriados a peões e com as devidas acessibilidades. Quanto às deslocações viárias, conta-se com a estrada nacional (linha amarela) que liga às cidades vizinhas e também a linha de metro, que liga à cidade do Porto (linha roxa).

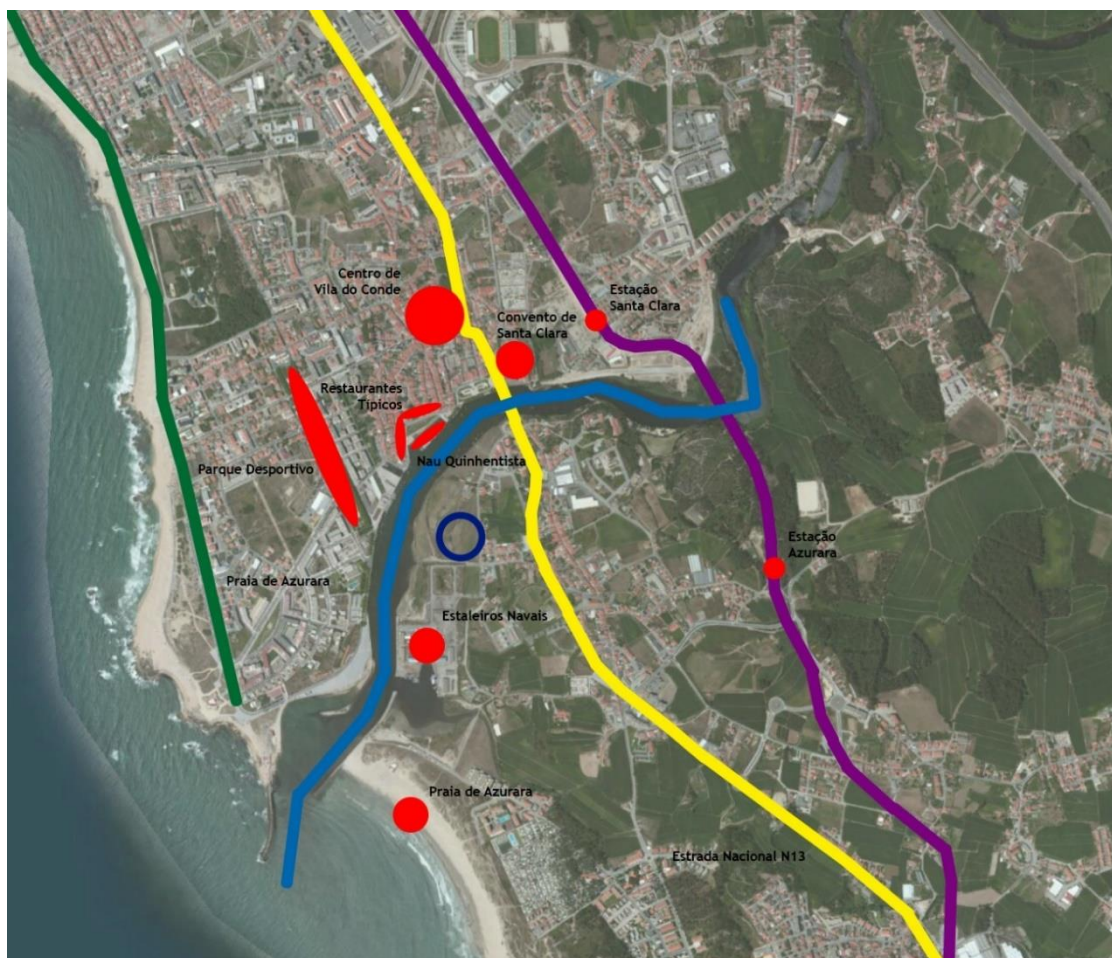


Figura 48_Pontos de Interesse envolventes à área de intervenção

F. Limites Visuais Naturais e Arquitetónicos

Aparentemente suave, o relevo do terreno no local de intervenção não sofre muitas alterações altimétricas. Neste ponto do terreno, onde se atingem as cotas mais baixas, insere-se a forte paisagem da cidade, que permite a sua contemplação sem o ruído caraterístico desta. Este local permite a salvaguarda das suas características, preservando os seus limites devido à extensa área e aproveitando o enquadramento atrativo na área de intervenção.



Figura 50_Identificação dos Limites Arquitetónicos apresentados



Figura 51_Vista A (este-oeste)



Figura 52_Vista B (sul-norte)



Figura 53_Vista C (sudeste-noroeste)



Figura 54_Vista D (norte-sul)

Efetuiu-se um estudo pessoal sobre a envolvente da área de intervenção, sendo possível conceber o seguinte diagrama com a diferenciação de intensidades de ruído. Como referido anteriormente, o local da proposta arquitetónica situa-se numa zona periférica da cidade sendo normal verificar-se algum ruído envolvente. A fonte de ruído mais próxima é a estrada nacional (maior incidência de pontos vermelhos) com barulhos derivados do trânsito. As habitações envolventes, naturalmente, durante o dia provocaram algum ruído devido à movimentação quotidiana dos moradores, o que conseqüentemente à noite diminuirá, não causando incómodo aos utentes do edifício proposto.



Figura 55_Ruído

G. Condições Climatéricas

No gráfico seguinte, representa-se a temperatura máxima diária média (linha vermelha contínua) e a temperatura mínima diária média (linha azul contínua). Os dias quentes e noites frias (linhas vermelhas e azuis tracejadas) mostram a média do dia mais quente e da noite n 2016).

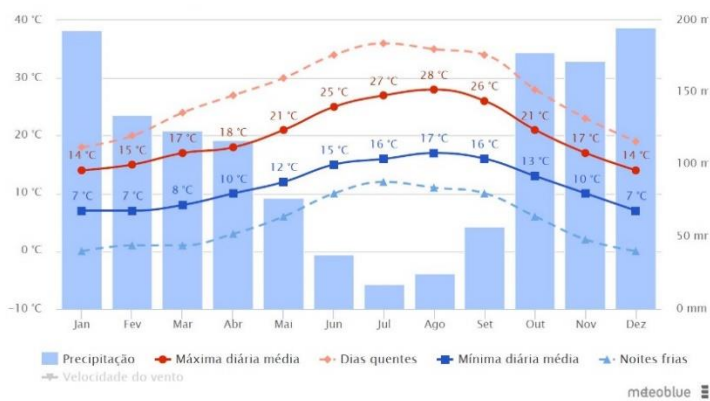


Figura 56_ Temperaturas e precipitações médias
Fonte: meteoblue.com

O gráfico da figura seguinte mostra o numero mensal de dias de sol, parcialmente nublados, nublados e de precipitação. Dias com menos de 20% de cobertura de nuvens são considerados como dias de sol, com 20-80%, parcialmente nublados e com mais de 80% como nublados (Meteoblue, 2006-2016).

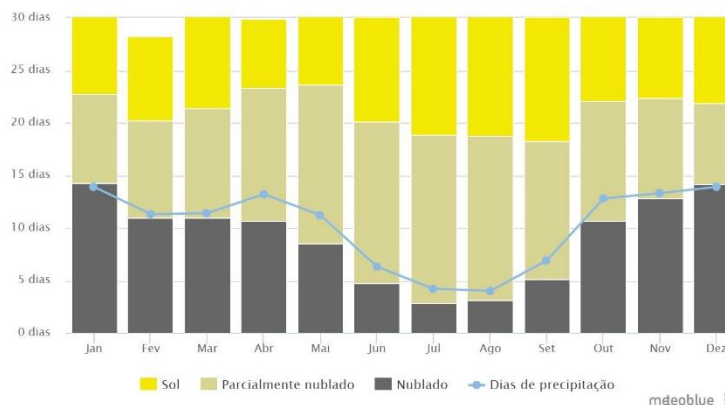


Figura 57_Céu nublado, sol e dias de precipitação
Fonte: meteoblue.com

O diagrama da temperatura máxima (cf. Figura 59) mostra quantos dias por mês atingem determinadas temperaturas. Enquanto que no diagrama da precipitação (cf. Figura 58) indica em quantos dias por mês, determinadas quantidades de precipitação são atingidas.

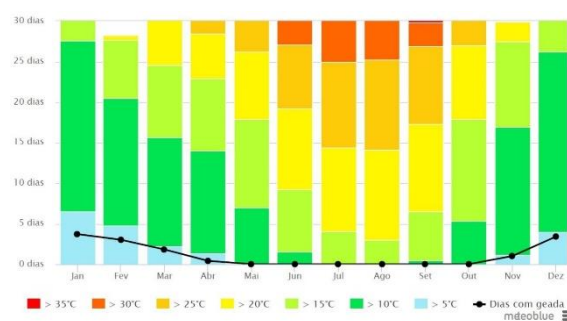


Figura 59_Temperaturas máximas
Fonte: meteoblue.com

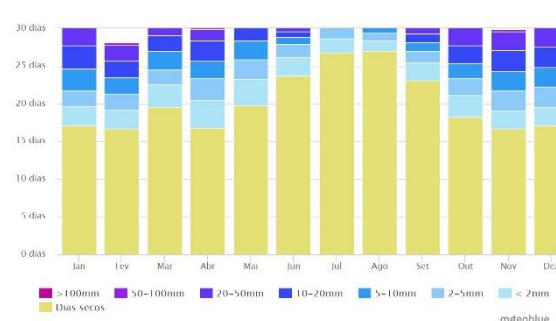


Figura 58_Quantidade de precipitação
Fonte: meteoclue.com

O diagrama seguinte informa quantos dias do mês se registaram com determinadas velocidades do vento (Meteoblue, 2006-2016). Em análise pessoal, verificou-se que a orientação predominante do vento era norte-sul na estação do Verão contrariando esta direção na estação do Inverno.

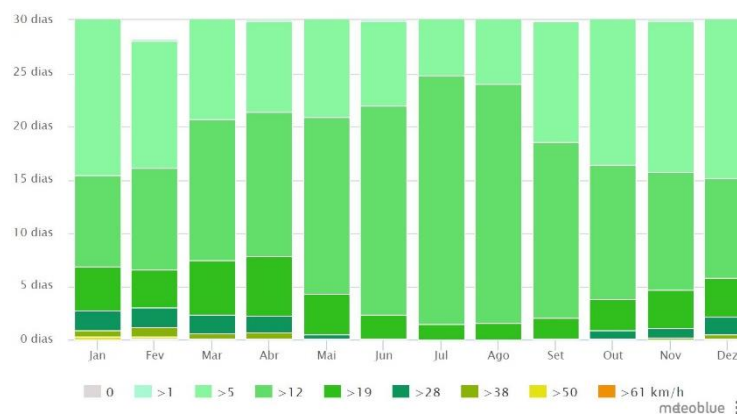


Figura 60_Velocidade do vento
Fonte: meteoblue.com

H. Conclusões sobre a área de estudo

Após a análise apresentada, verificou-se que a escolha do local foi a mais apropriada, devido à conformidade de vários fatores ambientais importantes para a implantação de um equipamento para idosos.

Em suma, o local caracteriza-se por uma topografia bastante plana, sendo adequada a este público, devido às dificuldades de locomoção e, portanto, promover a atividade, quer no local de implantação quer na restante cidade, uma vez que o seu centro se encontra próximo do equipamento. Também as acessibilidades viárias se encontram asseguradas pelo rápido acesso aos postos de saúde, hospitais e outras necessidades dos utentes.

A implantação, por ser numa zona periférica à cidade, oferece tranquilidade e segurança aos idosos e facilmente o reconhecimento da vizinhança, tornando-se importante para o espírito de entreatajuda. Pelo mesmo motivo, as paisagens são desimpedidas e amplas permitindo ter uma vista quase panorâmica sobre a outra margem do rio.

O clima da cidade é quente e temperado o que se torna favorável para os idosos devido a sensibilidade às diferenças de temperatura. Também a orientação solar é tida em conta e será utilizada na proposta arquitetónica para criação de espaços exteriores e aproveitamento para o interior do edifício.

2. | Memória Descritiva e Justificativa

2.1. | Introdução

As relações sociais, por vezes, tornam-se mais importantes que as relações familiares visto que são formas básicas de socialização e de desenvolvimento da população idosa (Vega, et al., 2000). Desta forma, torna-se necessário desenvolver o espaço de modo a que promova esta interação entre utentes e utentes/funcionários.

A autora Fernández-Ballesteros (2009), defende a ideia de que o ambiente adquire importância consoante a idade. Deste modo, verifica-se nos idosos de 80 ou 85 anos que permanecem mais tempo nas suas habitações, possibilitando um maior usufruto das relações espaciais. Também é de se notar que esta população possui relações bastante fortes com o espaço físico, criando vínculos cognitivos e afetivos entre o indivíduo e o ambiente.

Neste sentido, com o avanço da idade, o envelhecimento é marcado pela deterioração das capacidades, tornando-os cada vez mais dependentes de assistência pessoal devido às limitações espaciais já existentes. Assim, são determinantes os fatores de acessibilidade, ou seja, as dificuldades quotidianas impostas pelo declive funcional ligado à idade (problemas de mobilidade, decadência sensorial, deterioro cognitivo, entre outros) condicionam de maneira notável a mútua relação entre as pessoas e seu ambiente (Fernández-Ballesteros, 2009).

2.2. | O Local

Especialmente no caso dos idosos, o ambiente espacial torna-se importante devido à forte relação que estes assumem perante o local. Desta forma, utiliza-se diferentes aspetos, como imagem, carácter e atmosfera, para conceber o espaço e o edifício dedicado à população sénior que se apresenta seguidamente.

O local de implantação foi escolhido minuciosamente, tendo em conta a sua envolvente, de modo a transmitir e permitir sensações, como tranquilidade e bem-estar, e a concretização de ambientes que contribuam para o bem-estar dos idosos. Também a salubridade e o afastamento relativo a infraestruturas que provocassem ruídos, ou outros poluentes, foram tópicos fulcrais para a escolha da localização, evitando que perturbem o quotidiano dos utilizadores. Com estas características ganha-se um projeto único e especialmente pensado para os seus utentes.

Desta forma, apresenta-se na figura seguinte, a localização da área de intervenção. O edifício proposto situa-se num terreno na zona periférica da cidade de Vila do Conde, como referido anteriormente, com pequenos aglomerados habitacionais como envolvente e com ligações à estrada nacional. O terreno apresenta uma forma triangular, possibilitando a sua divisão para distintas funções como zona de estacionamento, uso exclusivo dos utentes, funcionários e

visitantes; zona de atividades, exclusivo para os utentes; e o edifício proposto, composto por zona de serviços, zona de atividades e zona de quartos (cf. *Figura 61*).



Figura 61_Localização da proposta arquitetónica
Fonte: Google Earth

O edifício proposto destina-se a uma residência sênior, no qual a área total do terreno é de 18.419 m² sendo a de implantação de 3.076m².

2.3. | Metodologia e Conceito

O processo desenvolveu-se a partir da investigação e adquirindo dados sobre o espaço, como foi apresentado anteriormente. A reflexão sobre as necessidades e os problemas envolvidos materializou-se em desenho e só posteriormente foi composta uma proposta que garantisse solucionar os paradigmas que advêm do envelhecimento. A proposta intercala a capacidade funcional e acessível do edifício, com os espaços humanos e adequados a todos os utentes.

O principal objetivo deste projeto é favorecer uma conotação positiva referente aos equipamentos para idosos, tentando substituir a ideia de espaços depressivos, rotineiros e sem identidade e afeto perante o idoso. Desta forma, é necessário planejar uma nova imagem de envelhecimento e oferecer espaços que vão ao encontro das necessidades individuais.

Neste sentido, o conceito surgiu a partir da forma do infinito como símbolo de continuidade da vida, pois o envelhecimento pode ser encarado como uma “nova vida”, novas experiências e novas oportunidades, bastando ter um pensamento positivo e de autoestima. Deste modo, este símbolo resume este ciclo de vida que começa na infância e termina na velhice, sempre possibilitando novos desafios a qualquer fase da vida.

Com este rumo, simplifica-se a forma, de modo a torná-la mais funcional e coerente com a envolvente, visto que a malha urbana da cidade se encontra organizada em pequenos segmentos de reta, como se verificou anteriormente na *Figura 47*, originando dois losangos adjacentes. Posteriormente, com a intenção de usufruir ao máximo da orientação solar e também precaver dos ventos fortes característicos da zona, retirou-se uma aresta de cada losango criando duas praças.

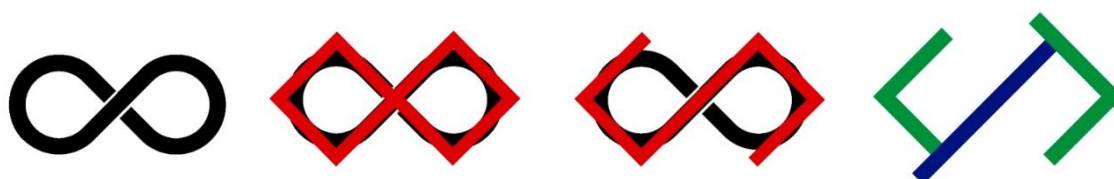


Figura 62_Evolução do Conceito

A proposta arquitetónica procura proporcionar um espaço que ofereça bem-estar aos idosos, ao mesmo tempo que incentiva a independência, a atividade física e mental conciliadas com a possibilidade de permanecer com as suas rotinas, convivendo assim com a comunidade e seu núcleo de amigos. O projeto desenvolveu-se com a ideia de criar um edifício único, mas claramente subdividido através da diferença de cêrceas e materiais exteriores. A base do projeto iniciou-se com a ideia da comunicação centralizada, possuindo um corpo central albergando todas as áreas funcionais (volume azul), de onde provêm dois corpos exclusivamente para área de quartos (volumes verdes).

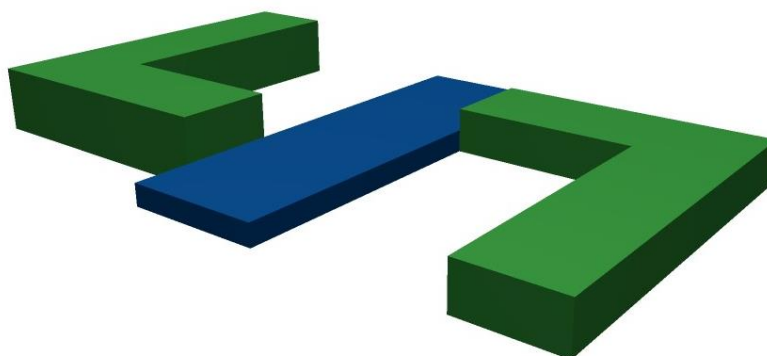


Figura 63_Volumetria e diferença de cêrceas

Deste modo, os volumes adaptam-se consoante os alinhamentos dos limites do terreno na direção este-oeste. As praças formadas pela volumetria destinam-se a jardins de inverno e verão, respetivamente à esquerda e à direita.

O projeto desenvolveu-se de modo a dividir o edifício internamente pela sua função, permitindo que todos os residentes possam comunicar e entreajudarem-se e também possuírem acessos equidistantes à zona central e facilmente ser prestado auxílio, quando necessário. Assim, o espaço vivido pelo idoso, que tende a ser rotineiro e monótono, exige a que estes sejam estimulantes aos sentidos e ao gosto pela vida. Neste sentido, o volume central alberga todas as áreas funcionais, nomeadamente a área de direção e dos serviços administrativos; instalações para o pessoal; zonas de convívio e de atividades; zona de refeições; serviços como lavandaria e cozinha e serviços de saúde, ginásio e piscina. Os outros volumes contam exclusivamente com quartos e apartamentos, com pequenas zonas de convívio nos corredores.

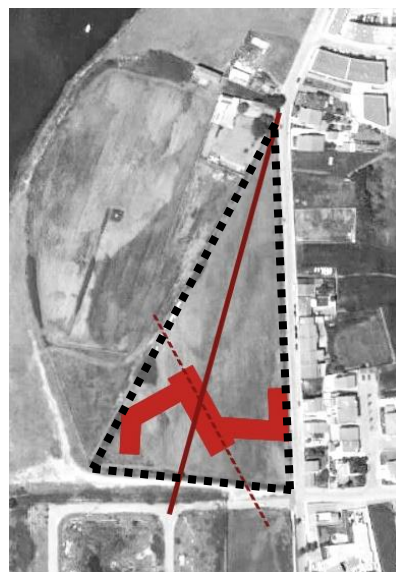


Figura 64_Explicação da implantação
Fonte: adaptado de Google Earth

O conceito e a metodologia estão associados a uma preocupação em adequar a orientação do edifício, essencialmente para garantir zonas de luz e sombra. Neste tipo de equipamento, a exposição solar dos utentes tem de ser mais cuidadosamente tida em conta, sobretudo pelas falhas do organismo envelhecido, que promove uma maior sensibilidade.

No projeto, foram tidas em conta outras exigências, como soluções técnicas e arquitetónicas, valorizando os espaços para uma fácil utilização e acessibilidade, sem prescindir da comodidade e do bem-estar. As condicionantes espaciais podem ser ultrapassadas se antes forem estudadas as necessidades e as limitações dos idosos. Assim, podem verificar-se na *Tabela 11* algumas necessidades em termos físicos, informativos e sociais.

Tabela 11_ Três tipos de necessidades do idoso face à planificação do espaço por parte de arquitetos
 Fonte: Santos, 2012 - *Arquitetura como instrumento de inclusão social*

Necessidades Físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Questões ligadas á saúde física, segurança e com o conforto; • Espaços livre de obstáculos, de fácil manutenção, para evitar acidentes; • Respeitar as caraterísticas biomecânicas e antropométricas do utilizador.
Necessidades Informativas	<ul style="list-style-type: none"> • A perceção - obter ou receber a informação do ambiente; • A cognição - modo como é organizada e lembrada a informação recebida do ambiente; • Prende-se com a necessidade de projetar espaços legíveis; • Estimular todos os sentidos para que, no caso de haver restrições de algum sentido, o ambiente possa suprir a informação através dos demais;
Necessidades Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Promoção do controle da privacidade e/ou interação social; • Proporcionar um senso de comunidade - vizinhança e camaradagem, a ocorrerem naturalmente.

Para a proposta arquitetónica, procura-se provocar sensações de familiaridade, alegria, acolhimento, humanizando assim os espaços quer interior e exteriormente. Tal será possível com o tratamento dos espaços, seja através de paredes, pavimentos, volumetria, entre outros, de modo a que a composição arquitetónica esteja em consonância com o espírito pretendido para os utentes.

2.4. | Programa e Funcionalidade

2.4.1. Soluções do projeto perante a sua utilização

O edifício possui caraterísticas essenciais para os idosos, na sua constituição física, utilizando materiais que ajudam a cumprir as exigências de conforto; no seu carácter genérico, estabelecendo relações de sociabilização; no seu carácter essencial, sendo este concebido à base da ideia de familiar e hospitaleiro reunindo todos os recursos de relações e proporções necessários para atingi-las; no seu carácter programático, usando elementos característicos para os espaços dos idosos e; por fim, no seu carácter associativo, escolhendo caraterísticas derivadas das raízes dos utentes.

Inicialmente, teve-se em mente o uso de elementos arquitetónicos como rampas, utilização caraterística da luz e da cor, a seleção de materiais adequados, a ventilação e temperaturas ambientais e os níveis de iluminação apropriados, tanto em espaços internos quanto externos. Todos estes elementos têm de estar em harmonia para que a atmosfera geral do lugar se identifique como único. Assim, os quartos provocam sensações de relaxamento, as salas de estar e zonas de convívio propiciam a interação social, o ginásio e a sala de exercícios desafiam a autoestima, ou seja, todos os espaços estão em coerência, de modo a serem sentidos e vividos pelos utilizadores.

A presente proposta arquitetónica revela-se atenta a certos tópicos essenciais para a congruência entre os espaços e os utentes, tais como:

- Pela sua localização, facilita a relação dos idosos com a comunidade, incentivando-os a usar os serviços da vizinhança e propiciando encontros em espaços fora da sua residência, em benefício do seu conforto;
- Tem um carácter residencial, adotando espaços confortáveis, mais domésticos e estimulantes, transmitindo otimismo;
- Apresenta espaços de encontro agradáveis que possibilitem a relação entre o idoso e a sua família ou outros residentes e evitem o isolamento dos idosos nos seus quartos, como os espaços de convívio e as praças exteriores;
- Possui unidades de habitação acessíveis, seguras e privadas, nomeadamente os quartos com instalação sanitária privativa e os apartamentos compostos por sala de estar, pequena cozinha, um quarto e uma instalação sanitária;
- Oferece tratamento ao idoso, enquanto indivíduo único, reconhecendo suas preocupações e interesses e definindo programas auxiliares ao seu desenvolvimento físico e mental em ambiente familiares e residenciais;
- Também a individualidade e a privacidade são características da proposta arquitetónica.

Volume Central

A integração e a organização espacial contribuem para um bom funcionamento e a fácil utilização do edifício. Assim, o programa abrange serviços e atividades que estejam em concordância com a legislação aplicável (cf. *Tabela 12*) e outros espaços propostos.

Tabela 12_Lista índice das atividades
Fonte: Bonfim, et al., - *Lar para Idosos*

Grupo Funcional (Atividades Básicas)	Atividades
Convívio/Atividades	<ul style="list-style-type: none">• Conviver, jogar, ver televisão, ler, ouvir música• Desenvolver atividades recreativas e culturais• Executar tarefas domésticas ou outras• Estar no exterior, praticar atividades ao ar livre
Refeições	<ul style="list-style-type: none">• Tomar refeições• Utilizar lavabos
Cozinha/Copa	<ul style="list-style-type: none">• Preparar e confeccionar refeições• Preparar a distribuição das refeições• Lavar e depositar a louça• Guarda pequenas quantidades de géneros alimentícios• Depositar lixos para posterior evacuação
Instalações para Pessoal	<ul style="list-style-type: none">• Dormir, descansar, estar• Utilizar instalações sanitárias• Guarda roupa e outros objetos pessoais
Lavandaria e Rouparia	<ul style="list-style-type: none">• Lavar, secar, engomar, coser• Arrumar roupa limpa

Após a determinação dos espaços a incluir, criou-se um organograma, de modo a esclarecer a relação entre as respetivas áreas, facilitando a posterior organização em desenho.

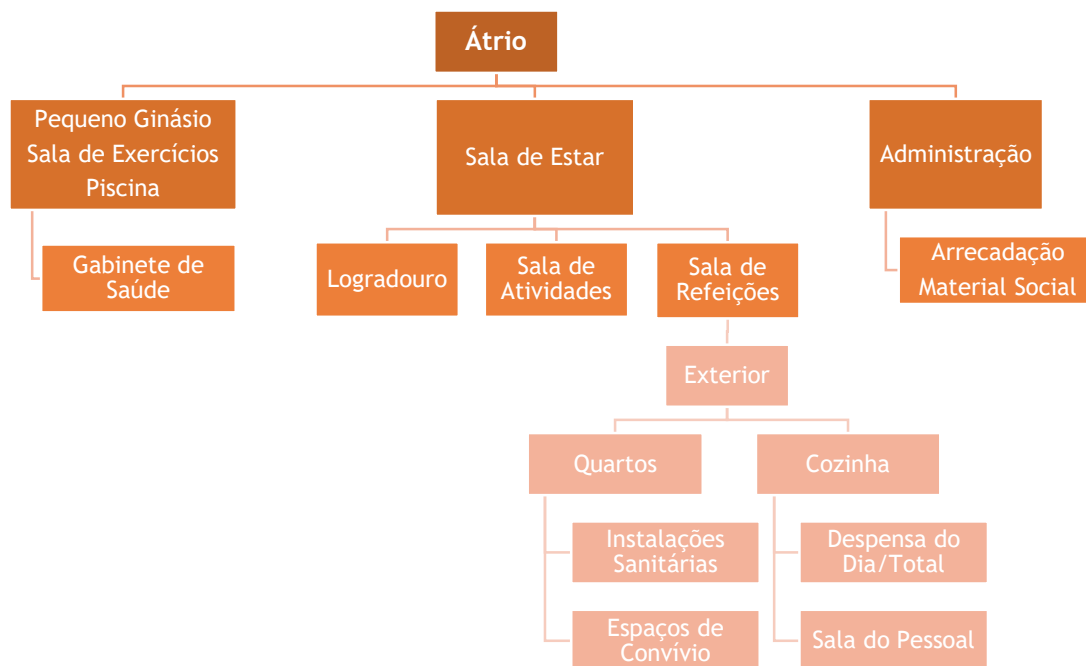


Figura 65_ Organograma Estrutural dos Compartimentos baseado na legislação em vigor

A entrada principal é conduzida por um percurso prévio que relaciona o átrio do edifício com a zona de estacionamento, passando ainda pela praça de verão. Neste volume, conjugam-se todas as atividades oferecidas aos utentes e acesso para os volumes dos quartos, conferindo-lhe bastante movimentação e acessibilidade (cf. Figura 67). Ao mesmo tempo, o átrio, funciona como receção, zona de espera e acesso às praças, desta maneira adquirindo uma configuração ampla e desafogada, permitindo a circulação simples e fluída. Este espaço funciona como um elemento central que dá acesso aos dois volumes que o cercam, faz a distribuição equidistante das atividades oferecidas e principalmente faz o papel de ponto intermédio entre as duas praças, funcionando como “primavera ou outono”, ou seja, prepara o utente ou visitantes para as vivências em cada praça.



Figura 66_ Perspetivas do Átrio - Praça de Inverno e entrada respetivamente



Figura 67_Átrio e as respetivas direções possíveis

O volume central está organizado de modo a que o átrio seja um espaço de separação entre a zona de convívio/atividades e a zona de serviços, como apresenta a figura seguinte. Deste modo, a área de serviços fica mais reservada, permitindo o fácil acesso dos funcionários pelo exterior e o serviço de cargas e descargas, uma vez que se encontra mais próximo da via pública, e também não causa perturbações ruidosas aos utentes, derivadas do normal funcionamento. Quanto à área de convívio e atividades, graças à sua localização, não só se torna mais próxima dos volumes dos quartos, como também se atribui maior relação com os espaços exteriores, nomeadamente as praças e o espaço dedicado a atividades ao ar livre.



Figura 68_Relação entre as distintas zonas

Os espaços destinados à circulação, nomeadamente os corredores e os elevadores, permitem a circulação de cadeiras de rodas e também possuem barras de apoio, servindo não só de auxílio na locomoção, mas também na orientação para os diversos compartimentos, uma vez que estão diferenciados por cores e facilitam a sua memorização.



Figura 69_Corredores dos Quartos

A organização espacial do edifício obteve-se consoante o organograma anteriormente apresentado e as relações entre os espaços, adaptados às necessidades físicas e psíquicas. Assim, a **zona de convívio e atividades** conta com uma sala de estar e atividades, que embora separadas fisicamente se encontram relacionadas e com entradas adjacentes para cativar a socialização entre os idosos; uma piscina coberta com instalações sanitárias e ligação direta com o gabinete de saúde; um ginásio, também este com proximidade ao gabinete de saúde; uma sala de exercícios, um espaço polivalente, permitindo seções de exercícios individuais como coletivos; duas instalações sanitárias separadas por sexos e com um compartimento de casa de banho totalmente acessível; e, adjacente ao átrio, a área de direção e dos serviços administrativos.

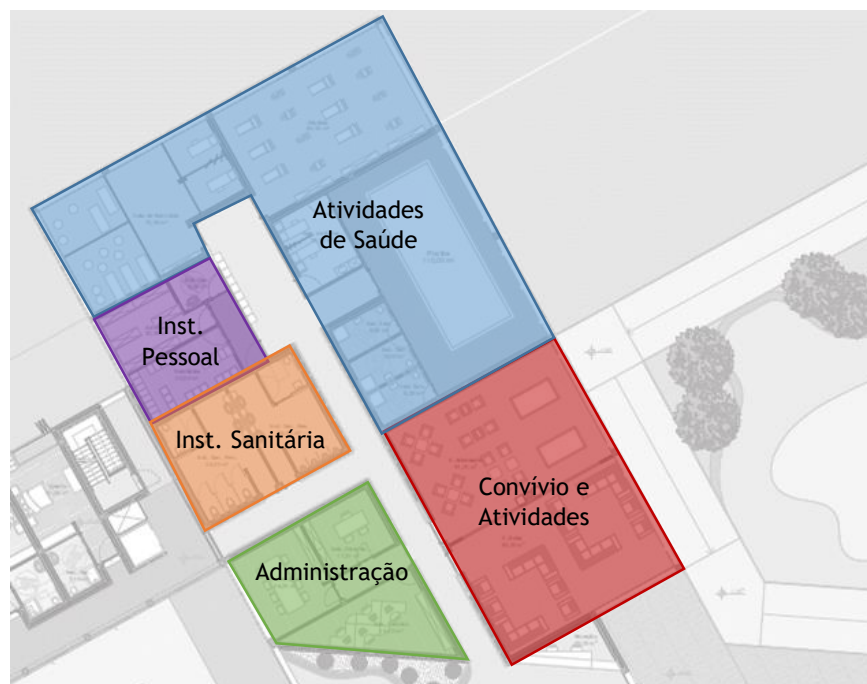


Figura 70_Organização Espacial - Zona de convívio e atividades

A **sala de estar** encontra-se à disposição dos idosos para atividades de relaxamento e convívio, nomeadamente o diálogo, a leitura, entre outros, oferecendo um conjunto de estímulos de modo a torná-los mais ativos e participantes. O mobiliário foi considerado para os idosos, pelo que os sofás possuem apoios e encostos altos para se tornarem mais confortáveis e optou-se pela ausência de mesas de centro para facilitar a circulação. A **sala de atividades** tem como objetivo a motivação dos idosos para o desenvolvimento de atividades criativas e lúdicas, procurando contrariar a sua natural propensão para a inatividade e favorecendo o seu relacionamento.



Figura 71_Sala de Estar e Sala de Atividades respetivamente

A **piscina**, a sala de exercícios e o **ginásio** são espaços dedicados ao exercício terapêutico, mas também dedicados à promoção da autoestima e do bem-estar dos utentes, pois o exercício físico faz com que se mantenham ativos, ajudando fisicamente, e se mantenham distraídos e concentrados na sua validez, ajudando mentalmente.



Figura 72_Piscina, Sala de Exercícios e Ginásio respetivamente

A **zona de serviços** é organizada por uma sala de refeições, com mesas para pequenos grupos, de modo a que haja socialização; uma cozinha e respetivos compartimentos, projetados de modo a facilitar o acesso ao exterior; um vestiário e uma sala de descanso para os funcionários, equipadas com as suas respetivas instalações sanitárias; uma lavanderia; e duas instalações sanitárias separadas por sexos e com um compartimento de casa de banho totalmente acessível para servir os idosos.

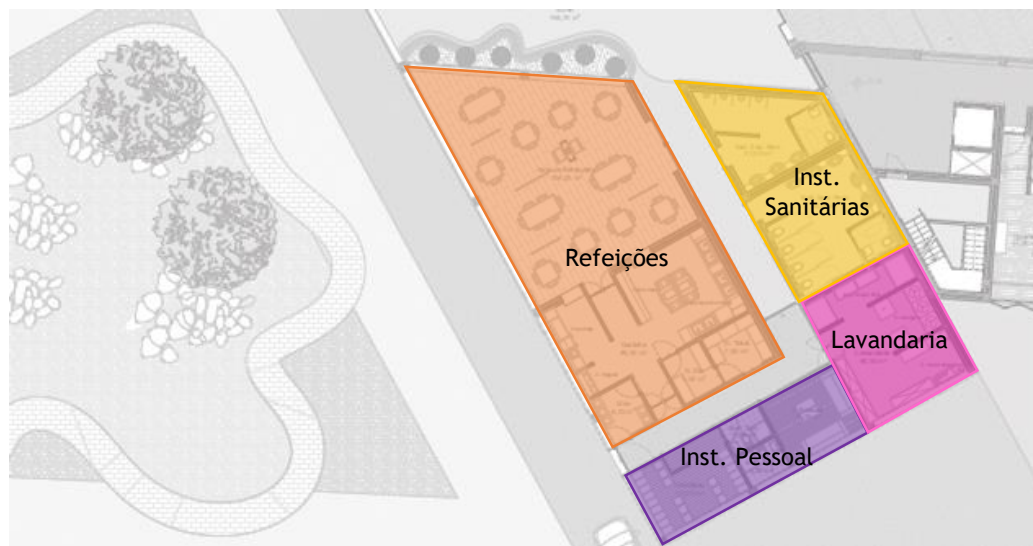


Figura 73_Organização Espacial - Zona de serviços

A **sala de refeições**, por ser um espaço de convívio, é organizada com pequenas mesas para quatro ou seis pessoas, para facilitar a sociabilização, e permite a visualização dos acontecimentos no átrio através de uma janela que separa os dois ambientes. A **cozinha** é um espaço amplo, mas subdividido para albergar as diversas áreas que a compõem, nomeadamente a zona de higiene, a zona de preparação e confeção dos alimentos, a zona de empratamento (copa limpa) e a zona de recolha da louça suja (copa suja).

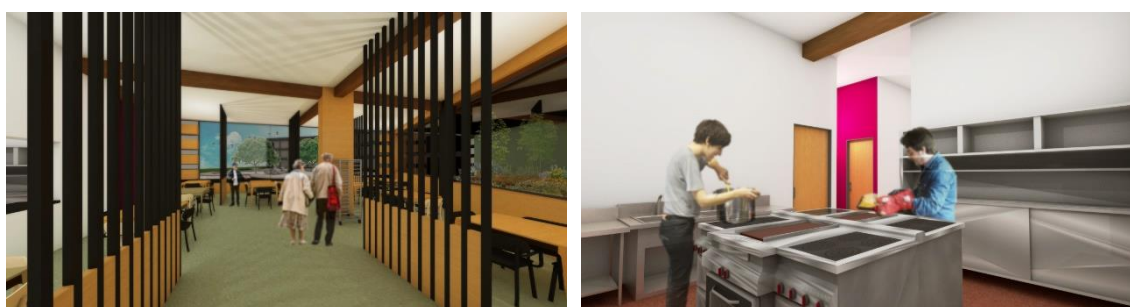


Figura 74_Sala de Refeições e Cozinha respetivamente

Volumes dos Quartos

Os volumes dos quartos organizam-se em pisos, tendo o volume orientado a oeste 3 pisos e o volume a este, 2 pisos. Os respetivos pisos distribuem-se em seis quartos duplos, com instalação sanitária própria totalmente acessível, e dois apartamentos T1 dispostos contiguamente por um corredor com visão para a respetiva praça. Os apartamentos encontram-se centralizados para que estes moradores possam ajudar os “vizinhos” em caso de necessidade, partindo do pressuposto que estes se encontram em um estado de dependência mais acentuado. No centro dos volumes encontram-se zonas de convívio orientadas a este ou a oeste, dependendo do volume em questão, com vistas onde os idosos possam desfrutar destes ambientes tanto pela manhã como no final da tarde e acessos verticais que interligam os pisos. Ao percorrer os corredores dos quartos nota-se a existência de assentos, favorecendo, mais uma vez, a socialização entre os idosos.



Figura 75_ Organização Espacial - Quartos

Cada área dos **quartos** foi concebida para que o idoso sinta a sua intimidade preservada, sendo possível que este se adapte às necessidades de cada utilizador, daí as áreas maiores e a existência só do mobiliário indispensável (cama, mesa de cabeceira, guarda-roupa e cómoda), possibilitando ao idoso decorá-lo como pretender. Para isso, também contam com instalações sanitárias privadas totalmente acessíveis e adaptáveis a barras de apoio e zonas livres e com base de duche incorporado no chão, possibilitando a entrada de uma cadeira de rodas ou colocação de um assento rebatível no seu interior. Todos os quartos dispõem de uma pequena varanda recolhida e de um assento interior junto à janela para que o idoso possa contemplar a envolvente. A localização das janelas garante a visão para o exterior quer o idoso esteja sentado, em cadeira de rodas ou na cama. Também o mobiliário foi considerado para uma pessoa em cadeira de rodas.

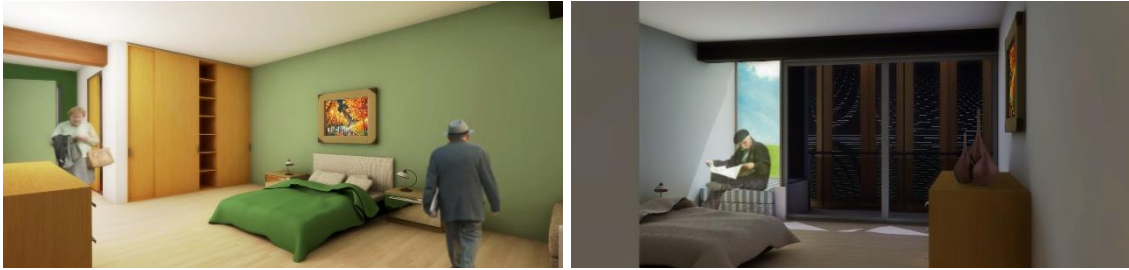


Figura 76_Quartos

Nos **apartamentos**, o pensamento segue a mesma ordem e critérios sendo apenas acrescentadas outras atenções recaídas sobre a cozinha. Este espaço não tem grandes dimensões, mas desta forma foi possível organizar melhor, reduzindo os percursos entre os vários equipamentos e pontos de trabalho. Para tal, a cozinha é encarada como um espaço de trabalho agradável, seguro, organizado e de fácil limpeza, com uma forte ligação com a sala de estar, visto que são um espaço único, apenas demarcadas diferencialmente pelo pavimento e por painéis amovíveis que permitem a ocultação total da área da cozinha.



Figura 77_Apartamento: vistas da cozinha e da sala respetivamente

Exterior

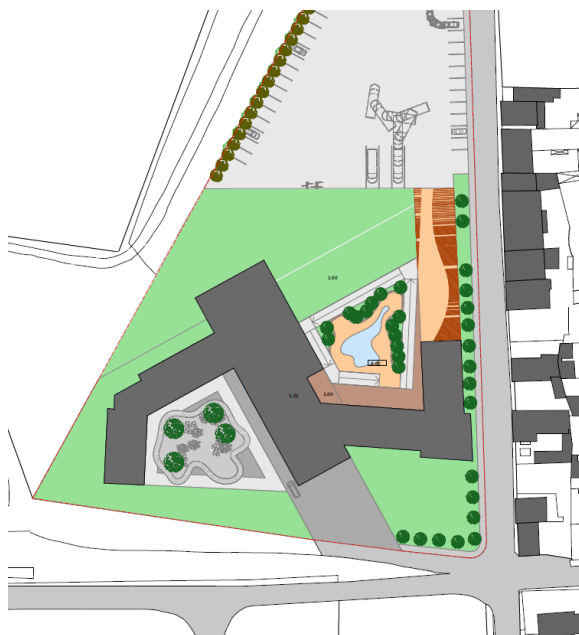


Figura 78_Planta de Implantação

Quanto ao exterior, foram planeados espaços adequados a cada estação do ano, como as praças alusivas ao verão e ao inverno mencionadas anteriormente, e espaços ajardinados destinados a atividades ao ar livre. As praças de verão e inverno possuem características distintas, sendo a praça de verão orientada a norte, resguardada pelo volume dos quartos, com bastante vegetação e um espelho de água de modo a tornar o ambiente fresco e agradável, enquanto que a praça de inverno, orientada a sul, também resguardado dos ventos fortes típicos do local

pelo outro volume dos quartos, se encontra decorada com um estilo mais sóbrio, com pavimento em pedras pequenas e núcleos de pedras de maiores dimensões e árvores de copa alta e larga. Contíguo a estes espaços, reserva-se uma área para o estacionamento exclusivo dos idosos e visitantes, com disponibilidade de albergar autocarros e bicicletas.



Figura 79_Praça Verão e Inverno respetivamente



Figura 80_Espaço exterior destinada a atividades ao ar livre

2.5. | Aspetos Formais e Estéticos

A relação entre a forma do edifício e o terreno procurou criar um percurso desde a zona de estacionamento ao átrio do edifício, tendo relações fortes com a praça de verão e a área ajardinada para atividades. Durante este percurso, várias sensações se procuram provocar, iniciando-se por um percurso mais recatado e envolvido por um ripado de madeira que orienta para uma pequena abertura direcionada para a praça de verão, de onde se depara com um ambiente desafogado e amplo e sendo conduzido até ao átrio, por um pavimento de madeira.

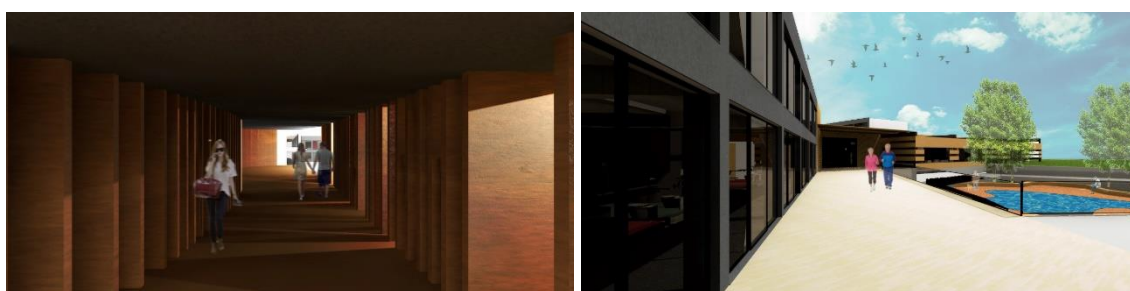


Figura 81_Percurso direcionado à entrada do edifício

As aberturas de luz são constantes no edifício, para que se torne um ambiente agradável e amplo visualmente. Ao longo do edifício criam-se diferentes entradas de luz, de modo a diferenciar os espaços, transmitindo, assim, diferentes sensações. No volume central, predominam as pequenas janelas com intervalos de parede, dando ao idoso vários pontos de vista do exterior e continuando a conservar a sua privacidade, contrastando com os vãos de grandes dimensões que demarcam os ambientes de maior importância e permanência dos idosos. As galerias dos quartos são delineadas por grandes vãos que acompanham o corredor na sua totalidade, tornando-o em um espaço aberto e panorâmico.



Figura 82_Volumetria Central

Também nos compartimentos adjacentes à recepção (sala de estar/atividades, piscina e ginásio), a presença da luz natural faz-se sentir de outra forma. No teto, abre-se um rasgo transversal que torna o espaço mais aconchegante e interessante do ponto de vista do utente que acaba de entrar nestes compartimentos, uma vez que visualiza dois focos de luz, a abertura transversal e o vão envidraçado da parede oposta. Isto também torna o ambiente mais iluminado, visto o espaço ter o lado de menor comprimento direcionado para o exterior.



Figura 83_Sala de Atividades

No desenho dos interiores procurou-se uma harmonia entre a cor e a luz, sendo estes elementos fulcrais na percepção dos espaços para os idosos. Neste sentido, existem aberturas de luz natural para distinguir percursos ou mudanças de direção, como acontece nos corredores do volume central com a presença de clarabóias. A cor também se encontra presente nas portas dos quartos, diferenciadas cromaticamente das paredes para uma fácil identificação, e nos diferentes espaços tornando-os diversificados e alegres.

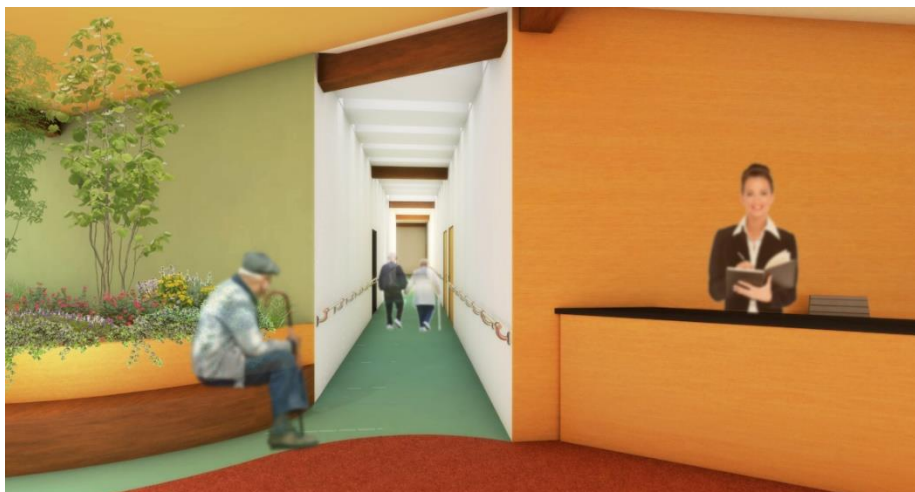


Figura 84_Corredor com as entradas de luz zenitais

Quanto à cor nos compartimentos, para os espaços comuns como as salas de estar e atividades, utilizam-se cores neutras como as tonalidades castanhas, de modo a propiciar sensações neutras ou aquelas que se identifiquem com a maioria dos idosos; no ginásio, na sala de exercícios e na piscina foram utilizadas cores que transmitam a ideia de calor e entusiasmo; o átrio pinta-se de cores vivas e diversas, mostrando a variação de ambientes que este ocupa e os quartos com cores sóbrias, de modo a que o idoso o personalize. No entanto, evitam-se cores fortes e brilhos excessivos, de modo a não sensibilizar os idosos com problemas visuais.

Tabela 13_Compartimentos e a respetiva cor e sensações

Compartimento	Cor utilizada	Sensações
Sala de estar/atividades	Tons de castanho	Sensação de conservadorismo, confiabilidade, solidez e segurança
Piscina Sala de exercícios	Azul	Sensação de paz, limpeza serenidade e produtividade
Instalações Sanitárias	Feminino - Cor-de-rosa Masculino - Azul	Simplemente para melhor identificação por parte dos idosos
Sala de refeições Ginásio	Laranja	Cor energética, estimulante e otimista

Os alçados dos diferentes volumes distinguem-se pelos seus materiais, que apesar de serem idênticos - madeira de carvalho e ferro -, a sua disposição e utilização são distintas fazendo com que, claramente, se diferenciem os respetivos usos e funcionalidades. Neste sentido, o volume central é evidentemente identificado pela alternância de materiais e pela sua cércea, como referido anteriormente. Já os volumes dos quartos têm uma abordagem mais transparente, uma vez que nos alçados interiores (galerias) predomina o vidro com apontamentos em chapa de ferro enquanto que os alçados opostos, apesar da utilização dos mesmos materiais, recebem a flexibilidade para que os utentes possam controlar o seu ritmo através de portadas de madeira de carvalho que ocultam na totalidade os vãos envidraçados dos quartos. O uso destes materiais foi derivado da antiga atividade da cidade de Vila do Conde, a construção naval.

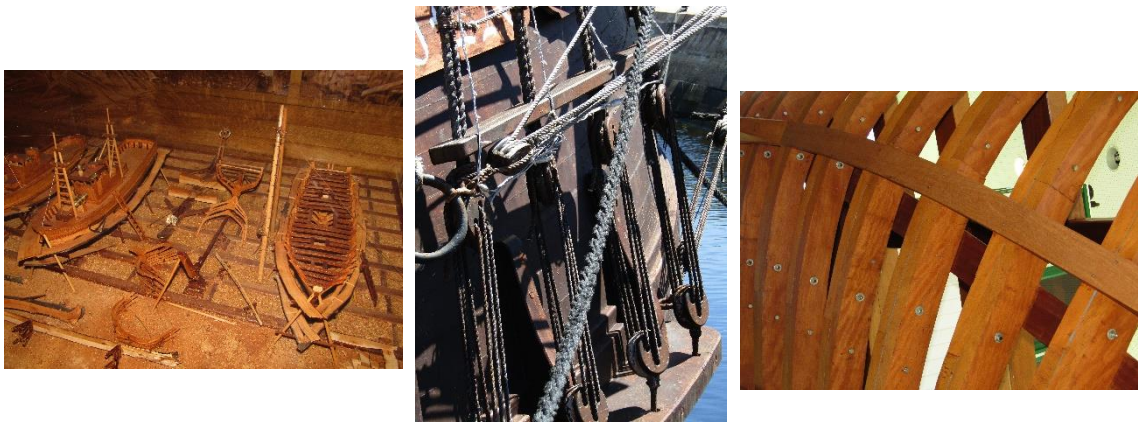


Figura 85_Estudo realizado no local sobre os materiais - respetivamente, madeira utilizada na construção naval; pormenor da nau quinhentista (junção da madeira e do ferro); “esqueleto” de um barco



Figura 86_ Alçado dos Quartos



Figura 87_Alçados Sul e Este (zona de convívio)

2.6. | Questões Técnicas e Construtivas

As soluções construtivas previstas passam pela adoção de materiais típicos da cidade - madeira de carvalho e ferro - em conjunto com outros que contemplem a durabilidade e a sustentabilidade, beneficiando de novas técnicas construtivas e sempre de forma a preservar a envolvente.

2.6.1. | Fundações e Estrutura

A estrutura será em betão armado conforme determina o projeto de estabilidade, adequadamente hidrofugada para efeito de impermeabilização, assim como as lajes maciças, permitindo uma variação de elementos interiores e garantia de uma estrutura consistente e segura.

2.6.2. | Pavimentos

Os pavimentos são regulares e a sua natureza é adaptada às necessidades dos idosos, nomeadamente na aderência, estabilidade, firmeza, durabilidade, continuidade, facilidade de manutenção, cor e textura lisa. Para isso, a pavimento predominante no edifício é o linóleo por ter fácil limpeza, manutenção e reparação, ser muito durável, ter qualidade e segurança excelentes e uma grande quantidade de cores permitindo uma maior diversidade cromática no edifício só com um material.

O pavimento das cozinhas dos apartamentos é do material linóleo de cor escura de modo a garantir a aderência mesmo quando molhado, por apresentar características de absorção ao choque no caso de quedas e ser de fácil manutenção. Já o pavimento das instalações sanitárias mantém a mesma lógica, diferenciando cromaticamente, sendo mais claro e com cores contrastantes com a louça sanitária. Nos quartos, o pavimento utilizado é o assoalho de madeira de carvalho, criando uma combinação agradável entre os dois materiais - linóleo e madeira.

Nos pavimentos das varandas dos quartos são utilizados pavimentos amovíveis. O pavimento em deck, de modo a possibilitar a colocação do pavimento exterior nivelado com o pavimento interior, favorecendo posteriores manutenções e alterações.

De modo geral, os pavimentos serão assentes em betonilha de cimento sobre a laje em betão armado, conforme o mapa de acabamentos (na seção das peças desenhadas).

2.6.3. | Alvenaria

Todas as alvenarias serão de tijolo cerâmico vazado. As paredes exteriores e de divisão de compartimentos (quartos, apartamentos e salas) terão espessura conforme o projeto, com execução de caixa-de-ar e isolamento térmico e acústico do tipo poliestireno extrudido ou semelhante. À exceção das paredes com juntas de dilatação sendo intercalado o tijolo cerâmico com a fita de separação de dilatação. As paredes interiores serão executadas nas espessuras de 0,15 m, como indicado nas peças desenhadas.

2.6.4. | Revestimentos

As paredes exteriores e interiores serão rebocadas, utilizando argamassa de reboco, sendo posteriormente revestida com o material ou pintura selecionados conforme o mapa de acabamentos (na seção das peças desenhadas).

2.6.5. | Janelas e Portas

Para estes vãos, características como um bom isolamento térmico e acústico são fulcrais para definirem a qualidade e conforto do idoso, principalmente quando estes são vulneráveis a determinadas doenças, com problemas de mobilidade, dificuldades em manter a temperatura corporal e o ruído envolvente.

As janelas permitem o contato com o exterior, visto que os parapeitos têm uma altura de 50 cm, melhorando a iluminação natural do compartimento; mantêm a privacidade do interior dos compartimentos; e o seu manuseio exige o menor esforço. Também estas contam com caixilharias com aros inferiores fixos embutidos de alumínio preto visto que são janelas oscilobatentes.

As portas para utilização frequente de idosos dispõem de largura de 1,20 metros ou superior e são de fácil manuseio podendo ser portas de correr, no caso das instalações sanitárias privadas ou acessíveis, e pivotantes, nas entradas dos quartos e apartamentos. Estas não possuem guarnições, sendo delimitados pelo aro envolvente de cor preta e a superfície da porta lacada com cores distintas.

2.6.6. | Cobertura

Como revestimento será aplicada uma camada de seixo assente sobre uma tela impermeabilizante e, a abrigar a platibanda, um rufo metálico de cor similar ao ferro.

2.7. | Adequabilidade à Legislação Aplicável

A organização e definição das áreas que compõem a proposta foram determinadas de modo a garantir os espaços exigidos pela legislação aplicável a residências para idosos como estipulado na portaria n.º 67/2012, de 21 de março. As áreas exigidas foram incluídas (área de receção; área de direção, serviços técnicos e administrativos; área de instalações para o pessoal; área de convívio e atividades; área de refeições; área de alojamento; área de cozinha e lavandaria; área de serviços de enfermagem; e área de serviços de apoio) respeitando as áreas mínimas.

O projeto cumpre o exigido no Decreto-lei n.º 163/2006 de 8 de agosto referente à eliminação de barreiras arquitetónicas e acessibilidades fazendo-se cumprir na totalidade da proposta. Deste modo, a mobilidade no interior do edifício é garantida com corredores de 2 m de largura permitindo a inscrição de 1,5 m de diâmetro em todas as zonas do edifício; as portas de utilização para idosos com largura igual ou superior a 1,20 m de largura; as dimensões dos elevadores também foram respeitadas mediante a legislação, para que fosse possível o transporte de uma cama e uma pessoa ao mesmo tempo; e as instalações sanitárias foram projetadas respeitando também a legislação.

Tabela 14_Compartimentos e Áreas Projetadas e respetiva comparação com a Portaria n.º 67/2012, de 21 de março

QUANTIDADES	COMPARTIMENTOS	ÁREA/TOTAL	ÁREA LEGISLAÇÃO
Áreas de Acesso			
1	Átrio	144,75 m ²	min. 9 m ²
1	Receção	10,25 m ²	----
Área de Direção e Serviços Administrativos			
1	Gabinete Técnico	28,50 m ²	min. 10 m ²
1	Sala de Reuniões	26,25 m ²	min. 10 m ²
1	Gabinete de Direção	17,25 m ²	min. 10 m ²
Zona Convívio e Atividades			
1	Sala de Estar	83,25 m ²	----
1	Sala de Atividades	91,75 m ²	2 m ² /50 res. = 100 m ²
1	Piscina	74,75 m ²	----
1	Balneário Masculino	16,50 m ²	----
2	Inst. San. Balneário Masculino	3,75 m ² /7,50 m ²	----
1	Balneário Feminino	17,50 m ²	----
2	Inst. San. Balneário Feminino	4,50 m ² /9 m ²	----
1	Ginásio	84,50 m ²	----

1	Sala de Exercícios	75,50 m ²	----
1	Inst. Sanitária Masculina	24 m ²	5 sanitas/5lavatórios
1	Inst. Sanitária Feminina	26 m ²	5 sanitas/5 lavatórios
1	Gabinete de Enfermaria	18,50 m ²	min. 12 m ²
1	Vestiário	20 m ²	----
1	Arrumos	20,50 m ²	----
1	Inst. Sanitária de Serviço	6,50 m ²	min. 3,50 m ²
Área de Serviços			
1	Cozinha	49,50 m ²	min. 10 m ²
1	Sala do Pessoal	15,25 m ²	min. 10 m ²
1	Inst. Sanitárias do Pessoal	4 m ²	min. 3,5 m ²
1	Vestiário	17 m ²	min. 6 m ²
1	Inst. Sanitárias do Vestiário	4 m ²	min. 3,50 m ²
1	Lavandaria	40,50 m ²	min. 12 m ²
1	Sala de Refeição	104,25 m ²	2 m ² /50 res. = 100 m ²
1	Inst. Sanitária Masculina	23,50 m ²	5 sanitas/5lavatórios
1	Inst. Sanitária Feminina	32,25 m ²	5 sanitas/5lavatórios
1	Depósito do Lixo	6,25 m ²	----
1	Dispensa Dia	5,50 m ²	----
1	Dispensa Total	7,50 m ²	----
Área de Alojamento			
30	Quartos c/ Inst. Sanitária	28,25 m ² / 847,50 m ²	min. 20,5 m ²
10	Apartamentos	± 60 m ² / ± 600 m ²	min. 30,5 m ²

Capítulo IV

Conclusão

Atualmente a sociedade encontra-se envelhecida e por vezes, os idosos são vítimas de estereótipos desagradáveis, como sendo pessoas frágeis, doentes e dementes. Porém, com o desenvolvimento do sistema de saúde e os progressos na medicina, estas pessoas estão cada vez mais rejuvenescidas e conseqüentemente regista-se um aumento da esperança média de vida. Assim, torna-se importante garantir boas condições e qualidade de vida para que esta nova população tenha um final da vida desfrutado, ativo e independentes.

Ao mesmo tempo, muitos idosos vivem em suas próprias habitações que por vezes não cumprem as suas necessidades, tornando-se perigosas e facilitando o isolamento perante a comunidade. Para contrariar este panorama, os idosos e as suas famílias recorrem aos equipamentos sociais existentes, nomeadamente os lares, os centros de dia, apoio ao domicílio, entre outros, no entanto também estes são encarados pelos idosos como locais de “morte” e desinteresse por parte da família.

Neste sentido, cabe a nós, arquitetos, desfazer esta ideia e transformar estes locais de conotação tão negativa em uma opima experiência, criando espaços agradáveis e pensados minuciosamente para os idosos. Evidentemente, prevê-se um estudo prévio sobre as necessidades desta população e as falhas que a arquitetura cometeu até aos tempos atuais, notando isso através da evolução da legislação direcionada para estes equipamentos. Também a arquitetura criou uma nova tipologia - residências sêniores - oferecendo aos idosos outras condições de vida e serviços e criando espaços que favorecem a autoestima e bem-estar dos utentes.

O projeto desenvolvido pretende colmatar essas carências, sendo pensado desde o local de implantação até às sensações de que os idosos irão beneficiar ao circular e usufruir dos distintos espaços. A proposta é sobretudo reflexo do sentido da investigação anteriormente realizada, originando a criação de um edifício que propicie o desenvolvimento cognitivo e físico do idoso e que ali possa criar novas amizades e, principalmente, que se sinta em casa e que, se possível, mantenha a sua rotina.

Espera-se que este trabalho seja motivo para próximas reflexões, visto que os idosos são o nosso passado, mas também o nosso presente, e desta maneira dar-lhe as devidas condições para que possam começar uma etapa nova da sua vida de maneira feliz e vitoriosa.

Bibliografia

- *Acessibilidade Espacial do Idoso no Espaço Livre Urbano*. Ely, Vara Bins e Dorneles, Vanessa. 2006. Curitiba : 14º Congresso Brasileiro de Ergonomia, 2006.
- Almeida, Margarida A. 2012. *Envelhecimento e Dinâmicas Sociais, Envelhecimento Ativo*. Faculdade de Economia. Coimbra : Universidade de Coimbra, 2012. Trabalho Acadêmico.
- Andrade, Maria da Conceição Santos. 2002. *Políticas Sociais de Apoio aos Idosos: O Caso Particular do Concelho da Guarda*. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2002.
- Baltes, P. B. e Mayer, K. U. 1999. *The Berlin Aging Study - Aging from 70 to 100*. Cambridge : Cambridge University Press, 1999.
- Batistoni, Samila Sathler Tavares. 2014. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontólogo. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*. bimestral, 2014, 17 (3).
- Bize, P. R. e Vallier, C. 1985. *Uma Vida Nova: Terceira Idade*. Lisboa : Verbo, 1985. 9789722201933.
- Bonfim, Catarina de Jesus, et al. 1996. *Lar para Idosos*. Lisboa : Direção-Geral da Ação Social, Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação, 1996. 9729577714.
- Cabral, Manuel Villaverde e Ferreira, Pedro Moura. *O Envelhecimento Ativo em Portugal*. Lisboa : Fundação Francisco Manuel dos Santos. 9789898662484.
- Câmara Municipal de Vila do Conde. 2006. *Atas do IV Encontro de História de Vila do Conde: Património Edificado Memória e Reabilitação*. Vila do Conde : Câmara Municipal de Vila do Conde, 2006. 9709453799.
- —. 2015. História. *Câmara Municipal de Vila do Conde*. [Online] Câmara Municipal de Vila do Conde, 2015. [Citação: 18 de Julho de 2016.] <http://www.cm-viladoconde.pt/pages/409>.
- —. 2011. Rede Social - Guia de Recursos Sociais do Concelho de Vila do Conde. *Câmara Municipal de Vila do Conde*. [Online] Outubro de 2011. [Citação: 18 de Fevereiro de 2016.] http://www.cm-viladoconde.pt/uploads/writer_file/document/630/20121029162046145477.pdf.
- Cardona, Inês Sofia Martins. 2009. *Serviços de Apoio Domiciliário para Idosos no Concelho da Covilhã: percepção de utentes*. Departamento de Psicologia e Educação. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2009. Tese de Mestrado.
- Cardoso, Patrick Santos. 2016. *Habitação Intergeracional: Envelhecer na sociedade covilhanense*. Faculdade de Engenharias. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2016. Tese de Mestrado.
- Carrilho, Maria José e Gonçalves, Cristina. 2001. *Dinâmicas Territoriais do Envelhecimento: análise exploratória dos resultados dos Censos 1991 e 2001*. 2001.
- Carrilho, Maria José e Patrício, Lurdes. 2010. A Situação Demográfica Recente em Portugal. *Revista de Estudos Demográficos*. 2010, Vol. Nº 48.
- Carvalho, Ana Paula Leite Pereira. 2013. *A Institucionalização da Pessoa Idosa*. Departamento de Ciências Sociais e Humanas. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2013. Tese de Mestrado.
- Castilho, Ana Rita de Faria. 2010. *Envelhecimento Ativo/Envelhecimento Saudável*. Faculdade de Ciências da Saúde. Ponte de Lima : Universidade Fernando Pessoa, 2010. Monografia.
- Catanho, Ana Paula de Freitas Teixeira. 2011. *Envelhecimento Ativo: Um desafio para os idosos não institucionalizados*. Funchal : Universidade da Madeira, 2011. Tese de Mestrado.
- Clemente, Sónia Cristina da Silva. 2013. *Envelhecer Ontem e Hoje: a Perpetiva do Idoso*. Vila Real : Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro, 2013. Tese de Mestrado.
- Correia, Fausto. 2012. *Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Faculdade de Economia. Coimbra : Universidade de Coimbra, 2012. Trabalho Acadêmico.
- Daniel, Fernanda. 2006. O Último Lugar no Mundo: Considerações e Reconsiderações sobre o Espaço e Velhice. *Interações*. 2006, 11.
- Direção-Geral de Saúde. *Direção-Geral de Saúde*. [Online] [Citação: 12 de Fevereiro de 2016.] www.dgs.pt/.

- **2013.** Envelhecimento Ativo. *Psicronos*. [Online] 2013. [Citação: 28 de Abril de 2016.] <http://psicronos.pt/artigos/envelhecimentoactivo.html>.
- *Envelhecimento Ativo.* **Fernandes, Adília, Magalhães, Carlos Pires e Antão, Celeste.** 2012. Vila Real : X Jornadas de Saúde Mental no Idoso, 2012.
- Envelhecimento demográfico. O que é envelhecimento demográfico? . *Mundo Educação*. [Online] [Citação: 12 de Fevereiro de 2016.] mundoeducacao.bol.uol.com.br/.
- **Esgalhado, G., et al.** 2014. Psychological well-being and social support in a sample of Portuguese institutionalized elderly people. *International Journal of Developmental and Educational Psychology INFAD*. Revista de Psicologia, 2014, Vol. Nº 2 Vol. 1.
- **Estatística, Instituto Nacional de.** 2015. *Revista de Estudos Demográficos*. 2015. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, I.P., 2015. 16455657.
- **Esteves, António Joaquim e Pinto, José Madureira.** 1997. O Envelhecimento na Área Metropolitana do Porto. [autor do livro] Instituto Nacional de Estatística. *Estatísticas e Estudos Regionais Nº 14*. Porto : Instituto Nacional de Estatística, 1997.
- **Esteves, António Joaquim.** 1995. *Jovens e Idosos: família, escola e trabalho*. Porto : Edições Afrontamento, 1995. 978923603514.
- **Fernandes, A. I. .** 2005. Processos e estratégias de envelhecimento. *Revista da Faculdade de Letras*. 2005, Vol. vo. 15.
- **Fernandes, P.** 2002. *A Depressão no Idoso*. Coimbra : Quarteto Editora, 2002.
- **Fernández-Ballesteros, Rócio.** 2009. *Psicogerontologia: Perspetivas Europeas para un Mundo que Envejece*. Madrid : Edicionaes Pirâmide, 2009. 9788436822137.
- **Fernández-Ballesteros, Rócio, et al.** 1999. *Qués és la Psicologia de la Vejez*. Madrid : Biblioteca Nuev, 1999. 9788470306938.
- **Fernando, Quintanar.** 2011. *Atención Psicológica de las Personas Mayores*. México : Editorial Pax México, 2011. 9786077723561.
- **Ferreira, Olívia, et al.** 2012. *Envelhecimento Ativo e sua Relação com a Independência Funcional*. Florianópolis : Artigo Original, 2012.
- **Fonseca, A. M.** 2006. *O Envelhecimento - Uma abordagem psicológica*. Lisboa : Universidade Católica Editora, 2006.
- **Fonseca, António Manuel.** 2004. *Desenvolvimento Humano e Envelhecimento*. Lisboa : Climepsi Editores, 2004. 9789727961566.
- **Fonseca, Maria João Borges Centenário Pereira da .** 2012. *Habitar e Envelhecer no Século XXI: Habitação Assistida*. Departamento de Arquitetura, Ciências e Tecnologia. Viseu : Universidade Católica Portuguesa, 2012. Tese de Mestrado.
- **Fontaine, Roger.** 2007. *Psicologia do Envelhecimento*. Lisboa : Climepsi Editores, 2007. 9789728449650.
- **Freitas, Eugénio de Andrea da Cunha e.** 1961. *Vila do Conde: As Origens do Topónimo. Tentativa de Identificação*. Barcelos : Tipografia "Vitória", 1961.
- **Freitas, Eugénio de Andrea da Cunha e.** 1999. *História e Património: Azurara*. Vila do Conde : Câmara Municipal de Vila do Conde, 1999. 9729453438.
- **Freitas, Mariana Ayres Vilhena e Scheicher, Marcos Eduardo.** 2010. Qualidade de vida de idosos institucionalizados. *Revista Brasileira Geriatria Gerontologia*. 2010, 13(3):395-401.
- **Galinsky.** 1998-2006. Home for Senior Citizens, Chur, Switzerland. *Galinsky. People Enjoying Buildings Worldwide*. [Online] Galinsky, 1998-2006. [Citação: 21 de Julho de 2016.] <http://www.galinsky.com/buildings/elderly/>.
- **Gonçalves, Cristina.** As pessoas idosos nas famílias institucionais segundo os Censos. [autor do livro] Instituto Nacional de Estatística. *Revista de Estudos Demográficos*. Artigo 4º_página 41. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística.
- **Gonçalves, Cristina e Carrilho, Maria José.** *Revista de Estudos Demográficos*. [autor do livro] Instituto Nacional de Estatística. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, Vol. 40.
- **Gonçalves, Cristina e Silva, Catarina.** Pobreza e Exclusão Social nas Famílias com Idosos em Portugal. [autor do livro] Instituto Nacional de Estatística. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística.
- **Grupo de Cooredenação do Plano de Auditoria Social.** *Manual de Boas Práticas - Um guia para o acolhimento residencial das pessoas mais velhas*. Lisboa : Instituto da Segurança Social, I.P. 9729915253.

- **Guerra, Fernando. 2011.** AIRE MATEUS | Residências assistidas em Alcácer. *Ultimasreportagens*. [Online] FG+SG Architectural Photography, 2011. [Citação: 20 de Julho de 2016.] <http://ultimasreportagens.com/alcacer/>.
- Guia Pratico - Como Criar um Lar para Idosos. [Online] [Citação: 24 de Fevereiro de 2016.] http://cdp.portodigital.pt/Members/admin/empreendedorismo/guias-praticos-empreendedorismo/guia_lar.pdf.
- **Guimarães, Bertino Daciano R. S. , Freitas, Eugénio de Andrea da Cunha e e Neves, Serafim Gonçalves das. 1948.** *Azurara: subsídios para a sua monografia*. Porto : Junta da Província do Douro-Litoral, 1948.
- *Habitação para Idosos em Lisboa: de coletiva a assistida*. **Carvalho, António da Silva Ferreira de. 2013.** Lisboa : Instituto Superior Técnico, 2013.
- **Heller, Eva. 2012.** *A psicologia das cores*. Barcelona : Editorial Gustavo Gili, 2012. 9788565985079.
- **Instituto Nacional de Estatística. 2001.** *Censos 2001 - Resultados Definitivos*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2001. 972673603X.
- —. **2011.** *Censos 2011 - Resultados Definitivos*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2011. 9789892501864.
- —. **2011.** *Censos 2011 - Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, 2011. 9789892501819.
- **Instituto Nacional de Estatística, I. P. 2011.** *Censos 2011 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística, I. P., 2011. 9789892501819.
- **Jubilares. 2013.** Ejemplos Internacionales (V). Cooperativa Pestalozzi en Basilea. *Jubilares*. [Online] 23 de Maio de 2013. [Citação: 7 de Junho de 2016.] <https://blog.jubilares.es/>.
- —. **2013.** Ejemplos Internacionales (V). Cooperativa Pestalozzi en Basilea. *Jubilares*. [Online] WordPress.com, 23 de Maio de 2013. [Citação: 23 de Julho de 2016.] <https://blog.jubilares.es/2013/05/23/ejemplos-internacionales-v-cooperativa-pestalozzi-en-basilea/>.
- **Leite, Sofia.** População Presente e População Residente segundo o Sexo e Idades através dos Censos. [autor do livro] Instituto Nacional de Estatística. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística.
- **Lopes, Marlene Gonçalves. 2010.** *Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento, em idosos intitucionalizados e não institucionalizados*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2010. Tese de Mestrado.
- **Lourenço, Lia Maria Teixeira. 2009.** *De velho se torna a menino?* Faculdade das Ciências Sociais e Humanas. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2009. Tese de Mestrado.
- **Machado, Paulo. 2005.** *As Malhas que a (C)idade tece*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa, 2005. Tese de Mestrado.
- **Magalhães, Maria da Graça.** Quem vive só em Portugal. [autor do livro] Instituto Nacional de Estatística. *Revista de Estudos Demográficos*. Lisboa : Instituto Nacional de Estatística.
- **Magalhães, Raquel. 2012.** *Velhice Institucionalizada: Vivência plena do ser idoso nas sociedades contemporâneas?* Faculdade Ciências Sociais e Humanas. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2012. Tese de Mestrado.
- **Mauritti, Rosário. 2004.** Padrões de Vida na Velhice. *Análise Social*. 2004, Vol. vol. XXXIV, pp. 339-363.
- **Memória Portuguesa. 2009.** Vila do Conde. *Menória Portuguesa*. [Online] Wikidot.com, 25 de Dezembro de 2009. [Citação: 18 de Julho de 2016.] <http://terrasdeportugal.wikidot.com/vila-do-conde>.
- **Meteoblue. 2006.** Clima Vila do Conde. *Meteoblue*. [Online] Meteoblue, 2006. [Citação: 9 de Junho de 2016.] <https://www.meteoblue.com/>.
- —. **2006-2016.** Clima Vila do Conde. *Meteoblue*. [Online] 2006-2016. [Citação: 26 de Julho de 2016.] https://www.meteoblue.com/pt/tempo/previsao/modelclimate/vila-do-conde_portugal_2732649.
- **Mooney, Joan. 2012.** Designing for an Aging Population. *Urbanland*. [Online] 16 de Maio de 2012. [Citação: 26 de Maio de 2016.] <http://urbanland.uli.org/planning-design/designing-for-an-aging-population/>.

- **Moreira, Maria de Fátima Carvalho.** *O Envelhecimento da População e o seu Impacto na Habitação.* Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa. Tese de Mestrado.
- —. *O Envelhecimento da População e o seu Impacto na Habitação.* Instituto Superior de Estatística e Gestão de Informação. Lisboa : Universidade Nova de Lisboa. Tese de Mestrado.
- **Muga, Henrique.** 2005. *Psicologia da Arquitetura.* Vila Nova de Gaia : Edições Gailviro, 2005. 9895572417.
- **Neves, Helena Marisa Figueira.** 2012. *Causas e Consequências da Institucionalização de Idosos.* Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2012. Tese de Mestrado.
- **Neves, Joaquim Pacheco.** 2010. *Vila do Conde.* Vila do Conde : Edição da Seção Cultural da Câmara Municipal de Vila do Conde, 2010.
- *O impacto da urbanidade no envelhecimento humano: o que podemos aprender com a estratégia Cidade Amiga do Idoso? Bestetti, Maria Luisa Trindade, Graeff, Bibiana e Domingues, Marisa Aciolly.* 2012. São Paulo : Revista Temática Kairós Gerontologia, 2012. Vol. 15 (6). 15162567.
- **Oliveira, Hugo Alexandre C.** 2012. *Idosos e exercício físico: Um estudo na cidade da Covilhã.* Faculdade de Ciências da Saúde. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2012. Tese de Mestrado.
- **Paiva, Joana Duque.** 2010. *Suporte Social e Familiar no Envelhecimento Saudável de Idosos Institucionalizados.* Faculdade Ciências Sociais e Humanas. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2010. Tese de Mestrado.
- **Panero, Julius e Zelnik, Martin.** 2002. *Dimensionamento Humano para Espaços Interiores.* Barcelona : Editorial Gustavo Gili, 2002. 8425218357.
- **Paul, Constança e Ribeiro, Oscar.** 2012. *Manual de Gerontologia.* Porto : Lidel, 2012. 9789727577996.
- **Paul, Constança e Fonseca, António M.** 2006. *Envelhecer em Portugal: Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados.* Lisboa : Climepsi Editores, 2006. 9789727961856.
- **Paul, Mari Constança.** 1996. *Psicologia dos Idosos: o Envelhecimento em Meios Urbanos.* Braga : Empresa Gráfica do Norte, Lda, 1996. 9729604428.
- **Pereira, Dulce.** 2011. *Reabilitação Urbano do Bairro Operário dos Penedos Altos: Acessibilidade para todos.* Faculdade de Engenharias. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2011. Tese de Mestrado.
- **Pereira, Joana Raquel da Silva.** 2015. *Humanizar o Habitar na Terceira Idade: Lar Casa de Magalhães.* Faculdade de Ciências e Tecnologia. Porto : Universidade Fernando Pessoa, 2015. Tese de Mestrado.
- **Pinto, António Ventura dos Santos.** 2000. *Vila do Conde (1785-1800) As gentes e o Governo Municipal.* Faculdade de letras. Porto : Universidade do porto, 2000. Tese de Mestrado.
- **Pinto, David dos Santos.** 2012. *Respostas Sociais para Idosos em Portugal.* Faculdade Ciências Sociais e Humanas. Colilhã : Universidade da Beira Interior, 2012. Tese de Mestrado.
- **População, Departamento de Estatísticas Censitárias e da.** 2002. *O Envelhecimento em Portugal: situação demográfica e socio-económica recente das pessoas idosas.* Madrid : Serviço de Estudos, 2002.
- Portal do Instituto Nacional de Estatística. *Portal do Instituto Nacional de Estatística.* [Online] [Citação: 30 de Março de 2016.] <https://www.ine.pt/>.
- **Portal Educação.** 2013. *Envelhecimento: Conceitos e Definições.* *Portal Educação.* [Online] Colunista Portal - Educação, 7 de Janeiro de 2013. [Citação: 12 de Fevereiro de 2016.] <http://www.portaleducacao.com.br/enfermagem/artigos/25879/envelhecimento-conceitos-e-definicoes>.
- **Porto Editora.** 2003-2016. estado-providência. *Infopédia.* [Online] Porto Editora, 2003-2016. [Citação: 8 de Junho de 2016.] <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/estado-providencia>.
- **Prata, T. e Esgalhado, M. G.** 2010. *Memória emocional implícita e explícita em idosos.* *International Journal of Developmental and Educational Psychology.* 2010.

- **Quevedo, Ana Maria Funegra. 2002.** *Residência para Idosos: Critérios de Projeto.* Faculdade de Arquitetura e Urbanismo. Porto Alegre : Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002. Pesquisa e Pós-Graduação.
- **Quintanar, Fernando. 2011.** *Atención Psicológica de las Personas Mayores.* México : Editorial Pax México, 2011. 9786077723561.
- **Ramos, Tiago Filipe Novais. 2011.** *Habitar/Envelhecer no Século XXI: Mobilidade e Proximidade.* Departamento de Arquitetura, Ciências e Tecnologia. Viseu : Universidade Católica Portuguesa, 2011. Tese de Mestrado.
- **Rebello, Mauro Leandro Almeida. 2011.** *Habitar/Envelhecer no séc. XXI, entre a Luz e Textura.* Departamento de arquitetura, ciências e tecnologia. Centro Regional das Beiras : Universidade Católica Portuguesa , 2011. Tese de Mestrado.
- *Regulamento do Plano Diretor Municipal de Vila do Conde.* Lisboa : Diário da República.
- **Reis, Carmo.** Vila do Conde. *Escola Secundária José Régio.* [Online] WordPress. [Citação: 19 de Julho de 2016.] <http://esc-joseregio.pt/vila-do-conde/>.
- **Ribeiro, Óscar e Paúl, Constança. 2011.** *Manual de Envelhecimento Ativo.* Lisboa : Lidel, 2011. 9789727577392.
- **Santos, Luciana Henriques Garcia. 2012.** *Arquitetura como Instrumento de Inclusão Social: projetar residências assistidas para idosos.* Faculdade de Engenharia. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2012. Tese de Mestrado.
- **Santos, Sandrina Ferreira. 2011.** *Representações Sociais do Idoso e do Envelhecimento, em Cuidadores Formais de Idosos.* Faculdade Ciências Sociais e Humanas. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2011. Tese de Mestrado.
- **Santos, Verónica Morão. 2013.** *Institucionalização na terceira idade: escolha ou última alternativa?* Faculdade Ciências Sociais e Humanas. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2013. Tese de Mestrado.
- **Saúde, Organização Mundial da. 2009.** *Guia Global das Cidades Amigas das Pessoas Idosas.* Lisboa : Fundação Calouste Gulbenkian, 2009. 9789899556867.
- **Schicchi, Maria Cristina. 2000.** A Arquitetura e os Idosos: considerações para a elaboração de projeto. *A Terceira Idade.* Ano XI, 2000, Vol. Nº 19.
- **Silva, Mário José Melanda da. 2009.** *Arquitetura Geriátrica.* Departamento de Arquitetura. Coimbra : Universidade de Coimbra, 2009. Tese de Mestrado.
- **Silva, Sandrine Rito da. 2010.** *Qualidade de vida de idosos institucionalizados.* Faculdade Ciências Sociais e Humanas. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2010. Tese de Mestrado.
- **Simões, Jorge Falcato, et al. 2010.** *Uma casa para a vida - Aplicação do design inclusivo à habitação.* Lisboa : Instituto Nacional para a Reabilitação, I.P., 2010.
- **Soares, Filipe Alexandre Rodrigues. 2010.** *Proteção Contra Incêndio - Lares de Idosos.* Faculdade de Engenharia. Porto : Universidade do Porto, 2010. Tese de Mestrado.
- **Social, Segurança. 2011.** *Manual de Processos-Chave - Estrutura Residencial para Idosos.* 2011.
- —. *Recomendações Técnicas para Equipamentos Sociais - Lares de Idosos.*
- **Sousa, Liliana, Figueiredo, Daniela e Cerqueira, Margarida. 2006.** *Envelhecer em Família.* Porto : Ambar, 2006. 9789724311524.
- **Tomasini, Sérgio Luiz Valente. 2005.** Envelhecimento e planeamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar. *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano.* Janeiro/Junho, 2005, Vols. 76-88.
- **Universidade Sênior Contemporânea. 2006/2007.** *Revista Transdisciplinar de Gerontologia.* Porto : Universidade Sênior Contemporânea - Departamento de Estudos Sociais, 2006/2007.
- **Valentim, Isabel Maria Gomes. 2011.** *Covilhã, "Espaço das Idades": Proposta arquitetónica de intervenção, valorização e expansão do centro de apoio a idosos.* Faculdade de Engenharia. Covilhã : Universidade da Beira Interior, 2011. Tese de Mestrado.
- **Valsassina, Frederico. 2005.** Experiência na Arquitetura Geriátrica. [autor do livro] *Caleidoscópio. Arquitetura Ibérica N.º11 . Equipamentos.* Casal de Cambra : Caleidoscópio_Edição e Artes Gráficas, 2005, pp. 30-31.
- **Vega, José Luís Vega e Martínez, Belén Bueno. 2000.** *Desarrollo Adulto y Envejecimiento.* Madrid : Editorial Síntesis , 2000. 9788477383369.

- **Vigliecca & Associados.** Vila dos Idosos. *Vigliecca & Associados*. [Online] [Citação: 20 de Julho de 2016.] <http://www.vigliecca.com.br/pt-BR/projects/elderly-housing#>.
- **Vinnitskaya, Irina.** 2013. Developing Adaptable Housing for the Elderly, Also a Path to Sustainability. *ArchDaily*. [Online] 16 de Fevereiro de 2013. [Citação: 26 de Maio de 2016.] <http://www.archdaily.com/332026/developing-adaptable-housing-for-the-elderly-and-a-path-to-sustainability/>.

Anexos

Anexo 1_Aspetos importantes à realçar na transição para a reforma

Fonte: adaptado de Paúl, Constança; Fonseca, António M. - *Envelhecer em Portugal: Psicologia Saúde e Prestação de Cuidados*, p. 69

Motivações para a decisão de se reformar	Saúde (própria) Saúde (de outros significativos) Libertação do cumprimento de horários Pressão do cônjuge Opção pessoal Reforma compulsiva
Sentimentos experimentados na “passagem à reforma”	Libertação e bem-estar Desorientação Insatisfação
Iniciativas de planeamento da “passagem à reforma”	Ausência Planificação
Bem-estar físico e emocional atual	POSITIVO: - relacionado com rede social de apoio (família e amigos) - relacionado com disponibilidade de tempo - relacionado com ocupação do quotidiano e novos objetivos NEGATIVO: - relacionado com solidão - relacionado com ausência de saúde - relacionado com ausência de objetivos
Anterior e atual interação conjugal	Sem alterações Partilha de tempo mas não de objetivos Partilha de tempo e de objetivos Conflitualidade
Vida familiar atual	Intensificação de relações
Anterior e atual interação com contextos sociais	Manutenção da rede de relações Enriquecimento da rede de relações Empobrecimento da rede de relações
Atividades atualmente desenvolvidas na vida privada e em contextos comunitários	Voluntariado Vida familiar/doméstica Aprendizagem Atividades de cultura e lazer Passear/viajar Convívio com amigos
Expetativas acerca do futuro	POSITIVAS NEGATIVAS: - relacionadas com a saúde - relacionadas com a dependência - relacionadas com o dinheiro - relacionadas com a residência - relacionadas com a vida em geral

Anexo 2_Estereótipos Associados ao Envelhecimento

Fonte: adaptado de Lopes, 2010 - *Imagens e estereótipos de idoso e envelhecimento*

ESTEREÓTIPOS	FATOS
O idoso é confuso e desinteressado em relação ao mundo	Os idosos têm interesse pelo que os rodeia, gostam de estar atualizados e de aumentar o seu conhecimento. Apenas um número reduzido sofre de alguma doença que o incapacite cognitivamente.
Os idosos são doentes e dependentes dos outros	A dependência não é, sinónima de envelhecimento; muitos idosos cuidam de si, vivem ativos e saudavelmente. O fato de a maioria dos idosos ter alguma doença não significa que eles sejam incapazes de ser autónomos.
Os idosos são senis (memoria deficiente, são desorientados ou dementes)	Estudos demonstram que existe uma preservação do intelecto e de outras funções mentais no envelhecimento normal, continuando a possibilidade de aprendizagem e de memorização. O envelhecimento normal não prejudica as faculdades mentais do idoso
Os idosos vivem sós e na infelicidade	Pelo contrário, muitos idosos mantêm laços de amizade, continuam em contato com a família e participam em atividades sociais. Centros de convivência e universidades de terceira idade, têm sido procurados pelos idosos como atividades de socialização e aprendizagem.
Os idosos não se interessam pela atividade sexual	Os idosos gostam de partilhar carinho, afeto e amor, o interesse sexual do idoso é maior do que se pensa e do que eles próprios imaginam. A assexualidade não é típica do envelhecimento e não se aplica a todos os idosos.
Os idosos são inúteis para a sociedade e incapazes no trabalho	Pelo contrário, trabalhadores idosos são mais assíduos ao trabalho, e têm um rendimento mais constante relativamente a trabalhadores jovens. Apesar da diminuição na percepção e na velocidade de reação, a maioria geralmente desempenha as suas funções tão bem como os jovens.
Os idosos são conservadores e incapazes de mudar	É verdade que as pessoas, quando envelhecem, são mais estáveis, mas os idosos não recusam totalmente a mudança. As pessoas possuem suficiente plasticidade cognitiva, afetiva e emocional para assimilar os processos adaptativos impostos pela velhice, podendo enriquecer e modificar os seus comportamentos. Quando surgem situações novas são capazes de se adaptar a elas, tal como as outras pessoas.
Os idosos são todos iguais	Pelo contrario, à medida que o ser humano envelhece, diferencia-se dos outros sob diversos aspetos (humor, personalidade, modo de vida, filosofia pessoal, etc.). A velhice é um período vivenciado de forma diversificada nas diferentes classes sociais, e o ritmo de envelhecimento é diferente de individuo para individuo.
É quase impossível para a maioria dos idosos aprender algo novo	Os idosos têm plenas condições para aprender, porém com velocidade reduzida, podendo apenas demorar algum tempo para assimilar a nova informação.
Os idosos tendem a ser mais religiosos com a idade	A geração atual de pessoas mais idosas tende a ser mais religiosa que os jovens, porém muitas pessoas, independentemente da idade, recorrem a Deus como recurso cognitivo, emocional ou comportamental para lidarem com os seus problemas.

MINISTÉRIO DA SOLIDARIEDADE E DA SEGURANÇA SOCIAL

Portaria n.º 67/2012

de 21 de março

O Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, definiu as normas reguladoras das condições de instalação e funcionamento dos lares para idosos. Contudo, o facto de o âmbito de aplicação deste normativo suscitar algumas questões, leva a que algumas entidades promotoras desta resposta social continuem a aplicar o Guião Técnico para o Lar de Idosos, aprovado por Despacho do Secretário de Estado da Inserção Social em 1996.

Acresce que o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 31 de março, ao pretender facilitar a apreciação de projetos de construção e de pedidos de licenciamento de estruturas residenciais que, embora com os mesmos objetivos dos lares para idosos, diferem destes no modelo de estrutura física, gestão, funcionamento e capacidade, não se mostrou capaz do propósito que lhe estava subjacente, forçando a adoção de soluções que não servem, por sistema, como resposta aos pedidos das entidades promotoras.

Neste contexto, é manifesto o desajustamento entre o enquadramento normativo em vigor e a crescente preocupação com a possibilidade de utilização máxima das capacidades instaladas em condições de qualidade e segurança.

Atendendo a que o XIX Governo Constitucional assumiu o objetivo de lançar um amplo modelo de inovação social, o Programa de Emergência Social (PES) veio consignar a necessidade de apostar na proximidade e na maximização das respostas sociais existentes, rentabilizando a capacidade instalada.

Ao reconhecer o valor incomensurável da dignidade da pessoa humana, ao impor uma preocupação com o auxílio aos mais vulneráveis, com uma atenção especial sobre os mais idosos, o PES prevê a alteração e a simplificação da legislação e dos guiões técnicos que enquadram as respostas sociais, designadamente as dirigidas a pessoas idosas, adaptando-a à realidade nacional e a um cenário de contenção orçamental.

Ao ter em atenção as entidades da economia social que atuam numa lógica de proximidade, o PES vem permitir maximizar as potencialidades de intervenção dessas entidades, garantindo mais e melhores respostas que correspondam às necessidades das pessoas e das famílias, nomeadamente através do aumento do número de vagas, sem prejuízo das condições de qualidade e de segurança das pessoas.

Neste contexto, o presente diploma vem uniformizar a legislação existente, integrando as respostas residenciais para pessoas idosas sob uma designação comum, e proceder ao ajustamento desta resposta social às exigências de uma gestão eficaz e eficiente dos recursos e a uma gestão da qualidade e segurança das estruturas físicas, prevendo diversas modalidades de alojamento, designadamente, o alojamento em tipologias habitacionais e ou em quartos.

Por outro lado, ao estabelecer as condições de funcionamento e instalação das estruturas residenciais para pessoas idosas vem garantir uma prática harmonizada ao nível das regras orientadoras desta resposta social, qualificando os vários modelos de intervenção existentes, independentemente da natureza do suporte jurídico institucional das mesmas.

Foram ouvidas as entidades representativas das instituições, bem como a Associação de Apoio Domiciliário de Lares e Casas de Repouso de Idosos (ALI).

Assim:

Manda o Governo, pelo Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, ao abrigo do artigo 5.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, com a redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, o seguinte:

Artigo 1.º

Objeto

1 — A presente portaria define as condições de organização, funcionamento e instalação a que devem obedecer as **estruturas residenciais** para pessoas idosas.

2 — Considera-se estrutura residencial para pessoas idosas, o estabelecimento para alojamento coletivo, de utilização temporária ou permanente, em que sejam desenvolvidas atividades de apoio social e prestados cuidados de enfermagem.

Artigo 2.º

Âmbito de aplicação

1 — As disposições constantes no presente diploma aplicam-se a estruturas residenciais:

a) A implementar em edifícios a construir de raiz ou em edifícios já existentes a adaptar para o efeito;

b) Com processos, em curso, de licenciamento da construção ou da atividade ou de acordo de cooperação a celebrar com o ISS, I. P., à data da entrada em vigor da presente portaria;

c) Com licença de funcionamento ou autorização provisória de funcionamento ou, quando aplicável, acordo de cooperação celebrado com o Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS, I. P.).

2 — Às estruturas residenciais referidas na alínea c) do número anterior, cujo licenciamento ou acordo de cooperação não tenha sido realizado ao abrigo do anexo I do Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, não lhes é aplicável o disposto nos artigos 15.º a 18.º, salvo quando realizem obras que impliquem um alargamento da capacidade superior a 30 %.

3 — Às estruturas residenciais referidas no número anterior que realizem obras que impliquem um alargamento da capacidade até 30 %, é-lhes aplicável o disposto no anexo II à presente portaria que dela faz parte integrante.

Artigo 3.º

Objetivos

Constituem objetivos da estrutura residencial, designadamente, os seguintes:

a) Proporcionar serviços permanentes e adequados à problemática biopsicossocial das pessoas idosas;

b) Contribuir para a estimulação de um processo de envelhecimento ativo;

c) Criar condições que permitam preservar e incentivar a relação intrafamiliar;

d) Potenciar a integração social.

Artigo 4.º

Princípios de atuação

A estrutura residencial rege-se pelos seguintes princípios de atuação:

- a) Qualidade, eficiência, humanização e respeito pela individualidade;
- b) Interdisciplinaridade;
- c) Avaliação integral das necessidades do residente;
- d) Promoção e manutenção da funcionalidade e da autonomia;
- e) Participação e corresponsabilização do residente ou representante legal ou familiares, na elaboração do plano individual de cuidados.

Artigo 5.º

Destinatários

1 — A estrutura residencial destina-se à habitação de pessoas com 65 ou mais anos que, por razões familiares, dependência, isolamento, solidão ou insegurança, não podem permanecer na sua residência.

2 — A estrutura residencial pode, também, destinar-se a pessoas adultas de idade inferior a 65 anos, em situações de exceção devidamente justificadas.

3 — A estrutura residencial destina-se, ainda, a proporcionar alojamento em situações pontuais, decorrentes da ausência, impedimento ou necessidade de descanso do cuidador.

Artigo 6.º

Capacidade

1 — A capacidade máxima da estrutura residencial é de 120 residentes, não podendo ser inferior a 4 residentes.

2 — A estrutura residencial organiza-se por unidades funcionais, entendendo-se por unidade funcional o conjunto de áreas funcionais, fisicamente agrupadas e equipadas, para o alojamento dos residentes em ambiente confortável e humanizado e para a prestação dos serviços previstos no artigo 8.º

3 — A capacidade máxima de cada unidade funcional é de 60 residentes.

4 — Quando a capacidade da estrutura residencial for até 80 residentes, é dispensada a obrigatoriedade de existência de unidades funcionais.

Artigo 7.º

Modalidades de alojamento

A estrutura residencial pode assumir um das seguintes modalidades de alojamento:

- a) Tipologias habitacionais, designadamente apartamentos e ou moradias;
- b) Quartos;
- c) Tipologias habitacionais em conjunto com o alojamento em quartos.

Artigo 8.º

Serviços

1 — A estrutura residencial presta um conjunto de atividades e serviços, designadamente:

- a) Alimentação adequada às necessidades dos residentes, respeitando as prescrições médicas;

- b) Cuidados de higiene pessoal;
- c) Tratamento de roupa;
- d) Higiene dos espaços;
- e) Atividades de animação sociocultural, lúdico-recreativas e ocupacionais que visem contribuir para um clima de relacionamento saudável entre os residentes e para a estimulação e manutenção das suas capacidades físicas e psíquicas;
- f) Apoio no desempenho das atividades da vida diária;
- g) Cuidados de enfermagem, bem como o acesso a cuidados de saúde;
- h) Administração de fármacos, quando prescritos.

2 — A estrutura residencial deve permitir:

a) A convivência social, através do relacionamento entre os residentes e destes com os familiares e amigos, com os cuidadores e com a própria comunidade, de acordo com os seus interesses;

b) A participação dos familiares ou representante legal, no apoio ao residente sempre que possível e desde que este apoio contribua para um maior bem-estar e equilíbrio psicoafetivo do residente.

3 — A estrutura residencial pode, ainda, disponibilizar outro tipo de serviços, visando a melhoria da qualidade de vida do residente, nomeadamente, fisioterapia, hidroterapia, cuidados de imagem e transporte.

4 — A estrutura residencial deve ainda permitir a assistência religiosa, sempre que o residente o solicite, ou, na incapacidade deste, a pedido dos seus familiares ou representante legal.

Artigo 9.º

Processo individual

1 — É obrigatória a elaboração de um processo individual do residente, com respeito pelo seu projeto de vida, suas potencialidades e competências, do qual constam, designadamente:

- a) Identificação do residente;
- b) Data de admissão;
- c) Identificação do médico assistente;
- d) Identificação e contacto do representante legal ou dos familiares;
- e) Identificação da situação social;
- f) Exemplar do contrato de prestação de serviços;
- g) Processo de saúde, que possa ser consultado de forma autónoma;
- h) Plano individual de cuidados (PIC), o qual deve conter as atividades a desenvolver, o registo dos serviços prestados e a identificação dos responsáveis pela elaboração, avaliação e revisão do PIC;
- i) Registo de períodos de ausência, bem como de ocorrências de situações anómalas;
- j) Cessaçao do contrato de prestação de serviços com indicação da data e motivo.

2 — O processo individual deve estar atualizado e é de acesso restrito nos termos da legislação aplicável.

Artigo 10.º

Contrato de prestação de serviços

1 — Devem ser celebrados por escrito contratos de alojamento e prestação de serviços com os residentes e

ou seus familiares e, quando exista, com o representante legal, donde constem os direitos e obrigações das partes.

2 — Do contrato é entregue um exemplar ao residente e ou familiares e arquivado outro no respetivo processo individual.

3 — Qualquer alteração ao contrato é efetuada por mútuo consentimento e assinada pelas partes.

Artigo 11.º

Direção técnica

1 — A direção técnica da estrutura residencial é assegurada por um técnico com formação superior em ciências sociais e do comportamento, saúde ou serviços sociais e, preferencialmente, com experiência profissional para o exercício das funções.

2 — Ao diretor técnico compete, em geral, dirigir o estabelecimento, assumindo a responsabilidade pela programação de atividades e a coordenação e supervisão de todo o pessoal, atendendo à necessidade de estabelecer o modelo de gestão técnica adequada ao bom funcionamento do estabelecimento, e em especial:

- a) Promover reuniões técnicas com o pessoal;
- b) Promover reuniões com os residentes, nomeadamente para a preparação das atividades a desenvolver;
- c) Sensibilizar o pessoal face à problemática da pessoa idosa;
- d) Planificar e coordenar as atividades sociais, culturais e ocupacionais dos idosos.

3 — As funções do diretor técnico podem ser exercidas a 50 %, quando a capacidade da estrutura residencial for inferior a 30 residentes.

4 — Quando a capacidade da estrutura residencial for inferior a 15 residentes, o diretor técnico poderá ter um horário semanal variável, mas deve assegurar, no mínimo, uma permanência diária de três horas no estabelecimento.

Artigo 12.º

Pessoal

1 — A estrutura residencial deve dispor de pessoal que assegure a prestação dos serviços 24 horas por dia.

2 — A estrutura residencial, para além do diretor técnico, deve dispor no mínimo de:

- a) Um(a) animador(a) sociocultural ou educador(a) social ou técnico de geriatria, a tempo parcial por cada 40 residentes;
- b) Um(a) enfermeiro(a), por cada 40 residentes;
- c) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 8 residentes;
- d) Um(a) ajudante de ação direta por cada 20 residentes, com vista ao reforço no período noturno;
- e) Um(a) encarregado(a) de serviços domésticos em estabelecimentos com capacidade igual ou superior a 40 residentes;
- f) Um(a) cozinheiro(a) por estabelecimento;
- g) Um(a) ajudante de cozinheiro(a) por cada 20 residentes;
- h) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 20 residentes.

3 — Sempre que a estrutura residencial acolha idosos em situação de grande dependência, os rácios de pessoal

de enfermagem, ajudante de ação direta e auxiliar são os seguintes:

- a) Um(a) enfermeiro(a), para cada 20 residentes;
- b) Um(a) ajudante de ação direta, por cada 5 residentes;
- c) Um(a) empregado(a) auxiliar por cada 15 residentes.

4 — Os indicadores referidos nos números anteriores podem ser adaptados, com a necessária flexibilidade, em função das características gerais, quer de instalação, quer de funcionamento, quer do número de residentes de cada estrutura residencial.

5 — Nos casos em que os serviços de higiene do ambiente, de tratamento de roupa e de confeção de refeições sejam objeto de contratualização externa pode dispensar-se o pessoal de cozinha e de limpeza.

6 — A estrutura residencial pode contar com a colaboração de voluntários, devidamente enquadrados, não podendo estes ser considerados para efeitos do disposto nos números anteriores.

Artigo 13.º

Acesso à informação

A estrutura residencial deve proceder à afixação, em local visível e de fácil acesso, designadamente, dos seguintes elementos:

- a) Licença de funcionamento ou autorização provisória de funcionamento, quando aplicável;
- b) Identificação da direção técnica;
- c) Horários de funcionamento das atividades e serviços;
- d) Mapa semanal das ementas, incluindo dietas;
- e) Preçário e ou tabela da comparticipação familiar;
- f) Publicitação dos apoios financeiros da segurança social, quando aplicável;
- g) Referência à existência de livro de reclamações.

Artigo 14.º

Regulamento interno

1 — A estrutura residencial possui obrigatoriamente regulamento interno, o qual define as regras e os princípios específicos de funcionamento e contém, designadamente:

- a) Condições, critérios e procedimentos de admissão;
- b) Direitos e deveres da estrutura residencial e do residente ou representante legal ou familiares;
- c) Horário das visitas;
- d) Critérios de determinação das comparticipações familiares, quando aplicável.

2 — Um exemplar do regulamento interno é entregue ao residente, familiar ou representante legal no ato de celebração do contrato de prestação de serviços.

3 — Qualquer alteração ao regulamento interno deve ser comunicada ao ISS, I. P.

Artigo 15.º

Condições de implantação

1 — A estrutura residencial deve estar inserida na comunidade, preferencialmente em local servido por transportes públicos e ter acesso fácil a pessoas e viaturas.

2 — Na implantação da estrutura residencial deve ter-se em conta:

a) A proximidade a outros estabelecimentos de apoio social, de saúde e de âmbito recreativo e cultural;

b) A coesão do edifício na malha e envolvente urbana, por forma a favorecer a integração, a comunicabilidade e as relações de proximidade e vizinhança;

c) A proximidade a parques urbanos, jardins públicos e outros espaços naturais suscetíveis de proporcionar passeio e convivência social.

3 — O edifício deve ser implantado em zona de boa salubridade e longe de estruturas ou infraestruturas que provoquem ruído, vibrações, cheiros, fumos e outros poluentes, considerados perigosos para a saúde pública e que perturbem ou possam interferir no normal quotidiano dos residentes.

Artigo 16.º

Edifício

1 — A estrutura residencial deve funcionar, preferencialmente, em edifício autónomo ou num conjunto edificado autónomo.

2 — A conceção do edifício ou do conjunto de edifícios deve obedecer a parâmetros espaciais, designadamente de âmbito físico e cognitivo, conducentes ao bem-estar dos residentes, à facilidade no desenvolvimento das tarefas dos prestadores de serviços e, ainda:

a) Permitir a maleabilidade com vista a adaptações espaciais ou a melhorias tecnológicas, pela introdução de materiais e equipamentos adequados às respetivas necessidades;

b) Introduzir sistemas construtivos que permitam a fácil manutenção do edifício;

c) Valorizar a eficácia na gestão energética e ambiental, promovendo a sustentabilidade do sistema construído e a do meio ambiente;

Artigo 17.º

Acessos ao edifício

1 — O edifício deve ter acessos facilitados através da via pública, quer viários quer pedonais, devidamente identificados e legíveis.

2 — O edifício deve prever lugares de estacionamento de viaturas, em número adequado à capacidade da estrutura residencial, de acordo com os regulamentos camarários em vigor.

3 — Na omissão de regulamentos camarários é obrigatório prever-se no mínimo um lugar que sirva ambulâncias, cargas e descargas.

4 — No edifício onde está instalada a estrutura residencial é obrigatório prever-se:

a) Acesso principal para os residentes, colaboradores e visitantes;

b) Acesso de serviço destinado às áreas de serviços e ao acesso de viaturas para cargas e descargas e recolha de lixo.

Artigo 18.º

Áreas funcionais

1 — A estrutura residencial é composta pelas seguintes áreas funcionais:

a) Recepção;

b) Direção, serviços técnicos e administrativos;

c) Instalações para o pessoal;

d) Convívio e atividades;

e) Refeições;

f) Alojamento;

g) Cozinha e lavandaria;

h) Serviços de enfermagem;

i) Serviços de apoio.

2 — Quando exista mais do que uma unidade funcional, cada unidade é autónoma no que se refere às áreas funcionais referidas nas alíneas d) e f) do número anterior.

3 — As áreas funcionais devem obedecer a um conjunto de requisitos específicos que constam do anexo I à presente portaria, que dela faz parte integrante.

4 — Em casos devidamente justificados e autorizados podem as áreas funcionais constantes do anexo I ter alterações face às áreas úteis mínimas nele previstas.

Artigo 19.º

Avaliação e fiscalização

1 — O funcionamento da estrutura residencial está sujeito a acompanhamento, avaliação e fiscalização por parte dos serviços competentes do Instituto da Segurança Social, I. P. (ISS).

2 — Para efeitos do disposto no número anterior, a entidade responsável pela estrutura residencial deve facultar o acesso às instalações e à documentação tida por conveniente.

Artigo 20.º

Casos especiais

Para as estruturas residenciais referidas na alínea c) do artigo 2.º que realizem obras indispensáveis ao reforço da segurança e ao melhoramento das condições de vida dos residentes e à qualidade da prestação dos serviços é dispensado o parecer do ISS, referido no n.º 2 do artigo 7.º do Decreto-Lei n.º 64/2007, de 14 de março, na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 99/2011, de 28 de setembro, salvo quando tais obras impliquem um aumento da capacidade.

Artigo 21.º

Revogação

São revogados o Despacho Normativo n.º 12/98, de 25 de fevereiro, o Despacho Normativo n.º 30/2006, de 31 de março, e o Despacho Normativo n.º 3/2011, de 16 de fevereiro.

Artigo 22.º

Entrada em vigor

A presente portaria entra em vigor no dia seguinte ao da sua publicação.

O Ministro da Solidariedade e da Segurança Social, *Luís Pedro Russo da Mota Soares*, em 12 de março de 2012.

ANEXO I

Áreas funcionais

Ficha 1 — Área de receção

1.1 — Destina-se à receção, ao atendimento e espera.

1.2 — A iluminação deve ser adequada para espaço de transição com o exterior, protegida das intempéries e

permitir o fácil encaminhamento para os acessos verticais e horizontais do edifício.

1.3 — A área a considerar depende diretamente da dimensão da estrutura residencial: área útil mínima: 9 m².

1.4 — Na proximidade desta área devem prever-se instalações sanitárias, separadas por sexo, e acessíveis a pessoas com mobilidade condicionada.

Ficha 2 — Área de direção, serviços técnicos e administrativos

2.1 — Destina-se a local de trabalho da direção do estabelecimento e do pessoal técnico e administrativo, arquivo administrativo e expedientes vários.

2.2 — Deve localizar-se na proximidade da receção e incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Gabinete da direção: 10 m²;
- b) Gabinete(s) técnico(s): 2 m²/posto trabalho; área útil mínima: 10 m²;
- c) Gabinete(s) administrativo(s): 2 m²/posto trabalho; área útil mínima: 10 m²;
- d) Sala de reuniões, quando a capacidade for igual ou superior a 40 residentes: 10 m²;
- e) Instalação sanitária, que pode ser dispensada se houver outra na proximidade: 3 m².

2.3 — O gabinete administrativo poder ser dispensado desde que fiquem asseguradas as funções administrativas.

Ficha 3 — Área de instalações para o pessoal

3.1 — Destina-se ao pessoal, e será localizada onde melhor se considerar, desde que se assegure o fácil acesso aos funcionários e não implique atravessamentos de circulação com outras áreas funcionais distintas.

3.2 — Deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Sala de pessoal: 10 m²;
- b) Instalação sanitária, com equipamento sanitário completo, incluindo base de duche, sempre que não existam as instalações sanitárias previstas no número seguinte: 3,5 m².

3.3 — Devem ser incluídas instalações para o pessoal em funções na cozinha e lavandaria sempre que a estrutura residencial tenha uma capacidade superior a 15 residentes, com os seguintes espaços e com a área útil mínima de:

- a) Vestiário, zona de descanso: 6 m²;
- b) Instalação sanitária: 3,5 m².

Ficha 4 — Área de convívio e atividades

4.1 — Destina-se a convívio, lazer e atividades a desenvolver pelos residentes e deve localizar-se na proximidade da receção ou ter uma articulação fácil com esta.

4.2 — Para atividades específicas, deve esta área estar apta ao uso de utensílios de trabalho, conforme o caso, bem como ter as condições ambientais e de iluminação e de conforto necessárias.

4.3 — Deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas de:

- a) Salas de estar/atividades: 2 m²/residente, para uma utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos residentes; área útil mínima: 15 m²;
- b) Instalações sanitárias separadas por sexo, em que o equipamento a instalar será em número adequado, consi-

derando uma cabine com sanita por cada 10 residentes e um lavatório por cada 10 residentes e, pelo menos uma delas, acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

4.4 — As instalações sanitárias podem ser dispensadas desde que haja proximidade entre a sala de convívio e atividades e as instalações sanitárias previstas para a área de refeições.

4.5 — Em edifícios a adaptar, a sala de convívio e atividades pode ser comum à sala de refeições: área útil mínima: 30 m².

Ficha 5 — Área de refeições

5.1 — Destina-se à tomada de refeições.

5.2 — Esta área deve incluir os seguintes espaços com as áreas úteis mínimas:

a) Sala de refeições: 2 m²/residente, para uma utilização, em simultâneo, no mínimo de 80 % dos residentes; área útil mínima: 20 m². Podem ser projetadas zonas de refeição, sendo a área total necessária deste compartimento subdividida em pequenos espaços por qualquer tipo de paramento amovível ou equipamento móvel;

b) Instalações sanitárias separadas por sexo, em que o equipamento a instalar será de lavatório e sanita em número adequado, considerando uma cabine com sanita por cada 10 residentes e um lavatório por cada 10 residentes e, pelo menos uma delas, acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

5.3 — A sala de refeições não pode ser local de passagem para outras áreas funcionais e deve ter boas condições acústicas e ligação visual com o exterior.

5.4 — As instalações sanitárias podem ser dispensadas desde que haja proximidade entre a sala de refeições e as instalações sanitárias previstas para a área de convívio e atividades.

5.5 — Em edifícios a adaptar a sala de refeições pode ser comum à sala de convívio e atividades: área útil mínima: 30 m².

Ficha 6 — Área de alojamento

6.1 — Destina-se a descanso dos residentes e deve localizar-se em zona de acesso restrito.

6.2 — Na modalidade de alojamento em tipologia habitacional:

6.2.1 — Os apartamentos e ou moradias devem apresentar os seguintes espaços, com as áreas úteis mínimas:

- a) Quartos individuais ou duplos: 10 m² e 16 m², respetivamente;
- b) Sala/zona de estar com copa/kitchenet: 10 m²;
- c) Instalação sanitária, com duche embutido ou nivelado com o pavimento: 4,5 m²;
- d) Zona de arrumos.

6.2.2 — A capacidade de cada apartamento/moradia é no máximo de quatro residentes, sendo a capacidade máxima por quarto de dois residentes.

6.3 — Na modalidade de alojamento em quartos, estes devem estar agrupados de acordo com a estrutura do edifício, por forma a permitir um ambiente mais humanizado.

6.3.1 — Os espaços a considerar com as áreas úteis mínimas, são:

a) Quarto individual: 10 m². Pode ser utilizado como quarto de casal, devendo para esse efeito ter uma área útil mínima de 12 m²;

b) Quarto duplo: 16 m²;

c) Quarto triplo: 20,5 m²;

d) Instalações sanitárias próprias, podendo servir, no máximo, quatro residentes, sendo de acesso privado ou localizando-se na proximidade dos quartos: 4,5 m²;

e) Sala de estar com copa, por cada agrupamento de quartos: 12 m².

6.3.2 — Deve existir um compartimento de sujos por cada piso da área de alojamento.

6.3.3 — Os quartos podem ser individuais, duplos ou triplos, sendo que, pelo menos, 20 % devem corresponder a quartos individuais e, no máximo, 20 % a quartos triplos.

6.3.4 — Deve prever-se entre camas um sistema amovível que garanta a privacidade dos residentes. As camas devem ser, preferencialmente, articuladas, tendo em conta situações de residentes com elevado grau de dependência.

6.4 — Deve existir banho geriátrico com a área útil mínima de 10 m² quando a capacidade da estrutura residencial for superior a 20 residentes.

6.5 — A sala de estar com copa pode ser dispensada em unidades funcionais com capacidade não superior a 20 residentes.

6.6 — Na modalidade de alojamento em tipologias habitacionais em simultâneo com alojamento em quartos, os espaços a considerar são os referidos nos números anteriores, consoante o caso.

Ficha 7 — Área de cozinha e lavandaria

7.1 — Destina-se à preparação de refeições e ao tratamento de roupa.

7.2 — A cozinha deve ser dimensionada ao número de refeições a confeccionar ou servir e ser objeto de projeto específico para a instalação dos equipamentos de trabalho fixos e móveis, bem como dos aparelhos e máquinas necessários, sempre que a capacidade seja superior a 15 residentes.

7.2.1 — Os espaços a considerar são:

a) Um espaço principal, organizado em três zonas: zona de higienização dos manipuladores de alimentos; zona de preparação de alimentos e zona de confeção de alimentos;

b) Espaço complementar, integrado no espaço principal ou com comunicação direta com este, organizado em duas outras zonas: zona de lavagem de loiça e de utensílios de cozinha (também designada por copa suja) e zona de distribuição das refeições (também designada por copa limpa);

c) Espaços anexos, compostos por despensa, compartimento de frio e compartimento do lixo.

7.2.2 — A área mínima útil da cozinha é de 10 m².

7.2.3 — Caso a estrutura residencial recorra à confeção de alimentos no exterior, a cozinha pode ser simplificada, devendo existir os espaços necessários para proceder, em condições de higiene e de bom funcionamento, à receção

e armazenamento das refeições e ao seu aquecimento e respetiva distribuição.

7.3 — A lavandaria deve localizar-se junto ao acesso de serviços e deve ser dimensionada ao número de residentes.

7.3.1 — Os espaços a considerar devem ter em conta:

a) Depósito para receção da roupa suja;

b) Máquinas de lavar e secar roupa;

c) Depósito, armários e prateleiras para guardar a roupa lavada;

d) Mesa de costura e bancada para passar a roupa a ferro.

7.3.2 — A área mínima útil da lavandaria é de 12 m².

7.3.3 — Caso a estrutura residencial recorra ao tratamento da roupa no exterior, a lavandaria pode ser simplificada, devendo existir os espaços necessários para proceder, em condições de higiene e de bom funcionamento, ao envio e à receção da roupa e respetivo depósito e separação.

Ficha 8 — Área de serviços de enfermagem

8.1 — Destina-se à prestação de cuidados de enfermagem aos residentes, sendo, sempre que necessário, ocupada por médico assistente para atendimento dos residentes.

8.2 — Esta área deve incluir:

a) Gabinete de enfermagem, com lavatório e marquesa, com a área útil mínima de 12 m²;

b) Instalação sanitária anexa ao gabinete de enfermagem: 3,5 m², caso não exista outra na proximidade.

Ficha 9 — Área de serviços de apoio

9.1 — Destina-se à arrumação e armazenagem de equipamento, mobiliário, materiais e produtos necessários ao funcionamento da estrutura residencial.

9.2 — Esta área deve incluir os seguintes espaços:

a) Arrecadações gerais;

b) Arrecadações de géneros alimentícios;

c) Arrecadações de equipamentos e produtos de higiene do ambiente.

ANEXO II

Estruturas residenciais a que se refere o n.º 2 do artigo 2.º

1 — A área dos quartos individuais não pode ser inferior a 9 m².

2 — Nos quartos duplos e triplos, a área mínima admitida por cama é de 6 m², exceto no caso de camas articuladas, em que deve ser de 7 m², recomendando-se, em qualquer dos casos, que a distância entre as camas não seja inferior a 0,9 m.

3 — Nas salas de convívio e atividades, a área mínima admitida por residente é de 1,20 m², não podendo a sala ter uma área inferior a 12 m².

4 — Na sala de refeições, a área mínima admitida por residente é de 1,20 m², não podendo a sala ter uma área inferior a 12 m².

5 — No caso de existir apenas uma sala (atividades/refeições), a área mínima admitida é de 2,20 m²/residente, não podendo a sala ter uma área inferior a 16 m².

6 — Nas instalações sanitárias deve considerar-se uma sanita e um lavatório por cada 10 residentes, devendo pelo menos uma delas ser acessível a pessoas com mobilidade condicionada com 4,84 m².

7 — O gabinete de enfermagem, com lavatório, deve ter uma área mínima de 10 m².