



UNIVERSIDADE DA BEIRA INTERIOR  
Engenharia

**Covilhã, “Espaço das Idades”**  
**Proposta arquitectónica de intervenção, valorização e**  
**expansão do centro de apoio a idosos**

**Isabel Maria Gomes Valentim**

Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em  
**Arquitectura**  
(2º ciclo de estudos)

Orientador: Prof. Doutor Jacek Tadeusz Krenz  
Co-orientador: Prof. Doutora Cláudia Sofia São Marcos Miranda Beato

**Covilhã, Outubro de 2011**



# Dedicatória

Este trabalho é dedicado ao meu avô que, pela sua forma de viver, revelou que a velhice é uma forma de estar na vida conseqüente de toda a aprendizagem e obstáculos sentidos ao longo de muitos anos. Mesmo com a idade avançada permaneceu um avô saudável, independente, de personalidade vincada que, apesar de um físico envelhecido, transmitia o seu sorriso jovem e a sua inteligência.

Igualmente dedico a todos os especialistas da área de arquitectura e similares que mantêm a sua arte humanizada em favor dos que a usufruem. E a todos os estudantes que, na sua actividade diária, avançam na procura de proporcionar o bem-estar alargado a todos os membros da sociedade.



# Agradecimentos

O meu reconhecimento é dirigido, em primeiro lugar, ao Professor Doutor Jacek Krenz pela orientação constante do projeto, caracterizada pelo seu rigor e imensa disponibilidade que impulsionou o desenvolvimento do trabalho. Também agradeço à Professora Doutora Cláudia Beato pelo acompanhamento e atenção disponibilizada, bem como o seu rigor teórico.

O meu agradecimento a todos os administradores e directores que possibilitaram as visitas aos lares no concelho da Covilhã, a todos os funcionários e utentes que colaboraram com a minha investigação de campo. Em especial ao Espaço das Idades e ao seu responsável, António Rebordão, que concordaram no auxílio do trabalho no decorrer de todo o processo.

Agradeço aos ateliês Pinearq e Aires Mateus pela disponibilidade e cooperação na recolha de dados sobre o tema.

Por último, mas seguramente as pessoas mais importantes, aos meus amigos pelo apoio constante e motivação que me foi dada. E às pessoas essenciais na minha vida, à Clotilde, à Ana Teresa, ao Romeu, ao Francisco pelas oportunidades que me geraram até hoje e pela sua presença e incentivo que sempre revelaram incondicionalmente e todo o auxílio que cada um na sua individualidade depositou na conclusão desta etapa.

O meu muito obrigado.



# Resumo

A sociedade apresenta uma evolução abrupta nas últimas décadas, a melhoria das condições de vida e do sistema de saúde permite um aumento da esperança média de vida com uma tendência crescente. O aumento do número de idosos é um factor cada vez mais vincado nas nossas comunidades e é necessário questionar se o planeamento das nossas cidades se adequa às vivências dos idosos dos nossos dias, um sector que cada vez é mais independente e saudável que há um século atrás, contrariando os estereótipos criados em torno das palavras “velho” e “envelhecimento”, que insistem em permanecer culturalmente.

Além da resolução de dificuldades no planeamento urbanístico das cidades cada vez é inevitável activar respostas a nível de equipamentos sociais para idosos.

No concelho da Covilhã, os lares distribuem-se de forma regular mas apenas alguns dispõem de um sistema mais avançado e humanizado formando projectos privados que procuraram a qualidade de vida dos seus utentes. O factor de qualidade associa-se directamente ao económico pois apenas uma parte da população tem possibilidade de garantir o seu último ciclo de vida num bom equipamento de saúde.

A Covilhã apresenta lares sociais cuja lotação transcreve o poder económico dos idosos vindos maioritariamente de uma vida rural e, tal como o resto do país, recorrem a cuidados no domicílio e a centros de dia para preencher as lacunas no apoio que necessitam. Neste sentido nasceu um projecto, “Espaço das idades”, que combina na perfeição as actividades adequadas aos idosos da nossa actualidade e ao mesmo tempo um serviço comunitário proporcionado pela câmara municipal e por várias empresas associadas. Um projecto de sucesso com imensos utentes de todo o concelho mas que não dispõe um equipamento adaptado ao idoso, além de alterar e de valorizar este espaço é necessário expandir o espaço e possibilitar um complexo que abranja a qualidade de vida habitacional e social.

## Palavras-chave

Idosos, Arquitectura, Equipamento, Covilhã, Envelhecimento.

# Abstract

The society present a large evolution in the last decades, the improvement of the life conditions and of the health system allows a grow of the average life expectancy with a growing tendency. The raise of the number of elderly is a factor every time more strongly en ours communities and is necessary ask if the city planning is right to the existences of the elderly in our days, a sector that is every time more independent and healthier than one century ago, opposing stereotypes made around the words “older” and “aging”, that insists in staying culturally.

Beyond the resolution of difficulties in the city’s planning every time is more inevitable activate answers in what concerns social equipment to elderly.

In the region of Covilhã, the home for elderly are distributed in a regular way but some have a system more advanced and humanized creating private projects that find the life quality’s of their user’s. The factor of quality is associated directly to the economic because just a part of population has possibilities to guarantee the last life’s cycle in a good life equipment.

Covilhã presents social home for elderly of whom allotment reflects the economic power of the elderly that comes in major of a rural life and, like the rest of the country, find home cares or day’s center to fill gaps in the support that they needed. In this way has born a project, “Espaço das idades”, that combines in perfection the activities adequate to the elderly in our actuality and at the same time a communitarian service asseguarated by the board of supervisors and others associated companies. A project of success with a lot of users of all region but that had not the adapted equipment to the elderly, beyond change and valorizes this space is necessary expand the space and possibilities a complex that clued a complex where we can see the quality of the housing and social life.

## Keywords

Elderly, Architecture, Equipment, Covilhã, Aging.



# Índice

Dedicatória.....	ii
Agradecimentos.....	iv
Resumo.....	vi
Abstract.....	vii
Lista de Figuras.....	x
Lista de Quadros.....	xv
Lista de Acrónimos.....	xvi
Lista de Anexos.....	xvii
1. Introdução.....	1
1.1. Relevância do tema.....	1
1.2. Objectivos.....	3
1.3. Metodologia.....	4
1.4. Estrutura.....	5
2. O idoso.....	6
2.1. O envelhecimento.....	6
2.1.1. O envelhecimento activo.....	8
2.2. A problemática social e económica.....	9
2.2.1 A cidade e o idoso.....	14
2.2.1.1 Vantagens e barreiras urbanas.....	16
2.3. Habitação sénior.....	25
2.3.1 O conceito “design inclusivo”.....	29
3. Arquitectura geriátrica.....	31
3.1 Edifícios de saúde.....	32
3.1.1- Requisitos e características favoráveis.....	35
3.2 Exemplos.....	41
3.3 Trabalho de Campo.....	48
3.3.2. Lares na cidade da Covilhã.....	48
3.3.3. Lares no concelho e proximidades.....	59
4. Espaço das Idades.....	80
4.1 Análise do existente.....	81
4.1.1 Enquadramento geral.....	81
4.1.2 O edifício.....	82
4.2 Proposta arquitectónica.....	83
4.2.1 Metodologia e conceito.....	84
4.2.2 Programa e funcionalidade.....	87
4.2.3 Aspectos formais e estéticos.....	89

4.2.4 Questões técnicas e construtivas .....	90
4.2.5 Adequabilidade à legislação aplicável .....	92
5. Conclusão .....	94
Bibliografia.....	96
Anexos .....	99

## Lista de Figuras

Figura 1- Conservação da capacidade funcional ao longo do curso de vida, WHO 2007 .....	9
Figura 2 – Efeitos na estrutura etária, INE 2009 .....	10
Figura 3 – Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, 1990-2006, INE 2007 .....	10
Figura 4 – O peso da doença 1990-2020, nos países em desenvolvimento e recém industrializados, WHO 2000.....	13
Figura 5 – Percentagem de idosos com 60 anos ou mais, ONU 2009 .....	13
Figura 6 – Percentagem da População Urbana em grandes áreas, WHO 2007 .....	14
Figura 7 – Vários domínios numa cidade amiga do idoso, WHO 2007 .....	16
Figura 8 – Indivíduos com 65 e mais anos por tipologia de agregado (%), INE 2007 .....	26
Figura 9 – Indivíduos com 65 anos por tipologia de agregado (%) .....	26
Figura 10- Dados antropométricos para idosos, Torrington 2005 .....	28
Figura 11 – Alçados do Hospital Residencial do Mar, Loures .....	42
Figura 12 – Interior do Hospital Residencial do Mar, Loures .....	43
Figura 13 – Esquema dos volumes do Hospital Residencial do Mar, Loures.....	43
Figura 14 – Planta do Piso 0 e zona de recepção do Hospital Residencial do Mar, Loures .....	44
Figura 15 – Portada de protecção solar do Hospital Residencial do Mar, Loures.....	45
Figura 16 – Maqueta de volumes e fachada principal das residências assistidas, Alcácer do Sal .....	45
Figura 17 – Planta do piso 0 das residências assistidas, Alcácer do Sal .....	46
Figura 18 – Pormenor construtivo de um quarto das residências assistidas, Alcácer do Sal ....	46
Figura 19 – Interior do quarto das residências assistidas, Alcácer do Sal .....	47
Figura 20 – Corredor interior das residências assistidas, Alcácer do Sal.....	47
Figura 21 – Alçado principal do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã .....	49
Figura 22 – Localização do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã.....	49

Figura 23 – Átrio de entrada e Auditório do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã....	50
Figura 24 – Capela e espaço de biblioteca do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã	50
Figura 25 – Espaço de fisioterapia e espaço de animação .....	51
Figura 26 – Refeitório do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã .....	51
Figura 27 – Corredor, quarto, casa de banho e sala de estar do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã.....	52
Figura 28 – Pátio exterior do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã .....	52
Figura 29 – Alçados principais do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã .....	53
Figura 30 – Localização do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã .....	53
Figura 31 – Quarto e casa de banho do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã.....	53
Figura 32 – Refeitório e Sala de convívio do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã .....	54
Figura 33 – Pátio exterior e varanda do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã .....	54
Figura 34 – Corredor, Sala de animação e capela do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã .....	55
Figura 35 – Alçados do Lar de S. José, Covilhã .....	56
Figura 36 – Alçado principal e posterior do Lar de S. José, Covilhã .....	56
Figura 37 – Casa de banho e quarto do Lar de S. José, Covilhã .....	57
Figura 38 – Sala de actividades e refeitório do Lar de S. José, Covilhã .....	57
Figura 39 – Quarto e casa de banho do Lar de S. José, Covilhã .....	58
Figura 40 – Pátio exterior do Lar de S. José, Covilhã.....	59
Figura 41 – Alçado principal, lateral esquerdo e posterior do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo .....	60
Figura 42 – Sala de convívio do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo.....	60
Figura 43 – Quarto, casa de banho e sala de fisioterapia do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo .....	61
Figura 44 – Sala de actividades, salas de tratamentos “smoezelen” do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo .....	61

Figura 45 - Alçados do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso .....	62
Figura 46 – Sala de estar, sala de refeições e quarto do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso .....	62
Figura 47 – Quarto e casa de banho do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso.....	62
Figura 48 – Sala de estar do Centro de Dia do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso.....	63
Figura 49 – Pátios exteriores do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso.....	63
Figura 50 – Alçados do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria .....	64
Figura 51 – Hall de entrada e sala principal do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria.....	64
Figura 52 – Cozinha e Refeitório do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria	65
Figura 53 – Quarto e casa de banho do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria .....	66
Figura 54 – Sala de actividades e sala de estar do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria.....	66
Figura 55 – Corredores do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria.....	66
Figura 56 – zona da administração e acesso à zona técnica do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria .....	67
Figura 57 – Alçados da Residência Sénior Don António, Peraboa .....	68
Figura 58 – Recepção e sala de refeições da Residência Sénior Don António, Peraboa.....	69
Figura 59 – Sala de actividades da Residência Sénior Don António, Peraboa .....	69
Figura 60 – Quarto e casa de banho da Residência Sénior Don António, Peraboa .....	70
Figura 61 – Mobiliário e equipamento adequado à mobilidade da Residência Sénior Don António, Peraboa.....	71
Figura 62 – Alçados do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro.....	71
Figura 63- Alçados do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro .....	72

Figura 64 – Quarto e casa de banho do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro.....	72
Figura 65 –Sala de convívio do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro .....	72
Figura 66 – Refeitório do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro .....	73
Figura 67 – Espaços interiores e exteriores do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro .....	74
Figura 68 – Alçados do Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão .....	74
Figura 69 Sala de convívio, sala de fisioterapia, capela e refeitório do Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão.....	75
Figura 70 – Corredor, quarto e casa de banho do Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão.....	75
Figura 71 – Pátio interior e sala de estar do Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão.....	76
Figura 72 – Alçados do Lar das Oliveirinhas, Paul .....	77
Figura 73 – Sala de convívio, sala de estar, refeitório, quarto e casa de banho do Lar das Oliveirinhas, Paul .....	77
Figura 74 – Quarto, casa de banho e casa de banho assistido do Lar das Oliveirinhas, Paul ..	78
Figura 75 – Capela e pátio exterior do Lar das Oliveirinhas, Paul.....	78
Figura 76 – Distribuição percentual da população residente segundo o grupo etário, INE 2008 .....	81
Figura 77 – Exterior do Espaço das Idades, Covilhã .....	82
Figura 78 – Capela, espaços de actividades lúdicas e serviços de educação e aprendizagem no Espaço das Idades, Covilhã.....	83
Figura 79 – Terreno para hortas ou outras actividades, junto ao Espaço das Idades, Covilhã .	84
Figura 80 – Maqueta do projecto e Modelo 3D do mesmo .....	85
Figura 81 – Vista superior do modelo 3D do projecto.....	85
Figura 82 – Vista lateral do modelo 3D do projecto e maqueta do mesmo .....	86

Figura 83 – Maqueta do projecto .....	88
Figura 84 – Vista do modelo 3D do projecto .....	89
Figura 85 – Vista do modelo 3D do projecto .....	90
Figura 86 – Maqueta do projecto e vista do modelo 3D do mesmo .....	90
Figura 87 – Maqueta do projecto e modelo 3D do mesmo .....	92
Figura 88 – Modelo 3D do projecto e maqueta do mesmo .....	92
Figura 89 – Maqueta do projecto e modelo 3D do mesmo .....	93

# Lista de Quadros

Quadro 1 – População idosa dos 60 anos ou mais, ONU 2009 .....	11
--	----



## Lista de Acrónimos

GRP	Gabinete de Relações Públicas
INE	Instituto Nacional de Estatística
IPSS	Instituições Particulares de Solidariedade Social
ONU	Organização das Nações Unidas
UBI	Universidade da Beira Interior
WHO	World Health Organization

# Lista de Anexos

**Anexo A-** Síntese analítica da legislação sobre lares em Portugal

**Anexo B-** Síntese do guia de desenho para equipamentos para idosos

**Anexo C-** Questionário ao Arquitecto Albert de Pineda Álvarez

**Anexo D-** Material cedido pelo Ateliê Aires Mateus

**Anexo E** (documento separável) - Peças desenhadas

1. Planta de localização (ESC:1/10000)
2. Levantamento do edifício existente - Planta piso 0 (ESC:1/200)
3. Levantamento do edifício existente - Planta de cobertura (ESC:1/200)
4. Levantamento do edifício existente - Alçados (ESC:1/200)
5. Levantamento do edifício existente - Alçados (ESC:1/200)
6. Levantamento do edifício existente - Cortes (ESC:1/200)
7. Projecto Proposto - Planta de implantação (ESC: 1/2000)
8. Projecto Proposto - Planta do nível 0 (ESC:1/200)
9. Projecto Proposto - Planta do nível 1 (ESC:1/200)
10. Projecto Proposto - Planta do nível -1 (ESC:1/200)
11. Projecto Proposto - Planta de cobertura (ESC:1/200)
12. Projecto Proposto - Alçados (ESC:1/200)
13. Projecto Proposto - Cortes (ESC:1/200)
14. Projecto Proposto - Plano estrutural cotado - Planta de nível 0-Bloco A (ESC:1/100)
15. Projecto Proposto - Plano estrutural cotado - Planta de nível 1- Bloco A (ESC:1/100)

16. Projecto Proposto - Plano estrutural cotado - Planta de nível 0-Bloco B (ESC:1/100)
17. Projecto Proposto - Plano estrutural cotado - Planta de nível -1- Bloco B (ESC:1/100)
18. Projecto Proposto - Habitação Tipologia T1 - Planta piso 0 e de cobertura (ESC:1/100)
19. Projecto Proposto - Habitação Tipologia T1 - Alçados e Cortes (ESC:1/100)
20. Projecto Proposto - Habitação Tipologia T2 - Planta piso 0 e de cobertura (ESC:1/100)
21. Projecto Proposto - Habitação Tipologia T2 - Alçados e Cortes (ESC:1/100)
22. Projecto Proposto - Pormenores Construtivos

# Capítulo 1

## 1. Introdução

O envelhecimento é um processo natural que deve ser entendido por todos e ao mesmo tempo cada sociedade deve ter respostas para colmatar todas as necessidades que possam ser sentidas por esta população, que se tem vindo a alastrar nas últimas décadas.

No entanto, o citado processo natural deixou de ser tão natural a partir do momento em que a combinação entre a diminuição da natalidade e o aumento da esperança média de vida resultou, nas últimas décadas, no surgimento de uma faixa cada vez maior da população Ocidental em que o Homem tem mais de 65 anos, levando assim a que nos diferentes países, e em particular em Portugal, se procurem dar respostas cada vez mais eficazes e prementes às necessidades desta parte da população. Assim não é de todo estranhar que diferentes iniciativas surjam um pouco por todo o lado às quais a cidade da Covilhã não é alheia.

A cidade da Covilhã tem sido privilegiada com uma iniciativa que engloba, num só local, vários géneros de espaços destinados aos idosos do concelho. Conhecido como o “Espaço das Idades”, representa a concepção de uma pequena comunidade que tem em comum a idade e o sentimento de solidão ou de inactividade, que a faz deslocar para este pavilhão na busca de um sentimento de pertença de integração. Esta extraordinária iniciativa tem tido óptimos resultados angariando cada vez mais participantes o que, por seu turno, coloca em evidência as necessidades sentidas no espaço: o sentimento de “poder ir mais longe” não está presente nas infra-estruturas que abrigam este espaço, que se desenvolvem sobretudo devido ao empenho e qualidade dos seus recursos humanos, que devem ser reconhecidos e cuidados. Se o essencial está presente, apenas é necessário que o “abrigo físico” corresponda com a mesma eficácia que o “abrigo humano”.

A arquitectura deve assim auxiliar no bem-estar e qualidade de vida dos idosos, facilitando o habitar de qualquer género de edifício apesar das limitações que ocorrem, provenientes da idade.

### 1.1. Relevância do tema

A preocupação com o estado do idoso na nossa sociedade tem-se generalizado por todo o mundo, muitos países apresentam projectos pioneiros e um sistema de cuidados especializado nos idosos. Na Europa uma das maiores referências são os países nórdicos que há muito se interessam em avançar no ramo da geriatria e de possibilitar o bem-estar e a actividade em

todos os meios físicos das cidades. No caso de Portugal ainda se retêm muitas dificuldades e poucos avanços no cuidado a idosos.

A comunicação social tem salientado cada vez mais a falta de condições com que muitos idosos se deparam quer em suas casas quer em lares, como o caso de lares ilegais que continuam a prevalecer no país degradando a condição humana desta população. A realidade de um país maioritariamente envelhecido segue as mesmas características a nível mundial, com o aumento da esperança média de vida e da longevidade, resultado dos avanços da medicina e da tecnologia com os quais se verifica uma alteração extrema na demografia de todos os países que desde o final do século XX observam um crescimento constante da população idosa.

A situação dos idosos é do interesse dos seus familiares mas também dos órgãos governamentais nacionais e internacionais, pelas implicações sociais e económicas desta nova realidade. Deve existir uma evolução e preocupação em adequar os vários sistemas ao crescente envelhecimento, além de todo o tipo de apoios provenientes do Estado aos idosos, da sensibilização quanto ao envelhecimento em todas as faixas etárias, de modo a eliminar os estereótipos ligados aos velhos da sociedade. O espaço físico representa um factor essencial no bem-estar e na promoção da actividade e independência desta população.

É necessário salientar que as novas condições de vida possibilitaram o nascimento de um idoso distinto do que era há um século atrás. O seu poder de actividade e independência é superior na maior parte dos casos e a demência afecta muito menos o intelecto destas pessoas. Por isso a habitação, as instituições e o próprio planeamento urbano tem de facilitar a movimentação e a vivência dos idosos, nestes locais, sem que se sintam impedidos ou com medo de sair do sofá.

Neste sentido, as iniciativas sociais representam muitas vezes um ponto de mudança ou incentivo para a população sénior com o desenvolvimento de várias actividades e a criação de locais dedicados aos idosos de modo a permitir uma maior actividade nas suas vidas e a eliminar a solidão em que muitos se encontram. Foi neste sentido que se formou O Espaço das Idades, na cidade da Covilhã, localizada no interior, onde se apresenta uma das maiores taxas de envelhecimento do país. O espaço apoiado pela Câmara Municipal localiza-se no pavilhão da antiga Rude destinado ao artesanato, englobando actividades relacionadas com a música, pintura, artesanato, informática, promovendo a aprendizagem e a actividade intelectual. Ao mesmo tempo disponibiliza o acesso a vários apoios de saúde e sociais, e a um programa de profissões. Tudo isto pode ser acedido pelos idosos do concelho, gratuitamente, e alguns serviços apresentam um custo mínimo adequado às baixas reformas. Esta iniciativa é única no concelho e tem garantido a presença de mais 7500 idosos, o que deve ser valorizado pela boa organização e pelos excelentes recursos humanos que garantem a qualidade no bem-estar e convivência dos utentes do espaço.

Na cidade de estudantes, derivada da universidade, permanecem os residentes mais antigos e as mesmas instituições de permanência de organizações fundadas há mais de 10 a 100 anos, com excepção do lar da Santa Casa da Misericórdia fundado em 2004. Os idosos tendem a recorrer sobretudo aos apoios diurnos (domiciliário ou de convívio) já que os lares ainda são vistos como os antigos asilos sem condições humanas, e por outro lado estão sob lotados; apresentam os mesmos modelos, não se adaptando ao novo estado social e familiar; em consequência à antiguidade dos edifícios, existem muitas falhas nas condições físicas; e a garantia de condições físicas e humanas está muitas vezes associado ao poder financeiro já que nem todos têm acesso a um equipamento de qualidade.

A importância da arquitectura é fulcral neste tema e a sensibilização dos vários profissionais a investir numa arquitectura que contemple a evolução biológica do ser humano, ao mesmo tempo que lhe garante uma certa flexibilidade dos tempos de hoje, defendendo a independência e possibilidade de escolha.

## **1.2. Objectivos**

Seguindo a valorização do idoso e da promoção de qualidade de vida e bem-estar, acessível a qualquer um, pretende-se sensibilizar a sociedade e em especial os técnicos e estudantes da área de arquitectura para uma evolução e investigação que melhore as condições actuais desta população.

Em específico, com a relevância da temática escolhida, pretende-se realizar uma proposta arquitectónica de intervenção, valorização e expansão do centro de apoio a idosos denominado Espaço das Idades, de modo a resultar num complexo que permita apoio permanente ao utente e de modo a colmatar as insuficiências que a existente estrutura apresenta para o funcionamento deste tipo de tipologia arquitectónica.

A intervenção será realizada numa área, designada previamente, que engloba o terreno pertencente e onde se localiza o Pavilhão da Rude e a Sul o terreno adjacente que se encontra livre e no perímetro urbano. A proposta visa a elaboração de novas edificações suficientes para as necessidades do Espaço das Idades, e através do reaproveitamento da iniciativa que foi gerada neste centro elevá-lo a um novo nível com a transformação deste centro num complexo lúdico, social e habitacional. Uma nova edificação seria criada para manter as actividades já existentes neste espaço, com zonas para actividades lúdicas, para as actividades sociais e zonas de saúde. Além desta edificação, o aproveitamento da área territorial disponível permitiria expandir o centro criando zonas habitacionais consoante as limitações dos utentes, com o objectivo de criar pequenas moradias assistidas para os idosos mais independentes mas com mais necessidades cujas habitações sejam inadequadas ou perigosas.

A cidade privilegiaria de um novo conceito de “lar” resultante num espaço que combinaria as várias actividades e serviços já oferecidas pelo Espaço das Idades e ao mesmo tempo áreas habitacionais. Deste modo o utente mantinha a sua privacidade e intimidade com o acesso a um apoio e cuidados permanentes e teria acesso próximo a actividades que o afastam da solidão e de permanecer em casa.

No desenvolvimento desta proposta arquitectónica estaria sempre presente o cuidado em inserir estruturas, o mais sustentáveis possível, apoiadas por energias renováveis. O aproveitamento da localização e do clima será tido em consideração, bem como o cuidado na escolha dos sistemas de construção e materiais que reduzam o impacto ambiental na zona. A promoção da acessibilidade e da utilização segura do edifício por qualquer utente será prioritário, inclusive na escolha dos materiais e na projecção da circulação dentro e fora do equipamento.

Os valores da organização do Espaço das Idades serão preservados pois este projecto pretende valorizar o centro, de modo a garantir a qualidade e segurança no uso do complexo que conseqüentemente pode convocar mais utentes à organização, o que garantia o seu sucesso e manutenção durante mais tempo.

### **1.3. Metodologia**

De acordo com os objectivos estabelecidos, a metodologia deste trabalho surge de modo a encontrar uma solução projectual para o Espaço das Idades. Esta divide-se em dois núcleos principais, o que fundamenta a parte teórica e o prático de elaboração da proposta arquitectónica.

A fase inicial resulta de uma profunda pesquisa bibliográfica, recolha de documentação na informática e em locais de interesse através de visitas a projectos com tipologia similar no concelho da Covilhã; do contacto com o Espaço das Idades e com o estudo histórico, social e arquitectónico deste centro; do estudo do valor da sustentabilidade e da acessibilidade e da consulta e análise da legislação existente relativa à temática.

A fase seguinte consiste na revisão e delimitação da bibliografia específica, de modo a estabelecer as bases e o conteúdo do enquadramento teórico a analisar, com intuito de fundamentar a proposta arquitectónica.

A segunda fase correspondente ao desenvolvimento da parte prática, vai incidir inicialmente numa aproximação física do estudo do caso *in loco*, com o estudo e compreensão da organização do centro, do território tendo como base o desenho na procura de várias soluções. Deste modo os esboços, o levantamento fotográfico e a caracterização da

envolvente são os objectivos primordiais na pesquisa. Posteriormente, segue-se uma aproximação mais técnica com a representação de várias soluções a rigor que facilitem a chegada à solução final. Os desenhos técnicos da solução final terão o objectivo de valorizar a envolvente e organizar no espaço as áreas pretendidas que serão previamente designadas no programa do complexo, de modo a obter um complexo onde reside a harmonia, segurança e bem-estar dos utentes.

## **1.4. Estrutura**

A estrutura deste trabalho segue as normas configuradas pela Universidade da Beira Interior, e pretende-se fazer uma divisão entre a parte teórica que fundamenta a temática e a parte prática que se dirige especificamente à proposta arquitectónica a apresentar.

O capítulo I representa a introdução ao trabalho, dando a conhecer a relevância temática, os objectivos, metodologia e a estrutura de como se organizou o trabalho.

O capítulo II contextualiza a temática do idoso e do envelhecimento, as implicações sociais e económicas da ascensão deste grupo, os problemas físicos encontrados por este grupo nas habitações e no planeamento urbano da cidade.

No capítulo III incide-se sobre o espaço físico da arquitectura geriátrica, destinada sobretudo à institucionalização de idosos, a evolução desta arquitectura e as suas problemáticas, bons exemplos de arquitectura geriátrica e as características favoráveis que se devem adaptar nestes espaços. Refere-se ainda o trabalho realizado em campo, na visita a instituições da mesma tipologia no concelho da Covilhã.

O capítulo IV destina-se somente ao Espaço das Idades, com a inserção no local; a análise do existente resultando nos aspectos positivos e negativos; e a proposta projectual que inclui uma explicitação do conceito e do modo de organização do projecto, as técnicas e materiais de construção a utilizar bem como a integração da sustentabilidade e de energias renováveis no local.

Para finalizar, o capítulo V trata de concluir o trabalho de modo a realçar as premissas fundamentais retiradas com a investigação e as possíveis contribuições futuras que a proposta poderá fornecer para esta temática e tipologia arquitectónica.



# Capítulo 2

## 2. O idoso

O idoso é hoje em dia o grupo em maior crescimento na nossa sociedade, mas apesar de se revelar o grupo mais significativo é também o mais vulnerável. A população julga-o fraco pelas suas incapacidades físicas, assim o idoso é visto como um velho frágil, incapaz e muitas vezes insano. Paralelamente o alto desenvolvimento tecnológico apela à camada jovem para a difusão e posicionamento em cargos de grande responsabilidade, deixando os mais velhos de parte na ajuda do desenvolvimento económico. Estes factores sociais e tecnológicos levam o idoso a sentir-se à margem da sociedade e conseqüentemente à respectiva solidão.

Segundo Daré (2010) “a OMS define a população idosa - homens e mulheres - com idade igual ou superior a 65 anos, quando se trata de países desenvolvidos e 60 ou mais anos, quando se trata de países em desenvolvimento”. A verdade é que a idade cronológica não corresponde à biológica, embora a passagem dos anos se ressentir no ser humano e nas suas faculdades mas trata-se de uma transformação distinta, de pessoa para pessoa, e que pode ocorrer negativamente ou positivamente em qualquer momento do desenvolvimento humano. Os estudos sobre a idade adulta e a velhice revelam que existe uma maior diversidade e heterogeneidade à medida que aumenta a idade. (Vega & Martínez, 2000)

### 2.1. O envelhecimento

O decurso da vida divide-se em três etapas: crescimento e desenvolvimento, reprodução e senescência ou envelhecimento. Em geral, as definições consideram o envelhecimento biológico como uma “diminuição na competência fisiológica” ou um incremento na vulnerabilidade às mudanças ambientais. É inevitável encontrar relacionadas as palavras envelhecimento, doença e morte (Vega & Martínez, 2000). *O envelhecimento é indissociável do facto de todos os organismos vivos serem mortais e que o fim natural de senescência é a morte* (Fontaine, 2000). As causas da morte podem ser endógenas, estado interno que se relaciona com a genética de cada indivíduo, e exógenas, estado comportamental e ambiental de cada indivíduo.

O processo do envelhecimento pode ser entendido a vários níveis. Primeiramente, a nível biológico, o envelhecimento orgânico que causa os denominados “estigmas da velhice, de certa forma mais palpáveis” (Fontaine, 2000), resultam do avanço da idade num aumento de doenças, através de alterações no aspecto, na locomoção, já que ocorrem mudanças em cada órgão que enfraquecem o seu funcionamento ao longo da vida e a competência de auto-

regulação, o corpo apresenta-se mais frágil desde a pele aos órgãos e menos eficiente, tal como na simples digestão, e há uma perda de agilidade e equilíbrio. A nível social, o envelhecimento determinado pela cultura e história do país, é essencialmente fruto da entrada na reforma pois existe uma transformação do estatuto e dos hábitos diários em relação ao resto da comunidade. Finalizando, a nível psicológico, com as alterações das capacidades mnésicas (memória), intelectuais (inteligência) e das motivações, em resposta às mudanças do ambiente a pessoa tende a mudanças comportamentais (Fontaine, 2000).

Em relação ao envelhecimento perceptivo, a senescência toca essencialmente três modalidades: o equilíbrio, a audição e a visão (Fontaine, 2000). Este envelhecimento pode trazer consequências até graves a nível psicológico e social. Os défices sensoriais de natureza auditiva e visual podem ser razões importantes do declínio geral no funcionamento das actividades intelectuais.

Podemos apontar cinco das características principais do envelhecimento (Vega & Martínez, 2000):

-as mudanças na composição química do corpo com a idade incluem uma diminuição na massa muscular do corpo e um aumento nas gorduras;

-as progressivas mudanças degenerativas incluem mudanças no ritmo de filtração glomerular, no ritmo cardíaco máximo, na capacidade vital e em outras medidas da capacidade funcional;

-estas mudanças reduzem a capacidade para responder adaptativamente às variações que se produzem no meio ambiente;

-há um desenvolvimento da vulnerabilidade a muitas doenças com a idade;

-há um aumento da mortalidade com a idade

Segundo Fontaine (2000), o envelhecimento não é sinónimo de velhice. A velhice é um estado que caracteriza um grupo de determinada idade, enquanto o envelhecimento é um conjunto de processos que o organismo sofre após a sua fase de desenvolvimento. Os especialistas distinguem a velhice habitual, a velhice bem sucedida e a velhice patológica, o que demonstra que o ciclo de vida não termina necessariamente em demência ou senilidade, independentemente do grau e da velocidade que envelheçam.

Assim, a psicologia evolutiva do ciclo de vida defende que o desenvolvimento ao longo do ciclo de vida é multidimensional e multidireccional. O aspecto multidimensional refere-se aos vários níveis do indivíduo que se modificam com a idade, transformações biológicas psicológicas e sociais, tais como os órgãos e sistemas corporais, a inteligência, a memória, a linguagem, as atitudes e valores, as relações interpessoais. Estas transformações podem

seguir uma direcção diferente (multidireccional), as três etapas do ciclo de vida podem ter lugar em distintos momentos da vida e em diversas dimensões ou capacidades (Vega & Martínez, 2000). Esta teoria defende que o desenvolvimento é um processo que tem lugar ao longo de toda a vida do ser humano, uma visão mais positiva do envelhecimento já que este pode ser sinónimo de perdas mas também de ganhos.

Durante muito tempo os historiadores estiveram fixos à ideia que no fim da adolescência a evolução da pessoa se deteria, portanto o envelhecimento classificava-se de um “fenómeno de involução” (Fontaine, 2000), assim sendo, de retorno à infância. A origem da abordagem *long life span* veio combater essa ideologia conservando a abordagem de “vida inteira”, que persiste na existência de profundas modificações psicológicas durante todo o curso da vida. De acordo com Freud, que defendia que *a nossa estrutura mental se constrói durante a infância e que durante toda a vida, com melhor ou pior resultado, nós aprendemos a “viver com”* (Fontaine, 2000), o entendimento do processo de envelhecimento supõe uma abordagem de “vida inteira”, uma continuidade e não um término antecipado.

### **2.1.1. O Envelhecimento activo**

Por todo o mundo, o envelhecimento acabou por ser adjectivado como algo negativo e os estereótipos criados afectaram a vida diária da população idosa. A intervenção da ONU neste campo tem sido essencial para clarificar a sociedade do processo envelhecimento, e preservar a dignidade e direitos das pessoas que encaram o fenómeno contínuo da vida, através de assembleias mundiais sobre o envelhecimento, e da Declaração Universal dos direitos Humanos específico para o grupo da terceira idade. O discurso desta organização desconstrói todos os estereótipos originados pelas sociedades, e em 1999 o ano foi dedicado às pessoas mais velhas com o tema *Uma sociedade para todas as idades* (Daré, 2010).

É neste sentido que a noção de envelhecimento se altera para um tom mais optimista ou realista, apelando ao bom senso das sociedades que devem funcionar como uma ajuda na inclusão e participação de cada idoso na sua comunidade. Uma sociedade de todos e para todos, em que cada um tem a sua função ou a liberdade de cooperar, induzir um papel activo em todas as idades.

*O envelhecimento activo é o processo de optimização de oportunidades para a saúde, participação e segurança, para melhorar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem* (Daré, 2010).

O envelhecimento activo actua consoante a carga de influências que regulam o ser humano, podem ser factores materiais e sociais que influenciam o estado psicológico/humano na vida do sujeito. Estas influências revelam-se muito pessoais e distintas para cada um, mas no seu conjunto têm de ser positivas para estimular o ser activo. Existem vários determinantes que

afectam o envelhecimento, tais como os determinantes económicos, sociais, pessoais e comportamentais, e ao mesmo tempo os serviços sociais, de saúde e o ambiente físico.

Todos estes determinantes associados ao tipo de cultura e à diferença de género, apenas evocam que este grupo não é homogéneo, e tal como viveu com as suas individualidades também o seu envelhecimento é individual.

A capacidade funcional e motora aumenta na infância, atinge o ápice na idade adulta jovem e casualmente declina (Organização Mundial da Saúde, 2008). Este declínio é possível influenciar a sua velocidade e pode ser reversível em qualquer idade, o comportamento de cada indivíduo pode acentuar ou minimizar o efeito de predisposição genética (Fontaine, 2000). As ajudas nessa reversão podem ser através de acções individuais e políticas públicas, tal como o factor da cidade possibilitar um ambiente adequado ao idoso. Todos os factores que valorizam a actividade, autonomia e independência vão reforçar as capacidades do idoso e possibilitar uma melhoria na sua vivência.

Os factores de predição de uma velhice bem sucedida são a saúde, a manutenção de um elevado nível de funcionamento cognitivo e físico e a manutenção da participação social (Fontaine, 2000). Ao contrário dos mitos populares “a idade não destrói a capacidade para aprender novas coisas” (Vega & Martínez, 2000). O objectivo é manter o idoso activo fisicamente e intelectualmente pela manutenção das relações sociais e a prática de actividades produtivas.

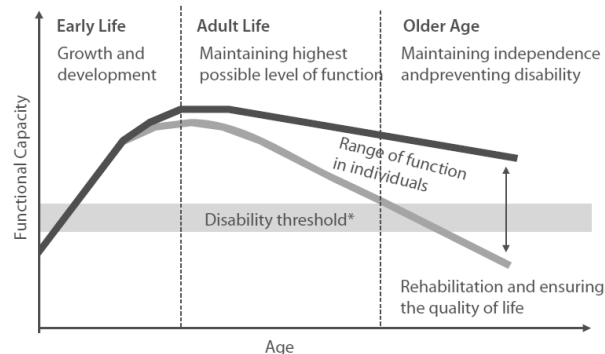


Figura 1- Conservação da capacidade funcional ao longo do curso de vida, WHO 2007

## 2.2. A problemática social e económica

“O peso da população idosa mantém a tendência crescente, em consequência das tendências de diminuição da fecundidade e de aumento da longevidade” (INE, 2009). É possível referir que decorreram vários séculos, em que os valores da mortalidade e fecundidade se mantiveram muito próximos mas esta estabilidade foi quebrado pelo efeito da industrialização. Essencialmente, resultou na quase erradicação das doenças infecciosas, que diminui bruscamente a mortalidade infantil; e do aumento significativo da longevidade

(Fontaine, 2000). É visível que Portugal acompanha este mesmo ciclo. Em 2009 o valor de longevidade atingiu o seu máximo e igualmente o índice de envelhecimento (rácio entre a população com mais de 65 anos e a população até 14 anos) alcançou o seu valor mais alto.

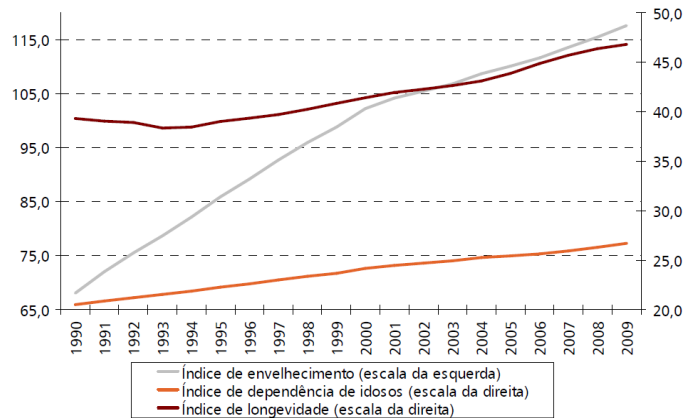


Figura 2 - Efeitos na estrutura etária, INE 2009

Assim, desde as últimas décadas assiste-se a um gradual aumento da qualidade de vida resultado da evolução tecnológica e medicinal, que proporcionou um aumento da esperança média de vida. Se no século XVIII a esperança média de vida não excedia os 30 anos, actualmente encontra-se acima dos 74 anos (Fontaine, 2000). O número de idosos acresce e é necessário um apoio mais cuidado a este sector, que muitas vezes é esquecido e desprezado pela sociedade. Não só a esperança média de vida à nascença mas em particular a esperança média de vida aos 65 anos aumentaram, o que permite verificar que a própria população idosa está a envelhecer e em 2050 estima-se que 20% terão idade igual ou superior a 80 anos (ONU, 2009).



Figura 3 - Esperança média de vida à nascença e aos 65 anos, Portugal, 1990-2006, INE 2007

A *World Health Organization* estipula como as principais causas para o envelhecimento (WHO, 2000):

-a melhoria dos sistemas de saneamento; das casas; da nutrição e as inovações medicinais, incluindo novas vacinas e a descoberta de antibióticos.

-o decréscimo das taxas de fertilidade por todo o mundo, sobretudo devido ao desenvolvimento de métodos contraceptivos eficazes e o avanço na educação feminina.

Segundo as estatísticas das Nações Unidas, mais de metade da população idosa vive na Ásia e aproximadamente 21% vive na Europa. Apesar de actualmente a população idosa ser maior nos países desenvolvidos, o avanço do envelhecimento é mais veloz nos países em desenvolvimento do que em países desenvolvidos. Este fenómeno do envelhecimento apresenta duas vertentes importantes (Fontaine, 2000), que estamos perante uma tendência provavelmente irreversível do envelhecimento da população, e que as mulheres apresentam uma esperança média de vida superior aos homens, uma diferença que ocorre em todos os países. População idosa dos 60 anos ou mais

Quadro 1 - População idosa dos 60 anos ou mais, ONU 2009

Country or area	Number (thousands)		Percentage of total population		Share of persons 80 years or over		Sex ratio (men per 100 women), 2009		Life expectancy at age 60, 2005-2010		Percentage currently married, 60 years or over
	2009	2050	2009	2050	2009	2050	60+	80+	Men	Women	Men / Women
World	737 275	2 008 244	11	22	14	20	83	59	18	21	80 / 48
More developed regions	263 905	416 055	21	33	20	29	74	49	20	24	78 / 46
Less developed regions	473 370	1 592 188	8	20	11	17	89	70	17	20	81 / 49
Least developed countries	42 922	185 129	5	11	8	10	85	74	15	17	84 / 41

A sociedade é afectada a nível mundial por este envelhecimento contínuo, a nível económico (um aumento sucessivo de reformados); a nível social (necessidade permanente de uma adaptação das infra-estrutura dos sistemas de protecção); a nível cultural (profundas modificações relacionadas com o crescente tempo de lazer); a nível medicinal, psicológico e biológico (aumento da investigação sobre o envelhecimento, de modo a entender os seus mecanismos) (Fontaine, 2000).

Desde as antigas civilizações que os idosos eram idolatrados e respeitados pelos outros membros, vistos como símbolo de poder e sabedoria pela sua experiência e conhecimento. A diminuição da faculdade física era apenas uma consequência biológica em que o idoso era

naturalmente auxiliado pelos mais jovens, num espírito de inter-ajuda. Com a revolução industrial os modos de vida alteraram-se e conseqüentemente a civilização alterou-se, de um modo social e familiar, em que o idoso não ocupa o mesmo posto inicial.

Nos países desenvolvidos, a sociedade associa a velhice a um custo acrescido na economia, pela necessidade de aumento dos apoios sociais (pensões e outros) aliada à falta de contributo na produção (mão de obra frágil, pessoas inactivas). Enquanto muitos países em desenvolvimento, mantêm o idoso na mesma posição seguindo a tradição, apesar de se encontrarem em risco de marginalização devido à migração, urbanização, globalização e exigências da competitividade económica. É fundamental ter em conta que nestes países o nível de segurança e saúde não é tão acessível como nos países industrializados.

O contributo do factor profissional posiciona muitos idosos numa sensação de inutilidade, resultado da transição para a reforma. Em Portugal, o indivíduo dedica no mínimo 35 anos à sua vida profissional (INE, 2007), uma grande parte da sua existência, daí a causa do choque de transição ser maior. O motivo da entrada para a reforma é sobretudo pelo limite da idade em 46,1%, dado que é evidente que os idosos não estão inactivos por uma necessidade pessoal e grande parte alonga a sua vida profissional ao máximo por aspectos financeiros.

Portanto, as pessoas que entram na 3ª idade são na maioria activos, continuando a contribuir para o desenvolvimento económico do seu país, através de trabalhos com ou sem remuneração, voluntariado, e contribuem para a sua comunidade ao vigiar e cuidar das suas crianças e netos. No mercado no trabalho a população idosa depara-se com a impossibilidade de trabalhar devido à discriminação da idade ou à estagnação dos mercados de trabalho. É preciso ter em conta que esta população ainda tem muito a oferecer às empresas modernas e podiam ser incluídos nos processos de treino e reciclagem. A vantagem é que as habilidades e conhecimentos alcançados pela experiência acabam por compensar a diminuição da produtividade. Os trabalhadores idosos são mais estáveis e têm menos ausências e acidentes que os mais jovens (Veja & Martínez, 2000).

Desde que o estado e a sociedade providenciem os meios necessários para este grupo ter uma boa qualidade de vida, verifica-se que os idosos saudáveis contribuem para o desenvolvimento (WHO, 2000). A crise do envelhecimento não advém do factor quantidade, mas na necessidade de integrar estes idosos na sociedade. Cada vez mais a política de cada país tem de desenvolver múltiplas respostas a favor deste grupo e das suas necessidades especiais.

Sobretudo a partir dos 65 anos, crescem as necessidades de assistência e atenção familiar e institucional. Deste modo os estados diferenciaram grupos dentro da 3ª idade em função da sua idade, pois o tipo e gravidade das necessidades sentidas estão associadas à idade. A CEE (Comunidade Económica Europeia) diferencia, desde uma perspectiva legal e dos serviços sociais, entre “3ª idade” (65 a 80) e “4ª idade” (80 adiante), designando Veja & Martínez (2000):

- “velhos-jovens”: 65 a 80, 3ª idade. É um grupo formado por pessoas relativamente saudáveis e vigorosas, podem estar na reforma e procuram o uso do tempo com sentido.

-“velhos-idosos”: 80-95. É um grupo da 4ª idade formado por alguns indivíduos activos e vigorosos. Ainda que a maior parte necessita de serviços sociais e sanitários de apoio e uma certa ajuda económica.

- “muito velhos”- centenários: acima dos 95 e 100 anos.

Para os sistemas de saúde o desafio deste aumento de esperança de vida é a prevalência de doenças crónicas e não comunicáveis (WHO,2000)

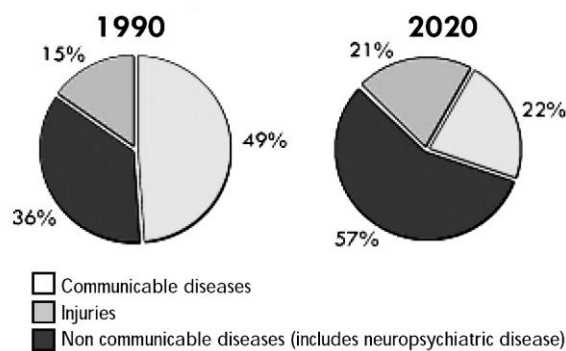


Figura 4 - O peso da doença 1990-2020, nos países em desenvolvimento e recém industrializados, WHO 2000

Estima-se que a população sénior vai ultrapassar o número de crianças em 2050 (WHO, 2007), um facto histórico que nos faz reflectir se as cidades estão preparadas para receber tantos idosos.

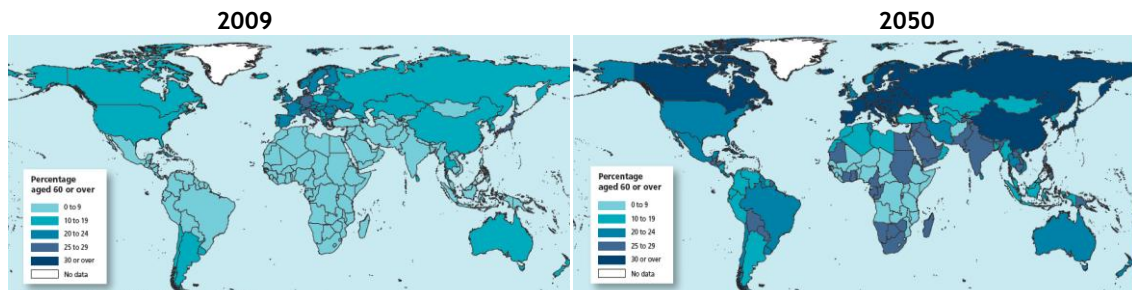


Figura 5 - Percentagem de idosos com 60 anos ou mais, ONU 2009



### 2.2.1 A cidade e o idoso

“Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen.” (OMS, 2008)

Tal como o rápido envelhecimento, o nosso mundo é uma cidade em crescimento (WHO, 2007) já que metade da população mundial vive agora em cidades. Um crescimento que se vai expandir nas próximas décadas, e numa percentagem mais densa nas regiões menos desenvolvidas.

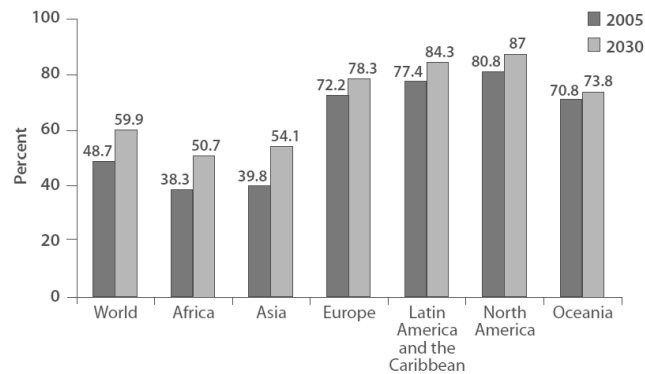


Figura 6 - Percentagem da População Urbana em grandes áreas, WHO 2007

O mesmo acontecerá com a residência de seniores na cidade, já que se verifica uma proporção maior a morar nas cidades, um número que será semelhante nos residentes mais jovens da cidade. Nos países desenvolvidos 74% dos idosos reside em áreas urbanas, em relação aos países em desenvolvimento com 37% dos idosos.

Nos países em desenvolvimento a população rural é mais jovem que a população urbana enquanto que nos países desenvolvidos a idade é similar na população rural e urbana (ONU,2009).

O envelhecimento e a urbanização representam dois picos de sucesso na evolução humana, e igualmente resultam nos principais desafios deste século. O progresso no nível de saúde pública levou a um crescimento da expectativa de vida, alterando formas de viver e qualidade de vida humana. De todos estes progressos nas principais áreas que beneficiaram a tecnologia e a economia do país resulta o acréscimo urbano. As cidades são pontos de cultura, lazer e política, o centro de vários serviços e novos projectos que acabam por afectar a vivência de várias sociedades por todo o mundo. O conceito de sustentabilidade destes centros passa pela preocupação com a qualidade de vida dos próprios habitantes. E uma comunidade abrange várias faixas etárias, por isso a cidade tem de ser dimensionada ou adaptada para servir todos os residentes.

No caso particular do idoso, a cidade deve ser vista como um modo de auxílio na sua diminuição de capacidades, sem provocar sensações de perda ou fraqueza no seu dia-a-dia pela comunidade. Uma cidade que está disposta a ajudar a população pertencente à 3ª idade, adapta as suas estruturas e serviços de modo a que o idoso possa “viver” a cidade sem nenhuma dificuldade (OMS, 2008).

“Tornar as cidades mais amigáveis aos idosos é uma resposta necessária e lógica para promover o bem-estar e a contribuição de idosos residentes em áreas urbanas e manter as cidades prósperas” (OMS, 2008).

É necessário deixar o idoso fazer parte da sociedade e sentir-se activo na sua comunidade. Para que o envelhecimento não seja relacionado a uma doença ou apenas à etapa final da vida.

A OMS refere alguns apoios necessários por parte da cidade ao envelhecimento activo:

- reconhecer a ampla gama de capacidades e recursos entre os idosos;
- prever e responder, de maneira flexível, às necessidades e preferências relacionadas ao envelhecimento;
- respeitar as decisões dos idosos e o estilo de vida que escolheram;
- proteger aqueles que são mais vulneráveis;
- promover a sua inclusão e contribuição a todas as áreas da vida comunitária.

A cidade tem um papel fundamental na ajuda ao envelhecimento activo, pela implementação de políticas e serviços que o permitam usufruir do ambiente em que vive, com boas condições de vida e em segurança. E não só o idoso beneficiaria destas condições mas a comunidade em geral, a cidade tem de ser vivida por todos. Se a acessibilidade for promovida, a falta de obstáculos facilita a vivência de pessoas com deficiências (jovens ou velhas); a segurança é fundamental para todos, e permite uma maior confiança ao saírem da sua habitação (principalmente crianças, idosos e mulheres jovens); o apoio comunitário e serviços de saúde adequados aos idosos facilita a despreocupação das suas famílias e tal como a própria interacção do idoso no trabalho voluntário ou remunerado beneficia a população. O ambiente urbano tem de se tornar amigo do idoso e aceitar o estado do envelhecimento como parte do desenvolvimento de qualquer ser humano.

A própria OMS ao desenvolver os seus projectos, recomenda a participação do idoso, não só por serem os maiores conhecedores dos obstáculos que encontram diariamente, mas também pelo poder que se atribui ao idoso permitindo-lhe contribuir para a sociedade e participar na tomada de decisões.

### 2.2.1.1 Vantagens e barreiras urbanas

Ao analisar o sistema de uma cidade há sempre elementos que facilitam a interação do idoso com a cidade e outras características que obstruem o caminho que o idoso traça no ambiente em que vive. Elementos, não só físicos mas também sociais, que podem ajudar ou não o envelhecimento activo: estruturas, ambientes, serviços e políticas. Portanto, estes elementos constituem os determinantes (analisados na secção do envelhecimento) que podem influenciar o envelhecimento activo. Todas estas áreas interagem diariamente, e se a cidade se comprometer na ajuda desta interação para que funcione positivamente, só vai permitir constituir a “cidade amiga do idoso” (WHO, 2007).

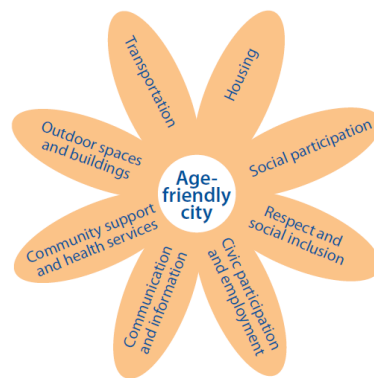


Figura 7 - Vários domínios numa cidade amiga do idoso, WHO 2007

Segundo o guia desenvolvido pela WHO “Global age-friendly cities”, em cada área da vida urbana foi analisado as seguintes características de uma cidade amiga do idoso:

a) **Espaços abertos e prédios.** Estes espaços são o percurso diário para imensos idosos, o “envelhecer no seu próprio lugar”. As barreiras nesta área condicionam a sua independência diária, a nível de mobilidade e de qualidade de vida: obstáculos na acessibilidade pelas ruas e estruturas físicas; o ambiente poluído (poluição sonora e das estruturas físicas publicas); a falta de conservação e da existência de áreas verdes; a limitação de áreas de descanso; os pavimentos escorregadios ou em más condições; a falta ou o desinteresse pelas zonas destinadas a circulação pedestre; a falta de segurança nas ruas. São algumas das dificuldades sentidas pelos idosos ao habitar estes espaços.

Para a cidade se adequar ao idoso nestes espaços é necessário melhorias a nível de:

- Ambiente: cidade limpa, legislação cumprida que limita o nível de ruído e odores desagradáveis ou nocivos em locais públicos

- Espaços verdes e caminhos: existência de espaços bem conservados e seguros, com abrigos adequados, W.C. públicos e bancos de fácil acesso; caminhos pedestres livres de obstáculos, de superfície nivelada e de fácil acesso
- Bancos públicos: a sua existência regular ao longo da cidade, sobretudo em parques, paragens de autocarros e espaços públicos; bancos bem conservados e fiscalizados (acesso seguro)
- Pavimentos: bem conservado, nivelado, anti-derrapante e suficientemente largo para a passagem de cadeiras de rodas, com lancil baixo para facilitar a transição para a rua. O pavimento tem de ser livre de quaisquer obstáculos (vendedores de rua, carros estacionados, árvores, neve) e os pedestres têm prioridade.
- Ruas: anti-derrapantes, com espaços regulares para os pedestres atravessarem em segurança. Ruas com estruturas físicas bem desenhadas e apropriadas, tal como passagens superiores ou túneis, que auxiliem os pedestres a atravessarem ruas com muito movimento. E sinais de trânsito regulados para permitir o tempo suficiente para os idosos atravessarem a rua (com dispositivo visual e sonoro)
- Tráfego: regras de trânsito rigorosamente cumpridas, em que os condutores dão prioridade aos pedestres
- Ciclovias: existência de uma faixa exclusiva para ciclistas
- Segurança: segurança pública em todos os espaços públicos e edifícios, promovidas por medidas que reduzam o risco de desastres naturais, boa iluminação pública, vigilância da polícia, execução das leis municipais, e auxílio da comunidade e iniciativas de segurança pessoal
- Serviços: os serviços estão agrupados, localizados próximo de onde as pessoas idosas vivem e facilmente acessíveis (ex: localizados no rés-do-chão dos edifícios). Atendimento especial para idosos, tal como filas separadas ou guichés para idosos.
- Edifícios: são acessíveis e têm vários elementos tais como os elevadores; rampas; sinalização adequada; corrimões nas escadas; degraus nem muito altos ou inclinados; piso antiderrapante; lares de repouso com cadeiras confortáveis; número suficiente de casas de banho públicas.
- Casas de banho públicas: limpas, com manutenção e facilmente acessíveis para pessoas com diversas mobilidades, bem sinalizadas e localizadas em locais convenientes.

**b) Transporte.** O transporte permite a deslocação pela cidade, e conseqüentemente pode limitar a participação do idoso na comunidade e o acesso a vários serviços, incluindo os de saúde. Os transportes públicos podem-se tornar barreiras pelo nível de disponibilidade e custo; frequência dos seus serviços e o destino das suas rotas; a falta de veículos acessíveis e/ou adaptados a idosos; a segurança e o conforto na utilização (meios físicos e humanos). Assim como os transportes próprios que podem apresentar barreiras sobretudo pelas vagas de estacionamento a idosos e pela falta de confiança ao dirigir, sentida pelas demonstrações de alguns habitantes.

Nesta área, é necessário adequar as necessidades a nível de:

Custo: transporte público acessível a baixo custo e afixado de forma legível

Confiança e frequência: sobretudo à noite e fins-de-semana

Destinos: transportes públicos com rotas adequadas e interligadas, acessíveis a pontos-chave como edifícios de saúde, bancários, comerciais, sociais e parques.

Veículos: acessíveis (piso que rebaixa, degraus baixos), confortáveis e seguros.

Meios humanos: prioridade aos idosos para se sentarem e respeitado pelos outros passageiros. Motoristas responsáveis na condução e que auxiliam os passageiros, bem como os vários funcionários.

Paragens: bem sinalizadas e em boas condições de manutenção; convenientemente localizadas; as paragens de autocarro situadas regularmente pela cidade, junto a habitações dos idosos; paragens e estações acessíveis (rampas, escadas rolantes, elevadores e plataformas adequadas).

Serviços: transportes especializados para pessoas com deficiência; facilidade em obter serviços de informação adequados ao uso dos transportes pelo idoso (opções existentes, horários legíveis, rotas); existência de transporte comunitário (voluntariado com serviços ao domicílio)

Ruas: as ruas são bem conservadas, amplas e iluminadas; boa sinalização e bem visível; dispositivos de modo a limitar a velocidade dos carros; o fluxo de trânsito bem controlado; vias sem obstruções.

Competência para dirigir: cursos de actualização ao dirigir são oferecidos, e estimula-se a sua participação.

Estacionamento: preços acessíveis; lugares específicos par idosos e para deficientes próximo da entrada aos edifícios ou estações de transporte; pontos de embarque e desembarque para deficientes e idosos próximos das entradas nos edifícios ou estações de transporte.

c) **Habitação**. É a área mais pessoal de cada habitante numa cidade, o refúgio de segurança e bem-estar. A habitação do idoso necessita de uma constante comunicação com os serviços comunitários e sociais, de modo a facilitar o modo de vida do idoso e um envelhecimento de qualidade, com segurança e incentivando a independência, isto tudo em contacto com a comunidade.

Este correcto modo de vida para os idosos pode ser vítima de alguns obstáculos devido ao custo da casa, em muitos casos não é adequada à 3ª idade, mas o custo da mudança ou manutenção não é rentável; ao pagamento dos serviços essenciais (água, luz, gás, telefone); ao planeamento/design da casa, as estruturas não são seguras e os equipamentos ou espaços não foram adaptados ao idoso e à sua mobilidade; ao custo dos serviços ao domicílio e à longevidade das habitações em relação aos serviços públicos e à interacção com a comunidade; e a falta ou o custo na escolha do tipo de habitação, carência nas opções de habitações adaptadas a idosos e o aumento do tempo de espera para a mudança.

Para a habitação ser favorável ao idoso, é fundamental as seguintes características a nível de:

Custo: habitações e serviços essenciais a um custo acessível a idosos.

Planeamento: utilização de materiais adequados; boas estruturas; boa mobilidade nos vários espaços; equipada de encontro às condições ambientais da zona (ex: ar-condicionado, calorífico); divisões adaptadas aos idosos (sobretudo a casa de banho e cozinha)

Modificações: possíveis e de custo acessível quando houver necessidade de se adaptar aos idosos; equipamentos e material alcançáveis no mercado; financiamentos e auxílio nas obras; bons conhecimentos sobre modificações que respeitam as necessidades dos idosos.

Manutenção: de custo acessível; mão de obra qualificada e de confiança; conservação de habitações públicas, habitações alugadas e áreas comuns.

Envelhecer em casa: habitação localizada próxima dos principais serviços e comércio; serviços ao domicílio de custo acessível; boa informação aos idosos das possibilidades e condições para envelhecer em casa, promovendo a integração comunitária.

Habitação: existem em quantidade necessária na região, a um custo acessível e providas de serviços sociais e de lazer (ex: a situação dos prédios); habitação integrada na comunidade; diversidade de opções na região, adaptadas e de custo acessível para todos os idosos (incluindo os dependentes), e informação dos vários tipos de habitações existentes.

Ambiente da casa: habitação sem excesso de residentes; ambiente de conforto e segurança, com auxílio financeiro; localização longe das áreas de desastres naturais.

**d) Participação Social.** A participação social é essencial para o envelhecimento activo do idoso, de forma a sentir-se parte da comunidade e de todas as actividades existentes na cidade. Através desta integração social o idoso estimula as suas capacidades, desenvolve laços com os cidadãos e com a sua família. Deste modo, é necessária não só a participação mas o suporte social para que esta integração resulte, através da correcta distribuição de informação e incentivo, auxiliado por meios que os governantes devem facultar.

No funcionamento desta área social, as dificuldades mais sentidas pelos idosos são a carência de actividades e da sua diversidade, incluindo eventos que reúnam várias gerações ou culturas; a existência de eventos inacessíveis, quer por segurança pessoal (eventos nocturnos), por dificuldade no transporte (eventos distantes), ou por locais inacessíveis pela sua estrutura física; o problema financeiro e a falta de divulgação próxima dos idosos.

Para promover a participação social por parte dos idosos, é essencial alguns ajustes a nível de:

Actividades e eventos acessíveis: boa localização, próximo da zona de habitação e com transporte a baixo custo; possibilitar a participação do idoso com um amigo; horário acessível ao idoso; eventos aberto a todos (inexistência de sociedades), de fácil acesso, sem demoras nas filas ou na compra de bilhetes.

Custo acessível: actividades e outros eventos a baixo custo, sem acréscimo do transporte; apoio do sector público e privado nas actividades (ex: actividades do voluntariado).

Diversidade de eventos e actividades: variedade de programas adequados aos diferentes interesses e preferências da 3ª idade; participação de pessoas de gerações e culturas distintas.

Locais e ambientes: aproveitar os locais existentes na comunidade para as actividades (ex: escolas, bibliotecas, centro recreativos ou comunitários); utilizar edifícios acessíveis a qualquer pessoa, com deficiência ou dificuldade motora.

Promoção e divulgação das actividades: informação dos eventos junto a idosos, explicando o tipo de actividade, os modos de deslocação e acessibilidade ao local.

Combate ao isolamento: incentivar a participação através de convites pessoais, visitas pessoais ou telefonemas; da informação que os eventos não exigem formação ou conhecimento, no caso dos analfabetos; de não excluir o idoso de um clube por falta de comparência;

**e) Respeito e inclusão social.** Os idosos são vítimas da sociedade pelo modo como esta população é estereotipada devido à sua idade, sendo alvo de situações e atitudes de desrespeito por membros da comunidade. E ao mesmo tempo sentem uma falta de atenção de prestadores de serviço e da própria família. Além das mudanças sociais, a inclusão depende do tipo de cultura, género, condição de saúde e financeira. Mas sobretudo depende do que o idoso sente e experiencia na comunidade.

Os obstáculos na inclusão social variam desde o comportamento dos cidadãos com os idosos pelo desrespeito, impaciência, agressividade e incompreensão; a valorização da juventude e conhecimento em detrimento da velhice; a falta de educação sobre o envelhecimento, e consciencialização pública; o abandono físico ou psicológico por parte da família; o afastamento de participação na tomada de decisões na comunidade ou família; a pobreza.

Para melhorar esta relação entre a sociedade e o idoso tem de se valorizar características a nível de:

Serviços respeitosos e inclusivos: consulta aos idosos de como melhorar a assistência, por parte de serviços públicos, privado e voluntários; oferta de serviços e produtos adaptados às necessidades e opções do idoso; recursos humanos treinados para saber atender o idoso.

Relações familiares e inter-gerações: ambientes e actividades na comunidade que atraiam todos os grupos etários, realizadas regularmente; idoso como o principal grupo inserido em actividades relacionadas com a família.

Educação Pública: aprendizagem sobre o envelhecimento e o idoso incluído no programa da escola primária e secundária; regular envolvimento dos idosos nas actividades escolares com professores e alunos; gerar oportunidades de partilha dos idosos com outras gerações, a nível de conhecimentos, história e experiência.

Inclusão Comunitária: idosos como os principais intervenientes nas decisões comunitárias referentes à 3<sup>a</sup> idade; reconhecimento pela comunidade das contribuições do passado e presente dos idosos; acções para intensificar o relacionamento e apoio entre os habitantes do bairro, em que o idoso assume papéis importantes (ex: conselheiros)

Inclusão económica: idosos com carências financeiras desfrutam de acesso a eventos e a serviços públicos, voluntários e privados

**f) Participação cívica e emprego.** “Uma pessoa leva uma vida a trabalhar” é uma expressão muito comum que comprova a dedicação que a população, na sua maioria, investe no seu trabalho. Fundamentalmente pelo contributo financeiro, mas também existe uma índole psicológica, para o ser humano se sentir activo e útil, o que revela que o trabalho é essencial para o bem-estar pessoal. Igualmente, o idoso sente essa necessidade de continuar a



contribuir para a comunidade, quer seja através de trabalho voluntário ou remunerado, consoante as dificuldades económicas. Mesmo após a entrada para a reforma grande parte da população idosa continua a trabalhar, para a comunidade ou para a família, pelas suas necessidades pessoais e pelo respeito ganho pelas suas contribuições.

Em certas ocasiões, esta participação é impossibilitada pelas barreiras que se atravessam no caminho dos idosos, sobretudo obstáculos físicos e culturais. Estes podem ser a falta de informação ou variedade quanto ao trabalho voluntário adequado ao idoso; as limitações físicas encontradas no trabalho; a legislação referente à reforma, que muitas vezes os impede de trabalhar; a falta de flexibilidade dos empregos; as escassas oportunidades de participação cívica; a falta de formação e a discriminação etária nos trabalhos.

Para contrariar todas estas barreiras que diminuem o valor da participação dos idosos, é essencial algumas transformações, a nível de:

Opções de voluntariado: diversidade de opções para os voluntários idosos; organizações consistentes, com boas infra-estruturas e programas de treino; as capacidades e interesses dos voluntários são relacionados às funções (utilização de uma base de dados); suporte financeiro nos gastos dos voluntários (ex: transporte)

Opções de emprego: múltiplas oportunidades de trabalho para idosos, opções flexíveis como os empregos temporários ou a part-time; prevenir a discriminação etária, com políticas e legislações; a possibilidade de escolha da ida para a reforma; existir agências e programas de emprego dirigidas aos idosos; estimular empresas e empregadores a contratar idosos.

Formação: oferta para reformados de aprendizagem em outras actividades; oportunidades de reeducação para idosos (ex: novas tecnologias); oferta de preparação para postos no voluntariado.

Acessibilidade: promover informação acessível quanto a vagas de trabalho voluntário ou remunerado; possibilidade de transporte para o trabalho; os locais de trabalho são acessíveis, para receber pessoas incapacitadas; não há custo para o idoso na participação; as organizações beneficiam de apoios ao contratar, treinar e manter idosos nos postos de trabalho.

Participação cívica: idosos como membros de conselhos de consultivos, do quadro de organizações; suportes para a participação em reuniões e eventos cívicos, como estacionamento reservado, transporte, apoios às incapacidades (aparelhos auditivos); construção de políticas, programas e planeamentos baseados na opinião do idoso.

Contribuições: respeito e reconhecimento pelos idosos e suas contribuições; sensibilidade às necessidades sentidas pelos trabalhadores idosos; conhecimento das vantagens de empregar idosos.

Empreendedorismo: oportunidades e apoio a empresários da população idosa (ex: pequenos negócios e financiamento a trabalhadores idosos); informação dos apoios adequada ao idoso para estabelecer o seu negócio.

Pagamento: correcta remuneração aos trabalhadores idosos, sem dedução na reforma ou nas pensões; os voluntários recebem remuneração pelos gastos realizados no voluntariado.

**g) Comunicação e informação.** Hoje em dia há uma série de meios de comunicação, que associado ao desenvolvimento constante da tecnologia não facilita que o idoso acompanhe a informação existente, que muitas vezes se encontra dispersa nos vários meios dos media. Como qualquer pessoa o idoso precisa de se sentir informado, de ter conhecimento das novidades nas notícias e dos eventos que ocorrem, para que não haja um isolamento do resto do mundo ou da comunidade. A falta de acesso à comunicação pode também causar efeitos na vida pessoal e financeira, quando não há o conhecimento de novos benefícios ou serviços de apoio ao idoso.

Este direito de informação às vezes é contrariado por estar disperso pela rádio, televisão, jornais e internet. Não se apresenta a informação objectivamente e adaptada à compreensão de toda a população idosa com diferentes faculdades; os meios de comunicação não são acessíveis a todos, depende dos locais e do poder económico, não só de como a comunidade se organiza mas do acesso que muitas vezes tem de ser financiado pelo idoso; as fraudes e publicidades enganosas de que são alvos os idosos; a carência de informação dirigida à 3ª idade; a perda de comunicação verbal, com a construção de prédios na vizinhança que não apela ao contacto entre vizinhos, com os novos serviços automáticos sem recursos humanos; o modo como a informação se apresenta visual e auditivamente (o tamanho de letra na informação impressa e nos programas de televisão; a organização confusa de uma página; o tom acelerado e de linguagem demasiado cuidada na comunicação das estações de rádio e televisão).

Para que estes factores não prejudiquem o envelhecimento activo do idoso, é imprescindível ajustes a nível de:

Oferta de informações: sistema universal e básico de comunicações através da comunicação impressa, programas de televisão e rádio, e o telefone de modo a atingir todos os habitantes; o governo ou as organizações de voluntariado têm de assegurar a distribuição regular e de confiança; divulgação realizada junto das habitações dos idosos e dos locais que utilizam diariamente, por um serviço comunitário que todos conheçam (onde se centralizam as

informações); informação regular e transmissão pela rádio ou televisão de programas de interesse à população idosa em toda a comunicação social.

Comunicação oral: acessível aos idosos, de preferência em reuniões públicas, centros comunitários, clubes, media (rádio e televisão) e existem pessoas responsáveis em espalhar a informação de uns para outros; a informação a pessoas em risco de isolamento é transmitida por pessoas da sua confiança que interagem com elas; os idosos são atendidos gentilmente um a um por funcionários públicos.

Informação impressa: *lettring* de tamanho grande e simples, com as ideias centrais em títulos claros a negrito (incluindo formulários oficiais, legendas na televisão).

Linguagem simples: comunicação impressa e oral usa palavras simples, familiares em frases curtas e objectivas.

Comunicação e equipamentos automáticos: serviço de atendimento telefónico dá instruções claras e devagar, explica como repetir a mensagem a qualquer altura; escolha entre falar com um funcionário ou deixar uma mensagem para retribuir a chamada; equipamento electrónico com botões largos e letras grandes (ex: telefone, rádio, multibanco); boa iluminação e acessibilidade no ecrã do multibanco, da máquina dos selos e outros.

Computadores e internet: acesso público vasto, gratuito ou a baixo custo, em locais públicos como os escritórios do governo, centros comunitários e bibliotecas; disponíveis instruções adequadas e assistência individual para os utentes.

**h) Apoio comunitário e serviços de saúde.** Na fase do envelhecimento há cuidados de saúde que são obrigatórios, para que o idoso viva de um modo activo e saudável de acordo com as suas capacidades. Os apoios e os serviços de saúde reflectem um ramo demasiado essencial para a vida do idoso para ser desprezada a necessidade de bons cuidados de saúde, acessíveis e adequados a esta população focal. Infelizmente existem ainda muitas barreiras ao acesso a um sistema de saúde e comunitário adequado, resultado dos elevados custos; a escassez ou má distribuição dos serviços; a assistência insatisfatória e mal organizada; as dificuldades no transporte; o difícil ou demorado acesso à assistência médica em casos de emergência; os obstáculos na acessibilidade aos edifícios, a má conservação ou a falta de equipamentos (cadeira de rodas ou andarilho, elevadores); os problemas na comunicação e desrespeito por parte dos funcionários e profissionais de saúde; escassez de serviços de cuidados específicos (geriatria, cuidados continuados, centros de dia, assistência médica a doentes dementes, reabilitação, cuidados paliativos); a falta de apoios a um envelhecimento saudável (sessões de esclarecimento, actividade física, nutrição); serviços ao domicílio insuficientes ou mal organizados; a falta de escolha adequada e economicamente acessível relativo a instituições como os lares de idosos.

No intuito de combater esta falta de serviços e barreiras sentidas ao usufruí-los são indispensáveis alterações a nível de:

Acessibilidade aos serviços: serviços bem localizados e repartidos, acessível por todos os meios de transporte; unidades residenciais assistidas, em contacto com a comunidade e próximo de todos os serviços essenciais; edifícios seguros e acessíveis a todos; divulgação a idosos de informações simples e objectivas sobre serviços sociais e de saúde; planeamento individual da prestação de serviços, com o mínimo de burocracia; sensibilidade e respeito por parte dos funcionários e administração no atendimento a idosos; limitar as barreiras financeiras no acesso aos serviços; acessibilidade nos cemitérios e campos funerários.

Oferta de serviços: oferta de uma variedade de opções nos serviços de apoio comunitário e de saúde; a oferta de serviços de apoio ao domicílio engloba serviços de saúde, de cuidados pessoais e de arrumação/limpeza; formação e comunicação adequadas por parte dos profissionais com os idosos; oferta de serviços de saúde e sociais de acordo com as necessidades dos idosos.

Apoio de voluntários: estimular voluntários de várias idades a ajudar os idosos

Planeamento e assistência em emergências: situações de emergência que incluem os idosos, com um plano de preparação e resposta tendo em conta as necessidades e capacidades desta faixa etária.

As características descritas em cima fundamentam “o conceito de que uma cidade amiga do idoso estimula o envelhecimento activo” (OMS, 2008), pois os elementos físicos e humanos que coabitam na mesma comunidade que o idoso exercem uma carga positiva ou negativa na sua qualidade de vida. Os espaços, as pessoas e todo o tipo de apoio a esta população focal vai influenciar as suas necessidades pessoais e sociais. O objectivo é a cidade estimular a participação social e uma actividade segura e saudável, ao contrário da exclusão social, do isolamento e do envelhecimento inseguro e degradante que nos deparamos ainda na nossa realidade mundial. Uma cidade que seja inclusiva e acessível tem de ser projectada para todos os que a habitam, em que o espaço natural e o construído seja acessível aos diversos utentes, com graus de capacidade diferentes e diversas faixas etárias.

### **2.3. Habitação sénior**

A procura do bem-estar na vivência do dia-a-dia do indivíduo traduz-se por necessidades que têm de se ter em conta nos vários tipos de espaços que cada um utiliza, de modo a contribuir para um bem-estar físico, mental, social e espiritual (Daré, 2010). A habitação é um dos

espaços essenciais para o indivíduo se sentir bem, é o seu local de refúgio e abrigo pessoal, “origina e estimula a segurança emocional e psicológica” (Daré, 2010).

A nível mundial, estima-se que 14% da população idosa ainda vive sozinha, a proporção de idosos a viver sozinhos é inferior nos países em desenvolvimento (8%) do que nos desenvolvidos (24%) (ONU, 2009), já que possui um nível de condições de vida que os permite continuar activos e alguns autossustentarem-se. Quanto à situação familiar dos idosos em Portugal, a maior parte vive com o cônjuge mesmo no caso de terem outros familiares, 62,8%, os restantes viviam sós 20,7% (INE,2007). O indivíduo acaba por permanecer sozinho em casa depois da morte do cônjuge, o que se verifica em maior parte no caso das mulheres. Mas este facto é também um risco em estado de doença ou de incapacidade, tornando os idosos mais vulneráveis. E de certa maneira acentua o seu estado de fragilidade, e ao longo do tempo contribui para o isolamento da própria sociedade.

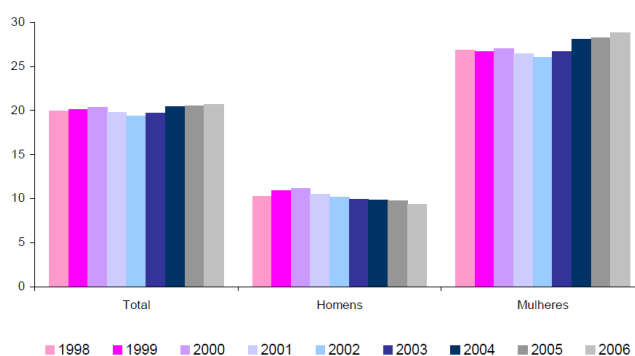


Figura 8 - Indivíduos com 65 e mais anos por tipologia de agregado (%), INE 2007

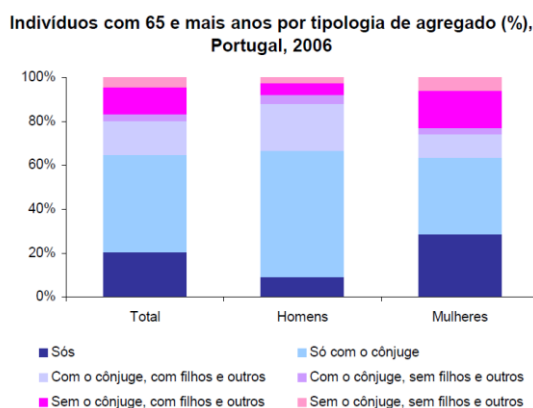


Figura 9 - Indivíduos com 65 anos por tipologia de agregado (%)

O local de residência de idosos está correlacionado com a sua idade, até ao ponto de ser motivo ou resultado do estado de saúde, do nível económico, ou da relação pessoal com a família. Em geral os estudos revelam a predisposição deste grupo para viver próximo dos seus filhos mas não na habitação destes, pois tendem a preservar a sua autonomia e privacidade o

maior tempo possível das suas vidas. Por isso, é frequente a opção de viver em residências/lares para idosos do que ir para casa da família, quando existe essa possibilidade (Vega & Martínez, 2000).

Em Portugal, as habitações ainda apresentam muitas necessidades a nível qualitativo “devido à existência de alojamentos que se integram em edifícios muito degradados e alojamentos sem pelo menos uma das quatro infra-estruturas básicas (electricidade, instalações sanitárias, água canalizada e instalações de banho ou duche) ” (Daré, 2010), que se torna num factor de grande importância, sobretudo por muitos idosos habitarem nestes edifícios de risco que compõem locais propícios a acidentes domésticos. Há que optar por uma “arquitetura preventiva”, onde o indivíduo tenha mais segurança tanto na deambulação em casa como na utilização da cozinha e casas de banho, divisões que facilitam acidentes mais grave (Montoya, 2009).

Na maioria das situações, a habitação não acompanha as alterações de necessidades ao longo do ciclo de vida do ser humano, devido a factores externos como motivos de doença ou inactividade dos proprietários ou de familiares que passem a habitar na casa, ou no caso da alteração da estrutura familiar como o falecimento do cônjuge. Para uma grande parte da população seria impensável economicamente adquirir outra habitação, conseqüentemente opta-se por alterações na casa. Estas alterações podem exercer um perigo se forem mal executadas e muitas vezes não são suficientes para acompanhar o ciclo de vida do ser humano. É necessário realçar que nem todas as habitações possuem condições estruturais para serem alteradas e os gastos monetários podem atingir valores muito elevados dependendo do poder financeiro da família.

A necessidade maior não é continuar com o mesmo nível de construção, pois o poder financeiro de cada habitante tem descido nos últimos anos, existe maior urgência em criar políticas de suporte e ajuda na requalificação de casas que possam servir para as exigências da sociedade actual, uma sociedade maioritariamente envelhecida. Com o Despacho nº 6716-A/2007, o estado português define o Programa Conforto Habitacional para Pessoas Idosas, que promove a qualificação habitacional, “com o objectivo de melhorar as condições básicas de habitabilidade e mobilidade das pessoas que usufruam de serviços de apoio domiciliário, de forma a prevenir e a evitar a sua institucionalização” (Montoya, 2009).

Há que ter em conta que o modelo universal da habitação está concluído para ser adaptado a um “adulto médio”, que está na fase activa da sua vida. Com o passar do tempo perde as suas faculdades físicas e motoras e a casa passa a ser um labirinto de perigos, o que provoca uma impossibilidade de viver o dia-a-dia seguro na própria habitação (Montoya, 2009). Por isso mesmo e importante a ergonomia na elaboração de uma habitação, tem de haver uma relação de dimensões bidimensionais até se atingir o tridimensional, desde a escala humana até às distâncias resultantes das interacções do indivíduo com os elementos espaciais e as pessoas

inseridas no mesmo. “As dimensões corporais servem como parâmetro de medidas para a percepção e apropriação do espaço habitacional” (Daré, 2010), principalmente a altura, comprimento dos membros inferiores (coxa e perna) e superiores (braço e antebraço). A idade é um dos factores que influencia bastante as dimensões de certas partes do corpo porque em geral há uma diminuição das medidas de comprimento, verifica-se um aumento do peso e “circunferência do corpo”.

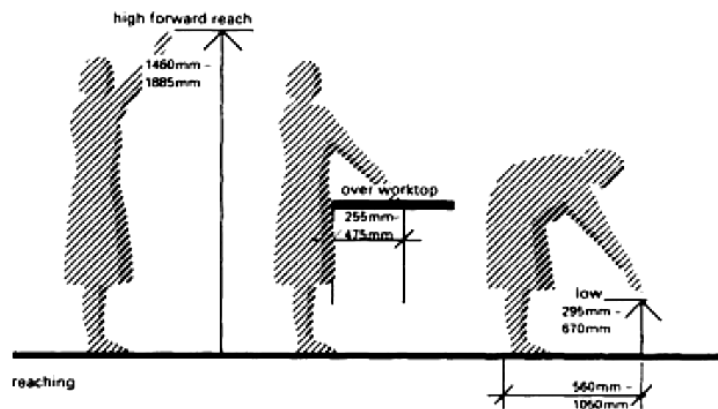
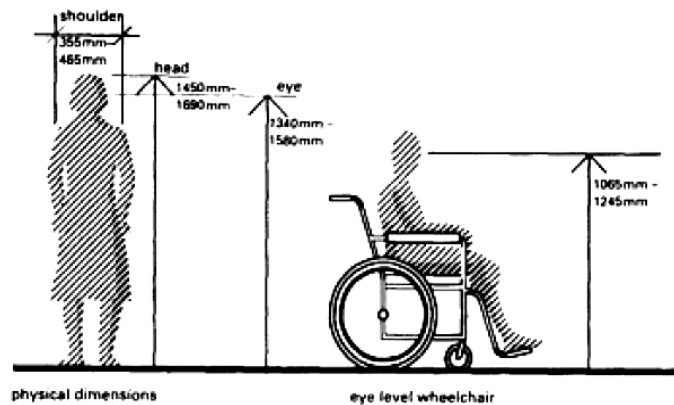


Figura 10- Dados antropométricos para idosos, Torrington 2005

Apesar da falta de informação que representa a população idosa, estes incluem-se num grupo cujas “medidas antropométricas e capacidades funcionais estão em declínio”, mas divergem de indivíduo para indivíduo, e é preciso sensibilizar para que os ambientes não sejam projectados de forma a que o idoso o não viva como um deficiente (Daré, 2010).

O ambiente habitacional deve ser flexível e garantir que se adequa às necessidades de cada um, o maior tempo possível, enquanto as suas limitações não se agravarem e o idoso necessite inevitavelmente de uma assistência continuada.

### **2.3.1 O conceito “design inclusivo”**

O termo design inclusivo é recente mas têm-se desenvolvido cada vez mais investigações e até aplicações. Este conceito é utilizado nos Estados Unidos e no Japão por “design universal”.

“Design Inclusivo é uma abordagem de projecto centrada no indivíduo e na diversidade humana, que tem como objectivo criar condições para a qualidade de vida e para a integração na comunidade” (Daré, 2010). O objectivo é criar um design comum a todos, independentemente da idade, das dimensões corporais e das capacidades, de modo a que não haja exclusão por parte de serviços, espaços ou produtos criados, abrangendo o maior número de possibilidades de utilização. Visa garantir sobretudo a acessibilidade, conforto e usabilidade.

Ao contrário do conceito de acessibilidade, não significa a produção de espaços ou produtos específicos para utilizadores com limitações permanentes, mas para um número amplo de utilizadores o mais possível. “O design inclusivo difere do design acessível pela promoção da integração dos indivíduos portadores de deficiência permanente ou não, num conceito básico de design, enquanto o acessível responde apenas a questões relativas às deficiências permanentes” (Daré, 2010).

Ao focarmo-nos no campo arquitectónico e de desenho urbano, que têm um papel indispensável na criação e construção de espaços de vida, o design universal pressupõe um “espaço construído como um todo, quer seja público, de transição ou privado” (Daré, 2010), uma construção que possa ser vista e compreendida na totalidade conforme nos movemos. O espaço tem de ser acessível quer no interior quer na sua envolvente, sendo perceptível como se organiza o edifício. O meio ambiente edificado ou não deve facilitar a movimentação de todos incluindo crianças, adultos e idosos.

Este conceito aplica-se também na habitação sénior, que promove a autonomia e independência deste grupo, adaptando-se a casa às alterações do curso de vida do morador. Isto significa que os espaços têm de ser pensados para incluírem sistemas que sirvam de suporte no dia-a-dia doméstico e que sejam instalados consoante as necessidades do utilizador que se vão modificando (ex: barras de apoio). O habitante de uma casa tem de vivenciá-la naturalmente, minimizando ao máximo a percepção do passar dos anos, sem que implique negativamente nos hábitos seus quotidianos.



Assim, as habitações desenvolvidas no âmbito do design inclusivo permitem uma utilização de um público-alvo alargado e promove as relações sociais, sobretudo e segundo Daré (2010):

1- Melhoria da qualidade de vida dos indivíduos, habitantes e/ou visitantes, fomentando a participação activa na comunidade e a permanência do idoso na sua casa o maior tempo possível;

2- Facilidade na utilização do ambiente doméstico, promovendo maior conforto, bem-estar e autonomia;

3- Promoção do aumento da mobilidade dos utilizadores e da autonomia na execução das AVD's e AIVD's, evitando os serviços de apoio por terceiros enquanto for possível.

Para este género de conceito evoluir, é necessário que a sociedade seja só por si inclusiva, que previna a exclusão social, quer a nível político e das ciências sociais, quer económico e em especial, a nível da arquitectura.

## Capítulo 3

### 3. Arquitectura geriátrica

A arquitectura geriátrica engloba edifícios de equipamento destinados a um público-alvo muito específico, a idosos e a população envelhecida (casos excepcionais inferior aos 65 anos de idade). Em Portugal, este tipo de arquitectura, a geriátrica, destina-se aos lares para a 3ª idade e/ou residências para a 3ª idade.

E “considera-se lar para idosos o estabelecimento em que sejam desenvolvidas actividades de apoio social a pessoas idosas através do alojamento colectivo, de utilização temporária ou permanente, fornecimento de alimentação, cuidados de saúde, higiene e conforto, fomentando o convívio e propiciando a animação social e a ocupação dos tempos livres dos utentes.” (Despacho Normativo nº12/98 de 24 de Janeiro)

Segundo o Decreto-Lei Nº123/97 de 22 de Maio destinado à eliminação de barreiras arquitectónicas refere “equipamentos sociais de apoio a pessoas idosas e ou com deficiência, como sejam lares, residências, centros de dia, centros de convívio, centros de emprego protegido, centros de actividades ocupacionais e outros equipamentos equivalentes”. Portanto existe uma distinção de outros equipamentos dirigidos a idosos além dos lares, apesar de a legislação englobar estes dois tipos de público-alvo (portadores de deficiências e idosos).

Com o apoio social que o estado fornece em casa, os idosos tendem a manter-se nas suas habitações o maior tempo possível, por isso a entrada em lares é cada vez mais tardia, apesar de a maioria dos idosos que permanece em casa necessitar dos cuidados contínuos oferecidos nestas instituições (Torrington, 2005). Esta repulsa na ida para lares provocado pela insegurança que este tipo de edifícios transmitiu durante anos, pode condicionar o idoso a um estado inactivo e isolado da sociedade ao continuar na sua habitação. As instituições para idosos são positivas na medida que além de possibilitarem um ambiente seguro e com os cuidados necessários, promovem a companhia e atenção diária de residentes e funcionários, estimulando a independência e o convívio social do idoso. É essencial não retomar a generalização deste grupo que apenas tem em comum a entrada na velhice. Todos temos necessidades que divergem e o regime rígido que priva os direitos de cada um não deve ser parte no desenho desta arquitectura.

Para entendermos este género de arquitectura é necessário auxiliarmo-nos dos conceitos que resumem a geriatria, para atingirmos o modo como estes edifícios devem actuar. A geriatria é um ramo da medicina que trata das doenças e problemas da velhice e das pessoas que estão

na fase do envelhecimento. Segundo Fontaine “... representa o aspecto terapêutico da gerontologia. Ela estuda os meios para lutar contra os efeitos do envelhecimento” (Fontaine, 2000). Logo este género de arquitectura tem de ser associada a um edifício de saúde especializado nos idosos, um edifício que não seja preciso assistência para o vivenciar.

### **3.1 Edifícios de saúde**

Apesar do nosso tipo de cultura arquitectónica revelar uma urgência de especialização nos edifícios de saúde (Fernandes, 2005) já se denota um aumento na sensibilização e dedicação a estes projectos.

Em Espanha os avanços nos edifícios de saúde têm sido notórios, deixando um legado de referência aos próximos projectos, como é o caso do Hospital do Mar em Barcelona (de Manuel Brullet e Albert de Pineda (Fernandes, 2005).

Tal como Manuel Brullet defende, estes modelos propõem uma aproximação às necessidades humanas que são várias e exigem a multiplicidade de usos no mesmo equipamento. Estes recentes edifícios propõem um afastamento das tipologias hospitalares americanas e da idade média que, pelo rigor dos seus traçados, aparentavam uma arquitectura prisional (Fernandes, 2005), em que o objectivo máximo consistia na vigilância e controlo dos utentes, minimizando e aniquilando o direito de privacidade pessoal.

Desde as sociedades primitivas que existe uma procura de instalações de cura e terapêuticas. Estes equipamentos foram-se desenvolvendo de acordo com muitas das necessidades humanas e de civilização. Os hospitais não são só edifícios simples, consistem em unidades pequenas, que são como uma forma de vida, como uma vila (Fany & Artemis, 2010).

Durante o tempo medieval o modelo de equipamento de saúde principal é o monástico, por esta altura já os idosos procuravam o mosteiro para retiros calmos “que lhes garantisse a salvação eterna”, foi considerado o primeiro asilo para idosos com a extensão de mosteiros que serviam de alojamentos para esta população (Montoya, 2009). No Renascimento os hospitais caracterizam-se pelo seu aspecto sólido e fechado ainda influenciados pelos templos medievais e pelo revivalismo do neoclassicismo na arquitectura. Os equipamentos até aqui eram vistos como um depósito de doentes que aguardavam a sua hora da morte mas no século XVIII as consequências do Iluminismo levaram os edifícios hospitalares a serem vistos como locais de prática medicinal onde se procurava um tratamento ou cura.

Por esta altura, desenvolveu-se uma tipologia “panóptica” (Montoya, 2009), que tinha por objectivo primordial o controlo dos utentes. Este modelo foi utilizado muito tempo em prisões europeias, durante o século XX, já que funcionava bem o conceito de controlo visual

desde um ponto central. Este modelo manteve-se paralelamente ao desenvolvimento arquitectónico dos equipamentos de saúde e foi até aplicado em asilos para pessoas idosas.

No século XIX o desenho projectual de um hospital sofreu grandes alterações pelo trabalho de Florence Nightingale (1853) na Inglaterra, ao associar o meio ambiente à condição dos pacientes. Os edifícios eram dominados pela funcionalidade, havia um cuidado com o controlo de infecções associado aos sistemas de ventilação, com a luz solar e as vistas. Os requisitos eram pavilhões rectilíneos com grandes aberturas. No início do século XIX a arquitectura tinha como referência o movimento moderno que apelava à importância das necessidades humanas, era dominada pelos princípios de funcionalidade, escala humana, ligação entre espaços exteriores e interiores e a relevante escolha dos materiais (Fany & Artemis, 2010).

Mais tarde, neste século, surgem os sanatórios para tuberculosos, que detinham uma função residencial de longa duração com cuidados médicos continuados. O objectivo deste programa era associá-lo a um género de turismo relacionado com a saúde, por isso a tentativa de o seu aspecto se basear nos edifícios de hotelaria, os ambientes foram humanizados e centrados no utilizador. Estes edifícios poderiam ser referências à evolução dos equipamentos para idosos.

Com os avanços na tecnologia e da medicina, no início do século XX os hospitais consideravam-se “máquinas de curar” (Montoya, 2009). Estes edifícios eram organizados consoante a funcionalidade necessária, a nível interno, e consoante os custos da construção. Eram equipamentos organizados num monobloco vertical em que cada piso se destinava a uma especialidade, auxiliado pelo surgimento do elevador que completava o objectivo de estabelecer o equipamento no mínimo de área necessária. Este modelo rapidamente se alastrou pela estandardização formal que esta solução apresentava. Consequentemente gerou-se um enfraquecimento da investigação arquitectónica na área de equipamentos de saúde, “os modelos estáticos e pouco flexíveis” (Montoya, 2009) não eram pensados de acordo com a forma arquitectónica e com a importância dos utentes e do seu habitar no edifício.

Depois da Segunda Guerra Mundial houve uma forte progressão das investigações sobre o planeamento e desenho de equipamentos de saúde. Os resultados foram edifícios inovadores, baseados na funcionalidade, controlo de escala, qualidade dos materiais e meio ambiente amigável. Nos anos 60 e 70 o desenho do hospital adequou-se às modificações na qualidade de vida e as necessidades médicas.

Os equipamentos de residência para idosos tinham-se instalado nos hospícios, de componente religiosa durante séculos. Apenas nos anos 70 se transformaram, adequando edifícios a esta funcionalidade com apoio de técnicos especializados, através de residências colectivas, que promoviam um tipo de vida que dignificava os últimos anos que restava aos utentes. Assim criou-se um novo tipo de equipamento, caracterizado pela sua tipologia que englobava as

áreas comuns e administrativas no piso de nível térreo e, nos pisos superiores organizava-se a zona de quartos. Era comum serem edifícios de grande dimensão que abarcava um grande número de utilizadores. A procura de localização limitava-se a terrenos mais baratos, periferias, o que afastava os idosos do seu meio natural e conseqüentemente levou a estigmas negativos quanto a este tipo de edifícios associados a locais degradantes, pouco apelativos para onde iam os velhos à espera do seu final de vida.

Nos anos 80 o psicólogo ambiental, Roger Ulrich desenvolveu a teoria do desenho como suporte psicológico, identificou o stress como o maior obstáculo no processo de cura, sendo necessário um desenho que suportava os pacientes dando o sentido de controlo do seu ambiente e um acesso ao suporte social e distrações positivas no entorno físico (Fany & Artemis, 2010).

Hoje em dia, tanto os hospitais como os restantes edifícios de saúde, já procuram uma arquitectura menos severa e mais humanizada, na procura do bem-estar do utente e na importante interacção deste com o exterior. Já que o ambiente se relaciona bastante com o utente e a dificuldade no processo de institucionalização pode ser amenizada se o utente se sentir cómodo e seguro nas instalações. Este processo causa uma fonte de stress bastante intensa, o indivíduo é confrontado com a ausência do cenário familiar, com um futuro indefinido e acaba por se sentir restringido dos hábitos comuns da sua vida diária. À parte do estado físico, a saúde é uma condição depende no ambiente, do psicológico, social e factores emocionais (Fany & Artemis, 2010).

“A arquitectura condiciona comportamentos e interfere na parte psicológica dos seus principais utilizadores, os doentes” (Fernandes, 2005). Tal como os doentes, no caso particular dos idosos que apresentam uma condição de aumento das incapacidades físicas e mentais, além de uma estrutura que vigore pela sua acessibilidade, estes utentes procuram uma segunda casa, um ambiente que os acomode e que se torne familiar ao mesmo tempo que possam receber os cuidados específicos às suas necessidades.

Os equipamentos de saúde são locais rodeados de sentimentos extremos (vida, morte, trabalho diário) de tal modo que é responsável pela protecção da intimidade de cada um que o habita (utentes ou funcionários), é essencial valorizar a envolvente do edifício, à sua localização, ao desenho interior e mobiliário.

“Não interessa o progresso técnico, o nível de performance e de eficiência, o hospital permanece como um local onde pessoas cuidam e tratam de outras pessoas, e a relação destas pessoas à arquitectura é crucial.” (Fany & Artemis, 2010)

### 3.1.1- Requisitos e características favoráveis

Ao nos focarmos nos equipamentos destinados a idosos verifica-se que a repulsa à institucionalização, tanto por parte dos futuros utilizadores como da sua família, foi originada não só pelas falhas nos recursos humanos, já que nos dias de hoje ainda são encontradas situações de lares ilegais e dos maus-tratos a idosos por parte de funcionários, mas também pelas falhas no processo de desenho destes edifícios que não garantiam as melhores condições de vida. Actualmente ainda existem muitas falhas que podem ser evitadas pelos técnicos responsáveis na elaboração do projecto, tais como e segundo Torrington (2005):

- inutilização de casas de banho pela falta de acesso e de suportes de apoio;
- salões vazios localizados longe das áreas centrais do edifício, o que dificulta o acesso para residentes com mobilidade limitada;
- salas de dia sobrelotadas, sem possibilidade de colocar mobiliário sem ser as cadeiras existentes à volta do perímetro da sala;
- salas de refeições pequenas ou inacessíveis o que causa o serviço em outras salas;
- lavabos próximos das salas de dia com insuficiente visualização;
- espaço insuficiente para os funcionários prestarem assistência aos residentes;
- corredores idênticos desorientam residentes e funcionários;
- escadas de emergência utilizadas como zonas de armazenamento;
- grupo de fumadores junto à entrada de serviço;
- idosos sentados desconfortavelmente na porta de entrada junto a correntes de ar para verem movimentações.

Ao desenhar um equipamento para esta população ocorrem os primeiros cuidados mais generalizados, já que o edifício tem de ser limpo, seguro e ao mesmo tempo não aparentar ser um hospital mas uma segunda casa. E há diversos pontos de vista englobados no mesmo edifício, os funcionários, visitantes e os residentes, cada um deve ter direito à sua privacidade e ao seu bem-estar. Estes últimos divergem muito uns dos outros, não só pela bagagem que traz consigo de práticas sociais, culturais e económicos que altera o tipo de experiência com o edifício, mas sobretudo pela seu estado físico e mental. Este estado caracteriza o modo como habita e deambula pelo edifício e de uma forma geral existem residentes activos, os que necessitam de assistência ao caminhar, os que permanecem mais tempo no quarto, os residentes acamados ou que apresentam algum tipo de demência. O edifício deve servir todos estes residentes e dar-lhes o poder de escolher onde se sentem melhor, não deve haver só um local para cada tipo de residente, promovendo a acessibilidade e variedade de espaços. As salas de estar e os quartos devem ser todos agradáveis, existir sempre um contacto com o exterior (sentados ou deitados). As estruturas do edifício devem valorizar as capacidades do idoso, elementos que não impeçam o residente de circular quer por dificuldades de abertura de portas ou mobiliário que dificulte a sua passagem.

Há factores predominantes destas alterações biológicas que influenciam o desenho do edifício Torrington (2005) tais como a visão, a audição, a destreza manual, a incontinência e a demência. Quanto à visão mais sensível é indispensável a qualidade e quantidade de luz, espaços luminosos sem criar brilhos ou ofuscar, a luz artificial deve estar bem direccionada; a boa escolha das cores (azuis e verdes não são tão distinguíveis como os amarelos e vermelhos); a luz e a cor devem orientar a movimentação no edifício. Em relação à deterioração da audição a acústica interfere no bem-estar do idoso (minimizar o barulho de fundo e automatizar os sons de alta frequência). No caso da destreza manual o idoso apresenta muitas vezes a fragilidade e a falta de sensibilidade nas mãos, o uso do edifício deve permitir a fácil manipulação por qualquer residente, a escolha tem de ser cuidadosa em elementos de ferragens (alavancas são preferíveis a maçanetas); em acessórios sanitários (torneiras accionadas por alavanca são preferíveis a maçanetas plásticas); em interruptores, aconselhado os interruptores basculantes; no sistema de chamada de enfermeira que deve ser fácil de manusear. Quanto à incontinência a falha no sistema nervoso pode fazer o idoso sentir-se seguro no espaço, logo é fundamental a existência de casas-de-banho perto das salas de dia e refeições, visíveis na circulação pelo edifício, facilmente acessíveis durante a noite e com boa ventilação, é necessário espaços para arrumos adequados (material de limpeza e material de higiene pessoal); acabamentos dos materiais do chão e móveis higiénicos e fáceis de limpar. Por fim, a demência apresenta cuidados muito específicos, a idade não pressupõe uma diminuição cerebral e por isso o grupo de dementes é bastante específico pois é resultado de doença ou danos no cérebro. Alguns equipamentos estabelecem-se somente para as necessidades destes doentes. Apesar de ser necessária uma sala adequada para estes doentes, convém existir interacção com os restantes residentes pois muitos dos aspectos a ter em conta no desenho para residentes com demência abrangem o resto da população sénior.

A localização deste tipo de equipamento facilita o nível de segurança, a integração dos residentes na comunidade aproximando-os da sua vizinhança, o acesso a várias instituições (religiosas, sociais, políticas) e comércio, o acesso a várias infra-estruturas de transporte. Estas condições aliadas a boas rotas pedestres (largas e com pouca inclinação, com visibilidade prolongada e com locais de descanso frequentes) podem incentivar os residentes a contactar mais com o exterior, a passear e atingirem um maior dinamismo se existirem actividades próximas no local. As boas conexões rodoviárias e o fácil estacionamento facilitam os serviços de recolha do lixo e da passagem de veículos para transporte, ambulâncias e bombeiros dentro do local do lar.

Essencialmente, os residentes destes equipamentos devem estar em comunicação com o mundo exterior, quer através dos visitantes pessoais ou da comunidade. Deste modo o equipamento tem de ter em conta também as necessidades de quem o visita, assim como um bom acesso, uma boa ligação às redes de transporte e bom estacionamento à entrada. A nível de espaços interiores a recepção e entrada têm de ser zonas mais humanas, têm de existir

locais que promovam a privacidade entre visitantes e residentes, possibilitar salas de reuniões entre visitantes e administrador/funcionários, ao mesmo tempo os visitantes sentem-se bem-vindos e englobados na rotina do residente podendo partilhar espaços sociais, de refeições e zonas de actividades que propiciem as relações familiares. É muitas vezes esquecido os espaços que possibilitem os visitantes de fazer o luto se algum residente morrer.

O desenho do edifício tem de facilitar a transição entre todos os espaços sem perturbar as actividades de cada um, ao mesmo tempo facultar uma contínua privacidade facilita a integração de um maior número de utilizadores dentro do equipamento. Os idosos familiarizam-se com este tipo de estrutura que promove a escolha, o idoso deambula pelo edifício e o mesmo espaço pode ser utilizado para objectivos diferentes. Apesar desta continuidade o edifício deve designar a diferença entre áreas públicas e privadas para qualquer usuário Torrington (2005).

Em geral, os espaços principais podem ser englobados em sete categorias Torrington (2005):

- 1) Áreas de circulação (rotas de circulação; recepção e áreas de entrada; elevadores e casas de máquinas)
- 2) Áreas de vivência diária dos residentes (quartos de dormir/apartamentos; quarto de hóspedes; casas assistidas; salas de dia/estar; cabeleireira; salas de refeições; copas)
- 3) Áreas de ablução para os residentes (salas para banho; casas de banho para residentes)
- 4) Áreas de cuidados dos residentes (posto de saúde/enfermagem; zona de despejo e sujus; zona de tratamento, limpeza e armazenamento de medicação)
- 5) Áreas de armazenamento (roupa de cama; cadeira de rodas; equipamentos; armazém de longo-prazo)
- 6) Áreas de administração (zonas para administração; casas de banho visitantes; instalação dos funcionários)
- 7) Áreas da cozinha e da lavandaria

Cada categoria tem exigências específicas (ver anexo B) mas nem todas são obrigatórias segundo a legislação relativa a lares (ver anexo A). A articulação destes espaços tem de funcionar para criar um ambiente próprio e convidativo ao idoso, o layout do edifício deve ser claro de fácil percepção. Além das áreas necessárias e da sua articulação, que dependem das exigências, necessidades e do número de utentes, existem elementos exteriores e interiores que é necessário considerar sempre, e são fulcrais para a harmonia entre o idoso e a arquitectura, tais como:



### **a) Cor, luz e acústica**

Quanto ao desenho interior tem de haver uma harmonia entre a cor, luz e o isolamento acústico e sonoro têm de ser adequados. A luz é um poderoso regulador do corpo e das suas funções diárias (Fany & Artemis, 2010). A cor e luz são elementos fulcrais na nossa percepção dos espaços, os idosos percebem os ambientes de maneira distinta devido ao avanço das limitações físicas, o uso cuidadoso da cor e a luz deve ajudar na vivência do edifício:

- aberturas de luz e luz artificial para distinguir rotas ou mudança de direcções
- espaços luminosos sem brilho intenso
- diferentes níveis de luminosidade entre espaços de circulação e salas que ajuda na orientação
- iluminação de obstáculos a um baixo nível
- cores distintas para diferenciar a função de certas áreas, distinguir corredores similares
- cores contrastantes que identifiquem mudanças de nível ou de patamares (cuidado na escolha dos acabamentos do chão), portas de quartos e casas de banho, corrimões
- cores similares entre porta e parede para camuflar entradas em zonas perigosas

Um lar tem diferentes fontes de barulho (Torrington, 2005): cozinha, lavandaria, casas de banho, elevador e casas das máquinas, a passagem de carrinhos de serviço, e passos no piso superior, televisões e outros. É necessário ampliar as altas frequências e diminuir os tempos de repercussão por isso é necessário:

- evitar que salas paralelas com superfícies duras tenham um isolamento acústico similar;
- as salas com formas irregulares ajudam na produção de menos eco
- cuidado no uso de colunas e pilares no interior das salas (não deve existir colunas entre as fontes de som directo e os residentes)
- eliminar o máximo possível os barulhos de fundo ou adicionar acabamentos absorventes de som
- uso de detectores indutivos que facilita no uso de aparelhos auditivos
- isolamento sonoro em salas destinadas a reuniões privadas ou gerais
- uso de materiais avaliados como baixos valores de impacto sonoro, indicam melhor performance (o maior problema é entre pisos)

### **b) Sistemas e serviços**

Os equipamentos de serviço a idosos têm de ter um bom serviço a nível de aquecimento e ventilação, de electricidade, águas e ter energia de emergência. Há temperaturas recomendáveis para cada sala, mas a maior preocupação quanto às instalações de

aquecimento é que sejam seguras, para evitar queimaduras já que o idoso apresenta uma pele mais sensível e as reacções são mais lentas. Todo o tipo de estruturas/canos associados a fontes de calor têm de ter uma protecção. A ventilação mecânica (Torrington, 2005) é necessária em cozinhas, lavandarias e casas de banho, enquanto que uma boa ventilação natural é o essencial para áreas de refeições, quartos e áreas de dia. Em relação ao sistema eléctrico é um patamar alto de consumo nos lares, nos principais pontos de consumo é fundamental o uso do sistema trifásico; os interruptores têm de estar a uma altura funcional para os residentes, com alguma facilidade e adequados ao local; têm de haver um cuidado na instalação de serviços e extensões telefónicas, monitores de vigilância e contra incêndio. A fonte de água, é um bem essencial por todo o edifício, mas os seus sistemas têm de ser analisados cuidadosamente, é adequado existir termóstatos de mistura para todas as torneiras quentes, aparelhos à prova de falha com sistema para automático de paragem de saída de água, e sistema de controlo e prevenção de doenças/bactérias na água.

Os lares devem ser portadores de sistemas de segurança (além de alarmes as áreas têm de ser desenhadas para boa vigilância, tem existir espaços de segurança para pequenos valores dos residentes, janelas e portas com sistemas de segurança) de prevenção de incêndios (cuidado ao pensar no modo de evacuação do edifício, nas áreas que necessitam de especial consideração, na escolha dos materiais de revestimento, optar por abertura de portas automática no caso de incêndio) e de chamada de emergência (existem vários sistemas à escolha, em geral há sempre um painel de controlo central onde são visionados todos os alertas, é importante ter em conta onde são essenciais os pontos de ligação para chamada e que existam vários pontos para os funcionários acompanharem o sistema de alerta.

### **c) Decoração e arte**

O uso da arte em várias formas (artes decorativas, música, teatro) encoraja o psicológico dos utentes e positivamente o processo de cura (Fany & Artemis, 2010). O cuidado com o aspecto de cada zona é essencial não só para uma maior comodidade mas para uma boa representação da função de cada local. A escolha das cores e materiais vai causar um impacto no residente e no visitante, um positivo impacto ajuda o idoso a adaptar-se e a criar empatia com a arquitectura. É aconselhável ao nível da decoração utilizar carpetes e móveis impermeáveis e fáceis de lavar; optar por carpetes com padrões caso se derrame quaisquer líquidos, a mancha numa cor neutra é logo perceptível; não é recomendável um contraste forte geométrico ou padrões de listas, sobretudo nas paredes; e os objectos e móveis têm de ser cuidadosamente inseridos no desenho para não representarem nenhum tipo de obstáculo.

Outro aspecto a ter em conta é a sinalização, que pode ser auxiliada pelo tipo de decoração mas é essencial o uso de sinais que ajudem na orientação do edifício (uso cuidado de sinais com letras grandes e visíveis mesmo com pouca luz, cuidado no uso de logótipos ou símbolos que não possam ser perceptíveis aos idosos).

#### d) Jardins e locais no exterior

Os projectos devem garantir uma transição ténue entre o exterior e o interior, principalmente quanto à organização e continuidade de espaços exteriores bem desenhados como pequenos parques que encorajem a interacção social (Fany & Artemis, 2010). O contacto com a natureza é crucial para o bem-estar dos residentes, o contacto com ar natural e algum exercício afecta bastante o estado físico e psicológico do idoso. Os funcionários devem encorajar visitas ao exterior, mas o desenho do edifício deve facilitar o mesmo, isto é, o exterior tem de ser adequado às necessidades dos residentes. Os requisitos de um bom jardim ou de espaços exteriores adequados a idosos é dependente do estado das suas faculdades e do nível de independência, em geral é essencial promover espaços que se adaptem ao estado dos cinco sentidos dos idosos. A diminuição da audição e visão provoca um menor grau de orientação, logo os espaços devem ser bem iluminados (em especial ao nível do chão); devem estar bem identificadas as beiras do caminho; o desenho deve ser claro e ter elementos que permitam às pessoas identificar onde estão; os locais de descanso devem-se organizar pela proximidade de bancos que ajudem na comunicação e audição; eliminar as fontes de ruído, se possível; os vários elementos devem estar adaptados à destreza manual dos idosos, como as portas de acesso ao exterior. É essencial que a mobilidade e o conforto sejam promovidos e isso é possível através de e segundo Torrington (2005):

- caminhos planos ou com pouca inclinação e que sejam largos
- espaços de descanso frequentes, com bancos e alguma sombra ou localizados na direcção do sol da tarde. Optar por bancos de madeira ou plástico, já que os de metal ou betão são frios, ou providenciar assentos almofadados.
- Assentos estáveis e fortes, com bom encosto ou se possível suporte para a cabeça
- evitar obstáculos sobretudo a nível do solo; o piso não pode prender a movimentação através de bengalas ou andarilhos, quer através de buracos ou valetas
- acabamentos das superfícies que não sejam escorregadios, optar por materiais semi-porosos e que não sejam materiais soltos (ex: cascalho)
- corrimões ou suportes de apoio ao longo do caminho se possível, ou nos obstáculos (rampas e mudanças de inclinação)
- rotas e jardins próximos do edifício, que se podem prolongar para os mais activos
- zonas para descanso/sentar com cobertas à prova de água, e com corta ventos (zonas podem estar encobertas pelo edifício)
- zonas de exterior com ligação às salas de dia
- rotas interessantes, com equipamentos e decorações diversos (fontes, gaiolas de pássaros, áreas originais para sentar)
- objectos de atracção para visitantes mais novos (parque com baloiços)
- locais para jardinagem (alguns perto das salas de dia, dependendo da mobilidade)
- jardins seguros com cercas

- plantas que apelem aos sentidos, de duração de quase o ano inteiro e com baixa manutenção
- plantas e árvores naturais e de fruto que atraiam pássaros; evitar as plantas venenosas e daninhas, e as que provoquem algum dano físico (espinhos, folhas cortantes)

### 3.2 Exemplos

A evolução da arquitectura geriátrica é notória com os excelentes exemplos sobretudo a nível internacional, que além da intervenção de arquitectos e ateliês de renome têm como base a acomodação desta faixa etária da população num ambiente físico que proporcione o bem-estar consoante a cultura em que vivem. É o caso do edifício Residential Home for Elderly em Chur, projectado por Peter Zumthor, que salienta a importância da integração do objecto na paisagem e que procura reavivar as tradições rurais dos utentes no próprio edifício para os idosos se sentirem num ambiente doméstico. Em oposição, na Holanda, o ateliê MvRdV, com o edifício 100 WoZoCo's, optou por proclamar a individual apostando numa estrutura de habitações que se liberta da fachada do edifício e se prolonga sustentando-se como terraços, e que cada uma diverge através de pequenas alterações (posição das janelas, tamanho e posição dos terraços, cores, materiais e texturas) (Silva, 2009).

Os projectos têm-se modelado ao tipo de vida, que se alterou ao longo dos séculos, em oposição a Portugal os edifícios deste género de arquitectura têm-se diversificado intensamente e encontram-se vários modelos que seguem intenções diferentes para no fundo receber os idosos e proporcionar-lhes qualidade de vida. Decidiu-se optar por expor dois casos em Portugal que divergem desde o conceito ao género de construção, mas que são dois tipos de arquitectura de saúde que se desenvolveram há pouco tempo e que têm como objectivo comum servir o grupo de seniores do país nas melhores condições físicas possíveis.

## A- Hospital Residencial do Mar, Loures



Figura 11 - Alçados do Hospital Residencial do Mar, Loures

O Hospital do Mar, inaugurado em 2006, teve como promotor o Grupo Espírito Santo Saúde, um dos principais grupos privados de saúde. O projecto de aproximadamente 9000m<sup>2</sup> é da autoria do gabinete RISCO, liderado pelo arquitecto Manuel Salgado e o especialista em equipamentos de saúde, o arquitecto Albert de Pineda, de Barcelona. Além de estar integrado na Rede Nacional de cuidados intensivos, este equipamento apresenta uma ala destinada aos doentes de Alzheimer. O programa inclui um hospital, uma residência médica e apartamentos para idosos.

O equipamento, localizado na antiga estação de Loures, perto de Lisboa, na Bobadela, resulta da reabilitação de parte do edifício histórico existente e da ampliação através de uma nova construção em que ambas estão inter-relacionadas. O arquitecto Albert de Pineda refere que o maior desafio foi integrar a arquitectura histórica e a nova arquitectura (ver anexo C), procurar os diferentes usos de cada uma delas e integrando-o em cada edifício de modo a conseguir uma homogeneidade.

O conceito do projecto baseia-se na luz, conseguindo fazer um maior aproveitamento da luz natural. Para Albert de Pineda, a orientação do edifício, a textura dos materiais e as cores ajudam a melhorar o doente e com ele também se consegue uma integração mais acolhedora tanto para a família como para o doente. As vistas para o estuário do rio Tejo e a aproximação de jardins com qualidade paisagística ajudam também a formular este ambiente positivo para os doentes, ao mesmo tempo faz-se um aproveitamento dos jardins para fins terapêuticos (Cubero, 2009).

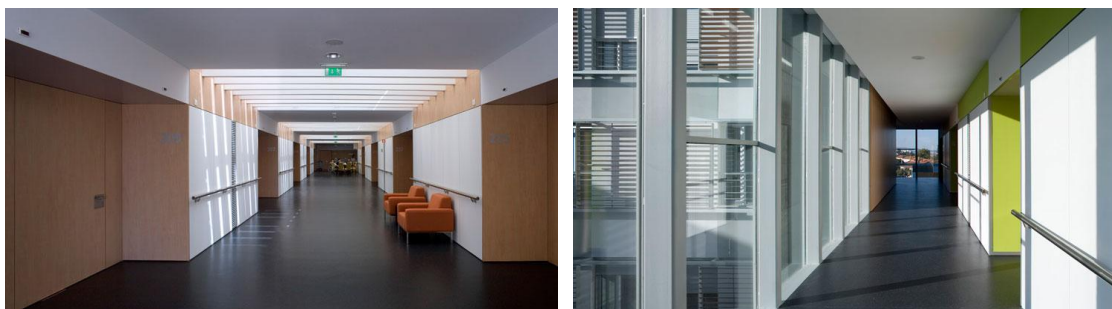


Figura 12 - Interior do Hospital Residencial do Mar, Loures

A reabilitação consistiu na parte de maior interesse arquitectónico e o restante foi demolido. Na parte reabilitada funcionam as áreas que pela sua disposição facilitavam a conservação das características históricas, tais como a cafetaria, as áreas de permanência e terapia e as áreas administrativas.

O novo volume consiste em três pisos e uma cave e dispõe-se num formato em “L”, situa-se em planta pela zona A e B (ver figura 13). Nestes três pisos foi projectada uma unidade de hospitalização que funciona como uma peça independente. Em comum cada planta disponibiliza uma zona de controlo, uma zona de refeições e instalações sanitárias adaptadas. A forma em “L” permite a orientação de um maior número de habitações ao sul e vistas para o rio.

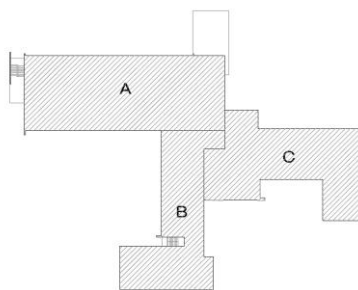


Figura 13 - Esquema dos volumes do Hospital Residencial do Mar, Loures

Na cave encontram-se os serviços gerais do hospital, como a zona de carga e descarga, a cozinha, o armazenamento geral, a morgue, a lavandaria, o compartimento de lixo e demais instalações. O desenho da zona de carga e descarga proporciona um acesso independente através de um pátio de mercadorias (Cubero, 2009).

Na planta do rés-do-chão, piso 0, concentra-se a entrada, com acesso aos pedestres e aos automóveis. Neste piso encontram-se as zonas públicas do edifício como o hall de entrada, recepção, bar/cafetaria, agrupadas na zona do edifício reabilitada. Enquanto que na parte de nova construção, na mesma planta, organiza-se uma das três unidades de internamento com 31 habitações duplas e uma habitação individual (para isolamento) com entrada e saída directa ao jardim (Cubero, 2009).



Figura 14 - Planta do Piso 0 e zona de recepção do Hospital Residencial do Mar, Loures

No piso 1 encontra-se a sala polivalente/consultas médicas, salas de terapia ocupacional, reabilitação e cabeleireiro/podólogo na parte da planta correspondente ao edifício reabilitado. No mesmo piso, já na zona de nova construção está a segunda das unidades de internamento com 31 habitações duplas e uma habitação individual.

No piso 2, na planta do edifício reabilitado situam-se as salas de direcção, a sala polivalente, a sala de reuniões, todas as zonas administrativas e uma zona reservada de habitações para residentes. No mesmo piso, zona de nova construção, dispõe-se a terceira das unidades de internamento com 26 habitações individuais para doentes de Alzheimer, com tratamentos inovadores neste sector, com o objectivo de potenciar a mobilidade física e a estimulação cognitiva dos pacientes.

A cobertura do edifício alberga parte das instalações técnicas do equipamento e estas situam-se na parte inclinada do edifício reabilitado (Cubero, 2009)

Os alçados, ao cumprir o propósito principal de entrada de luz e sol em todas as habitações na parte de construção nova do edifício, têm 50% das superfícies de vidro com uma estrutura exterior à parede que funciona como uma parede falsa onde se podem mover as lâminas de madeira corredeiras que permitem controlar a luz e claridade. A madeira, o vidro e o revestimento com monocapa e com cores, que são os materiais predominantes.



Figura 15 - Portada de protecção solar do Hospital Residencial do Mar, Loures

### B- Residências assistidas, Alcácer do Sal (Atelier Aires Mateus)

O projecto de residências assistidas, executado pelo atelier Aires Mateus em 2006-2007, teve como promotor a Santa Casa da Misericórdia de Alcácer do Sal e a sua construção finalizou-se em Julho de 2010. O projecto de 3640m<sup>2</sup> é definido como um edifício que traça o seu percurso naturalmente pela topografia acidentada do terreno, faz parte de um conjunto de edifícios já existentes ao redor deste e não é independente nem auto-suficiente dos restantes.



Figura 16 - Maqueta de volumes e fachada principal das residências assistidas, Alcácer do Sal

O programa como o ateliê define “meio caminho entre um hotel e um hospital”, define-se com o objectivo de interpretar o binómio do espaço privado e social de modo a responder aos dois critérios deste tipo de comunidade, o desenho do projecto baseia-se nestas relações (ver anexo D, número 1). O aspecto do equipamento é mais distante de um hospital pela contínua relação com o exterior, as áreas comuns têm vistas para o terreno exterior distintas e os corredores têm muita luz solar (ver anexo D, numero 2). Outro factor que foi cuidadosamente pensado relaciona-se com a mobilidade dos utentes do edifício, a sua movimentação mais lenta ou difícil obriga a que os corredores de circulação e a distância entre núcleos tenham sido cuidadosamente “medida e desenhada transformando a ideia de percurso em vida” (ver anexo D).



As áreas predominantemente sociais e recreativas estão no rés-do-chão e este inclui a recepção; a zona de refeições e salas comuns; e as zonas técnicas (cozinhas, vestiários) com proximidade para o edifício existente.

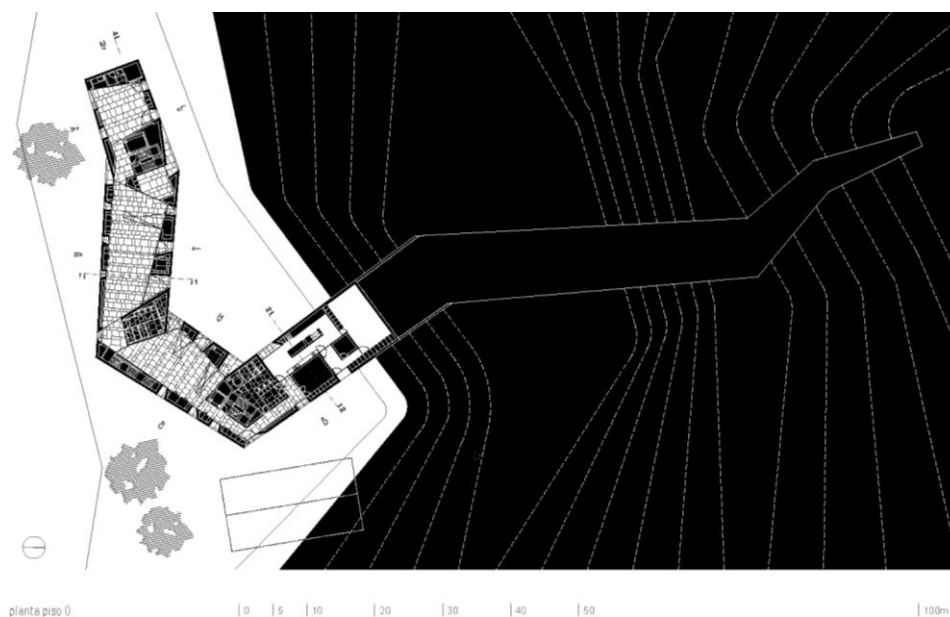


Figura 17 - Planta do piso 0 das residências assistidas, Alcácer do Sal

Os pisos superiores, piso 1 e 2, são sobretudo destinados aos quartos (individuais e duplos) e áreas de serviço, incluindo zonas para relações sociais. Ao todo organizam-se 16 quartos individuais e 22 duplos, o que permite o total de 60 residentes. Todos os quartos contêm uma casa de banho completa privada e um terraço privado, a luz que entra no quarto é projectado para o seu interior pelo reflexo nas paredes do terraço, ao mesmo tempo que mantém a privacidade dos residentes de olhares indiscretos também os protege da luz directa do sol.

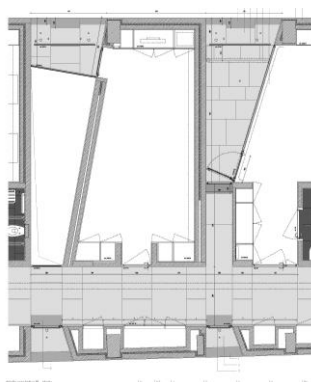


Figura 18 - Pormenor construtivo de um quarto das residências assistidas, Alcácer do Sal



Figura 19 - Interior do quarto das residências assistidas, Alcácer do Sal

O edifício possibilita o contacto constante com o exterior por várias vistas e ao longo do dia o movimento da luz natural é constante dentro dos corredores, o que permite experiências visuais ao circular pelos vários pisos.



Figura 20 - Corredor interior das residências assistidas, Alcácer do Sal

O corpo do edifício “cresce” pela agregação de unidades independentes a um único corpo. A fachada desenvolve-se entre volumes e vazios, os volumes são os quartos, os vazios entre os volumes são entradas de luz e conjugam vistas para exterior e terraços privados de cada quarto (ver anexo D, número 2). A implantação do edifício a sueste teve como objectivo a deliberação de uma extensa área de terreno livre para conjugar zonas ajardinadas frontais à obra onde esta comunica mais com a comunidade. As árvores de maior idade ou de grande porte foram preservadas, mantendo a natureza do local.

Os materiais são extremamente simples (Cubero, 2011): estrutura de betão, interior das paredes de alvenaria, estucadas e pintadas; coberturas invertidas (inverte-se a posição tradicional, o isolamento é colocado sobre a impermeabilização) e vidro duplo com cortinas blackout. A referência ao estilo tradicional da arquitectura da região reflecte-se no revestimento dos recintos exteriores e muros de painéis de chapa brancos, e na aplicação da pedra de mármore de Estremoz (tipicamente alentejana) como por exemplo nos terraços dos quartos. Apesar destes elementos, o edifício espelha uma imagem contemporânea variando a escolha de materiais nos acabamentos e nas técnicas de aplicação (Cubero, 2011).

### **3.3 Trabalho de Campo**

Na procura de equipamentos de apoio ao idoso, realizou-se uma pesquisa centrada no concelho da Covilhã. Os objectivos foram retirar informação social, arquitectónica e prática deste género de estabelecimentos, consoante a disponibilidade e o conhecimento de quem realizou as visitas guiadas. Além de possibilitar entender a organização do espaço e de como funciona diariamente, foram abertas questões relativas a problemas físicos que a instituição poderia sentir, no qual se pode concluir que há vários factores a influenciar estes problemas tais como:

- o tempo de existência da estrutura, que na sua maioria a antiguidade da estrutura não permitiu reabilitações adequadas ( problemas de acessibilidades, de espaço);
- a falta de comunicação entre os responsáveis do projecto e os funcionários destes estabelecimentos, o caso do Lar de Alcaria, de construção recente, apresenta falta de funcionalidade quanto a alguns materiais utilizados;
- a legislação existente quanto a lares para idosos, que exige compartimentos que muitas vezes nem são utilizados e que são transformados para outras funções conforme as necessidades sentidas. E noutros casos as áreas não se adequam à função, essencialmente no caso da área de direcção e técnica.

Quanto à situação familiar e social dos utentes destes equipamentos, foi garantido que não há abandono nem falta de participação da família. Este factor foi sentido nos lares mais antigos, no caso do Lar de S. José e da Santa Casa da Misericórdia do Fundão, em que nos primeiros anos de existência os idosos eram abandonados nestes centros de apoio. Neste momento as associações exigem o contacto dos familiares para o bem-estar do utente, mesmo no caso de famílias emigrantes, que mantêm ligação através de telefone ou de visita quando é possível regressar a Portugal. Mas a institucionalização dos idosos, principalmente nos lares privados, deve-se à insuficiência de apoio familiar.

#### **3.3.2. Lares na cidade da Covilhã**

##### **A. Centro Comunitário de Apoio ao Idoso/ Associação S.M. Mutualista Covilhanense**

A Associação de Socorros Mútuos Mutualista Covilhanense existe na cidade há mais de 100 anos, esta adquiriu o equipamento que era uma unidade fabril têxtil, que mais tarde foi readaptado e transformado num centro de dia em 1998. O Centro Comunitário de apoio ao

idoso funciona como lar desde 2002, foi mais tarde constituído como uma IPSS com apoio da segurança social.

Este centro encontra-se localizado junto ao centro histórico da Covilhã, na Rua Capitão João de Almeida, próximo da Igreja do Calvário. Apresenta várias valências de apoio ao idoso, além do regime de internamento em lar, funciona como centro de dia e apoio domiciliário. Em lar encontram-se 45 idosos, centro de dia uma média de 32 idosos, e apoio domiciliário 40 idosos em que 13 requisitam ajuda apenas nos cuidados de higiene.



Figura 21 - Alçado principal do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã

O centro comunitário insere-se num edifício vertical já existente, que interliga dois blocos rectangulares. O equipamento já sofreu vários projectos de remodelação e alteração para se adequar às necessidades dos utentes. O edifício é composto por 3 pisos.



Figura 22 - Localização do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã

No piso 0, que representa a ala de recepção e entrada no edifício (rés-do-chão), ao entrar deparamo-nos com uma zona de bar bastante familiar que inclui um espaço de cadeiras e mesas. Este bar encontra-se adjacente a um auditório para palestras e outros acontecimentos. No lado oposto está a zona de recepção, com o secretariado visível através de um envidraçado.



Figura 23 - Átrio de entrada e Auditório do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã

Neste mesmo lado encontram-se os gabinetes da administração, do director, e de saúde; as salas de reuniões e da assistente social; o consultório médico com uma sala de espera; um espaço de uma biblioteca que se está a desenvolver; além de arrumos e casas de banho. Seguindo o corredor que faz acesso ao piso superior por escadaria e elevadores, encontramos logo a capela, uma casa de banho adaptada para deficientes e no fundo desse corredor está localizada a lavandaria num espaço mais escondido da circulação.

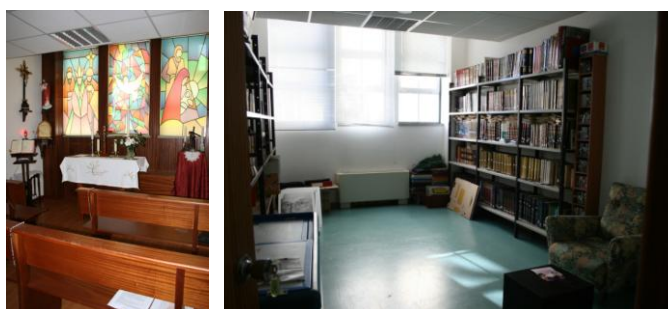


Figura 24 - Capela e espaço de biblioteca do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã

No piso 1 está um único quarto de 3 camas, aproveitando a área existente já que os quartos estão localizados no piso superior. Neste piso encontramos uma zona de armazém de géneros, a zona para funcionários com o espaço de balneário e vestiário e a sala de pessoal. Em seguida encontramos uma grande sala de estar para residentes, muito lotada, ao fundo localiza-se uma sala bastante ampla que está dividida em duas zonas (por meio de uma cortina que é possível fechar): um espaço para a fisioterapia e outro dedicado à animação dos residentes (inclui actividades artísticas e musicais).



Figura 25 - Espaço de fisioterapia e espaço de animação

Entre estas salas estão duas casas de banho para os utentes sem apoios, separadas por sexos e uma casa de banho exterior adaptada. Fora das salas no corredor está a entrada próxima da zona de refeitório organizada em mesas de 4 pessoas unidas, que se encontram divididas por um corredor central. Adjacente ao refeitório está a cozinha e uma copa com duas entradas de acesso.



Figura 26 - Refeitório do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã

No piso 2 encontram-se os quartos de duas camas e individuais. Os quartos apresentam casa de banho completa com base de duche e sanita com apoios, mas a maior parte das pessoas tem de ter os seus banhos acompanhados. Neste piso situa-se a sala de funcionários, sobretudo pela vigilância nocturna; uma enfermaria que engloba 5 camas no mesmo quarto sem divisórias; uma sala para banho assistido que frequentemente é utilizado no dia que se desloca a cabeleireira ao centro; e uma pequena sala de estar para quem prefere mais sossego.







Figura 27 - Corredor, quarto, casa de banho e sala de estar do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã

O piso 1 e 2 dão acesso a uma zona exterior de jardim, no primeiro piso 1 desenvolve-se um espaço exterior com alguns canteiros pouco cuidados, algumas árvores e poucos locais de estar, este espaço é invadido por uma zona de estendal de roupa. No piso 2 está uma horta cuidadosamente distribuída e tratada que está ao cuidado de uma idosa que preza bastante a actividade.



Figura 28 - Pátio exterior do Centro Comunitário de Apoio ao Idoso, Covilhã

O Centro comunitário apresenta algumas falhas estruturais, sobretudo a nível de áreas de circulação quer seja nos quartos, sobretudo os duplos, na enfermaria e na sala de estar mais ampla.

## B. Lar Santa Casa da Misericórdia da Covilhã

O lar da Santa Casa da Misericórdia na Covilhã situa-se à saída da Covilhã na direcção para a serra, no Alto de Santa Cruz. Localiza-se nas instalações do antigo hospital da cidade e o projecto ergueu-se no local do edifício das antigas enfermaria, após a sua demolição, constituindo um equipamento novo. As suas instalações abriram no dia 1 de Outubro de 2004 com capacidade para 96 utentes. A Santa Casa da Misericórdia, sendo uma instituição de solidariedade social, é apoiada pelo estado e apesar de definir o custo na institucionalização de um idoso, este tem acesso a uma participação da segurança social.



Figura 29 - Alçados principais do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã

O lar organiza-se em dois edifícios (bloco A e B), de três pisos, que têm a mesma disposição, apesar de apenas uma das receções estar a funcionar, por se considerar ser suficiente. Os acessos são realizados pelo elevador para os residentes e escadaria pelos funcionários. O elevador apresenta um painel adaptado para facilitar a compreensão pelos idosos, e é necessária uma chave para aceder ao piso de serviços (piso 0). O edifício organiza-se em duas plantas que se alinham em U, unidas por um bloco longitudinal a todo o comprimento do complexo.



Figura 30 - Localização do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã

O pátio exterior, que funciona como jardim, organiza, em formato U, os três corredores do piso 1, pelos dois corredores paralelos dispõem-se as alas de quartos que de um lado estão distribuídos os quartos individuais de ambos os lados do corredor e no seguinte os quartos duplos.

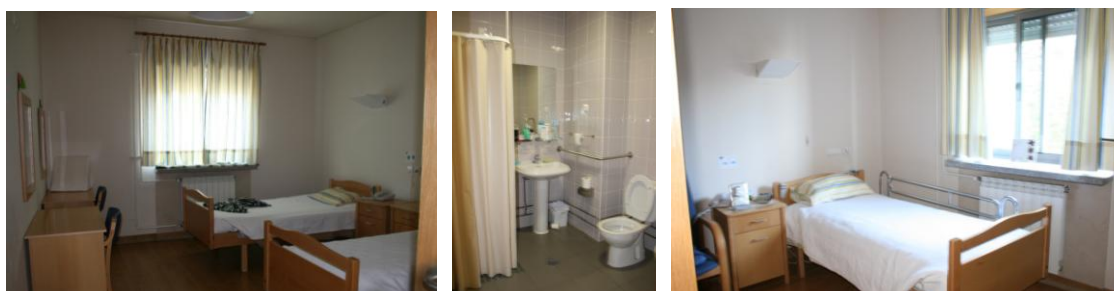


Figura 31 - Quarto e casa de banho do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã



O corredor restante, por onde se acede ao pátio exterior através de portas de vidro, localiza-se a sala ampla que é dividida em duas zonas através de portas camarão com a altura do pé direito da sala que funcionam como uma divisória a toda a largura da sala. Assim, de um lado localiza-se a sala de convívio com um espaço mais recatado para leitura ou visitas e do outro a zona de refeitório. Nesta zona localiza-se uma sala para banho assistido e uma casa de banho geral de apoio.



Figura 32 - Refeitório e Sala de convívio do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã

Esta disposição é repetida no outro edifício que compõe o lar e no piso 2, com excepção do acesso ao pátio, que só é possível no piso 1. Em contrapartida o piso 2 dispõe de uma varanda para contacto com o exterior.



Figura 33 - Pátio exterior e varanda do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã

Em seguida, encontramos um corredor longitudinal que liga os dois edifícios, que de um lado é organizado por painéis de vidro verticais que estabelecem contacto com o exterior, dá-nos acesso ao apelidado ginásio onde se desenvolvem actividades de animação e fisioterapia 3 vezes por semana, actividades físicas e manuais. O ginásio dispõe de vestiários e de duas casas de banho de apoio. Além do ginásio, temos acesso a um cabeleireiro e a uma capela através deste corredor.



Figura 34 - Corredor, Sala de animação e capela do Lar Santa Casa da Misericórdia, Covilhã

No piso 2 a mesma organização de quartos é repetida e localizam-se também os balneários e as instalações para o pessoal. É de ressaltar que em cada piso existem balcões de apoio ao lado das alas dos quartos com monitor de alerta das campanhas de emergência.

No piso 0 estabelecem-se as zonas de serviço: a copa e a cozinha; a lavandaria (dividida por zonas de lavagem, engomar e arrumos de roupa). Neste piso encontram-se mais balneários para os funcionários e pode ser acedido pelo exterior sem ter de passar pela recepção.

A decoração é realizada nas cores de azul e amarelo que combinam com a cor de pinho da madeira, as poltronas de carácter geriátrico reflectem os mesmos tons.

### C. Lar de S. José

O Lar de S. José é o mais antigo da cidade servindo a comunidade há mais de 100 anos e situa-se no Largo Eduardo Malta no centro histórico da Covilhã. É portanto um equipamento histórico da cidade e a sua instalação insere-se em dois edifícios adjacentes que foram remodelados e adaptados ao lar. Este lar fundado em 1900 nasceu da necessidade de ajudar os mais pobres e abrigá-los nos invernos rigorosos da cidade. Mais tarde a instalação é dirigida por freiras, como a maioria dos lares mais antigos no país, pois as suas instalações provinham de fonte religiosa. Neste caso as freiras abrigavam os mais necessitados e o edifício funcionava com grandes enfermarias amplas que cuidavam dos feridos e dos doentes, sem qualidade humana.

O lar foi administrado por um cidadão da cidade, adaptando-o ao máximo às necessidades físicas e humanas de um lar que agora funciona como uma instituição de solidariedade social. Além de abranger os idosos, abriga também casos sociais (utentes com idade inferior a 65 anos com problemas sociais, sem suporte familiar ou com limitações físicas). O lar possui capacidade para 170 utentes e actualmente alberga entre 140-150 residentes, exercendo também apoio domiciliário entre 45 a 50 pessoas na cidade.



Figura 35 - Alçados do Lar de S. José, Covilhã

O edifício é composto por um bloco onde se localiza a entrada. Este apresenta uma planta rectangular perpendicular à igreja que também pode ser acedida por um acesso interior do lar (vai ser designado de bloco A para facilitar a caracterização do lar) e por outro bloco rectangular que acompanha em paralelo a rua que dá acesso ao largo (este vai ser designado de bloco B para facilitar a caracterização do lar). Este último bloco foi adquirido posteriormente apresentando um estilo completamente distinto do bloco principal da entrada, de construção mais antiga.



Figura 36 - Alçado principal e posterior do Lar de S. José, Covilhã

A organização dos pisos equivale às dificuldades sentidas pelos idosos e à diferença de sexos dos utentes. Assim, no Piso 0 localizam-se os residentes mais autónomos (sexo masculino e feminino), no Piso 1 situam-se os residentes femininos com mais problemas de mobilidade e no Piso 2 estão os residentes masculinos mais dependentes.

No átrio de entrada, localizado no Piso 0 e bastante amplo, funciona a recepção com uma secretária, os bancos longos são muitas vezes ocupados pelos idosos com mais mobilidade e também podem funcionar como recepção de visitas quando não é o dia de limpezas. No fundo deste átrio avistam-se as acessibilidades aos outros pisos por meio de um elevador de carga normal e uma escadaria ampla. Neste piso encontramos quatro quartos com quatro camas, sendo os mais extensos, sem casas de banho interiores e estas encontram-se no mesmo corredor (diferenciadas por sexos, incluem cabines com zonas de duche no pavimento com suportes de apoio, cubículos com sanita e lavatórios exteriores a estes).



Figura 37 - Casa de banho e quarto do Lar de S. José, Covilhã

Neste piso existe uma sala de actividades, seguida de um gabinete de fisioterapia e no fim do corredor está o acesso interior à capela. É de se realçar que a parte religiosa funciona como uma boa estrutura para os residentes. No corredor oposto e passando pelo átrio de entrada está o acesso ao bloco adquirido posteriormente (bloco B). Neste estão as zonas de serviços (lavandaria, cozinha) e administração, contemplados por uma sala para o refeitório principal adjacente à copa, uma sala para funcionários da cozinha e a sala de direcção. O refeitório serve os residentes e os funcionários. O acesso à lavandaria dos sujios dos pisos superiores é realizado através de um tubo.



Figura 38 - Sala de actividades e refeitório do Lar de S. José, Covilhã

No piso 1 residem as utentes do sexo feminino com mais dificuldade de mobilidade, na área abrangida pelo Bloco A estão duas salas de permanência em cada extremo do piso que funciona para actividades, convivência e refeições, dadas as condições difíceis de deslocação. Nesta zona encontra-se também uma sala de funcionários para vigilância do piso e um vestiário com casa de banho; uma rouparia, onde dividem a roupa por quarto; uma sala onde funciona o cabeleireiro diariamente; uma sala de copa mais pequena que serve de apoio na recepção das refeições e divisão da mesma para ser distribuída, e na realização de pequenas refeições ou suplementos alimentares, especialmente à noite. Deste lado encontram-se quartos com 4 camas e com 3 camas, com casas de banho exteriores aos quartos (cabines para duche e para sanitas). No corredor oposto acede-se ao bloco B, onde está disposto a sala de convívio mais geral que serve todo o edifício, mais ampla com um bar de apoio; a sala de costura e uma sala de copa. Os quartos são dois triplos com casa de banho privativa; três

individuais, com duas casas de banho exterior de apoio aos quartos; quartos com casa de banho privativa e acesso a varandas, triplos e individuais.



Figura 39 - Quarto e casa de banho do Lar de S. José, Covilhã

No piso 2 destinado aos utentes de sexo masculino com mobilidade mais condicionada, funciona no bloco B. A única exceção é a existência de dois quartos de casal, foi referido de com a divisão da casa é difícil manter os casais no mesmo quarto já que a perda de mobilidade diverge entre ambos, num elemento pode ser mais acelerada esta perda e noutro não. No momento da visita os quartos estavam ocupados por irmãs e dois senhores. Além destes organizam-se quartos duplos, são menos espaçosos e com casa de banho privativa; e quartos individuais com casa de banho privativa. No mesmo piso existe uma sala de estar/permanência (que pode funcionar para os residentes tomarem refeições); uma enfermaria, com técnicos 24 horas e visita de um médico todos os dias. Só em último caso o lar recorre ao hospital já que possui vários modos de intervenção no local (como a tubagem de doentes); um gabinete médico; uma copa pequena.

O piso 3 é o que tem menos vigilância para pessoas mais autónomas, no momento da visita encontrava-se em obras de remodelação para ampliar e criar novos espaços. Este piso é constituído só por quartos duplos, será decidido quando finalizadas as obras se serão divididos os residentes por sexo, como acontecia antes das remodelações.

As áreas exteriores que o lar possui são imperceptíveis desde o exterior, funciona na parte detrás do edifício uma zona de estacionamento para funcionários e carrinhas do lar, já que existe acesso à cozinha pelo exterior de modo a facilitar a recolha de comida para o serviço domiciliário; uma zona de jardim com fonte e um pequeno bar para os dias de temperatura adequada para se realizar actividades no exterior; e uma casa em madeira onde está o técnico de reparações do lar e que ainda executa algumas peças de mobiliário em aço. É visível um terreno abandonado que antes servia para pequenas plantações realizadas na altura em que as freiras tomavam conta do edifício.



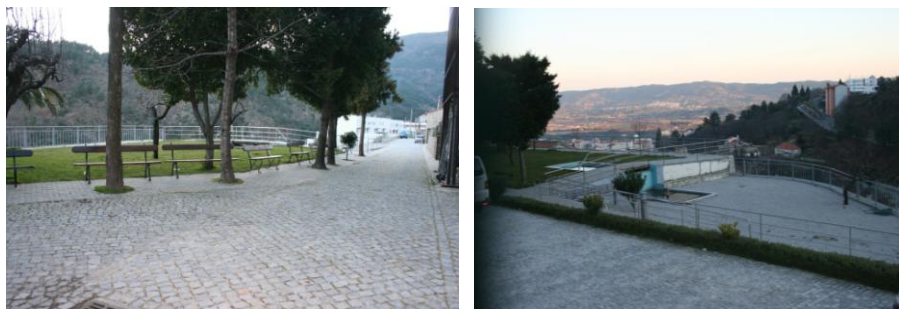


Figura 40 - Pátio exterior do Lar de S. José, Covilhã

Na visita foi explicado que notam que os utentes dão entrada no lar num estado cada vez mais degradante, pois permanecem em casa o maior tempo que conseguem com a ajuda de apoios (domiciliários, centros de dia). Os técnicos deste lar promovem a independência e interação social com visitas e deixando os residentes saírem para a rua desde que tenham um aviso que o permita.

No início da visita guiada foi realçado que o lar não cumpre na íntegra os requisitos da legislação actual devido à antiguidade do edifício. As obras de remodelação já alteraram alguns aspectos como é o caso da escada de emergência, que é obrigatória neste caso, mas ainda se denotam insuficiências em aspectos como a acessibilidade pelo edifício, a adequação dos espaços aos idosos (as próprias casas de banho apresentam perigos de quedas) e a falta de área em certas zonas como é o caso das salas de permanência de pequena dimensão para pessoas com pouca mobilidade em que no mesmo local exerce-se actividades de animação e funciona a zona de estar ao mesmo tempo que as refeições são servidas na mesma sala e com os mesmos equipamentos.

O Lar de S. José representa o centro mais acessível economicamente para os idosos na cidade, a sua sob lotação demonstra o apoio social necessário nesta cidade para não sobrecarregar este lar e ao mesmo tempo permitir melhores condições para que os utentes usufruam deste equipamento.

### **3.3.3. Lares no concelho e proximidades**

#### **A. Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo**

Esta IPSS encontra-se situada a 10-15 minutos da Covilhã, o edifício existente foi adaptado para funcionar como um lar, era um antigo laquetário que após o 25 de Abril foi utilizado para servir como centro de dia. Mais tarde ao passar a lar construíram-se os pisos de quartos e sofreu uma ampliação há 8 anos. Presentemente residem 56 pessoas.



Figura 41 - Alçado principal, lateral esquerdo e posterior do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo

No piso 0 localizam-se a zona de administração (sala de escritórios e sala de reuniões); a sala de convívio, de grande dimensão, pode ser dividida por um sistema de portadas e no mesmo corredor estão duas casas de banho; a sala da terapeuta ocupacional; a zona de lavandaria; a zona de refeitório adjacente à cozinha (com dois acessos e uma abertura de passagem de pratos). No corredor mais próximo estão duas casas de banho para funcionários e duas despensas em que uma serve para congelação.



Figura 42 - Sala de convívio do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo

No piso 1 organizam-se os quartos que podem ser individuais, duplos e camaratas de quatro camas; o consultório com casa de banho privativa e a sala de fisioterapia.

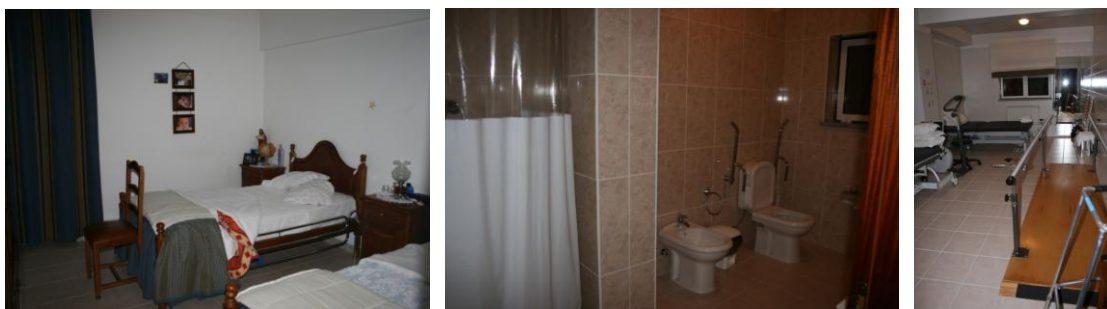


Figura 43 - Quarto, casa de banho e sala de fisioterapia do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo

No piso 2 os quartos destinam-se apenas aos utentes masculinos, neste encontra-se um acesso a um piso superior intermédio entre este piso e o piso 3. Aqui estão presentes a sala de actividades; a pequena capela adjacente a um quarto para quando algum utente falece; sala de tratamentos “smoezelen”, que estimula o intelecto através de cores, imagens e luzes; e uma zona de arrumos.



Figura 44 - Sala de actividades, salas de tratamentos “smoezelen” do Centro de Convívio e Apoio à 3ª Idade, Tortosendo

O piso 3 é dirigido às utentes femininas e apresenta a mesma organização de quartos que o piso anterior, com uma sala de actividades.

As maiores deficiências da estrutura sentidas devem-se ao facto de o edifício ter sido adaptado, a cozinha não apresenta bom espaço para despensas; as casas de banho da parte mais antiga não estão adaptadas e não seguem a nova legislação.

## B. Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso

Este centro tem uma capacidade de 50 utentes e localiza-se a 10-15 minutos da cidade da Covilhã. A planta resulta da interligação de 3 volumes rectangulares em forma de U que estão ligados ao edifício onde funciona a zona de administração. Todos estes edifícios foram readaptados e remodelados para servir a função de lar.





Figura 45 - Alçados do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso

O piso 0 destina-se sobretudo às pessoas com menos capacidade de mobilidade, nele organizam-se uma sala de estar média; uma sala de refeições bastante ampla e luminosa com acesso ao exterior; e três salas de enfermarias (pelo menos de 3 camas), onde se denota que a maioria são mulheres. A assistência de enfermeira é diária, no seu gabinete encontra-se também a zona de medicação; a consulta médica acontece uma vez por semana.

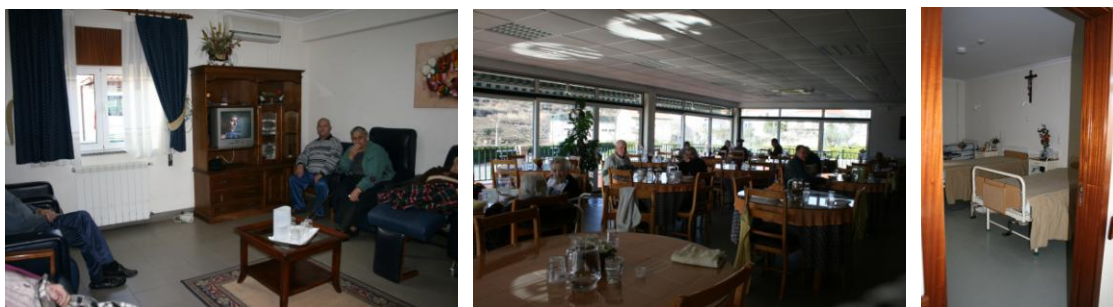


Figura 46 - Sala de estar, sala de refeições e quarto do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso

O piso 1 é acedido por uma escadaria ou por um elevador de carga normal. Neste andar organizam-se quatro quartos duplos com casa de banho privativa, e os restantes quartos são de três camas, o piso está dividido por mulheres e homens. No total existem 19 quartos.



Figura 47 - Quarto e casa de banho do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso

No piso -1 funciona a zona de funcionários com um balneário; a zona de serviços da lavandaria; um ginásio que inclui uma casa de banho, onde está presente uma fisioterapeuta 4horas por dia. Neste piso funcionam também as zonas dedicadas ao centro de dia, com salas

de estar, bar e casas de banho para estes utentes. Esta zona pode ser acedida pelo interior através de uma escadaria de madeira ou pelo exterior que contacta com os jardins pelo declive que existe no terreno.

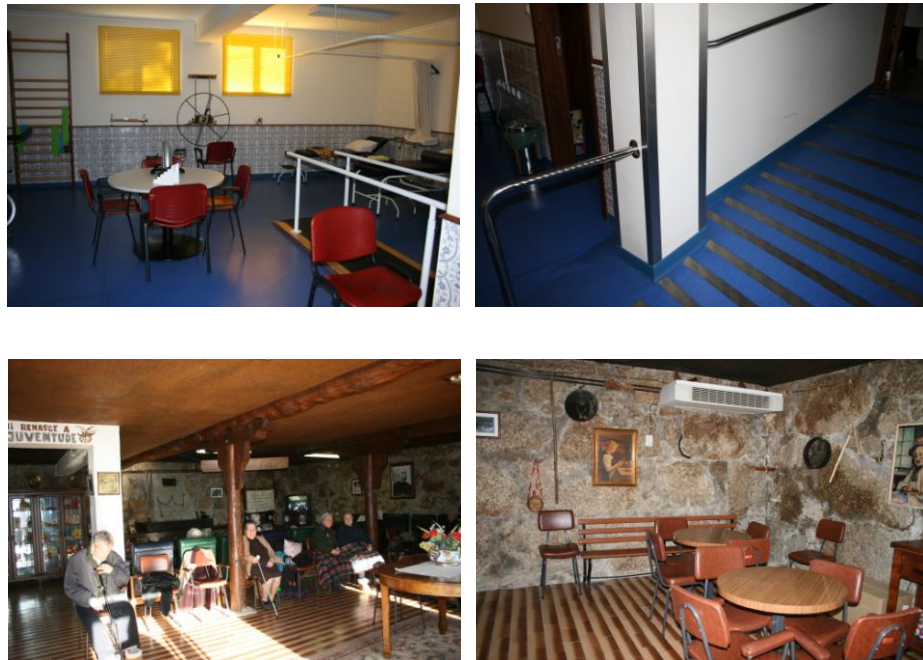


Figura 48 - Sala de estar do Centro de Dia do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso

O edifício restante tem ligação interna com este bloco em U, neste desenvolvem-se actividades administrativas (sala de reuniões; gabinete; casa de banho para o pessoal); além desta zona funciona uma sala para o cabeleireiro e espaços para arrumação.

O centro é privilegiado pela grande área de envolvente exterior com zonas ajardinadas, de passeio e de estar com uma zona coberta onde os idosos convivem muito, possui ainda uma oficina bricolage. Esta zona é muito usada para o ATL das crianças do local, onde funciona também uma horta biológica.



Figura 49 - Pátios exteriores do Centro de Assistência Social Anita Pina Calado, Teixoso

### C. Centro Social N<sup>a</sup> Senhora das Necessidades, Alcaria

A aldeia de Alcaria situa-se a aproximadamente 15 minutos da Covilhã e é uma freguesia do Fundão. O centro é uma instituição IPSS de menor dimensão, 24 residentes, funciona em parte com 15 utentes do centro de apoio da aldeia. Além do centro de dia, o edifício dá apoio domiciliário. O edifício de dois pisos organiza-se numa planta rectangular de formato em U em torno de um pátio central exterior.



Figura 50 - Alçados do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria

No piso 0, o hall de entrada estabelece uma zona de espera, a zona de recepção adjacente aos meios de acesso ao piso superior (plataforma elevatória e escadaria) e no fundo desta ampla zona está a sala principal de estar e de convívio para os utentes. Esta sala dá acesso à zona principal de distribuição dos restantes salas e da zona de quartos.

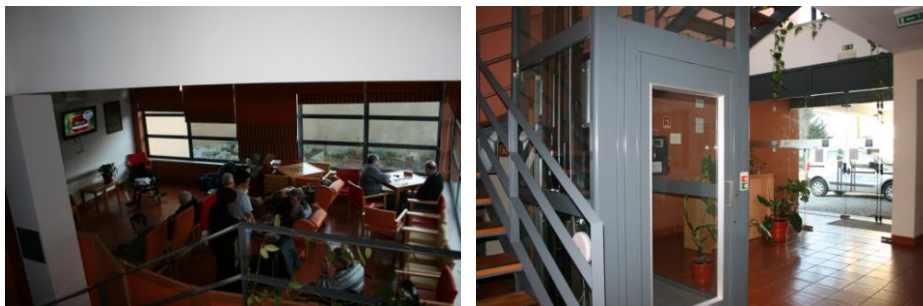


Figura 51 - Hall de entrada e sala principal do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria



Na direcção oposta a esta ampla zona de entrada está o corredor de distribuição de zonas de serviço, ao fundo deste encontram-se a zona de balneários com casa de banho e duche, divididos por sexos, e desta divisão resulta a sala de estar comum a todos os funcionários. Em seguida está a zona de lavandaria com acesso ao exterior e uma zona intercalar de secagem com entrada de ar. Na continuação está o acesso a uma zona de despensa de produtos de limpeza; a umas escadas de emergência que seguem desde o piso superior; e uma zona de sujos com acesso ao exterior. Aproximadamente está o acesso à cozinha, esta é dividida em três zonas distintas (zona de preparação, zona de confeção, copa para lavagem por onde os sujos entram) e embarga uma despensa de dia e uma ala para as câmaras de refrigeração e congelação. O outro acesso ao refeitório que está adjacente à cozinha é realizado por uma entrada na zona de preparação, ao lado funciona também uma janela para passagem de pratos ou outros. O refeitório que alberga até 34 usuários contacta com o pátio exterior através de envidraçados que também funcionam como portas deslizantes. Ao percorrer esta zona de refeições temos a entrada que dá acesso ao corredor principal de distribuição, mencionado anteriormente.



Figura 52 - Cozinha e Refeitório do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcária

Neste corredor principal distribuem-se as áreas de saúde (gabinete médico e de enfermagem, em que o consultório dispõe de casa de banho); uma casa de banho geral dividida por sexos e uma adaptada para deficientes. Na direcção oposta ao acesso à sala de convívio apresentam-se a distribuição dos 14 quartos com casa de banho completa privativa, nos primeiros três residem idosos com total dependência (localizados pela sua rápida saída de emergência para o exterior). Os quartos na sua maioria são duplos, apenas quatro destes são individuais, oito das camas são articuladas (financiadas); os quartos possuem persianas *black out*, sistemas de alarme que são desarmados dentro do quarto e sistema de vigilância nocturna. Os quartos são facilmente distinguíveis quer pela sua decoração familiar, de cada utente, mas também pela placa identificadora que além do número tem uma foto e o nome do residente do quarto.



Figura 53 - Quarto e casa de banho do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria

Entre esta zona de quartos no corredor transversal encontram-se duas salas de permanência com apoio de uma pequena copa em cada extremo. Essencialmente uma delas funciona como sala de estar e a outra como sala de actividades e convívio onde se move o animador do lar. Além destas salas, existe uma destinada ao banho assistido onde funciona também o cabeleireiro e estética; e outra para o despejo de sujios e de lixos líquidos.



Figura 54 - Sala de actividades e sala de estar do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria

Em cada ponta do corredor existe uma saída de emergência e dispõem de arrumações em armários embutidos ao longo do corredor. Há a possibilidade de delimitar a zona de quartos e a zona das áreas mais públicas através de portas que normalmente estão abertas durante a semana mas durante o fim-de-semana existe uma preocupação de as fechar devido ao funcionamento do centro de apoio de dia neste edifício.



Figura 55 - Corredores do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria

No piso 1, que ocupa apenas uma parcela da área total do piso 0, localiza-se essencialmente a zona da administração (dois gabinetes, sala de reuniões), auxiliado por uma casa de banho para os funcionários desta área; e exteriormente há o acesso à zona técnica, da casa de máquinas.

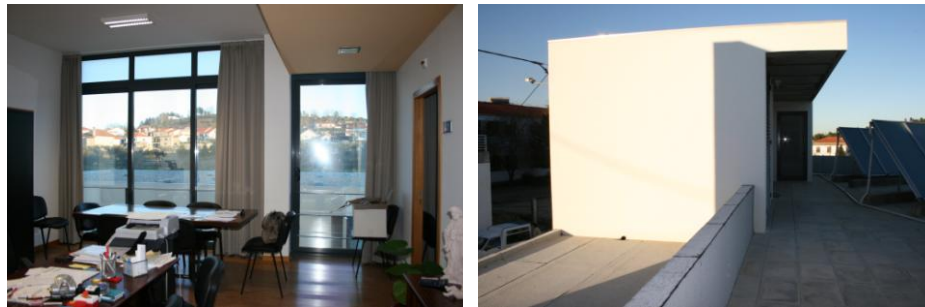


Figura 56 - zona da administração e acesso à zona técnica do Centro Social Nossa Senhora das Necessidades, Alcaria

É interessante o destaque por parte da técnica de serviço social e também directora técnica do centro, da importância do contacto entre o arquitecto ou dirigente da obra e o pessoal que está nesta área, pois estes têm melhor noção das necessidades dos utentes e dos funcionários num lar. Consequentemente o edifício de recente existência, já resente algumas insuficiências tais como nos materiais, a escolha de tijoleira em certas zonas não é adequada e até perigosa, oposto ao piso flutuante que tem sido conveniente nas várias funções a que foi aplicado; em alguns casos de humidade por falta de telas protectoras; o vidro oferece umas boas vistas mas tem de ser utilizado cuidadosamente, principalmente pelas suas dimensões causa zonas de grande insolação, sentido principalmente na zona de administração em que os cortinados black out não são suficientes. No caso da rota entre a lavandaria e os quartos não é o mais adequado já que neste caso tem de se passar pela entrada principal e sala de convívio.

Quanto à parte familiar a instituição aceita os seus utentes que tenham um responsável no exterior. Há um cuidado em manter os casais juntos, integrando-os mesmo quando um deles entre primeiro na instituição que o outro.

Este centro social apresenta uma boa harmonia dos utentes com os funcionários e também com o espaço físico que facilita muito a segurança e a acessibilidade através da horizontalidade do edifício e da sua dimensão, que não perlonga os corredores que também são distintos e as portas são essencialmente de correr, o que facilita o seu uso.

#### D. Residência Sénior Don António, Peraboa

Estas residências de carácter privado funcionam na pequena aldeia de Peraboa pertencente ao concelho da Covilhã, entre 20 a 25 minutos da cidade, esta vila do concelho é também um centro de dia social. Neste equipamento, que tem apenas um ano de funcionamento, residem 40 utentes.



Figura 57 - Alçados da Residência Sénior Don António, Peraboa

O edifício foi criado de raiz, adaptado aos idosos, a sua planta irregular é distribuída através de um núcleo central rectangular onde se localizam as formas de acesso (elevador e escadaria) aos restantes pisos e se distribuem os corredores que organizam as alas laterais deste núcleo. No total são 4 pisos, sendo o piso -1 apenas para serviços e funcionários. O elevador é hidráulico, com dimensões da caixa suficientes para transportar uma cama.

No piso 0 a recepção agradável com muitos envidraçados abriga algumas poltronas de espera que também são preferência por parte de alguns residentes; o balcão de recepção protege a zona de acesso aos outros pisos. Na ala à direita, organizam-se as salas para o gabinete de estética (funciona uma vez por semana); o gabinete médico e de enfermagem com a zona de armazenamento da medicação (cuidado no resguardo e na permanência de temperatura fresca neste local). Na ala oposta, após passagem pela recepção está a zona da administração com salas de escritório; neste corredor estão as casas de banho (divididas para o sexo masculino e feminino, e uma adaptada para deficientes); ao fundo encontra-se a sala de refeições bastante ampla que pode ser dividida em espaços menores através de divisórias móveis, esta encontra-se adjacente à cozinha com porta de acesso à sala de refeições. Foi ressaltada a importância de uma cozinha ampla, esta dispõe de um forno a vector e de uma zona de refrigeração com câmara, além disso a cozinha tem acesso ao piso -1 e um montacargas de distribuição.



Figura 58 - Recepção e sala de refeições da Residência Sênior Don António, Peraboa

No piso 1, o acesso direcciona-se ao núcleo central onde se encontram zonas de arrumações; zona de limpos e de sujos; casas de banho para pessoas independentes (divididas por sexos) e outras adaptadas a deficientes. Neste núcleo estão presentes uma ampla sala de actividades (com aulas de movimento, equipamento para fisioterapia, actividades para estimulação cognitiva, e outras). Ao fundo desta sala estava em construção uma sala para funcionar como capela/retiro espiritual e uma sala de trabalho.



Figura 59 - Sala de actividades da Residência Sênior Don António, Peraboa

Além destas salas organiza-se uma sala de estar intermédia com uma copa que pela pouca utilização vai ser transformada numa biblioteca e uma sala para banho assistido. Nas duas alas ligadas a este núcleo dispõem-se os quartos com casa de banho privativa (portas de correr na casa de banho, preocupação com material lavável e não deteriorável); os quartos têm a modalidade de alojamento temporário; todos os quartos têm um sistema de vigilância, com luz de permanência e de alarme e luz para vigilância nocturna.





Figura 60 - Quarto e casa de banho da Residência Sénior Don António, Peraboa

No piso 2 encontram-se os restantes quartos e a mesma disposição é repetida neste piso. No total o edifício abriga 24 quartos, individuais e duplos.

No piso -1 situam-se as zonas de serviços e de equipamento técnico, assim organizam-se salas para os equipamentos de aquecimento de águas; sala de estar para funcionários e balneários masculinos e femininos; sala de congelação; sistema que acumula energia caso a luz falhe; e a zona de lavandaria. Neste piso há passagem de resíduos e de elementos contaminados.

O edifício dispõe de uma envolvente ajardinada a todo o seu redor, onde além de espaços que promovem o convívio e actividades no exterior também existe uma zona destinada à agricultura biológica e uma casa exterior para os familiares permanecerem se necessário.

O director aconselha que o lar deve estar numa zona urbana, num local calmo, tal como esta zona que interage com a comunidade; também realçou a falha na inexistência de um anfiteatro e na insuficiência detectada nas áreas de escritório/administração. É referido também que o edifício climatizado facilita e ajuda os idosos.

Este equipamento apresenta uma decoração que transmita o bem-estar e a elegância de um hotel prestigiado, tal como é visível na recepção de entrada e a possibilidade de música ambiente nas áreas de circulação. Além disso existe um cuidado na escolha dos materiais, higiénicos e de fácil lavagem e ao mesmo tempo de baixa deterioração ao longo dos anos e da passagem por eles, como é o caso dos corrimões de plástico e ferro já que os comuns em madeira apresentam desvantagens. O mobiliário e equipamentos foram escolhidos adequando-se ao idoso, tal como as poltronas e o elevador com dispositivos que facilitam a mobilidade e a capacidade dos utentes.



Figura 61 - Mobiliário e equipamento adequado à mobilidade da Residência Sénior Don António, Peraboa

#### E. Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro

O centro que foi inaugurado em 2001 situa-se numa aldeia a aproximadamente 15 a 12 minutos da Covilhã, fazendo parte deste concelho. A nível físico é composto por alguns edifícios já existentes que foram adaptados e remodelados segundo as necessidades do centro. Os edifícios formam um “L” sem terem comunicação entre eles, no centro destes foi estruturado uma nova zona de estar e convívio. Os edifícios mais pequenos com apenas um piso situam-se numa lateral do grupo edificado que compõe a zona de administração e a zona técnica com a zona para lavandaria.



Figura 62 - Alçados do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro

O edifício de maior dimensão revestido a pedra, que compõe a outra lateral, representa-se por uma planta rectangular de 4 pisos incluindo os serviços no sótão.



Figura 63- Alçados do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro

No piso 0, do rés-do-chão localizam-se os quartos, dois duplos, dois triplos e um individual, em que uma casa de banho apoia um quarto duplo e um triplo e os restantes incluem casa de banho privativa.

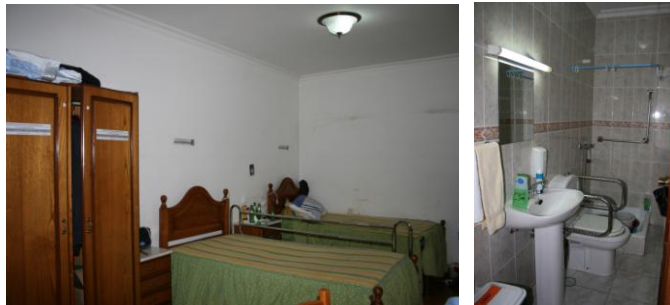


Figura 64 - Quarto e casa de banho do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro

No piso inferior, encontra-se uma sala de convívio com acesso a uma casa de banho; o gabinete médico e técnico que pode ser acedido pelo exterior; o vestiário e balneário para funcionários.



Figura 65 -Sala de convívio do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro

No piso 1, localiza-se a sala para banho assistido; três quartos duplos e um triplo com casa de banho privativa; uma zona de arrumos; os acessos ao refeitório e cozinha que se encontram adjacentes; a casa de banho próxima para funcionários (dividida por sexos).



Figura 66 - Refeitório do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro

No sótão organizam-se os vestiários e sala para funcionários com casa de banho; três quartos duplos; e duas zonas de arrumos.

O administrador técnico ressalta a profunda deficiência das acessibilidades dentro do edifício, a adequação a um edifício antigo não permitiu combater a necessidade de criar rampas de inclinação excessiva e os próprios pavimentos de circulação são escorregadios. A estrutura exterior que funciona como sala de convívio, inaugurado em 2007 apresenta problemas de insolação no verão devido às grandes aberturas de vidro que nem as telas protectoras são suficientes para responder ao problema.

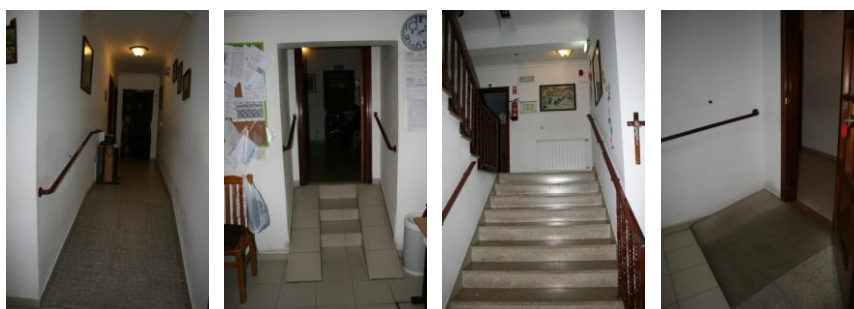




Figura 67 - Espaços interiores e exteriores do Centro Social Sagrado Coração de Maria, Ferro

#### F. Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão

Este lar, situado a 15 minutos da cidade da Covilhã, representa o novo lar construído pela Santa Casa da Misericórdia no centro da cidade do Fundão. Ergue-se de um novo edifício de raiz de planta irregular com aspecto ostentador, ascendendo verticalmente em quatro pisos onde funcionam as valências de lar (40 utentes), centro de dia (20 utentes) e cuidados continuados (50 a 55 utentes).



Figura 68 - Alçados do Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão

No piso 0 o amplo átrio organiza o edifício em várias zonas, seguindo pelo corredor à esquerda da entrada localizam-se a zona de administração e técnica (onde se localizam o gabinete técnico; a secção farmácia; o gabinete médico; o gabinete de enfermagem; a sala de recuperação e a sala de reuniões). No início deste corredor encontramos o acesso a uma zona de convívio intercalada com a zona de refeições, que se desenvolve em profundidade numa enorme sala polivalente para a presença de utentes do lar, do centro de dia e utentes que recebem cuidados continuados. A sala distribui-se com poltronas e mesas para actividades, tem um espaço mais resguardado para algumas actividades de convívio (ex: debates); o lar promove um acordo com o jardim-de-infância, em que as crianças se deslocam ao lar para fazer actividades e conviverem com os idosos; a sala é apoiada por um bar. Ao atravessar a sala encontra-se o acesso ao local da capela, anteriormente está uma sala de refeições comum a todos os utentes com casas de banho para ambos os sexos e uma adaptada



para deficientes. Em adjacência está a zona de serviços da cozinha com acesso ao refeitório. Na direcção oposta ao corredor principal está um gabinete de acção social; uma sala para cabeleireiro e uma sala de atendimento.



Figura 69 Sala de convívio, sala de fisioterapia, capela e refeitório do Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão

O piso 1 organiza os quartos em torno de um pátio central fechado, num formato triangular, que serve de contacto ao exterior e de entrada de luz. Neste piso existem quartos para a unidade de cuidados continuados (de longa e curta duração) e quartos de lar. Aqui situa-se um gabinete de enfermagem, especializado para os cuidados continuados; uma despensa e arrumos; uma zona de sujos e limpos; e ainda uma sala de estar/convívio mais pequena para permanência no piso.



Figura 70 - Corredor, quarto e casa de banho do Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão

O piso 2 segue a mesma disposição do anterior mas este é de exclusividade do lar. Neste piso organizam-se quartos duplos e um único quarto individual, todos com casa de banho privativa; uma sala de estar/convívio mais pequena para quem não se desloca ao piso de baixo; uma zona de arrumos e de rouparia onde se localiza um monta-cargas de serviços. O acesso a este piso é feito por um elevador de multicargas que além de pessoas, serve de transporte de serviços e macas.

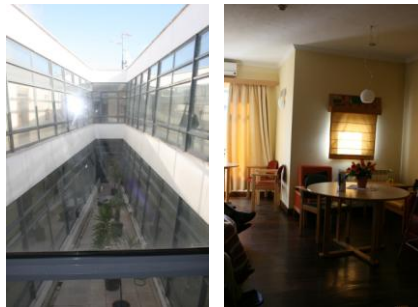


Figura 71 - Pátio interior e sala de estar do Lar de Nossa Senhora de Fátima, Santa Casa da Misericórdia do Fundão

No piso -1 desenvolve-se um vestiário para funcionários; a zona de serviços da lavandaria e uma despensa.

O lar promove bastante a animação, através de ateliês de animação (ex: atelier ciência), os próprios animadores deslocam-se aos quartos para quem tem mais problemas de mobilidade; e a autonomia, permitindo que estes saiam com permissão. Quanto à situação familiar, na maioria dos utentes têm as famílias no estrangeiro mas há sempre uma visita nem que seja de um amigo. Os casos sociais mais problemáticos são residentes do outro lar mais antigo da Santa Casa em que no início “largavam” os seus familiares nos lares, abandonando-os na maioria das vezes.

A estrutura física é recente por isso a administração não sente grandes insuficiências, a única falha que é realçada foi a falta de espaços para arrecadação e arrumos. Os espaços interiores são em geral bem iluminados, os tons utilizados são neutros entre os beges e castanhos, apresentando alguns apliques em madeira nos corrimões e quartos. As únicas cores que ressaltam são as das poltronas (amarelos, laranjas, verdes, vermelhos).

#### **G. Lar das Oliveirinhas, Paul**

Este lar, de carácter privado lucrativo, localiza-se na vila do Paul (Sítio das Oliveirinhas) a aproximadamente 20 a 30 minutos da Covilhã e a instituição funciona há quatro anos com 24

utentes. Organiza-se numa planta de dois volumes rectangulares intersectados que se distribuem em dois pisos acima da cota de soleira num volume, e outro abaixo, funcionando como cave.



Figura 72 - Alçados do Lar das Oliveirinhas, Paul

No piso 0 encontra-se o átrio de entrada com uma recepção e se seguirmos pela esquerda ao fundo do corredor encontramos uma sala de convívio/estar grande e luminosa decorada a tons verdes. Ao atravessar a sala encontra-se a sala de refeições com acesso ao exterior através de portas envidraçadas, nesta encontramos a entrada para a cozinha (com acesso ao exterior e despensa) e para a capela. Adjacente a esta sala está a zona de administração (sala de reuniões, sala de direcção, gabinete); o gabinete de enfermeira com casa de banho. No lado oposto do corredor localizam-se alguns quartos duplos e individuais (os que foram construídos primeiro); e uma sala para o banho assistido.

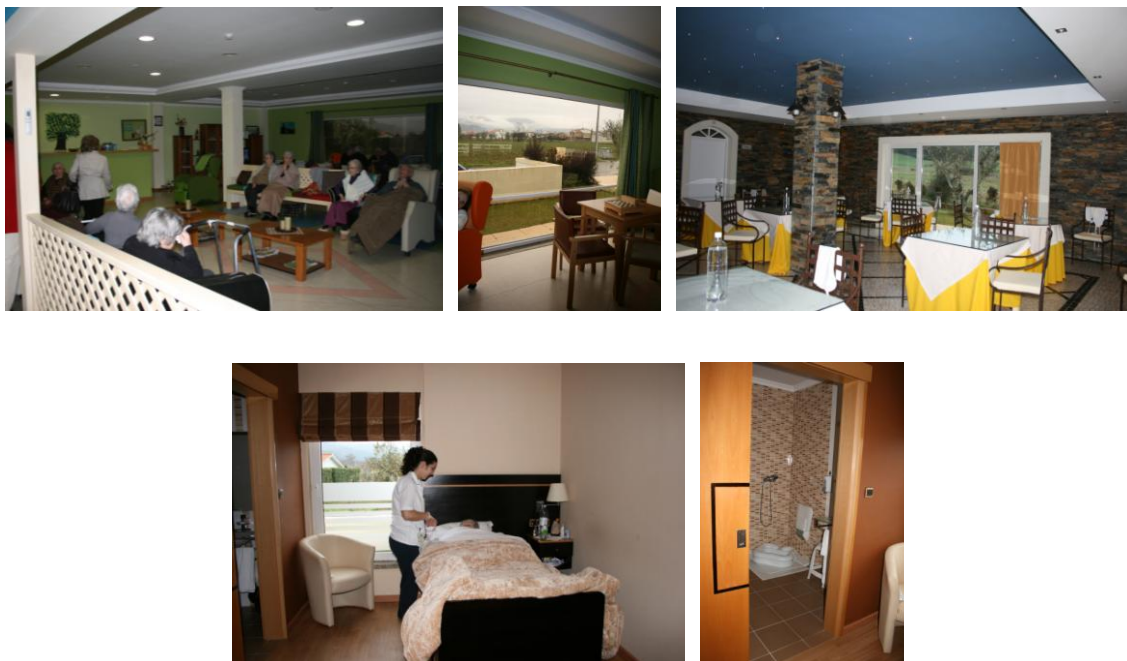


Figura 73 - Sala de convívio, sala de estar, refeitório, quarto e casa de banho do Lar das Oliveirinhas, Paul



No piso -1 organiza-se a sala de animação, que antes funcionava como sala de pessoal; os vestiários de funcionários femininos e masculinos; a lavandaria e a sala de fisioterapia. Neste piso encontra-se ainda uma garagem que revela grande importância pelo seu acesso pelo interior caso haja algum doente que não possa ter contacto directo com o ar exterior.

No piso 1 organizam-se os restantes quartos, o total de 10 quartos duplos, ao aceder a este piso temos uma pequena sala de estar com recepção. Além disto, existe uma sala de banho assistido, neste caso em vez de banheira com duche no pavimento e uma cadeira sanitária.

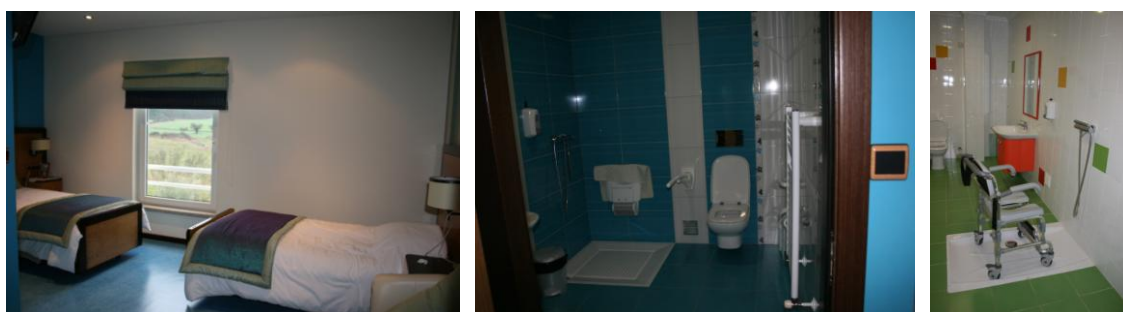


Figura 74 - Quarto, casa de banho e casa de banho assistido do Lar das Oliveirinhas, Paul

O lar oferece o sistema de alarme contra incêndios que destranca as portas que surgem na evacuação, como por exemplo as portas de segurança na escadaria de acesso. Possui ainda algum espaço exterior ao redor do edifício que funciona como jardim e esplanada, para actividades ao ar livre.



Figura 75 - Capela e pátio exterior do Lar das Oliveirinhas, Paul

O lar sofreu remodelações nos primeiros anos e as insuficiências sentidas a nível das instalações físicas foram colmatadas através da ampliação que resultou no segundo volume,

apesar de existir uma falha quanto à inexistência de corrimões ao longo de todo o edifício. A decoração do espaço interior utiliza tons suaves verdes, azuis, e tons de creme, a aplicação de xisto na sala de refeições intitulada a “Praça do Olival” através de um azulejo pintado transmite a serenidade e tradição típica do país. Todos os quartos apresentam uma decoração distinta, com a utilização de uma cor diferente em cada quarto para permitir uma melhor legibilidade por parte dos utentes e individualidade dos mesmos.

## Capítulo 4

### 4. Espaço das Idades

O Espaço das Idades é uma iniciativa criada na cidade da Covilhã que funciona há apenas 2 anos, inaugurada em Setembro de 2009. Este espaço revela-se “uma obra notável que atesta a sensibilidade dos responsáveis políticos da Covilhã pelas questões sociais” (Gabriel, 2010). A criação deste projecto social deve-se ao Sr. António Rebordão, presidente da Junta de freguesia de Santa Maria que, juntamente com o apoio da Câmara Municipal da Covilhã, construíram esta organização dedicada aos idosos. O Espaço das Idades funciona no antigo pavilhão da Rude, a sua contribuição tem sido necessária para o bem-estar na vida diária dos idosos de todo o concelho já que num só edifício se centraliza a promoção de qualidade de vida oferecendo cuidados de saúde; actividades de lazer, de convívio e de aprendizagem; apoio social; e um programa de profissões que ajuda toda a comunidade e promove a actividade de recém reformados e outros. Além disto o espaço ficou conhecido pela sua organização de viagens e do Chá com Biscoitos que promove o convívio com um pequeno lanche contagiado pela música do baile. A fuga à solidão na procura de actividades agradáveis que integrem esta população na sociedade leva à presença de uma média de 60 idosos, o que figura a importância desta iniciativa, o seu sucesso e a urgente necessidade de desenvolver o apoio a idosos nesta cidade.



É de ressaltar que em relação às regiões em que se divide o país, o número de idosos é superior nas regiões Centro e Alentejo, apesar da proporção de população sénior ser muito

próxima nas várias regiões, mas o índice de envelhecimento é largamente superior também no Centro e no Alentejo. E conseqüentemente estas duas regiões apresentam os valores mais baixo de taxa bruta de natalidade em relação ao resto do país. (INE, 2008)

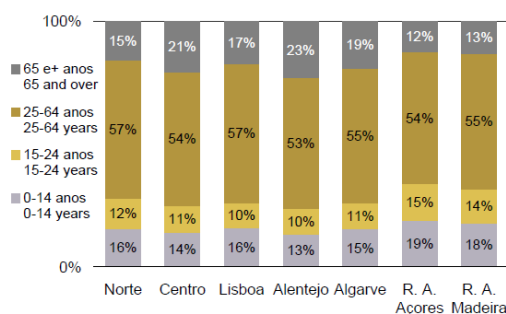


Figura 76 - Distribuição percentual da população residente segundo o grupo etário, INE 2008

A necessidade é portanto estatisticamente visível, a região precisa de um desenvolvimento de equipamentos adequados a idosos. As insuficiências dos lares mais antigos da cidade em conjunto com as dificuldades económicas que não permitem o poder de escolha a muitos idosos revelam que a Covilhã tem de apostar em garantir as melhores condições físicas e humanas à sua população idosa. De igual modo, garantir que o projecto Espaço das Idades se possa desenvolver e atingir outro patamar de qualidade que garanta a continuação do seu sucesso e permita receber todos os idosos que se identifiquem com as actividades e o modo de estar deste espaço.

## 4.1 Análise do Existente

### 4.1.1 Enquadramento geral

A cidade da Covilhã sempre foi conhecida pela cidade da “lã e da neve” já que a sua actividade principal se concentrava na indústria dos lanifícios e a sua proximidade com a Serra da Estrela proporcionava uma imagem da neve nas encostas da cidade.

A Covilhã tem-se desenvolvido a nível económico e do planeamento urbano sobretudo desde a inserção da Universidade na cidade, que revolucionou a cidade a nível dos seus habitantes e proporcionando novas actividades e possibilidades de mercado aos habitantes.

Mas apesar do centro histórico ser primordial na reabilitação da cidade, a restante zona da cidade que foi planeada nos últimos 10 anos tem tido um planeamento bastante divergente da zona antiga. Assim a cidade tem crescido para a zona mais plana a este do centro histórico.

A zona da estação que pelo nome indica a inclusão da estação de caminhos de ferro nesta área e mais a sul a central de camionagem da cidade apresenta uma boa acessibilidade aos transportes públicos. E também uma proximidade com o maior centro comercial da cidade, o

Serra Shopping que além das diversas lojas inclui o espaço de uma grande cadeia alimentar. Além das infra-estruturas de transporte e de comércio, esta zona permite um acesso rápido ao equipamento de saúde público, o Hospital Cova da Beira.

A inclusão destes serviços conjugados a outros tais como o jardim público de recente construção, proporcionaram a necessidade de criar habitações nesta área que é ainda caracterizada pela linha plana do terreno oposta à do centro histórico da cidade, o que facilita as intervenções de construção.

Neste local, mais propriamente na freguesia de Santa Maria situa-se o Espaço das Idades num antigo pavilhão industrial, rodeado de alguns equipamentos industriais como é o caso do pavilhão de desporto construídos e em construção, como é o caso do pavilhão da Inatel, e de outros pavilhões de actividades sociais e têxteis.



Figura 77 - Exterior do Espaço das Idades, Covilhã

Ao mesmo tempo que o espaço se interliga com uma zona industrial está fixado oposto ao edifício da Estação de Caminhos-de-ferro que foi requalificada este ano, o Espaço das Idades situa-se paralelo à linha de caminhos-de-ferro. A norte desta área encontra-se uma zona habitacional de recente evolução que contacta com o jardim do Rodrigo composto por um campo de futebol e zonas verdes. Por outro lado na zona mais a sul encontramos uma zona rural, abrangida pela RAN e pela REN onde se localizam quintas e uma vacaria. Esta zona rural está quase isolada de uma envolvente de grandes intervenções urbanísticas a nível habitacional e paisagístico como é o caso do Jardim do Lago.

A envolvente apresenta uma multiplicidade de serviços e uma ligação com a comunidade, ao mesmo tempo que possibilita boas ligações de vários transportes.

#### **4.1.2 O edifício**

O edifício quadrangular de aproximadamente 2000 m<sup>2</sup> é de origem industrial, funcionou durante décadas para venda de artesanato, assim sendo a sua distribuição compara-se a pequenas lojas com vitrines para o corredor de modo a expor o seu interior. O edifício foi recentemente alterado de modo a melhorar o isolamento, já que é essencialmente composto por uma estrutura metálica visível do exterior e interior. A sua cobertura é realizada pela

junção de vigas metálicas em estrutura triangular e actualmente o tecto encontra-se revestido por placas de gesso que abriga mais os idosos mas não é o suficiente. As paredes do exterior que cercam o limite do edifício são de alvenaria mas não atingem a cêrcea do edifício, tal como é visível nos desenhos técnicos referentes ao levantamento do existente. O alumínio e o vidro são os materiais primordiais do interior, há no entanto algumas paredes de alvenaria e contraplacado que sustentam a estrutura de metal e vidro de cada divisão interior. No exterior são visíveis as paredes de alvenaria de reboco areado de cor amarela, o uso de grandes chapas lacadas de forma ondulada e cor bege que revestem quase todo o edifício, e as entradas de vidro e de alumínio lacado verde, similar ao usado no interior, que estão dispostas em forma de arco sendo as entradas principais para o interior público do pavilhão.

Na fachada oposta a estas entradas primordiais, localiza-se outra entrada mais privativa para uma zona essencialmente de escritório e de direcção da altura do artesanato.

Cada divisão varia entre 8 e 20 m<sup>2</sup>, e englobam desde actividades lúdicas (música, artes, costura e bordados, tempos livres); serviços de saúde (vários consultórios); serviços religiosos e sociais (capela, lojas sociais de roupa e brinquedos); serviços de administração e direcção; serviços de apoio técnico (repografia, electricista); serviços de educação e aprendizagem; uma zona para a estética e espaços para instituições da cidade (junta de freguesia, câmara municipal). Em resumo na planta de levantamento do edifício existente encontram-se as áreas e as actividades em cada espaço.



Figura 78 - Capela, espaços de actividades lúdicas e serviços de educação e aprendizagem no Espaço das Idades, Covilhã

Além deste edifício primordial existem algumas pequenas construções, anexos que funcionam no terreno adjacente ao edifício. Nesta área apresenta-se uma pequena horta que demonstra a fertilidade de parte do terreno que será posteriormente aproveitada.

## 4.2 Proposta arquitectónica

O limite da intervenção arquitectónica foi tido em conta de modo a abranger uma área suficiente para volumes onde permanecessem os serviços existentes no espaço, que



continuariam a ser primordiais e ligar com outros serviços de modo a garantir um funcionamento de dia e de noite, expandindo o edifício existente para o terreno a Sul. Todo o terreno é valorizado e o projecto torna possível um desenvolvimento futuro da área à medida que as necessidades aumentem ou se alterem. Pretende-se incorporar o máximo de espaços livres para adequação de necessidades pessoais de cada utente, como é o caso de terreno para hortas e outras actividades.



Figura 79 - Terreno para hortas ou outras actividades, junto ao Espaço das Idades, Covilhã

O limite visa uma aproximação com as vias de transporte existentes, e o projecto antecipa a sua integração com o projecto de uma via rápida de dois sentidos que a Câmara confirma a sua futura construção, que faz a ligação entre o eixo TCT e a Alameda Pêro da Covilhã. Tornando esta via um acesso mais fácil à zona do “Espaço das Idades” desde o ponto mais a sul da cidade, onde se localizam serviços comerciais e o hospital.

Foi ainda tido em conta a possível intervenção da empresa REFER, na execução do projecto concebido, para construir uma passagem subterrânea que ligaria a zona da estação até ao “Espaço das Idades” para uma ligação mais fácil a toda a envolvente urbana desde uma zona industrial. Para isso foi facilitado um acesso lateral no alçado poente do edifício para pessoas que se desloquem a pé desde a estação de caminhos de ferro.

#### **4.2.1 Metodologia e conceito**

O processo desenvolveu-se a partir da investigação e adquirindo dados sobre o espaço, a reflexão sobre as necessidades e os problemas materializou-se em desenho e só depois se foi composto uma proposta que garantisse solucionar os paradigmas que advêm do envelhecimento. De modo a intercalar o desejo de funcionalidade e acessibilidade a toda a área, com espaços humanos e adequados a todos os usuários.

A proposta projectual baseia-se em proporcionar no mesmo local um complexo que primordialmente se destaque por proporcionar o bem-estar dos idosos, ao mesmo tempo que incentiva a independência, a actividade física e mental conciliadas com uma comunicação regular com a comunidade encorajando a interacção social. O projecto desenvolveu-se com a ideia de criar um edifício principal que incluía as actividades e funções desempenhadas no

existente “Espaço das idades” e expandi-lo de modo a criar ao mesmo tempo zonas de habitações acessíveis consoante as limitações que o envelhecimento pressupõe.

A base do projecto iniciou-se com a ideia de comunicação centralizada, focando-se na necessidade de interacção recorreu-se à tipologia de praça. Actualmente ainda é um dos elementos primordiais no planeamento da cidade que proporciona a comunicação entre a comunidade, principalmente no sector sénior. Em algumas cidades mas sobretudo nas vilas e aldeias é visível que as praças funcionam como ponto de encontro entre os idosos que acabam por se juntar nestes locais, que fazem parte do seu passeio diário.



Figura 80 - Maqueta do projecto e Modelo 3D do mesmo

Deste modo procurou-se traçar um ponto central no terreno de cota superior de onde vão surgir os restantes eixos que compõem o projecto, e segundo um eixo central demarcou-se outro ponto fulcral no terreno a sul. No terreno mais elevado vai-se formar uma praça interior que fará parte do edifício principal. Esta consistirá numa base de ligação e encontro dentro do edifício, as linhas que formam a peça principal do edifício criam-se ao circular a plataforma da praça. Enquanto que no terreno de nível inferior a praça funciona como uma praça exterior abrigada por uma pérgola a toda a volta, esta consistirá na organização de pequenos módulos de habitação traduzindo-se num pequeno bairro.



Figura 81 - Vista superior do modelo 3D do projecto

O projecto desenvolveu-se de modo a dividir os edifícios pela sua função e a englobá-los no terreno.



O projecto pretende funcionar como o ciclo do envelhecimento. À medida que o utente envelhece vai perdendo as suas faculdades e conseqüentemente é necessário outro tipo de apoio. Deste modo, no nível mais baixo do terreno formam-se pequenos módulos de habitações de tipologia T1 e T2, que constituem um pequeno bairro que pode ser alargado, onde serviriam os utentes com maior grau de faculdades e independência.

Segundo Alberto Montoya (2009), “produz-se um desdobramento da chamada “terceira idade” em pelo menos duas etapas diferenciadas. Em primeiro lugar, um período que coincide com a saída da vida activa para passar à reforma, estabelecida aos 65 anos nos países ocidentais, e cujas características seriam as de uma plena independência e autonomia. Mais tarde, outra segunda etapa, que poderíamos designar como “quarta idade”, que abrangeria as pessoas com um maior grau de dependência para a realização das tarefas diárias. A residência assistida é a resposta que se dá quando se produz um aumento das necessidades de assistência mas estas ainda não são suficientemente significativas para proceder à institucionalização da pessoa idosa.”

À medida que o projecto segue para norte dispõe-se um edifício horizontal que ao acompanhar a curva de nível dispõe os vários quartos funcionando como residências assistidas, para os utentes com limitações nas suas faculdades. Este bloco B funciona com dois níveis, o piso 0 revela uma acessibilidade maior ao edifício central.



Figura 82 - Vista lateral do modelo 3D do projecto e maquete do mesmo

Enquanto que este edifício central compõe o último grau do ciclo do envelhecimento localizando alguns quartos que funcionariam para utentes com demência, que pelas limitações físicas ou psicológicas precisam de uma assistência e vigilância constante.

Este conceito foi associado a um cuidado em adequar a orientação do edifício, essencialmente para garantir zonas de luz e sombra. A exposição solar dos utentes tem de ser pensada, sobretudo pelas falhas do organismo envelhecido que promove uma maior sensibilidade da pele. A luz directa tem de ser controlada mas a interacção da luz natural no interior do edifício é uma projecção central.

Sendo este um complexo público as suas exigências são imensas, as soluções técnicas e arquitectónicas têm de se revelar uma mais-valia para conceber espaços de fácil utilização e acessibilidade sem descuidar a comodidade e bem-estar, para que cada compartimento mantenha um certo nível de humanização contrariando a arquitectura “fria” revelada por muitos edifícios de saúde. Mas mantendo o rigor, durabilidade de um edifício público e acrescentando a necessidade de incorporar a sustentabilidade no projecto.

#### **4.2.2 Programa e funcionalidade**

A integração dos vários espaços contribui para o bom funcionamento e a fácil utilização do edifício. O programa abrange os serviços e actividades existentes actualmente no espaço das idades, zonas habitacionais e os espaços que sigam a legislação sobre lares.

A entrada principal é realizada pelo acesso principal do edifício e nesse volume conjugasse uma imensidão de actividades, quer para os utentes que habitam no complexo ou para os que vêm de fora. A entrada leva-nos à praça interior onde além de encontro e de lazer pode-se transformar em zona de pequenas conferências e de exposições frequentes. Ao mesmo tempo funcionam a recepção, a zona de espera e os acessos verticais ao piso superior. Esta praça funciona como um elemento central que dá acesso aos três volumes que cercam a própria. O acesso frontal em relação à porta de entrada dá acesso ao corredor por onde se distribuem as lojas sociais e a capela situada centralmente. Este corredor prolonga-se para os volumes laterais à praça, onde de um lado se distribuem os consultórios médicos (incluindo as várias especialidades, o gabinete médico geral e a enfermaria), as salas de apoio técnico (reprografia, electricidade, serralharia, carpintaria); e do outro lado as zonas de aprendizagem (sala de informática, sala de estudo e biblioteca, o compartimento da escola), a sala de estética e a sala de estar comum. Esta sala de comum comunica lateralmente para o exterior ajardinado e para o interior fazendo ligação com a praça central.

Do outro lado de acesso lateral através da praça situam-se a zona de ateliês de arte, tecelagem, trabalhos cerâmicos e música (sala de aprendizagem, sala de ensaios e sala para o rádio). Seguindo este mesmo corredor para sul localiza-se uma zona de refeições abrigada por algumas arcadas de adobe para isolar o corredor que acede ao exterior e posteriormente à ligação que une este volume principal ao volume B. Lateralmente anexa-se um volume que faz ligação à zona de refeições e funciona como cozinha. Desta zona de refeições segue-se uma entrada mais escondida para a sala dos funcionários que inclui os vestiários.

As instalações sanitárias são três, neste piso, associadas às zonas de maior permanência dos utentes. Cada instalação inclui pelo menos um compartimento de casa banho totalmente acessível.

No piso superior, distribuem-se oito quartos individuais e seis quartos duplos, ambos com instalação sanitária própria. Num extremo do volume está uma zona de bar e na outra uma sala de estar comum e um acesso à zona técnica onde se pode comunicar com os montacargas da cozinha. Deste modo facilita-se aos utentes que permanecem neste piso com menos faculdades, para que possam fazer as suas refeições no quarto caso não se possam deslocar. Como acaba por se tornar um piso de menor movimentação, na área do volume transversal localiza-se a zona de administração, a direcção e a sala de reuniões, e o acesso superior à capela que funciona quase como um coro para que os utentes se possam deslocar facilmente à zona religiosa e assistir a missas ou simplesmente fazerem as suas reflexões religiosas. A ideia de praça ascende a este piso, comunicando como uma varanda para a praça do piso 0 e recebendo luz natural pela sua clarabóia.

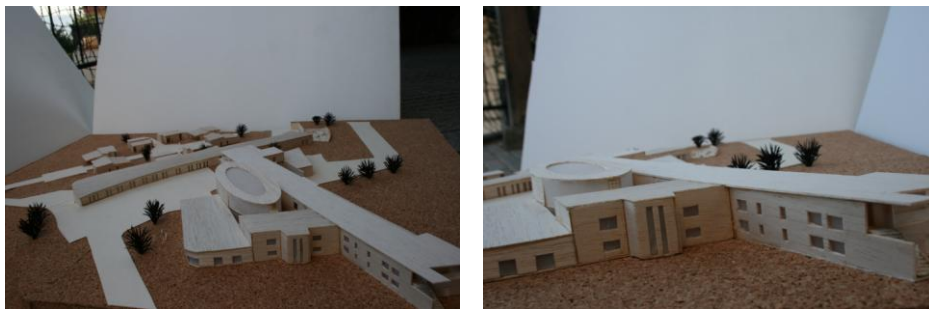


Figura 83 - Maqueta do projecto

Quanto ao bloco B, no nível 0 faz-se a entrada para este volume através de uma pequena ligação interior entre os dois volumes principal e este. Na zona central está presente um pequeno balcão e a zona de acesso verticais ao nível -1. Desta zona central o edifício divide-se em dois sentidos distribuídos consoante a função, de um lado subdivide-se a área de quartos (três quartos duplos e quatro individuais instalações sanitárias privativas) e a sala comum a estes, enquanto do lado oposto subdivide-se zonas mais públicas tais como um bar, a sala de tempos livres, a sala de ginástica polivalente que pode funcionar para eventos no interior anexada a uma zona de instalações sanitárias, e próximo da zona central está uma enfermaria e a sala para funcionários com os respectivos vestiários. A zona de quartos e sala têm acesso a uma varanda no exterior.

Em ambos os pisos deste bloco é similar a zona de quartos e de entrada, nos dois pisos situam-se um compartimento para rouparia, uma sala para banho assistido e uma zona de sujios. No piso -1 deste bloco B os sete quartos e a sala de estar comum dispõem-se na mesma zona da planta, diferenciadamente ambas as divisões têm acesso ao exterior como um pequeno pátio. Neste piso o lado oposto aos quartos apenas funciona como zonas técnicas (salas técnicas, rouparia, lavandaria, arrumos e uma garagem com acesso interior e exterior ao edifício). A ligação que é visível do exterior do nível 0 repete-se neste nível -1, funcionando basicamente como cave para zonas técnicas, de arrumos materiais e alimentares

onde se realizam acessos verticais pelos montacargas e pelas duas plataformas elevatórias. Neste piso -1 situa-se também uma sala de funcionários caso facilite a utilização por parte dos auxiliares neste nível.

Exterior a estes volumes situa-se no restante terreno algumas das habitações modulares organizadas ao redor da praça exterior central, para os utentes ainda independentes que se possam deslocar pelo complexo de modo a incentivar a sua actividade. Cada volume de habitação é composto por dois ou quatro quartos agrupando dois módulos da mesma tipologia em cada volume. A tipologia T1 é composta por um quarto com acesso a uma instalação sanitária privativa; por uma sala e por uma cozinha que inclui uma zona pequena de refeições. Quanto à tipologia T2 organiza-se em dois quartos; uma instalação sanitária, uma cozinha com zona de refeições e uma sala de estar.

Quanto ao exterior foram planeadas zonas de actividades ao ar livre como é o caso do anfiteatro, com acessibilidade garantida ao primeiro e ao último patamar; uma zona de palco para manter as tradicionais festas do espaço já que esta zona facilita o contacto com a cozinha. Foram projectadas zonas ajardinadas de passeio e uma zona de ginástica para percursos de manutenção e incluir equipamentos geriátricos de manutenção física. Os terrenos livres ao redor da casa podem ser tratados para criar pequenas hortas e pequenos jardins consoante a preferência de cada utente, preservando alguma fertilidade desta zona. Pretende-se manter as árvores ali existentes, à excepção das selvagens, transportando as árvores de fruto sobretudo para perto das habitações (como é o caso das laranjeiras, cerejeiras) e aproveitar as sombras dos damasqueiros e das oliveiras já desenvolvidas.

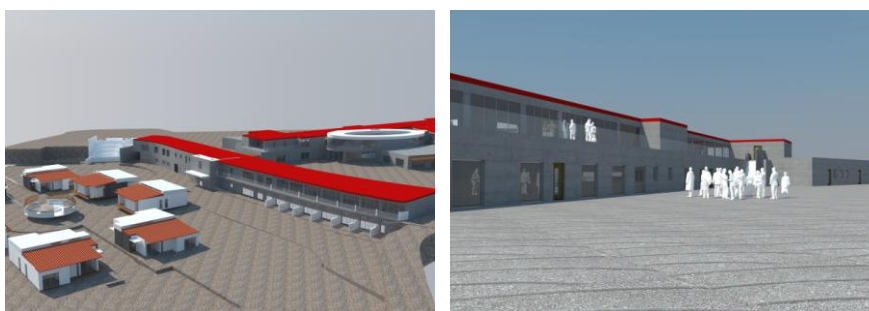


Figura 84 - Vista do modelo 3D do projecto

#### 4.2.3 Aspectos formais e estéticos

A forma e a ligação dos edifícios ao terreno procurou manter o percurso desde a praça interior à exterior, este percurso que entra pelo interior dos volumes e passa pelo exterior possibilitando experienciar todo o complexo. A independência das pequenas habitações até ao volume mais compacto transmite o conceito de mudança no envelhecimento, uma zona mais independente de características mais tradicionais inclui uma das pedras características da

zona (xisto) formando um pequeno bairro que faz uma inclusão e interacção social promovendo a independência e a privacidade dos utentes com mais facultades. Ao mesmo tempo um volume distribuíse transversalmente acompanhando a curva de nível de linhas suaves, este serve de contacto com o principal volume que inclui todas as actividades procurando a vivacidade de cada idoso individualmente consoante os seus gostos.

As aberturas de luz são constantes em todo o edifício para que este se ilumine por dentro com luz natural a partir de várias aberturas, tanto pelas entradas horizontais como verticais. O volume principal cresce agrupando-se ao elemento central da praça, esta acaba por ser a maior referência formal quer pelo seu exterior envidraçado e em elipse quer pelo seu interior onde a luz natural entra pela sua imensa clarabóia e aclara os dois pisos. Esta praça é uma referência para orientar a entrada do edifício.

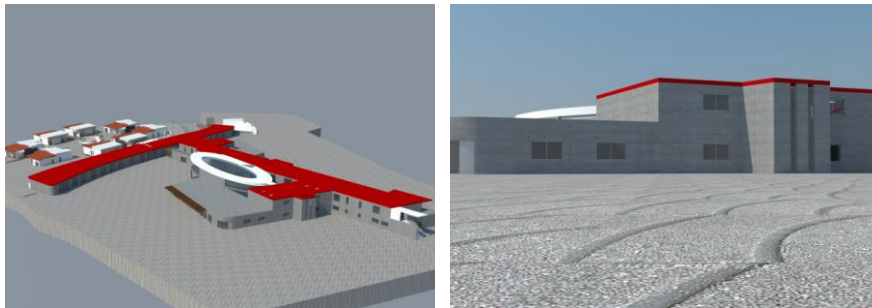


Figura 85 - Vista do modelo 3D do projecto

As varandas a quase toda a volta do volume longitudinal são abrigadas pelas suas coberturas e platibandas, mesmo os utentes mais dependentes podem contactar com o exterior e passear por estas largos varandins.



Figura 86 - Maqueta do projecto e vista do modelo 3D do mesmo

#### 4.2.4 Questões técnicas e construtivas

Este complexo pretende encontrar um equilíbrio entre a moderna arquitectura e a sustentabilidade. Pretende-se incorporar painéis solares fotovoltaicos, vidro fotovoltaico no volume curvo da praça interior, uma bomba de calor geotérmico, e pretende-se realizar estudos que contemplem um tanque de recolha de águas pluviais sobretudo para a rega de

jardins e hortas, para instalações sanitárias e zona de sujos. Deste modo pretende-se uma maior acumulação energética de modo a diminuir os gastos públicos.

Os painéis solares poderão ser colocados no volume de menor cêrcea que tem orientação a sul e na diferença de nível no terreno junto ao anfiteatro. Este sistema revela uma forma de aproveitamento de energia solar, executada por meio fotovoltaico, esta energia recebida pela luz do sol pode ser convertida directamente em energia eléctrica.

A inclusão de uma bomba de calor geotérmico possibilita aquecer e arrefecer as várias áreas sem recorrer constantemente aos aparelhos de ar condicionado, valorizando a saúde do ambiente dos utentes e funcionários. A diferença deste método das caldeiras comuns é que o calor é aproveitado desde o calor do interior da terra, assim absorve o calor da terra e transmite-o para o interior do edifício no inverno enquanto que no verão retira o calor do edifício para o solo, refrigerando o seu interior. Neste projecto aproveita-se a diferença do nível das cotas estabelecendo esta bomba no nível -1 junto à garagem e lateralmente ao anfiteatro para se manter mais escondida e beneficiar do calor da terra no nível 0 onde se localizam os jardins.

A nível dos materiais, a estrutura será em betão tanto pela dimensão do complexo como pela geometria das paredes, sobretudo no volume principal. As lajes maciças permitem esta variação de elementos interiores e certificam uma estrutura consistente e segura. Quer pela simbologia do projecto como pela beleza dos materiais opta-se pelo betão e madeira naturais à vista, sem reboco, para que envelheçam naturalmente e transmitam outra beleza do material. A caixilharia dos vãos será em alumínio cinzento. A cobertura dos dois volumes terá um tom vermelho, através da incidência de corante vermelho na mistura do betão e é reforçada por um revestimento a placa de zinco em certas zonas enquanto as zonas mais baixas terão um revestimento de gravilha. Quanto à cobertura da parte central da praça a estrutura será realizada em madeira lamelada colada, os arcos transversais triangulares permitirão sustentar a cobertura atingindo grandes vãos e ao estarem à vista dão um toque estético à cobertura que terá um ângulo visual desde o piso 0. Os pavimentos serão essencialmente em vinil e em pavimentos flutuantes de madeira no interior. No exterior usar-se-ão pavimentos em linóleo e pastilha.

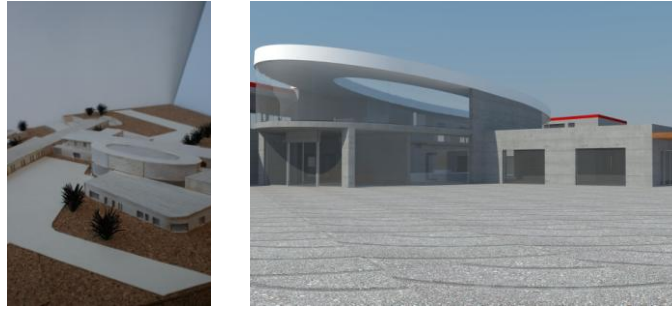


Figura 87 - Maqueta do projecto e modelo 3D do mesmo

No caso das habitações as paredes serão em alvenaria de tijolo e as exteriores serão rebocadas e pintadas a branco, à excepção da que permanecerá revestida em xisto. Os pavimentos dos alpendres serão em madeira e os interiores em vinil e madeira. As águas de cada modelo serão de um lado revestida a telha canudo avermelhada e do outro lado revestida com uma placa de zinco.



Figura 88 - Modelo 3D do projecto e maqueta do mesmo

#### 4.2.5 Adequabilidade à Legislação Aplicável

A organização das áreas que compõem o complexo foram determinadas de modo a garantir os espaços exigidos pelas legislações aplicáveis as lares tais como o fomentado no despacho normativo N°12/98 de 24 de Janeiro, ao abrigo do decreto de lei n°1333-A/97, de 30 de Maio. As áreas requeridas foram incluídas (área de acesso; área de direcção e dos serviços administrativos; área das instalações para o pessoal; área de convívio e de actividades; área de refeições; área de serviços; área de quartos; área de serviços de saúde; áreas de serviços de apoio) e verificam-se as áreas mínimas exigidas.

O projecto contempla o exigido no Decreto-lei n.º163/2006 de 8 de Agosto quanto à eliminação de barreiras arquitectónicas, a acessibilidade foi promovida tanto nos quartos como em cada módulo das habitações, as rampas de acesso ao anfiteatro apresentam uma inclinação mínima de 6% e em cada 6 metros apresentam um patamar de descanso. A mobilidade dentro do edifício é garantida com corredores de 1,5 m de largura que permitem uma inscrição de 1,5m de diâmetro em várias zonas do edifício, as portas de entrada com



largura superior a 0,90 m de largura, enquanto no interior também se optou por portas de 0,90 m de largura e as mais pequenas são de 0,80m; as dimensões dos elevadores também é respeitada segundo o registado na lei, ultrapassando as dimensões exigidas já que foi projectado para transportar uma cama e uma pessoa ao mesmo tempo; e as instalações sanitárias foram projectadas com a existência de um compartimento que segue o exigido pela lei. Os lugares do estacionamento também foram considerados com a existência de pelo menos dois lugares para mobilidade condicionada de 5,5 m × 3,3 m no estacionamento geral e de um lugar no estacionamento perto das habitações modulares.

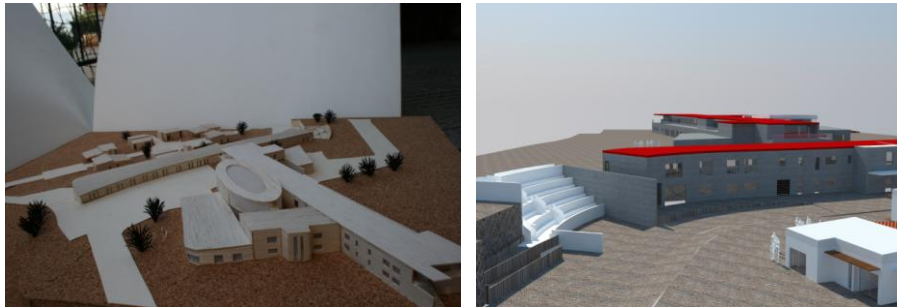


Figura 89 - Maqueta do projecto e modelo 3D do mesmo

Os centros de dia e casas assistidas para idosos que vivem na comunidade devem ser colocados adjacentes a lares de idosos. A vantagem é a familiarização das pessoas com o lar antes da mudança para este, mas é importante que estas facilidades não se intrometam com a privacidade das residências do lar (Torrington, 2005).



# Capítulo 5

## 5. Conclusão

Os estereótipos criados durante décadas em relação aos idosos como pessoas frágeis, doentes e dementes têm um peso considerável na nossa sociedade e tem de ser desmistificado a vários níveis. Os nossos “velhos” estão cada vez mais rejuvenescidos com a evolução do sistema de saúde e os progressos da medicina e conseqüentemente a população aumenta a sua esperança média de vida mesmo a partir dos 65 anos. Assim a qualidade de vida física tem de ser estimulada para gerar idosos saudáveis mentalmente e socialmente.

Ao mesmo tempo há que considerar se as cidades estão activas na procura de qualidade de vida para os seus idosos, tanto na sua vivência diária pela malha urbana como nas condições habitacionais. As necessidades subdividem-se, enquanto há casos em que parte dos seniores não possuem habitações adequadas e minimamente adaptadas ao seu envelhecimento, outra parte ainda se mantém em casa sem ter de recorrer a lares quer pela sua independência ou pelos apoios de serviços ao domicílio e centros de dia. A realidade é que as habitações não possuem um modo evolutivo que se adeque ao ciclo de vida, ainda se revela uma utopia e a consequência desta situação revela casos em que os idosos se isolam em casa e muitos permanecem até morrer sozinhos como são os casos noticiados na comunicação social em que o cadáver é encontrado anos depois. Outros recorrem aos lares mais acessíveis economicamente que na maioria dos casos são apenas depósitos de idosos, permanecendo isolados e sem o cuidado em preservar a independência e incentivar a actividade desta população.

A necessidade arquitectónica de tipologias adequadas aos idosos dos nossos dias tem vindo a aumentar nas nossas cidades. Analisando o existente, os projectos deste tipo de equipamentos têm evoluído no mesmo sentido, correspondendo à legislação aplicável mas não são edifícios alvos de inovação técnica ou de investigação teórica. Na cidade da Covilhã a evolução de equipamentos para idosos passa fundamentalmente pelos centros de dia que usualmente têm apoio domiciliário, mas os lares permanecem os mesmos de há décadas e, apesar de existirem novas construções, essas não abrangem as possibilidades económicas de todos.

Há urgência na especialização de profissionais neste tipo de tipologias, uma arquitectura humanizada que além do equipamento ser de saúde e adaptado a um idoso comum também possa favorecer a actividade, a independência e a individualidade de cada utente. Isto é, o edifício tem de possibilitar várias escolhas tanto a nível de actividades como pela diversidade de espaços.

Neste sentido o “Espaço das Idades” é um bom exemplo para os idosos activos da cidade, que procuram ocupar os seus tempos livres e experienciar actividades desde a informática às artes aplicadas. O sucesso de todos os projectos deste centro de dia têm tido uma boa resposta por parte dos cidadãos, de tal modo que o próprio espaço físico é uma carência para todas as actividades sociais, medicinais e de lazer que o espaço tem desenvolvido.

Assim o projecto desenvolvido pretende colmatar essas carências, valorizando o local existente e de conhecimento generalizado dos idosos do concelho e expandido para outro nível. Transportar o feito humano deste espaço para um edifício que se revele um abrigo a todos os idosos permitiria englobar num só local actividades lúdicas, sociais e de habitação.

Um complexo que acompanhe o ciclo de vida de um idoso, preservando a individualidade, o edifício acompanharia o ritmo de cada utente. Ao mesmo tempo que as actividades de mobilização e de ateliês funcionariam em espaços mais adequados que os existentes. O alcance de actividades de estímulo social seria mais prático a quem vivesse no complexo, ao mesmo tempo entrariam “caras novas” todos os dias a conhecer o local e a frequentá-lo. Gerar esta diversidade de actividades e de encontro entre vários cidadãos do concelho permitiria humanizar o edifício ao mesmo tempo que se lutaria contra o isolamento dos seniores.

O projecto é sobretudo reflexo do sentido a que a investigação nos leva, na procura de equipamentos mais actuais e humanizados e na preservação do símbolo que é o “Espaço das Idades” para os idosos desta cidade. Na valorização deste espaço procurou-se uma linha suave na envolvente que desde a orgânica praça coberta até as pequenas habitações com reflexos de elementos mais tradicionais procurasse promover espaços e actividades de bem-estar em qualquer parte do complexo sem confrontar radicalmente a envolvente e o terreno existente.

O projecto apresenta-se em aberto, de modo a gerar possibilidades de um desenvolvimento futuro do complexo ou de parte deste. As limitações encontradas não foram prejudiciais ao progresso do trabalho, mas constituíram algumas “pontas soltas” a nível técnico de especialidades do projecto, sobretudo por se revelar um edifício de saúde.

Espera-se que este trabalho seja fruto para possíveis investigações e que apele aos especialistas para ao desenvolvimento de uma nova arquitectura destes equipamentos, ao mesmo tempo que a investigação conclui várias necessidades urbanas e sociais que podem ser colmatadas com as intervenções certas.

## Bibliografia

Câmara Municipal da Covilhã 2010, “Um espaço para todas as idades”, *Boletim da Câmara Municipal da Covilhã*, Maio, p.253 a 254.

Ching, F 2006, *Dicionário Visual de Arquitectura*, Martins Fontes, São Paulo.

Cubero, Y 2009, “Reforma y Ampliación del Hospital Residencial do Mar”, *ON Diseño 300*, Abril, visto a 20 de Maio de 2010 <<http://www.ondiseno.com/proyecto.php?id=1536>>

Cubero, Y 2011, “Residencias Asistidas en Alcácer do Sal.Portugal”, *ON Diseño 318*, Abril, pp.84 a 89.

Daré, A 2010, “Design Inclusivo: O impacto do ambiente doméstico no utilizador idoso”, Tese de Mestrado, Universidade Lusíada Editora, Lisboa.

DECO Proteste 2011, “Acesso condicionado”, *Proteste*, Fevereiro, p. 12 a 17.

DECO Proteste 2011, “Ajuda bate à porta: Serviços ao domicílio para seniores”, *Proteste*, Março, p. 26 a 31.

Donahue, S & Gheerawo, R 2007, *Social concerns - new challenges for inclusive design*, Royal College of Art, London.

Gabriel, D 2010, “Espaço das idades na Covilhã: aqui a idade fica à porta”, *Jornal do Fundão*, p.8

Gauzin-Müller, D 2002, *Arquitectura ecológica*, Editorial Gustavo Gili, Barcelona.

Fani, V & Artemis, K 2010, “An overview of healing environments”, *World Hospitals and Health Services*, vol.46 n.º2, p.27 a 30.

Fernandes, M 2005, “Reflexões sobre a arquitectura da saúde”, *Arquitectura Ibérica N.º 11 - Equipamentos*, Novembro/Dezembro, p. 18 a 25.

Fernández, F & Ortega, F 2005, “Residencia Geriatrica Santa Maria - Burgos 1998 I 2004”, *Arquitectura Ibérica N.º 11 - Equipamentos*, Novembro/Dezembro, p. 48 a 57.

Fontaine, R 2000, *Psicologia do envelhecimento*, Climepsi, Lisboa.

Guerra, F. 2011, *UR-Últimas Reportagens*, fotografia de arquitectura, visitado em 4 de Junho de 2011, <<http://ultimasreportagens.com/ultimas.php>>

Instituto Nacional de Estatística 2010, *Anuário Estatístico de Portugal 2009*, 23 Dezembro, INE, I.P., Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística 2011, *A Península Ibérica em números 2010*, 29 Março, INE, I.P., Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística 2008, *As Pessoas*, INE, I.P., Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística 2010, *Indicadores sociais 2009*, INE, I.P., Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística 2009, *O Território*, INE, I.P., Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística 2007, *Nos próximos vinte e cinco anos o número de idosos poderá ser mais do que duplicar o número de jovens*, 27 Setembro, INE, I.P., Lisboa.

Instituto Nacional de Estatística 2010, *Revista de Estudos Demográficos*, INE, I.P., Lisboa.

Machado, A 2006, *Introdução ao conceito de design inclusivo: Aplicações práticas em desenho urbano e equipamentos sociais/saúde*, DGSS, Lisboa.

Marques, S 2011, *Discriminação da Terceira Idade*, Fundação Francisco Manuel dos Santos, Lisboa.

Montoya, A 2009, *Habitar na velhice. Evolução dos dispositivos arquitectónicos*, AAGI-DI.

Mostaedi, A 1998, *Residences for the elderly*, Carles Broto i Comerma, Barcelona.

Organização Mundial da Saúde 2008, *Guia global: cidade amiga do idoso*, OMS, Genebra.

Poveda, P 2011, “Hogar de ancianos en Alcácer do Sal/ Home for the Elderly in Alcácer do Sal”, *El Croquis 154*, 17 de Janeiro, pp. 118 a 134.

Serra, S 2008, “Um chá e um biscoito para mais de 200 pessoas”, *Boletim da Câmara Municipal da Covilhã*, Abril, p.13 a 15.

Silva, M 2009, “Arquitectura Geriátrica”, Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Torrington, J 2005, *Care Homes for Older People*, E & FN Spon, Londres.

United Nations 2009, *Population ageing and Development*, Dezembro, United Nations, New York.

Valsassina, F 2005, “Experiência na arquitectura geriátrica”, *Arquitectura Ibérica N.º 11 - Equipamientos*, Novembro/Dezembro, p. 30 a 31.

Valsassina, F 2005, “Residências Assistidas da 3ª Idade - Parede 2000 I 2005”, *Arquitectura Ibérica N.º 11 - Equipamientos*, Novembro/Dezembro, p. 74 a 91.

Vega, J & Martínez, B 2000, *Desarrollo adulto y envejecimiento*, Síntesis, D.L, Madrid.

World Health Organization 2007, *Global Age-friendly Cities: A Guide*, WHO, Switzerland.

World Health Organization 2000, *Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity?*, ITU, Geneva.

## **Anexos**

# Anexo A

## Síntese Analítica da Legislação sobre Lares em Portugal

Despacho normativo nº12/98 de 24 de janeiro

Estrutura orgânica

-áreas funcionais: o conjunto de compartimentos e espaços necessários para realizar determinadas funções específicas, devidamente articuladas entre si, por forma a possibilitar o bom funcionamento do lar.

### 1- área de acesso- átrio

-Espaços destinados à recepção, espera e estar.

-Deve ser ampla e fazer o encaminhamento para os diversos acessos ao edifício

-9m<sup>2</sup> (área mínima útil)

### 2- área da direcção e serviços administrativos

-Espaços para a direcção do estabelecimento e para serviços administrativos

-Gabinete do director - 10 m<sup>2</sup>; Sala de reuniões - 10 m<sup>2</sup>; Gabinetes Administrativos - 10 m<sup>2</sup>, por posto de trabalho 2m<sup>2</sup>; I.S. - 3m<sup>2</sup>

### 3- área das instalações para pessoal

-Facilmente acessíveis aos funcionários, sem atravessarem áreas de funções distintas

-Sala de pessoal- 10m<sup>2</sup>; I.S.- 3m<sup>2</sup>; 3,50m<sup>2</sup> para i.s com equipamento sanitário completo incluindo base de duche (sempre que n existam as instalações previstas a seguir)

-Instalações para o pessoal em funções, sempre que o lar tenha uma capacidade superior a 15 idosos. Localizadas perto da cozinha e da lavandaria: vestiário, zona de descanso- 6m<sup>2</sup>; i.s. com duche - 3,50m<sup>2</sup>

### 4- área de convívio e de actividades

-Não devem ter grandes dimensões de modo a garantir espaços confortáveis

-Sala de estar - 15m<sup>2</sup>, mínimo de 2,5m<sup>2</sup> por pessoa

b)I.S. (2m × 1,5m)- 3m<sup>2</sup>; equipamento: lavatório sobre poleias e sanita

c)I.S. (2,2m<sup>2</sup> × 2,2m) - 4,84m<sup>2</sup>

#### 5- área de refeições

-Deve ser concebida por zonas, se o lar for superior a 20 utentes devem ser divididos por compartimentos amovíveis

-Sala de refeições - 20m<sup>2</sup>,por pessoa 2,20m<sup>2</sup>; uma I.S. (2,5m×1,5m)- 3m<sup>2</sup>. Equipamento: lavatório e sanita; uma I.S. (2,2m ×2,2,m) - 4,84m<sup>2</sup>

#### 6- área de serviços

##### Cozinha/copa

-Junto da sala de refeições; com 4zonas distintas: preparação de alimentos, confecção, lavagem, arrumos de utensílios e copa de distribuição dos alimentos

- Anexos: despensa de dia, arrumos para produtos de limpeza e químicos, arrumos para vasilhame e ainda depósito de lixo

-Cozinha - 10m<sup>2</sup>; despensa de dia, arrumos - 6m<sup>2</sup>; compartimento para o lixo- 1,5m<sup>2</sup>

##### Lavandaria

-5zonas distintas: lavagem, secagem, engomadoria, arrumos e expediente. Considerar tb estendal exterior

-1m<sup>2</sup> por cama ate 20 camas, em numero superior 0,80m<sup>2</sup>; 12m<sup>2</sup> área util mínima

#### 7- área de quartos

- Acesso restrito; agrupados por núcleos de 10 unidades no máximo; cada unidade dispõe de uma sala de estar com uma pequena copa, e também uma rouparia

-Quartos individuais, duplos ou de casal; 50% quartos individuais

-Quartos com acesso e circulação em cadeira de rodas. Nos duplos e de casal um dos utilizadores deve ter acessibilidade total



-Quarto individual- 10m<sup>2</sup>; Quarto de casal- 15m<sup>2</sup>; Q. duplo - 16 m<sup>2</sup>; sala de estar com copa - 12m<sup>2</sup>, por pessoa 2m<sup>2</sup>

-Rouparia - 3m<sup>2</sup>; Zona de sujos - 3m<sup>2</sup>

-I.S. nos quartos: todos com i.s. própria com acesso privado;I.S. acessíveis e permitir circulação interior em cadeira de rodas

-I.S.: sanita, bide, lavatorio e duche no pavimento; duche no pavimento (1,5m × 1,5m)- permitir posicionamento e rebatimento de um banco para o banho de ajuda.

-Cada piso: I.S. completa com banho de ajuda; zona de sujos com pia de despejos hospitalares para tratamento a pessoas acamadas

-I.S. (2,15 × 2,1) - 4,5m<sup>2</sup>; I.S. com ajuda - 10m<sup>2</sup>

#### 8- área de saúde

-Gabinete de saúde: atendimento das pessoas, espaço de trabalho para médico ou enfermeira e espaço para 1 cama articulada OU 2 macas; e incluir lavatório

-Em anexo prever uma I.S.

-Gabinete de saúde - 12m<sup>2</sup> ; I.S. com duche - 3,50m<sup>2</sup>

#### 9- arrecadações gerais

-No mínimo 2 arrecadações: 1 para géneros alimentares, 1 para material de limpeza, arrecadação de material e equipamento

#### 10- mobiliário

-Camas: individuais, 30% camas articuladas; colocadas de topo em relação a uma das paredes.

-Mesas de refeição próprias para apoio às camas articuladas; armários-roupieiros com espelho; mesas-de-cabeceira individuais

-Quarto de casal: distância entre um dos lados da cama e a parede é de 0,9m e do outro lado uma área livre de 2,25m<sup>2</sup> (inscrição de uma circunferência de 1,5m de diâmetro)

- Quartos restantes: 1m de largura livre no topo das camas

## 11- Pavimentos e paredes

-Pavimentos: revestimento liso, nivelado, materiais antiderrapantes e não inflamáveis, facilmente lavável e de duração razoável

-Paredes: cores claras, superfícies regulares sem rugosidade excessiva, boa resistência aos choques e ser laváveis. Na cozinha e i.s. : revestidas de azulejo ou similar até 1,5m de altura pelo menos

-Utilização de materiais, produtos ou sistemas de construção não convencionais têm de ser objecto Laboratório Nacional de Engenharia Civil e Instituto Português da Qualidade ou outros.

## 12- Instalações elétricas

- Quanto à sinalização: prever sistema de sinalização acústica e luminosa, que permita o rápido pedido de socorro aos utentes; devem ser instalados botões de chamada em todas as dependências ocupadas por idosos (quartos-1porcama; salas e i.s.)

- Os quadros alvos instalados no gab. de saúde ( repetidos na secretaria, circulações e gab do vigilante ou sala de pessoal)

# Anexo B

## Síntese do guia de desenho para equipamentos para idosos

Em geral, os espaços principais podem ser englobados em seis categorias (Torrington, 2005):

### 1) Áreas de circulação

(rotas de circulação; recepção e áreas de entrada; elevadores e casas de máquinas)

Em comum,

- Pontos de ligação eléctricos para limpeza; temperatura entre 21 e 23 graus (excepção do elevador);
- Detectores de fumo; pontos de alarme de incêndio; luz de emergência; sinais luminosos de saída
- Acessórios: corrimões e extintores
- Janelas com sistema de segurança; uso de cortinas ou persianas
- Ferragens: fecho de segurança contra incêndios; fechos automáticos; protecções contra danos na passagem de cadeira de rodas ou carrinhos de serviço

#### a) Rotas de circulação

- Rotas curtas de circulação; largas, com espaço para cadeiras de rodas passarem umas pelas outras (deve ser especificado o mínimo de largura); com uma boa visão do local de destino.
- Corrimão nos dois lados se possível; integração de janelas para melhor orientação
- Rotas sem mudanças de nível e sem obstáculos no caminho
- Espaços de circulação divergentes para evitar desorientação/confusão
- Funcionários: bom acesso visual para a supervisão; espaço para exercer cuidados a residentes e ao mesmo tempo passem carrinhos de serviço ou cadeira de rodas
- Acabamentos: tapetes impermeáveis; decorações domésticas;
- Acessórios: mobiliário não fixo em caso de risco de incêndio
- Serviços: aquecimento, corrimões para evitar os aquecedores; sistema de chamada de enfermeira, com indicador de luz na porta dos quartos; luz a indicar a presença no quarto;
- Luz interior com nível indicado para corredores e para escadas; luz elevada para cantos e zonas de transição ou de destino;
- Acústica: redução do impacto sonoro entre pisos, e entre quartos e corredor

- Janelas: restrições de abertura no 1º piso e acima. Portas: largura mínima de 90mm, preferência para 100mm

b) Recepção e áreas de entrada

- Recepção localizada próxima da entrada principal; acesso fácil e visível
- Facilidade de estacionamento por qualquer transporte; estacionamento para ambulância
- Espaço com WC próximo e cabides
- Para residentes: salas de estar com vista para a entrada
- Sistema de vigilância monitorizado; painel indicador de alarme de incêndio
- Acabamentos: tapetes impermeáveis; capacho de entrada com profundidade de 1,9mm mínimo (limpar cadeiras de rodas). Importante decoração, primeira impressão do edifício
- Acessórios: secretária/balcão; quadro de avisos; assentos fixos para visitantes
- Painel de alarme de incêndio e planta de zoneamento do edifício; intercomunicador; campainha e abertura da porta conectada ao sistema de chamada de enfermeira ou outro; monitor de segurança
- Porta suficientemente larga para cadeira de rodas; cuidado com grandes painéis de vidro

c) Elevadores e casas de máquinas

- Localização central; acessível às rotas principais do edifício (entrada principal e a quartos e salas de dia)
- Elevador de fácil utilização de viagens suaves; com acessibilidade a cadeira de rodas; com sistema de precisão do nível de cada piso ao chegar ao destino; e com um nível elevado de luz mas sem provocar brilho intenso
- Painel de controlo acessível a todos; adaptado a pessoas com fraca visão
- Sistema de emergência por chamada; sistema de descida de emergência
- Porta com controlo que prolonga o tempo de abertura; com 83mm de abertura mínima
- Detectores de fumo ou calor no topo do elevador ou na casa das máquinas, com indicadores visuais acessíveis no edifício
- Acústica: isolamento do som proveniente da casa das máquinas e consoante o elevador

## 2) Áreas de vivência diária dos residentes

(quartos de dormir/apartamentos; quarto de hóspedes; casas assistidas; salas de dia/estar; cabeleireira; salas de refeições; copas)

Em comum,

- Carpetes impermeáveis; decorações domésticas
- Barras de apoio; torneiras com alavanca ou misturadoras, com sistema de paragem; suportes para toalhas e produtos de higiene

- Temperatura recomendada de 23 graus; canos quentes protegidos; termóstato para controlar temperatura da água e termóstato à prova de falha de água
- Detector de fumos; ligação eléctrica para televisão, telefone; sistema de chamada de enfermeira
- Janelas com restrições de abertura a partir do 1º piso; sistema de segurança para as janelas no rés-do-chão; uso de cortinas; vistas interessantes
- Acústica: redução do impacto de som entre quartos. Ventilação rápida necessária
- Luz de emergência; sinais de saída assinalados

a) Quartos de dormir/apartamentos

- Rotas curtas e sem obstáculos até aos quartos
- Salas de estar perto dos quartos para quem se levanta de noite
- Quartos com sanita e zona para banho ou duche
- Quartos pessoais adequados aos interesses e à personalidade do residente (móveis com objectos pessoais)
- Quartos duplos para casais ou irmãos
- Respeitar os espaços mínimos obrigatórios (áreas mínimas, espaços nos lados da cama para cuidados e arrumações)
- Vigilância dos residentes sem intrusão ou perturbação da sua intimidade
- Acessórios: válvula ou tampa no lavatório (caso exista o esquecimento de água ligada)
- Móveis: cama (altura de 48 cm para incapacitados); grades laterais na cama caso necessário; poltronas, cómoda; guarda-roupa; prateleiras
- Sistemas não evasivos para a monitorização dos residentes durante a noite (sensores de movimento infra-vermelhos)
- Luz artificial na cabeceira da cama e no quarto em geral; interruptor que regule o fluxo de luz; luz a nível do solo para os funcionários fazerem vigilância
- Janelas: trancáveis; vista livre quer o residente esteja na cama ou na poltrona
- Portas: mínimo 90mm; identificação de acordo com o residente (placa, fotografia, cor)
- Portas com mola basculante; fechos automáticos que libertam em caso de emergência

b) Quarto de hóspedes

- Casa de banho completa ou acesso próximo a uma casa de banho
- Espaço para arrumação; acessórios domésticos
- Móveis: cama; armário; cómoda; mesinha de cabeceira

c) Casas assistidas

- Distância razoável a pé até às salas diárias e de actividades

- Casa de banho completa; zona de estar e kitchenette
- Casa com decoração pessoal;
- Espaço para duas camas se necessário
- Utilizar vinil ou PVC não escorregadio na WC ou na kitchenette
- Além das loiças de WC e cozinha, frigorífico, fogão pequeno, microondas
- Cama de 48cm de altura
- Móveis: cama; armários; cómoda; mesinha de cabeceira; pequena mesa de jantar

d) Salas de dia/estar

- Rotas livres de obstáculos dentro das salas
- Proximidade de casas de banho; segurança no acesso ao exterior
- Salões pequenos ou com divisórias, de ambiente calmo e bom acesso
- Espaços para várias funções/actividades; pequeno bar ou kitchenette para bebidas e lanche; pequena loja de produtos pessoais
- Área mínima padrão por residente
- Possibilidade de escolha de zonas para sentar
- Boa supervisão visual por parte dos funcionários; acesso fácil a todos os residentes
- Arrumos para cada actividade (artes, jogos, livros...)
- Áreas mais calmas para conversar
- Superfícies para trabalhos, lava-loiças, bar com frigorífico e despensa
- Móveis/decoração: poltronas com apoio alto para as costas, cadeiras com apoios especiais, cadeiras para uso ocasional, sistemas de som, prateleiras, plantas, quadros, mesas, escabelo (descanso dos pés), carrinhos móveis de serviço
- Luz com interruptor com regulação de fluxo luminoso
- Acústica: minimizar barulho de fundo e maximizar altas frequências, evitar colunas largas, usar materiais com diferente absorvência de som em salas paralelas
- Aberturas de luz para rápida ventilação

e) Cabelo e cabelo

- Sala separada, mas com proximidade das salas de dia e afastada da recepção
- Decoração que permita a atmosfera de um salão típico comercial
- Lavatório para lavagem de cabeças, cadeira própria para corte, espelho, secador
- Adaptação dos aparelhos a cadeira de rodas
- Utilização do vinil e PVC não escorregadio, protecção “splash back” para o lavatório
- Móveis: prateleira, suportes de toalha, espelhos, armário, cadeiras, caixote roupa suja
- Chuveiro flexível e com cabo adequado ao lavatório
- Sistemas de luz que sejam lisonjeiros, sem brilho e reflexos

f) Áreas de refeição

- Rotas o mais próximas possíveis desde os quartos e áreas de estar; acesso perto da WC
- Espaços para servir comida e para os residentes receberem cuidados
- Áreas adjacentes à cozinha ou com bom acesso através de carrinhos de serviço; caminho de entrega de comida separada do caminho de vinda de sujos
- Espaço mínimo para cada residente; acessível a cadeira de rodas
- Mesas para 4 ou 6 lugares; atmosfera o mais caseira possível; flexibilidade nas horas de refeição se possível; facilidades para os visitantes partilharem a zona com os residentes
- Facilidades de limpeza
- Móveis: mesas, cadeiras, cadeiras de suporte especial para incapacitados, carrinhos de serviço, cortinas *blackout* se a sala for usada para projecção
- Técnicas de luz satisfatória
- Acústica: minimizar barulho de fundo e maximizar altas frequências, evitar colunas largas, usar materiais com diferente absorvência de som em salas paralelas

g) Kitchnettes

- Localização adjacente às salas de dia e de refeições se necessário
- Bom acesso dos carrinhos de serviço à cozinha principal
- Incluir construção de resistência ao fogo se necessário; extintor de pó seco e contra incêndios; extractor de fumo ou exaustor
- Serviço de bebidas, comidas leves (pequenos-almoços, lanches e ceias)
- Acessível a cadeira de rodas
- Minimizar o risco de lesões e queimaduras; facilidades de limpeza
- Acabamentos: vinil ou PVC não escorregadio com rodapé a selar; acabamento de parede higiénico de aparência doméstica; tecto impermeável sem textura
- Móveis/acessórios: fogão, microondas, frigorífico, armários, lava-loiças, chaleira, bancadas
- Luz adequada sem sombras nas bancadas de trabalho, iluminação lavável

**3) Áreas de ablução para os residentes**

(salas para banho; casas de banho para residentes)

Em comum,

- Acabamentos em vinil ou PVC não escorregadio; rodapés de protecção selados à parede; superfícies higiénicas à prova de respingo
- Esgotos e canos com boa transmissão acedida através de tampas
- Facilitar a limpeza com os rodapés, com serviços de canalização escondidos
- Barras de apoio; torneiras com alavanca ou misturadoras, com sistema de paragem

- Lavatório; sanita; suportes de toalha/papel sanitário e outros produtos de higiene necessários; barras de apoio (horizontais, verticais, de ângulo e articuladas); prateleiras; caixote
- Temperatura recomendada de 21 graus a 23 graus; canos quentes protegidos; termóstato para controlar temperatura da água e termóstato à prova de falha de água
- Ventilação mecânica exigida, se necessário funcionar intermitentemente
- Acesso fácil a cordas que accionam interruptores (cordas de cores diferentes consoante o sistema a accionar - chamada de enfermeira ou luz); iluminação resistente à humidade
- Acústica com sistema de redução de som, se necessário
- Janelas de vidro obscuro, com sistema de segurança e com sistema de restrição de abertura para pisos superiores ao rés-do-chão; aberturas de luz para rápida ventilação; com cortinas ou persianas
- Fecho com indicador de ocupação; com botão de bloqueio e desbloqueio acessível também pelo exterior

a) Salas para banho

- Localização próxima das áreas de dia e dos quartos; distanciada da entrada principal e das áreas públicas
- Incorporação de cortinas ou telas se necessário (manter a dignidade e privacidade)
- Provisão das áreas mínimas obrigatórias; área necessária ao redor da banheira
- Acessórios e fixações fortes (tende a servir de apoio para os residentes) de aparência doméstica em vez de clínica
- Equipamentos: banheira com sistema especial, ou possibilidade do uso do guindaste, com base escorregadia ou plana; chuveiro; banco

b) Casas de banho para residentes

- Localização adjacente às salas de dia e áreas de refeição; próximo do acesso aos quartos;
- Áreas mínimas padrão obrigatório
- Separar instalações para funcionários
- Cisterna de descarga para WC

**4) Áreas de cuidados dos residentes**

(posto de saúde /enfermagem; zona de despejo e de sujos; zona de limpeza, tratamento, e armazenamento de medicação)

Em comum,

- Zonas de limpeza, tratamento e armazenamento de medicação



- Detector de fumos; isolamento acústico de necessário;
- Acabamentos fáceis de limpar e higiénicos (vinil ou azulejo não escorregadio; ladrilho envidraçado ou outros acabamentos impermeáveis)

a) Posto de saúde/enfermagem

- Reuniões de transferência nas mudanças de turno (para bom acompanhamento dos residentes); arrumos para registos de segurança;
- Privacidade dos residentes, porta que restrinja o acesso pelos residentes, se necessário
- Monitor do sistema de chamada de enfermeira; ligação de telefone;
- Acessórios/móveis: bancada de trabalho; quadro de avisos; secretária; cadeiras
- Recomendável temperatura de 21 graus

b) Zona de despejo e de sujios

- Localizado acessível aos quartos e à lavandaria; obrigatório existir uma zona em cada piso
- Limpeza de arrastadeiras sujas e de cadeiras sanitárias (possibilidade de lavagem automática)
- Funciona como depósito de matérias fecais, de lençóis sujos, de roupa ou de arrastadeiras
- A rota de sujios tem de ser distinta da rota de entrega de comida
- Conexão entre pisos para a lavandaria (ex: cano de despejo)
- Armazéns ou WC entre os quartos e as salas de sujo com equipamento automático, de modo a funcionar como um “tampão” de som
- Acessórios/mobiliário: pia *Belfast* e escoador; pia de despejo; lavador de arrastadeiras; máquina automática de lavagem de arrastadeiras e de lavagem de sujios; lavatório; prateleiras; suportes de instrumentos higiénicos; caixote para desperdícios e para roupa
- Temperatura aconselhável de 18 graus
- Água fria e quente para lavatório e pia de despejo ou lavador de arrastadeiras; água fria e possibilidade de quente para máquinas automáticas; sistema de válvulas de paragem
- Necessidade de ventilação mecânica; do sistema trifásico; e de cordas que ao puxar acciona a luz
- Janelas de segurança com vidro obscuro; portas de abrir para o exterior ou batente e necessidade de camuflagem nos acabamentos entre as portas e parede de modo a distrair os residentes de entrar

c) Zonas de limpeza, tratamento e armazenamento de medicação

- Localização segura, com boa vigilância; com acesso dos carrinhos de medicamentos para as áreas de dia
- Armazém, preparação e distribuição da medicação; armazém para equipamento clínico

- Possibilidade de uso para pequenos tratamentos ou ferimentos
- Acessórios/mobiliário: unidade de bacias; armários com portas trancáveis; lavatório de mãos; suportes de equipamentos higiénicos; prateleiras; balcão; frigorífico; carrinho de medicamentos; caixote de desperdícios clínicos; banco ou maca de tratamento; secretária e cadeira
- Temperatura recomendável 23 graus
- Sistema de válvulas de paragem; água fria potável; termóstato de misturador com sistema de segurança anti-falha
- Salas sem janelas para segurança; vidro obscuro; uso de cortinas

### 5) Áreas de armazenamento

(roupa de cama; cadeira de rodas; equipamentos; armazém de longo prazo; equipamentos de limpeza)

Em comum,

- Carpete ou vinil; tinta de emulsão
- Detector de fumo; ventilação passiva para o ar exterior
- Portas trancáveis; portas camufladas com o acabamento da parede

#### a) Roupa de cama

- Acessibilidade a quartos e lavandaria
- Áreas de armazenamento localizadas perto dos quartos
- Armazém de roupa suja próximo da entrada do serviço onde a lavandaria está adjudicada
- Prateleiras (profundidade de 30cm para lençóis, 45cm para edredões)
- Portas de abertura para o exterior ou de batente

#### b) Cadeira de rodas

- Acessíveis na entrada principal e nas áreas de dia; facilidade de limpeza
- A direcção controla o número de cadeira de rodas disponíveis e a possibilidade de os doentes terem as suas próprias cadeiras no edifício
- Protecção para portas e arquitraves e paredes para prevenir estragos

#### c) Equipamento

- Acessíveis aos quartos, WC e salas de dia
- Armazenamento para guindastes, equipamento de ajuda a levantar e apoios para caminhar
- Armazenamento para utensílios de refeições; recursos das salas de dia, e de terapia

- Arrumação em prateleiras, e espaço no chão para objectos com elevada altura
- d) Armazenamento de longo prazo
- Resistência ao pó
  - Arrumação em prateleiras, e espaço no chão para objectos com elevada altura
  - Sistema de frio ventilado
- e) Ajudas para incontinência
- Acessíveis a quartos e casas de banho
- f) Equipamento de limpeza
- Arrumos de material de limpeza em cada piso (manchas orgânicas têm de ser rapidamente removidas para prevenir odores); armazenamento de elementos verticais de limpeza, esfregões, vassouras
  - Proibido acesso aos utentes (substâncias perigosas)
  - Acessórios/mobiliário: prateleiras acessíveis e laváveis (25mm de profundidade); baldes cheios e vazios

## 6) Áreas de administração

Em comum,

- Segurança adicional das janelas; uso de cortinas ou persianas;
- a) Zonas para administração
- Localização acessível da entrada principal com ligação à recepção
  - Armazém de arquivos de segurança; administração do edifício/lar; zona para reuniões e entrevistas privadas (director ou funcionários); secretária de recepção e telefone
  - Acessórios/mobiliário: monitor com as visitas; tapete impermeável; prateleiras; secretária de recepção ou balcão; quadro de avisos; secretárias; armários; poltrona
  - Padrão de decoração adequado (primeira impressão do edifício)
  - Painel principal de telefone; linha para chamada de emergência; painel principal de chamadas à enfermeira ou painel conectado ao alarme anti-incêndios; monitor de segurança; detector de fumos
  - Porta trancável para o escritório
- b) Casa de banho para visitantes

- Adjacente à entrada, com instalações para incapacitados
- Piso não escorregadio (vinil ou PVC), superfícies higiénicas; facilidades de limpeza com rodapé selados à parede e com tampa de acesso à drenagem/esgoto
- Acessórios/mobiliário: lavatório de mãos; barras de apoio; torneiras de rodar ou com acesso com alavanca; termóstato de águas para torneiras; suporte para equipamentos higiénicos; prateleiras
- Necessária ventilação mecânica
- Janelas com vidro obscuro; aberturas de luz para rápida ventilação
- Fecho com indicador de ocupação; com sistema de desbloqueio de emergência

c) Instalação dos funcionários

- Acessível a espaços dos residentes em caso de emergência
- Uso em períodos de descanso, intervalos para refeições ou bebidas; preparação de lanches; reuniões de mudanças de turno; sessões de treino
- Carpete ou vinil, PVC ou azulejo à prova de água; sistema à prova de respingo na unidade de pias
- Acessórios/mobiliário: pia; frigorífico; micro-ondas; balcão quadro de aviso; armários; extintor de pó seco; cadeiras; mesas
- Disponibilidade de água fria e quente; painel de chamada à enfermeira; detector de fumos; ponto de ligação ao alarme contra incêndio

d) Cacifos, banho e WC para funcionários

- Localização próxima da sala de funcionários
- Armazenamento seguro das posses; balneário; banho e chuveiro; balneários, para mulheres e homens, divididos
- Carpete ou vinil, PVC ou azulejo à prova de água; sistema à prova de respingo na unidade de pias
- Acessórios/mobiliário: prateleiras; cabides; armários; polibã; sanitários femininos e masculinos; suportes para equipamentos higiénicos; lavatório de mãos; depósitos sanitários (lixo e outros); caixote
- Disponibilidade de água fria e quente; termóstatos de regulação da água dos chuveiros; ventilação mecânica; detector de fumos
- Janelas com vidro obscuro e sistema de segurança; fechaduras com sistema de indicador de ocupação no exterior

## 7) Áreas da Cozinha e da Lavandaria

Em comum,

- Suplemento trifásico para equipamento quando há fornecimento; sistema de detector de fumos, alarme de incêndio, ligação telefónica e intercomunicador

### a) Cozinha

- O edifício pode optar por preparar as refeições ou por estas serem entregues por fornecedores, nos dois casos é necessária uma zona de receção da comida adjacente à cozinha e outra zona com equipamentos de conservação
- Localização com acesso a veículos de entrega, o pátio exterior da cozinha não deve ser óbvio para aos residentes; cozinha adjacente à zona de refeições
- Rota da cozinha e de entrega das refeições distinta da lavandaria e da linha de sujos
- Zona para administração (pedidos, telefone, calculo/facturas, preparação de menu, quadro de avisos; armazenamento para comida e para equipamento; zona de lavagem de alimentos e de vegetais; zona de preparação de refeições e de bebidas; zona para cozinhar; depósito de lixo/desperdícios; zona para servir; zona de limpeza de painéis e instrumentos de cozinha; armazenamento de talheres e loiça
- Equipamentos/acessórios: fornos para conservação; lava loiças; frigorífico; congelador; prateleiras laváveis; pia para preparação dos alimentos; lavatório de mãos; serie de fogão; equipamentos para preparação/corte de alimentos; caldeira para a água; pias e escoador para lavagem; máquina de lavar pratos; guarda-loiça de quentes; arrumos de excedentes; ventilador e exaustor acima do fogão; quadro de avisos; extintores de fogo e extintor de pó seco; manta anti-fogo; cadeiras; mesa; bancadas
- Acabamentos de fácil limpeza e não escorregadios; parede revestida em toda a altura com azulejo ou outro acabamento impermeável e higiénico; material impermeável e sem textura para acabamento do tecto
- Temperatura recomendada de 18 graus; disponibilidade de água quente e fria, com válvulas de paragem
- Drenagem adequada para as pias, lavatório e lavagem de pratos; acesso fácil à conexão entre canos
- Luminosidade sem sombras nas áreas de trabalho; iluminação lavável; luz de emergência; sinal de saída iluminado; aberturas de luz com telas de protecção; sistema de segurança
- Isolamento acústico se necessário; ventilação à prova de bactérias para a zona de armazenamento de comida

### b) Lavandaria

- Boas instalações de lavanderia e de engomar são essenciais para os utentes se sentirem activos; a lavanderia pode funcionar no edifício ou no exterior (empresas que tratam da roupa)
- Localização adequada para receber as roupas de cama dos quartos; separação da cozinha, refeitório e da rota de comida; acesso a um espaço exterior seguro de secagem
- Eliminar o risco de contaminação da linha de sujos; tomar providências para os utentes que desejam fazer a sua própria lavagem de roupa; separar áreas de sujos e limpos
- Utilização de vinil ou azulejo de pedra não escorregadios, com rodapés selados à parede; tinta de emulsão, ladrilho para a parede, paredes polidas; sistema anti-respingo para pias e lavatórios de mãos
- Equipamentos/acessórios: máquinas de lavar domésticas ou industriais; máquina de lavar com ciclo de sujos (água quente com sistema de desinfecção térmica); máquinas de secagem; secadores giratórios; armário para secos e para arejamento; unidade de pias; lavatório de mãos; bancada; ferro rotativo; prateleiras e despensas; caixote para linha de sujos; tábua de passar a ferro
- Aconselhável uma temperatura de 18 graus; necessidade de água quente e fria para pias lavatórios e máquinas, válvulas de paragem, bom sistema de drenagem
- Cuidado no isolamento acústico já que as máquinas transmitem barulho e vibração
- Canais de ventilação na parede exterior para secagem; ventilação mecânica
- Aberturas de luz para rápida ventilação

# Anexo C

## Questionário ao Arquitecto Albert de Pineda Álvarez

Señor Arquitecto Albert de Pineda Álvarez,

Desde ya quiero decirle que es un placer tener su participación en el desarrollo de mi disertación. Antes de continuar me presento. Me llamo Isabel Valentim, soy estudiante en Portugal, en la Universidad de Beira Interior, en Covilhã y estoy terminando el 5º curso de Arquitectura con máster integrado.

A lo largo de mi investigación para mi trabajo he conocido sus obras, en primer a través de la parte teórica de una disertación sobre Arquitectura Geriátrica en la Universidad de Lisboa y más tarde he investigado su nombre y su carrera donde he encontrado el sitio del atelier Pinearq. Enseguida he tenido conocimiento de los proyectos que ha realizado en Portugal como el Hospital de Loures y Évora además del fantástico conocimiento que el Arquitecto tiene sobre la arquitectura de la salud.

He elegido como tema de mi disertación aprovechar un espacio de apoyo a mayores, ya existente en un edificio industrial, que se destaca en la sociedad por el apoyo y bienestar que proporciona a los mayores. El objetivo principal es desarrollar un proyecto que tenga un centro de apoyo a mayores y una zona habitacional, con habitaciones modulares para mayores más independientes y una zona para mayores dependientes o encamados. El intuio no es sólo realizar un proyecto más diversificado, que las residencias de mayores que hay en el lugar con una tipología distinta, pero proporcionar buenas condiciones de vida, con un buen ambiente físico y humano, valorizando e incentivando la independencia y actividad en esta última fase de su vida. De esta manera creo que su conocimiento en esta área es muy positivo para enriquecer mi trabajo de la disertación.

### El arquitecto y su arquitectura

**P1. ¿En general como ha sido su recorrido hasta los días de hoy y siente que ese recorrido tiene influencias de otros arquitectos?**

Evidentemente que he tenido influencias de diferentes arquitectos, arquitectos que no he vivido con ellos como puede ser el caso de Alvar Aalto, Mies Van der Rohe o Le Corbusier, y arquitectos con los que sí que trabajado como Eduardo Souto de Moura, Esteve Bonell o Manuel Brullet entre otros.

**P2. ¿Lo qué lo ha motivado a especializar su trabajo en edificios de salud y para usted cuáles son las principales problemáticas de este tipo de construcciones?**

Al principio de mi carrera profesional, el edificio Hospitalario estaba muy apartado de la arquitectura. Para mí fue interesante unir estos dos conceptos, Hospital y Arquitectura con la complejidad de unir dos ideas como funcionalidad y dimensión ya que en todo momento hablamos de Proyectos XXL.

**P3. ¿A qué nivel cree que la Península Ibérica se encuentra en lo que concierne a edificios de salud?**

Pienso en España y Portugal, como se ha hecho y se sigue haciendo, que la arquitectura de la Salud, los edificios son más amables con los usuarios y están más integrados en el contexto urbanístico, de paisaje y su emplazamiento.

**P4. ¿Cómo ha sido proyectar el Hospital Residencial do Mar en Lisboa? ¿Cuáles han sido el concepto y las necesidades más sentidas al englobar la zona de internamiento para enfermos de Alzheimer? ¿Ha sentido dificultades al englobar en el proyecto la zona para rehabilitar y la zona de nueva construcción?**

La complejidad del Hospital Residencial Do Mar fue trabajar con los conceptos de Rehabilitación y Ampliación. El reto era integrar la arquitectura histórica y la nueva arquitectura. Se debía buscar los diferentes usos de cada una de ellas e intégralo en cada edificio consiguiendo una homogeneidad.

El concepto en el que está basado es el tratamiento de la luz natural. La orientación del edificio, la textura de los materiales y los colores ayudan a la mejora del enfermo y con ello también se consigue una integración más acogedora tanto para la familia como para el enfermo.

Si, era el gran reto del proyecto. Se trataba de destinar nuevos usos a ciertas estancias, suavizar y hacer más agradables zonas de paso como salas de espera, gabinetes y en cambio adaptar la nueva construcción por ejemplo a los baños, teniendo en cuenta que la tipología del nuevo edificio no modificase la del edificio histórico.

#### Arquitectura Geriátrica

**P5. ¿En su opinión, cómo definiría arquitectura geriátrica?**

La Arquitectura se ha de basar en el concepto de la domesticación de los espacios, haciendo que el usuario se encuentre a gusto y como si estuviera en su propia casa.



**P6. ¿Cómo ve el desarrollo de la arquitectura en este tipo de edificios?**

Se ha avanzado mucho en este tipo de arquitectura, se hace desde otra dimensión, mucho más personal y a escala más humana.

**P7. ¿En lo que dice respecto a la arquitectura, lo que cree que es fundamental en la proyección de una residencia para mayores? ¿La organización del interior deberá ser sinónimo de la forma obtenida?**

Lo fundamental respecto a la arquitectura es cuidar las diferentes zonas de estar para permitir espacios de relación con la familia intentando que se parezca lo máximo posible a la organización arquitectónica de una vivienda.

Evidentemente no creo en la arquitectura que se basa en la forma para cumplir los objetivos del edificio.

**P8. ¿Son los mayores un público blanco difícil o habrán otras limitaciones en este género de proyectos?**

Los mayores no son lo que se debe analizar, es el edificio en sí el que se debe analizar y obtener una respuesta arquitectónica coherente.

**P9. ¿Podemos hablar de una elección de tipologías como la arquitectura humana versus arquitectura racional para este género de proyectos?**

La arquitectura debe ser utilizada siempre a escala humana. Un proyecto racional unido al contexto que se debe realizar.

**P10. ¿Qué soluciones arquitectónicas posibilitan al mayor “sentirse en casa”?**

La Luz Natural y la relación con el exterior. Hay que evitar por encima de todo los edificios submarinos típico en los edificios sanitarios.

**P11. En el caso específico de su proyecto del edificio socio sanitario de Salt, ¿cómo lo describiría? ¿En qué se ha basado usted para desarrollar el proyecto y cuáles han sido las principales limitaciones encontradas? ¿La horizontalidad ha sido una solución debido al programa o al lugar?**

El Proyecto de Salt está basado en su ubicación. Se trata de un parque verde donde la idea primordial para este proyecto era integrar un edificio Sanitario dentro de un gran parque urbano.

**P12. No se encuentran muchas intervenciones ni documentación arquitectónica sobre edificios para mayores. ¿Cuál es su opinión sobre esta cuestión? ¿Estarán los arquitectos poco sensibilizados para la construcción de este tipo de edificios?**

No, los arquitectos están sensibilizados con el problema. El tema es que la forma o el edificio resultan no ser suficientemente atractivos arquitectónicamente como para estar publicados en revistas de arquitectura.

**P13. ¿Cree que basta seguir la legislación que existe para construir un centro de apoyo a mayores o qué metodología sería más correcta adoptar para un proyecto de este género?**

No, la legislación se mira después de tener el proyecto. Es mejor siempre hacer un buen proyecto de arquitectura que basarse en la legislación para poder diseñar. Arquitecto con leyes de Arquitectura.

**P14. ¿Es posible considerar que existe una tipología correcta que debe ser seguida por los arquitectos?**

No, los cánones establecidos de bellas artes del siglo XIX no resuelven ningún problema. Cada proyecto y cada emplazamiento necesitan su solución arquitectónicamente correcta.

**P15. En su opinión, ¿los nuevos proyectos deben seguir el sistema de aislar los espacios públicos y privados en un único edificio de apoyo a mayores, o será benéfica la construcción de casas para mayores como ya se verifica en otros países?**

Los mayores, donde están mejor es en su casa, pero a una cierta edad, por necesidades y problemas que se desencadenan, se hacen necesario el apoyo de estos edificios. Por eso se intenta realizar una edificación y una distribución lo más parecido a un hogar, para evitar que puedan sentirse desubicados.

**P16. En su perspectiva, está de acuerdo con que la estructura física puede influenciar el estado psíquico y hasta emocional de los usuarios? ¿Tendrá la luz más importancia que el color?**

La luz es mucho más importante que el color, el estado psíquico siempre influye en el estado físico. Una habitación con ventana y vistas a un parque es mejor que una habitación soterrada y sin ventana.

Existe una asociación "Evidencie Design" que estudia la influencia, la forma arquitectónica y los espacios, y como repercute el uso de estos.

Una habitación orientada al sur con luz natural, el paciente se recupera más rápido que una habitación al norte y sin vistas.

### El mundo y los mayores

**P17. Teniendo en cuenta los nuevos esfuerzos de varios países en incluir el mayor como parte activa de la población, el diseño inclusivo o diseño universal defiende que los espacios deben ser hechos para que cualquier persona pueda disfrutar, independientemente de la diversidad de los individuos en una comunidad. ¿Qué piensa sobre este concepto? ¿Debería ser una aplicación generalizada e cualquier edificio?**

Evidentemente, los edificios podrían ser perfectibles para todo el mundo. La situación de cada individuo evoluciona según los años. Al principio se necesita una vivienda de 4 dormitorios para toda la familia, con el paso del tiempo, lo lógico es que al final se viva solo y sin hijos, por lo tanto no hay necesidad de un piso de 4 dormitorios, pero sí que necesitamos pasar de unos baños normales a unos baños más adaptados a la evolución de la edad.

**P18. ¿Hasta qué punto cree que el envejecimiento mundial está afectando el mundo?**

El mundo no envejece, envejece Europa. El crecimiento es el gran problema de la Sociedad avanzada. Por tanto el problema es la demanda de servicios de apoyo para el desarrollo de la vida.

**P19. Se estima que la población de mayores duplique en 2050. ¿La ciudad estará preparada para recibir tantos mayores? ¿Los arquitectos tendrán consciencia de este hecho? ¿Hasta qué punto la arquitectura debería cambiar o qué nuevos esfuerzos podrían ser hechos?**

Sí, claro. Todos estamos concienciados, lo que se debe hacer es que las viviendas se tendrán que edificar pensando en el uso para mayores. Hay que eliminar las barreras arquitectónicas, aplicar técnicas que se adapten a una respuesta fácil para el mayor, todo a un formato a escala más pequeña. Un edificio con 100 camas siempre es mejor que uno de 400. Hay que evitar la masificación.

**P20. Para terminar el cuestionario, quiero dejar una cuestión en abierto para el Señor Arquitecto, caso quiera añadir alguna idea o escribir algo sobre este tipo de arquitectura, de espacios o nuestra sociedad.**

Lo importante en un proyecto de arquitectura sanitaria es que el proyecto sea interesante arquitectónicamente. No puedes escudarte en la funcionalidad restrictiva de un edificio sanitario para hacer un proyecto. Este es el gran problema de la Arquitectura sanitaria en

estos últimos años. Ni las normas ni las legislaciones construyen los edificios, es el Arquitecto quien los construye.

# Anexo D

## Material teórico cedido pelo ateliê Aires Mateus

### 1) ALCÁCER DO SAL FORM

Name of the project: Residências assistidas em Alcácer do Sal. Houses for elderly people in Alcácer do Sal.

Location: Alcácer do Sal (Portugal)

Date of project: 2006-2007

Date of construction: 2008-2010

Brief project description:

Authors: Francisco Aires Mateus

Manuel Aires Mateus

Collaborators: Giacomo Brenna

Paola Marini

Anna Bacchetta

Miguel Pereira

Client: Santa Casa da Misericórdia de Alcácer do Sal

Constructor: Ramos Catarino, Sa

Engineer: Engitarget, lda

Landscape architecture: ABAP Luis Alçada Batista

Footprint Area:	1560 m2	Floor Gross Area:	3640	m2
Plot area:	10435 m2			

Press release text:

(PORTUGUES) O projecto parte de uma leitura atenta da vida de um tipo de comunidade muito específica, uma espécie de micro-sociedade com regras próprias. Trata-se de um programa, a meio caminho entre um hotel e um hospital, que procura compreender e reinterpretar o binómio social/privado, respondendo por um lado à vida em comunidade e por

outro à vida em solidão. O projecto é assim “desenhado” a partir das relações estabelecidas nesta sociedade: núcleos independentes se agregam num conjunto de expressão clara. A reduzida mobilidade dos que viverão o edifício obriga a tornar cada movimento uma experiência diversificada e emotiva: a distância entre os núcleos independentes é medida e desenhada, transformando a ideia de percurso em vida e o seu tempo em desenho.

O edifício, percurso desenhado, assume-se como um muro que, surgindo naturalmente da topografia acidentada do terreno, limita e define o espaço aberto, organizando assim todo o lote.

## 2) Entrevista na Revista XXI Architecture and Design, Turkey, Abril 2011

**This building was projected for the elderly. How did you reflect this to spatial organization of the building?**

from our press release text:

*"The project is based on a attentive reading of the life of a very specific kind of community, a sort of a micro-society with its own rules. It is a program, somewhere in between a hotel and a hospital, that seeks to comprehend and reinterpret the combination social/private, answering to the needs of a social life, and at the same time of solitude. Independent unities aggregate into a unique body, whose design is expressive and clear, responding to a rough topography.*

*The reduct mobility of those who will live in the building suggests that any displacement should be an emotive and variable experience. The distance between the independent units is measured and drawn to turn the idea of path into life."*

This idea of turning the displacement into an experience, with variable views of the exterior and movement of natural light entering the corredor all the day long, originated the expressive form of the corredors, and of the plan. The independent unities - rooms - simply aggregate to this designed path. The facade is a result of this scheme: the volumes are rooms, the gaps inbetween the volumes are entrances of light and views to the corredor, and at the same time are private terraces of the rooms.

**What was the idea behind your creation of a rhythmic facade, does it have some references to local architecture or does it play a role in generating a relaxing environment for the users?**

The facade is the result of the design process.

The volumes - rooms, independent unities of the program- aggregate along the corridors. The gaps between them are designed to let the light get to the corridor, to give sequences of exterior views, and to provide private terraces for the rooms (and to identify the volumes: with no gaps you could read the aggregation of masses). The facade - alternance of volumes and voids - is the direct result of the aggregation scheme.

**What were your main design criteria for creating a space for elderly which does not resemble to a hospital?**

Probably the aspect that takes more distance from the design of a hospital is the continuous relationship with the exterior: common areas have views of the landscape outside, always different, and corridors have a lot of sun light. The private units, also, have completely private sights (nobody can watch into a bedroom from another one), and private terraces. Instead of being a “controlled” space (like a hospital that is typically considered a controlled space regarding its temperature, policies, behavior, rules) this is a completely natural space (natural ventilation and illumination, relationship with the exterior, exterior areas...).

**Did you receive any feedbacks from the users? Are they content with the space they are staying?**

We do not have direct feedback from the elderly people living in the house, but we were told, from the nursing team that works there, that elderly people, during the first winter in the new building, got less sick than during any other winter in the old building or in any other building with the same purpose in the area. It means the building is healthy, with lot of sunlight inside, and a good natural circulation of air.