

ELO

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
ESCOLA POLITÉCNICA E ARTES – PUC GOIÁS
CURSO DE ARQUITETURA E URBANISMO

INSTITUTO ELO

Centro de Assistência ao Alzheimer

MARCOS MACIEL MAIA SPADONI
PROFa. Orient.a DRa. MARIA ELIANA JUBÉ RIBEIRO – LANA

DEDICATÓRIA

Gostaria de expressar minha gratidão a todas as pessoas que me apoiaram e acreditaram em mim durante todo este processo, agora posso encerrar com chave de ouro este ciclo para, enfim, iniciar uma nova fase em minha vida.

Aos meus pais, por todo o sacrifício e suporte incondicional que me deram para que eu pudesse alcançar o meu sonho de infância: me tornar arquiteto. Sei que jamais serei capaz de retribuir plenamente cada esforço, palavra de encorajamento e demonstração de orgulho, mas saibam que foram eles que me sustentaram até aqui.

Aos meus amigos, que caminharam ao meu lado durante estes cinco anos. Entre reclamações, risadas, bons e maus momentos, vocês foram fundamentais para que eu construísse minhas próprias opiniões e amadurecesse ao longo de cada etapa dessa jornada.

Dedico esse trabalho especialmente para minha avó Nelci Spadoni, que vive com a Doença de Alzheimer, mas sempre deixou claro do orgulho e amor que tem direcionado a mim!

Agradeço profundamente a todos os envolvidos que fizeram parte desta trajetória, incluindo a minha orientadora pelo direcionamento e paciência. Obrigado!

APRESENTAÇÃO

O Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Arquitetura e Urbanismo constitui-se como uma atividade obrigatória para a finalização da graduação, conforme estabelecido pelas Diretrizes Curriculares Nacionais. Trata-se de um trabalho acadêmico individual, de natureza projetual, que deve abordar um tema livre, desde que relacionado às atribuições do arquiteto e urbanista. O desenvolvimento ocorre ao longo de dois semestres, o produto final esperado é a elaboração de um projeto arquitetônico, urbanístico e/ou paisagístico fundamentado em bases conceituais consistentes. Mesmo quando o foco principal é o projeto, aspectos teóricos, históricos e técnicos se tornam indispensáveis, sendo discutidos por meio de reflexões críticas e decisões projetuais.

Nesse contexto, o Caderno Teórico assume papel essencial, reunindo levantamentos, diagnósticos e justificativas que embasam o desenvolvimento do trabalho. Ele é construído no TCC I, onde se estrutura o estudo preliminar, e aprofundado no TCC II, quando se consolida o anteprojeto.

O processo tem início com a escolha do tema, seguido pela contextualização da problemática em um recorte mais amplo. Em seguida, justifica-se a escolha do assunto e define-se o local de intervenção, acompanhado de análises sobre suas características físicas, sociais e urbanas, bem como sua relação com o entorno imediato e a cidade. O programa de necessidades é sistematizado em um quadro síntese, elaborado a partir das demandas do tema, das necessidades dos usuários e da análise de referências análogas.

A partir dessas etapas, estrutura-se a proposta teórica e a setorização do programa no terreno, constituindo a base para o estudo preliminar e, posteriormente, para o anteprojeto. É importante destacar que o Caderno Teórico funciona como um documento norteador, podendo sofrer ajustes ao longo do processo. Assim, o TCC se configura como uma oportunidade singular de aprendizagem, de produção de conhecimento e de consolidação da formação acadêmica e profissional, refletindo de forma crítica a trajetória do estudante ao longo do curso.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

APRESENTAÇÃO

SUMÁRIO

TEMÁTICA

TEMA E JUSTIFICATIVA

A DOENÇA DE ALZHEIMER

DIAGNÓSTICO

PREVENÇÃO

A CIDADE DO PROJETO

IMPACTO FAMILIAR

ARQUITETURA PARA ALZHEIMER

REFERÊNCIAS PROJETUAIS

PROGRAMA

USUÁRIO

ESTUDOS DO LUGAR

PROPOSTA TEÓRICA

CONSIDERAÇÕES FINAIS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

TEMA, TEMÁTICA, E JUSTIFICATIVA

TEMÁTICA

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a saúde de uma pessoa é definida pelo bem-estar físico, social e mental de um indivíduo, não se limitando apenas a ausência de enfermidades. O Ministério da Saúde sugere, para cada categoria, hábitos que podem ajudar a melhorar a saúde, dentre eles se destaca a prática de atividades físicas e, o convívio social, além de hobbies para o auto lazer e cuidado pessoal. Tratando de saúde mental, a OMS caracteriza como: um estado de bem-estar vivido pelo indivíduo, que possibilita o desenvolvimento de suas habilidades pessoais para responder aos desafios da vida e contribuir com a comunidade.

Saúde mental e saúde neurológica estão ligadas, porém possuem diferenças. A saúde mental envolve o bem-estar psicológico e emocional, incluindo a capacidade de lidar com emoções, estresse e relacionamentos, sendo afetada por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Transtornos como depressão, ansiedade e esquizofrenia são exemplos de condições de saúde mental, tratados por psicólogos, psiquiatras e terapeutas, com psicoterapia, medicação e ações psicossociais. A saúde neurológica por sua vez, engloba o funcionamento do sistema nervoso, como o funcionamento do cérebro, medula espinhal e nervos

e, envolve doenças físicas ou biológicas, como distúrbios neurodegenerativos, tratados por neurologistas e neurocirurgiões através de medicamentos, cirurgias e fisioterapia. Assim, saúde mental foca em aspectos psicológicos, enquanto saúde neurológica lida com condições fisiológicas do sistema nervoso.

O estigma relacionado à saúde mental afeta não apenas as pessoas com condições psicológicas, mas também suas famílias, ele constitui um obstáculo significativo à recuperação, reabilitação e acesso adequado ao tratamento, além de impactar negativamente a reputação, os investimentos e a qualidade dos serviços de saúde mental. Fatores como medo, incompreensão, preconceito e despreparo alimentam a discriminação, gerando exclusão social em diversos contextos, incluindo casa, escola, trabalho e ambientes hospitalares. Embora a recuperação seja possível, o estigma dificulta a busca por apoio e tratamento, prejudicando o bem-estar emocional e a construção de comunidades solidárias. Superar o estigma é essencial para promover ambientes acolhedores, garantir igualdade no acesso aos serviços de saúde mental e melhorar a qualidade de vida das pessoas afetadas.

TEMA

A DOENÇA DE ALZHEIMER

De acordo com o Ministério da Saúde (2021), a “Doença de Alzheimer” (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal, que se manifesta pela deterioração cognitiva e da memória, comprometimento progressivo das atividades da vida diária e uma variedade de sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais. Até o momento, não se conhece uma causa única para sua ocorrência, embora se acredite que fatores genéticos desempenhem papel importante. O indivíduo é afetado principalmente no hipocampo, responsável pelo armazenamento da memória, e no córtex cerebral, essencial para funções como linguagem, raciocínio, reconhecimento de estímulos sensoriais e pensamento abstrato.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2021), estima-se que mais de 55 milhões de pessoas no mundo, vivam atualmente com algum tipo de demência, número que pode ultrapassar 139 milhões até 2050. O Alzheimer representa de 60% a 70% desses casos, configurando-se como a principal causa de demência no mundo e um dos maiores desafios contemporâneos de saúde pública (Figura 1).

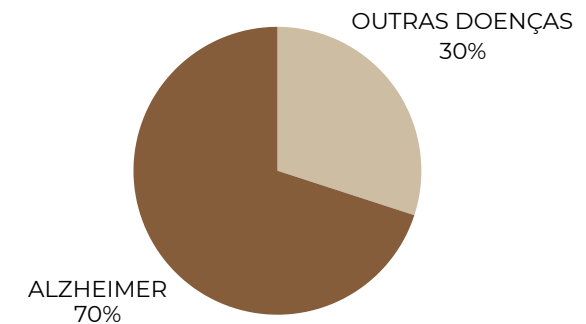


Figura 1: adaptado do autor |
fonte: OMS, 2021.

No Brasil, observa-se tendência semelhante de crescimento da doença. Atualmente, aproximadamente 8,5% da população idosa convive com a doença, esse número corresponde a cerca de 1,8 milhão de pessoas, quantidade que pode ultrapassar os 5,7 milhões de pessoas, conforme estimativas do Ministério da Saúde (2023). O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2023) aponta que a expectativa de vida no país passou de 62,6 anos em 1980 para 76,5 anos em 2023, evidenciando transformações demográficas que aumentam a incidência de doenças associadas ao envelhecimento. Apesar disso, o acesso a diagnóstico precoce, acompanhamento contínuo e terapias de reabilitação permanece desigual, com concentração de serviços nas capitais do Sudeste e do Sul, deixando regiões como o Centro-Oeste com carência desses atendimentos.

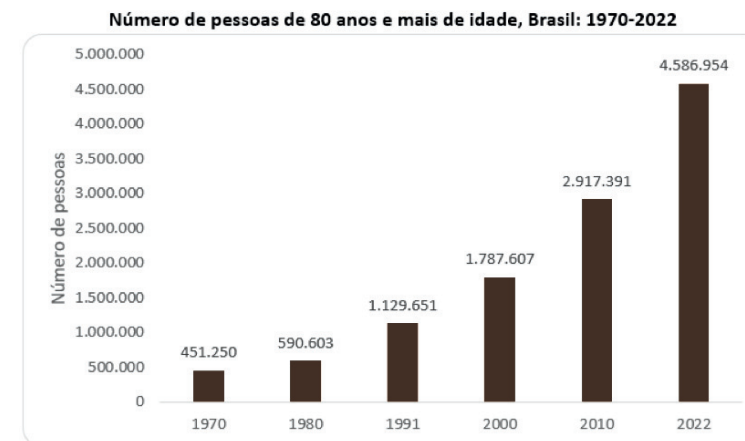


Figura 2: Censos Demográficos
Fonte: IBGE 2022

A estruturação de uma rede integrada de cuidados para a Doença de Alzheimer converge com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, contribuindo diretamente para o cumprimento das metas estabelecidas pela Agenda 2030, tais como:

- Alcançar cobertura universal de saúde, incluindo proteção contra riscos financeiros, acesso a serviços essenciais de saúde de qualidade e a medicamentos e vacinas seguros, eficazes e acessíveis para todos;
- Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para doenças transmissíveis e não transmissíveis, garantindo acesso a preços acessíveis, conforme a Declaração de Doha;
- Aumentar substancialmente o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento, formação e retenção de profissionais de saúde, especialmente em países em desenvolvimento e regiões menos favorecidas;
- Reforçar a capacidade nacional e internacional de alerta precoce, redução de riscos e gestão de riscos de saúde.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da Doença de Alzheimer (DA) é realizado por meio de uma sequência de exames e testes clínicos. Por se tratar de uma patologia progressiva, a identificação precoce torna o tratamento significativamente mais eficaz. Visto que a doença ainda não possui cura, retardar o seu avanço é essencial para garantir a qualidade de vida e a autonomia do paciente.

No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) pode ser estruturado com base nas recomendações do Departamento Científico de Neurologia Cognitiva e do Envelhecimento da Academia Brasileira de Neurologia (ABN). A ABN propõe um fluxo de investigação clínica distribuído pelos três níveis de atenção à saúde:

ATENÇÃO PRIMÁRIA:

ANAMNESE

Entrevista com paciente e familiar sobre sintomas cognitivos, neuropsiquiátricos e comportamentais, preferencialmente de forma separada.

EXAME CLÍNICO

Exame físico geral e neurológico completo para identificar doenças sistêmicas e sinais focais.

EXAMES LABORATORIAIS

Exames básicos para descartar causas secundárias e comorbidades.

AVALIAÇÃO COGNITIVA

Testes breves (MoCA, BBRC, CASI-S), fluência verbal e aprendizado de palavras; avaliação funcional.

NEUROIMAGEM ESTRUTURAL

Tomografia de crânio para descartar causas estruturais (tumores, infartos, hidrocefalia).

ATENÇÃO SECUNDÁRIA:

Todos os procedimentos acima, porém acrescentar na bateria de exames:

PESQUISA DE BIOMARCADORES

Indicada apenas em casos com dúvida diagnóstica entre DA e outras demências.

ATENÇÃO TERCIÁRIA:

Todos os procedimentos acima, porém com um aprofundamento maior e com mais complexidade.

Conforme aponta Santos (2020), o cuidado integral exige um olhar atento as limitações, sendo a Terapia Ocupacional uma área essencial para estruturar essa assistência por meio de um ciclo contínuo de avaliação e intervenção. Com dados em mãos, o terapeuta ocupacional parte para o desenvolvimento do plano de cuidado. Esse planejamento envolve a criação de estratégias personalizadas, que podem incluir a adaptação do ambiente doméstico para evitar quedas, o uso de tecnologias assistivas e a divisão de tarefas complexas em etapas mais simples e gerenciáveis pelo idoso. Além disso, o plano orienta diretamente os familiares e cuidadores sobre como prestar o auxílio correto, estimulando o paciente sem retirar dele o protagonismo de suas ações. O objetivo final desse ciclo iterativo é a manutenção da autonomia, funcionalidade e qualidade de vida do paciente.

**TERAPIA OCUPACIONAL NO
CUIDADO COM O ALZHEIMER:**

**RECONHECIMENTOS DAS
ATIVIDADES DIÁRIAS COMPROMETIDAS**



**AValiação DAS DIFICULDADES
E POTENCIALIDADES**



**DESENVOLVIMENTO DO
PLANO DE CUIDADO**



**MANUTENÇÃO DA AUTONOMIA,
FUNCIONALIDADE, E QUALIDADE
DE VIDA DO PACIENTE.**

De acordo com o Ministério da Saúde os principais sintomas da doença são:

- Falta de memória para acontecimentos recentes.
- Repetição da mesma pergunta várias vezes.
- Dificuldade para dirigir automóvel e encontrar caminhos conhecidos.
- Incapacidade de elaborar estratégias para resolver problemas.
- Dificuldade para acompanhar conversações ou pensamentos complexos.
- Dificuldade para encontrar palavras que exprimem ideias ou sentimentos pessoais.
- Irritabilidade, suspeição injustificada, agressividade, passividade, interpretações erradas de estímulos visuais ou auditivos, tendência ao isolamento.

Por ser uma doença que avança de acordo com o tempo, o quadro clínico costuma ser dividido em quatro estágios:

Estágio 1

Forma inicial

Alterações na memória, na personalidade e nas habilidades visuais e espaciais

Estágio 2

Forma Moderada

Dificuldade para falar, realizar tarefas simples e coordenar movimentos. Agitação e insônia.

Estágio 3

Forma Grave

Resistência à execução de tarefas diárias. Incontinência urinária e fecal. Dificuldade para comer. Deficiência motora progressiva.

Estágio 4

Forma Terminal

Restrição ao leito. Mutismo. Dor à deglutição. Infecções intercorrentes.

PREVENÇÃO

Ainda não existem estudos conclusivos para um tratamento preventivo específico. No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2021), especialistas defendem que “manter a cabeça ativa e uma boa vida social, regada a bons hábitos e estilos, pode retardar ou até mesmo inibir a manifestação da doença”.

As atividades a seguir são citadas pelo Ministério da Saúde como uma forma de prevenção para o Alzheimer:

- Estudar, ler, pensar, manter a mente sempre ativa;
- Fazer exercícios de aritmética, jogos inteligentes, atividades em grupo;
- Não fumar, não consumir bebida alcoólica, ter alimentação saudável e regrada;
- Fazer prática de atividades físicas regulares;

TERAPIAS PARA O ALZHEIMER

As intervenções na doença de Alzheimer têm como objetivo melhorar a qualidade de vida do paciente e de seus familiares, lidando com déficits cognitivos, alterações comportamentais e emocionais.

Reabilitação neuropsicológica: Avalia e trabalha funções cognitivas preservadas, comportamento e estado emocional, oferecendo reabilitação cognitiva, psicoterapia, intervenção familiar e psicoeducativa.

Reabilitação cognitiva: Foca na fase inicial da doença, visando manter ou compensar déficits cognitivos por meio de treino e estimulação, adaptando-se em estágios avançados com terapias de reminiscência e validação.

Estimulação sensorial: Promove bem-estar e relaxamento usando musicoterapia, estímulos multissensoriais, imagens, sons e cheiros, sendo especialmente útil em fases avançadas.

Intervenção psicoeducativa: Apoia e educa cuidadores sobre a doença, mudanças de comportamento e gestão emocional, oferecendo suporte grupal para troca de experiências e estratégias de cuidado.

Estratégias compensatórias: Incluem hábitos e rotinas, métodos de armazenamento e aviso de informações, organização ambiental, estimulação sensorial e atividades diárias, além de técnicas internas como mnemônicas, associação de informações, criatividade e a técnica dos 3R (Reassegurar, Reconsiderar e Redirecionar), para lidar com comportamentos desafiadores do paciente.

Essas intervenções visam maximizar a funcionalidade preservada do paciente, reduzir o impacto da doença no dia a dia e apoiar familiares e cuidadores no manejo das situações desafiadoras.



MUSICOTERAPIA



ESPORTE



**TERAPIA
COGNITIVAS**



ARTESANATO



ACUPUNTURA



FISIOTERAPIA

A CIDADE DO PROJETO

Goiânia se destaca como um centro urbano de relevância regional, desempenhando um papel altamente estratégico na rede de saúde do Centro-Oeste brasileiro. Entretanto, há uma carência evidente de equipamentos públicos especializados em demências que integrem pesquisa científica, atendimento clínico e reabilitação cognitiva em uma mesma estrutura. Atualmente, o suporte a pacientes e familiares ocorre de forma fragmentada, muitas vezes limitado a ambulatorios universitários ou grupos de apoio da sociedade civil, sem a centralização necessária para absorver a crescente demanda de alta complexidade.

De acordo com o anuário estatístico de 2025 da prefeitura de Goiânia, embora a capital ofereça serviços voltados à população da terceira idade através do "Centro de Referência Atenção à Saúde da Pessoa Idosa" (CROF) e suporte neurológico no Instituto de Neurologia de Goiânia (ING), ambas as instituições atuam como centros de saúde abrangentes e com escopos gerais.

O CROF, por exemplo, embora voltado para o idoso, possui foco assistencial amplo em turnos parciais (matutino e vespertino), não tendo o Alzheimer como foco principal.

Diante disso, a implantação de um centro especializado em Alzheimer se justifica pelo potencial de integração com a ampla capilaridade da rede municipal existente. Esse centro centralizado viria para preencher o vácuo científico e de reabilitação, se articulando diretamente com a rede de saúde distribuídos na cidade.

IMPACTO FAMILIAR

Segundo o Congresso Regional de Serviço Social do Rio de Janeiro, os efeitos das demências, por mais que não sejam as principais causas de mortalidade entre idosos, repercutem significativamente no indivíduo e em seu ciclo familiar imediato. Em todo o mundo, a família é o principal centro de apoio para o idoso. Com o aumento da incidência da doença, decorrente do envelhecimento populacional, torna-se essencial a conscientização dos familiares para lidar com as mudanças comportamentais do paciente.

Caldas (2002) ressalta:

“Socialmente, a família sente-se invadida pela doença, vivenciando alterações na rotina, como mudanças na jornada de trabalho, afastamento de amigos, restrições ao lazer e ausência em reuniões sociais para não expor o doente.”

Nesse contexto, um local para orientar os familiares no manejo da doença, guiando-os pelas diferentes etapas de sua evolução, seria relevante para a população. Por se tratar de uma doença crônica, degenerativa e sem cura, os ensinamentos são essenciais e contínuos para essa rede de apoio.

O Alzheimer impõe desafios significativos às famílias, sobrecarregando cuidadores e gerando custos indiretos relacionados a hospitalizações, medicamentos e perda da autonomia funcional do paciente. O centro proposto busca integrar diagnóstico, pesquisa, tratamento, reabilitação, terapia, e apoio, oferecendo um espaço dedicado ao desenvolvimento de estudos sobre Alzheimer, estratégias de tratamento e prevenção. Dessa forma, o projeto contribui para a produção de conhecimento aplicado e fortalece a formação de profissionais da saúde em uma região carente de polos avançados nessa área. Além disso, permite explorar conceitos contemporâneos, como neuroarquitetura, humanização de ambientes de saúde e sustentabilidade, garantindo que o espaço seja funcional e promova bem-estar, conforto e dignidade aos usuários.

ARQUITETURA PARA ALZHEIMER

Os espaços compartilhados devem ser projetados com áreas comuns bem dimensionadas e decoradas de forma a evidenciar suas funções, pois isso estimula os residentes a permanecerem em grupo e reduz a tendência ao isolamento (ZEISEL, 2009). Além disso, é essencial que esses ambientes favoreçam o encontro entre grupos sociais que compartilham memórias e conexões (SILVA, 2016).

A aparência do ambiente também exerce papel fundamental: espaços com caráter residencial, em oposição ao institucional, promovem melhor funcionamento emocional e intelectual, estimulam a interação social, a autonomia e reduzem comportamentos de agitação e ansiedade. Ambientes acolhedores, quentes e coloridos demonstram estar associados a menos episódios de vaguear, maior tempo sentado e caminhadas mais curtas (CALKINS, 2018; CHAUDHURY, 2017; ZEISEL, 2009).

No que se refere aos corredores e percursos, recomenda-se o uso de sistemas de circulação direta, pois eles facilitam a orientação espacial. Os residentes localizam-se melhor em trajetos lineares e sem mudanças de direção, especialmente quando todo o corredor é visível a partir de qualquer ponto do espaço (MARQUARDT; SCHMIEG, 2009).

O controle de saídas e acessos também deve ser cuidadosamente planejado, reduzindo e camuflando portas de áreas de serviço ou locais que representem perigo. Isso pode ser feito, por exemplo, pintando as portas da mesma cor da parede e evitando o uso de vidros, para não despertar curiosidade. Essa sensação de segurança estimula a liberação de ocitocina, diminuindo o estresse e aumentando a confiança e sociabilidade dos residentes, além de permitir que os cuidadores interajam de forma mais tranquila (ZEISEL, 2009).

O uso do Design Universal é essencial, considerando que pessoas com Doença de Alzheimer apresentam alterações motoras ao longo do tempo. Esse tipo de design permite o uso autônomo dos espaços por todos, inclusive por indivíduos com diferentes limitações físicas (THE DEMENTIA SERVICES DEVELOPMENT CENTRE, 2013).

O mobiliário deve ser intuitivo e familiar, com design tradicional, facilitando o reconhecimento pelos idosos. Além disso, os móveis precisam ter contraste visual com o piso para serem facilmente identificados – especialmente itens como vasos sanitários, pias, bancos e mesas (THE DEMENTIA SERVICES DEVELOPMENT CENTRE, 2013).

Quanto ao piso, recomenda-se que ele não seja reflexivo nem escorregadio, evitando padrões excessivos que possam confundir os residentes. Degraus e mudanças bruscas de tonalidade entre materiais devem ser evitados, pois podem ser interpretados como buracos ou obstáculos. Em caso de escadas, é necessária uma caracterização clara e segura (DSDC, 2013).

REFERÊNCIAS PROJETUAIS

CENTRO DIURNO PARA TRATAMENTO DE ALZHEIMER

FICHA TÉCNICA

Localização: Reus, Espanha

Arquitetos: GCA Architects

Área: 1070 m²

Ano: 2019

O projeto está organizado em uma série de módulos que giram em torno de pátios centrais. Eles fornecem suporte, iluminação e ventilação aos principais espaços da edificação gerando áreas exteriores protegidas para os usuários. Cada um dos módulos acolhe uma parte do programa, por um lado a administrativa e por outro a unidade de reabilitação cognitiva e o Centro Diurno. O lote tem 4300m², dos quais 1070m² são construídos com grandes áreas destinadas aos jardins terapêuticos

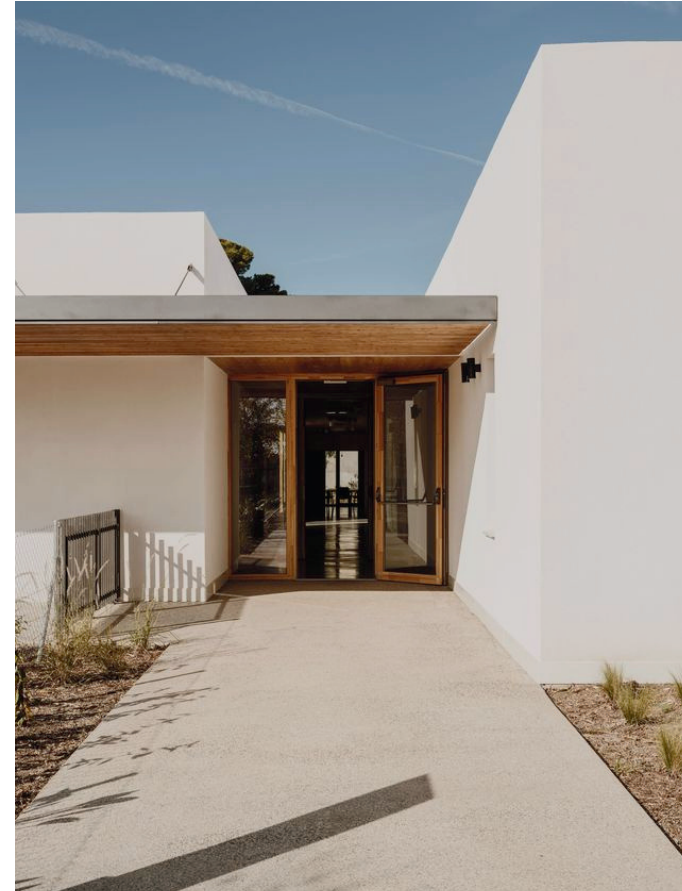


Figura 5
Fonte: Archdaily | 2021

Construção

Tecnologias:

- Construção modular e econômica, com sistema pré-fabricado de madeira laminada colada.
- Eficiência acústica garantida por materiais naturais que reduzem reverberação.
- Eficiência energética obtida por pátios que otimizam ventilação cruzada e iluminação natural.
- Eficiência térmica através do uso de madeira, ventilação natural e espaços sombreados.
- Sustentabilidade como princípio central, com uso de materiais de baixo impacto e integração à vegetação.

Detalhes:

- Fachada de linguagem natural e acolhedora, marcada por materiais quentes e ritmo modular.
- Paisagismo com pátios internos e jardins terapêuticos como elementos centrais do projeto.
- Espaços voltados para terapia, convivência, relaxamento e atividades de estimulação cognitiva.
- Design estético aliado à função terapêutica, criando ambientes que reduzem ansiedade e desorientação em pacientes.

Materiais

- Madeira laminada colada (estrutura principal).
- Vidro (fachadas abertas para pátios, iluminação natural).
- Vegetação integrada ao projeto arquitetônico (pátios e jardins terapêuticos).
- Concreto (piso e fundações).

(Esses materiais reforçam a ideia de acolhimento, naturalidade e integração entre espaço construído e natureza.)

Estrutura

- Tipo de estrutura: modular em madeira laminada colada pré-fabricada.
- Pilares: madeira, permitindo ritmo regular e vãos adequados.
- Vigas: madeira laminada colada, garantindo estabilidade e leveza visual.
- Laje: sistema leve, integrando iluminação natural através de aberturas zenitais.
- Sustentabilidade: baixo impacto ambiental, rapidez construtiva e manutenção simplificada.

Cobertura

- Cobertura plana e simples, de volumetria limpa e contemporânea.
- Inclinação mínima para escoamento de águas pluviais.
- Integração com pátios internos, reforçando iluminação e ventilação natural.
- Cobertura leve, em madeira e painéis, com isolamento térmico eficiente.



Figura 9
Fonte: Archdaily | 2021



Figura 10
Fonte: Archdaily | 2021



Figura 7
Fonte: Archdaily | 2021

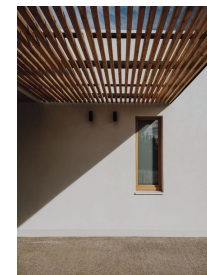


Figura 8
Fonte: Archdaily | 2021

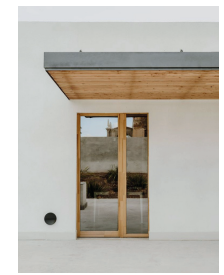


Figura 6
Fonte: Archdaily | 2021

SETORIZAÇÃO

- Área de estar e convivência (região central e inferior esquerda, com mobiliário e sofás).
 - Salas de atividades coletivas (região inferior esquerda e parte central, próximas ao pátio).
 - Refeitório / restaurante (parte superior esquerda, com mesas organizadas).
 - Pátio central ajardinado (coração do projeto, aberto, com árvores).
 - Espaços externos de convivência (jardins e áreas abertas ao redor da edificação).
-
- Cozinha e apoio ao refeitório (próximo ao setor de refeições, canto superior esquerdo).
 - Banheiros e áreas técnicas (espalhados em pontos estratégicos, próximos a corredores principais).
 - Ambientes administrativos e de apoio (na faixa superior central, com salas menores e organizadas em sequência).
 - Área de manutenção / apoio externo (parte lateral e fundos do terreno).



Figura 11
Fonte: Archdaily | 2021

CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS

FICHA TÉCNICA

Localização: Vinaros Castellón Espanha

Arquitetos: + MASS ARQUITECTURA

Ano: 2012

Área construída: 5000 m²

O projeto nasce da ideia de criar uma plataforma que ocupa todo o solar e cinco volumes prismáticos que se colocam em cima. A plataforma, Centro de Convivência, se organiza por meio de uma série de pátios e um principal localizado ao centro. Pátios que dão suporte, iluminação e ventilação aos principais

espaços do edifício e geram uns espaços exteriores protegidos para os usuários. No volumes superiores se localiza o programa da Residência Geriátrica, de modo que todas as habitações têm uma orientação Sul enquanto que os corredores de circulação dão para a fachada Norte.



Figura 12

Fonte: Archdaily | 2012



Figura 16

Fonte: Archdaily | 2012

CONSTRUÇÃO

Detalhes

- Integração com o entorno através de volumes leves e tratamento discreto, respeitando a escala e o contexto urbano.
- Fachada de estética racional e acolhedora, equilibrando a leveza volumétrica com textura materializada nos elementos prismáticos.
- Paisagismo estratégico com pátios internos distribuídos em torno da plataforma principal, formando espaços protegidos ao ar livre.
- Áreas destinadas à convivência e residência que favorecem comunicação direta com o exterior e luz natural elementos fundamentais para o bem-estar dos idosos.
- Design funcional e estético, que qualifica a experiência e remodela a forma como o cuidado geriátrico é entendido no espaço arquitetônico.



Figura 14

Fonte: Archdaily | 2012

Materiais

- Vidro e concreto: predominantes nas fachadas e estrutura, conferindo leveza, transparência e solidez.
- Materiais isolantes de fibras naturais e revestimentos recicláveis nos interiores, reforçando o compromisso ecológico.
- Cobertura com vegetação (teto/jardim/tanque), contribuindo para isolamento térmico, retenção de água e integração paisagística.

Estrutura

- Base em concreto e aço, garantindo resistência estrutural e flexibilidade nas configurações volumétricas.
- Utilização de sistema pré-fabricado tanto para a estrutura quanto para acabamentos das fachadas, evidenciando modulação, precisão e agilidade construtiva.

Cobertura

- Cobertura vegetal que atua como tanque, reduzindo o impacto térmico, promovendo isolamento e integra-se visualmente ao entorno.
- Espaços abertos (pátios) conectados à cobertura, otimizando ventilação e iluminação natural sem depender exclusivamente de tecnologia ativa.

CENTRO DIURNO PARA TRATAMENTO DE ALZHEIMER



Figura 10

Fonte: Archdaily | 2021

FICHA TÉCNICA

Localização: Reus, Espanha

Arquitetos: GCA Architects

Área: 1070 m²

Ano: 2019

Em ambos os estudos de caso foi extraído para o projeto:

- Eficiência energética obtida por pátios que otimizam ventilação cruzada e iluminação natural.
- Integração com a natureza
- Flexibilidade espacial: paredes internas de drywall para facilitar futuras mudanças
- Inserção urbana equilibrada: integração harmoniosa com bairro residencial, sem perder caráter público.
- Materiais como: Vidro (fachadas abertas para pátios, iluminação natural); Vegetação integrada ao projeto arquitetônico (pátios e jardins terapêuticos); Concreto (piso e fundações).
- Cobertura plana e simples, de volumetria limpa e contemporânea.

CENTRO DE CONVIVÊNCIA PARA IDOSOS



Figura 10

Fonte: Archdaily | 2021

FICHA TÉCNICA

Localização: Vinaros Castellón Espanha

Arquitetos: + Mmass Arquitectura

Ano: 2012

Área construída: 5000 m²

PROGRAMAS E USUÁRIOS

PROGRAMA

PROGRAMA MÍNIMO

O centro será dividido em cinco setores, são eles: Pesquisa, Clínico, Social, Serviço, e Administrativo, cada um dos setores possui um programa mínimo de:

PESQUISA:

- RECEPÇÃO
- LABORATÓRIOS
- SALAS DE PESQUISA
- ACERVO BIBLIOGRÁFICO
- ACERVO DE PESQUISA
- HIGIENIZAÇÃO DO ACERVO

ADMINISTRAÇÃO:

- COORDENAÇÃO
- SECRETARIA
- FINANCEIRO
- RECURSOS HUMANOS
- JURÍDICO
- ASSISTENTE SOCIAL
- ADMINISTRAÇÃO
- COPA ADM

SERVIÇO:

- RECEPÇÃO
- VESTIÁRIOS
- ABRIGO DE RESÍDUOS TEMPORÁRIOS
- COPA FUNCIONÁRIOS
- ESTACIONAMENTO

SOCIAL:

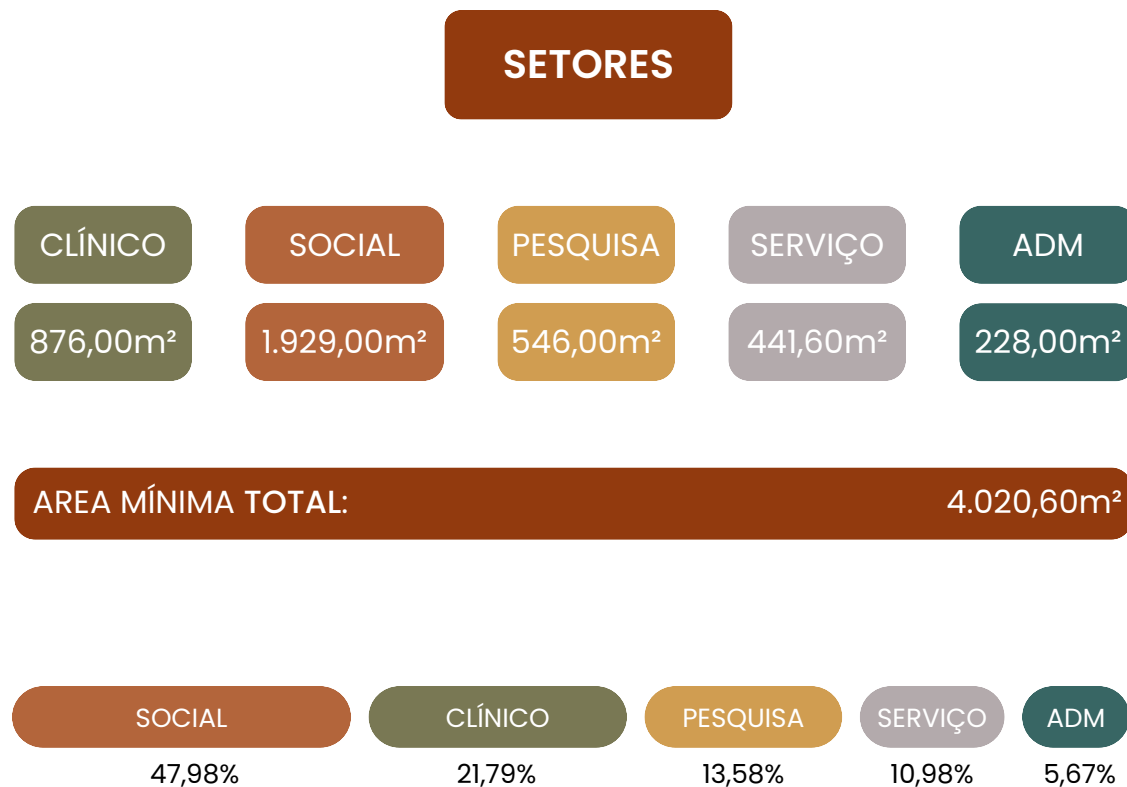
- RECEPÇÃO
- AUDITÓRIO
- SALA DE CULINÁRIA
- SALA DE ARTESANATO
- SALA DE YOGA
- SALA DE AULA
- SALA DE ACUPUNTURA
- SALA DE MUSICOTERAPIA
- SALA DE AUTONOMIA
- SALA DE PINTURA
- SALA DE DANÇA
- SALA DE PILATES
- ACADEMIA
- SALA DE FISIOTERAPIA
- SALA DE DESENHO
- SALA DE TAI CHI CHUAN
- SALA DE ATIVIDADES COGNITIVAS

GERAL:

- RECEPÇÃO
- BANHEIROS
- ESTACIONAMENTO
- DML

CLÍNICO:

- RECEPÇÃO
- CONSULTÓRIO DE GERIATRIA
- CONSULTÓRIO DE UROLOGIA
- CONSULTÓRIO DE GINECOLOGIA
- CONSULTÓRIO DE ANGIOLOGIA
- CONSULTÓRIO DE NUTRIÇÃO
- CONSULTÓRIO DE ENDÓCRINOLOGIA
- CONSULTÓRIO DE ORTOPEDIA
- CONSULTÓRIO DE PSIQUIATRIA
- CONSULTÓRIO DE PSICOLOGIA
- CONSULTÓRIO DE FONOAUDIOLOGIA
- CONSULTÓRIO DE CARDIOLOGIA
- CONSULTÓRIO DE NEUROLOGIA
- SALA DE TOMOGRAFIA
- SALA DE RESSONÂNCIA
- SALA DE RAIO-X
- POSTO DE COLETA
- SALA DE ANAMNESE
- SALA DE RECUPERAÇÃO PÓS-ANESTÉSICA
- SALA DE UTILIDADES



As áreas foram calculadas de acordo com o mínimo que cada ambiente precisa, baseado na quantidade e na necessidade de cada um. É importante lembrar que o setor social engloba todas as salas de terapia presentes no centro; isso devido ao princípio de que o centro foi pensado para que ocorra a junção das terapias com o bem-estar do paciente, com o propósito de devolver ao paciente (na maioria das vezes idoso) uma qualidade de vida e hobbies que foram perdidos no decorrer do desenvolvimento da doença.

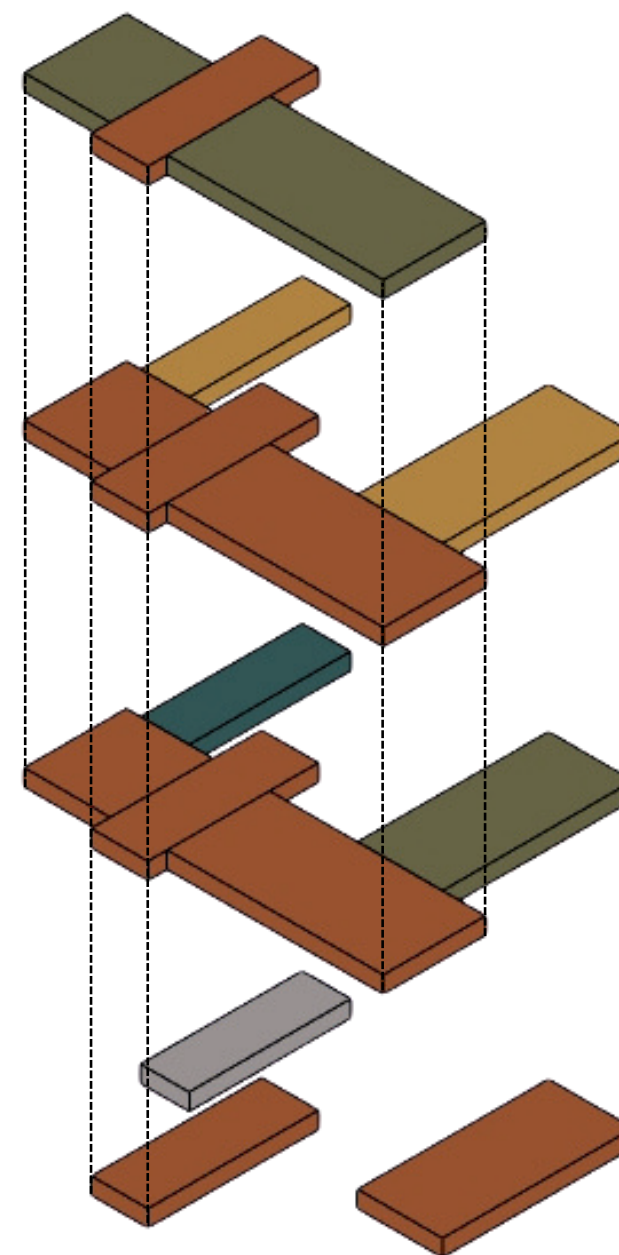


Figura 17
Fonte: Autoral

USUÁRIOS

Usuários determinados para o uso do Centro baseado nas funções de cada profissional e no programa de necessidades pré-definido para o projeto, os seguintes usuários foram estipulados:

USUÁRIOS PRINCIPAIS

- Pacientes com Alzheimer: em diferentes estágios da doença, necessitando de acompanhamento clínico, terapias de reabilitação cognitiva, motora e apoio social.
- Familiares e cuidadores: que acompanham os pacientes e precisam de orientação, capacitação e suporte psicossocial para o cuidado diário.

USUÁRIOS SECUNDÁRIOS

- Profissionais de saúde:
- Pesquisadores e estudantes: envolvidos em pesquisas científicas e desenvolvimento de novas práticas de diagnóstico, tratamento e prevenção.
- Equipe administrativa: gestão do centro, recepção, atendimento ao público, apoio técnico e financeiro.
- Equipe de apoio: limpeza, manutenção, segurança e serviços gerais.

USUÁRIOS OCASIONAIS

- Voluntários: que participam de atividades de apoio, oficinas e eventos sociais.
- Visitantes e comunidade: interessados em palestras, eventos educativos e campanhas de conscientização.
- Instituições parceiras: universidades, hospitais e centros de pesquisa que estabeleçam vínculos de cooperação.



EQUIPE
MÉDICA



PACIENTES



FAMÍLIA

USUÁRIOS FIXOS

O corpo de colaboradores fixos do centro foi estimado em uma média de 90 profissionais por dia. Essa população interna abrange a equipe médica (atuante nos consultórios e no setor de diagnóstico por imagem), o corpo administrativo e de gestão, os terapeutas, além dos funcionários técnico-operacionais do centro.

USUÁRIOS OCASIONAIS

O corpo de pessoas ocasionais do centro foi estimado em uma média de 195 pessoas, caso todas as salas de terapias, consultórios, biblioteca, e a ala de exames estiverem funcionando ao mesmo tempo. Porém a expectativa são que as aulas e terapias aconteçam de forma intercaladas durante a semana. Caso algum evento esteja acontecendo o auditório possui uma capacidade de 212 pessoas sentadas.

ESTUDOS DO LUGAR

O terreno selecionado para o desenvolvimento do projeto está estrategicamente localizado no Setor Pedro Ludovico, em Goiânia - GO, ocupando a esquina formada pelo cruzamento da Rua 1.015 com a Rua 1.018. Situado em uma das regiões mais tradicionais e dinâmicas da capital, o lote se destaca por sua excelente inserção urbana. A terreno apresenta uma topografia plana, e por estar localizado na esquina oferece grande visibilidade.

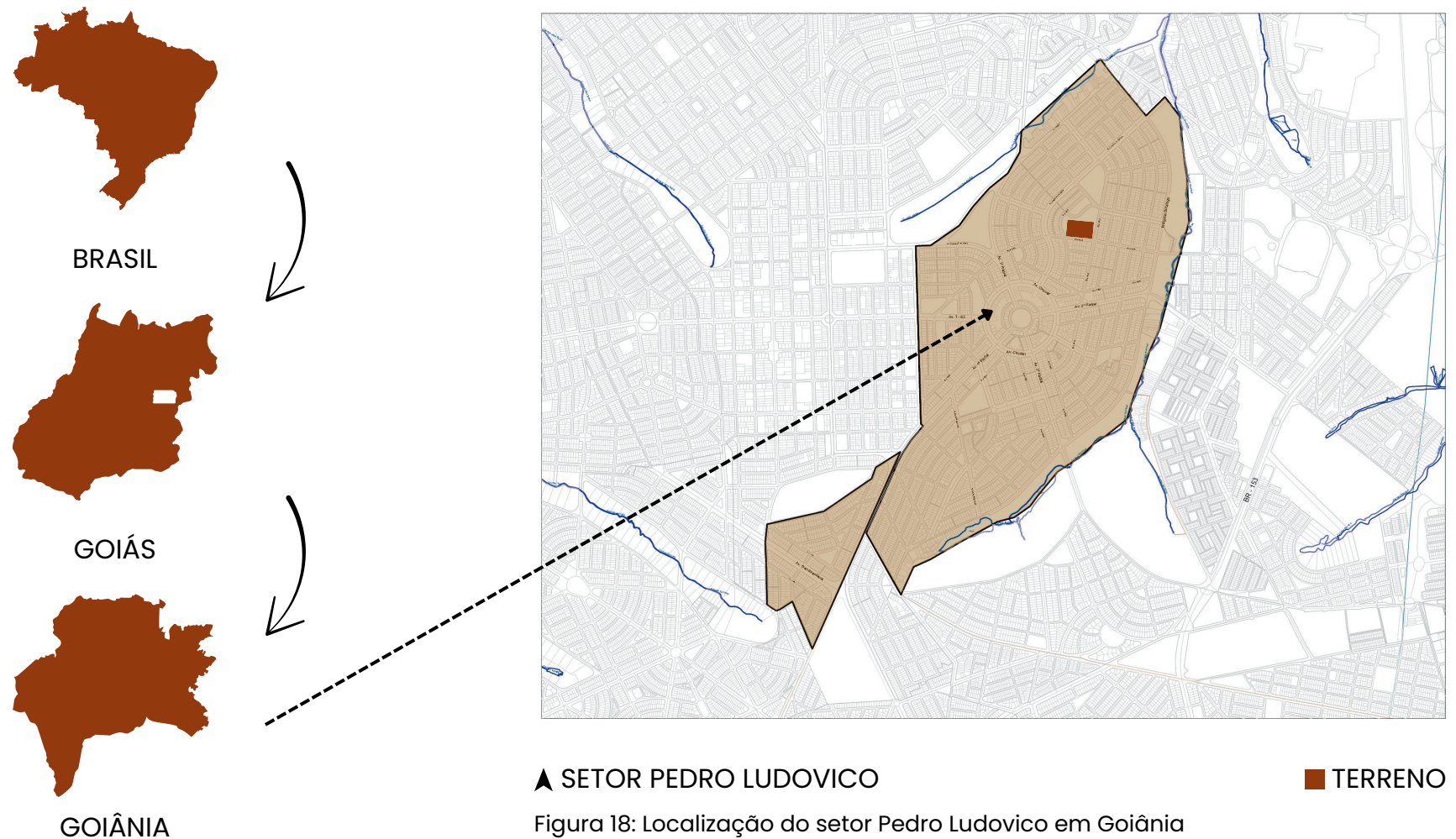


Figura 18: Localização do setor Pedro Ludovico em Goiânia
Fonte: Autoral

Originalmente conhecido como Macambira, o Setor Pedro Ludovico surgiu a partir da divisão da fazenda de mesmo nome. A região serviu de abrigo para imigrantes de diversas partes do Brasil que, por limitações financeiras, não podiam arcar com os custos de moradia no Centro ou em Campinas.

Por ter se configurado como uma ocupação irregular até 1954, o local inicialmente não dispunha de infraestrutura básica, como água encanada e energia elétrica. Naquela época, o deslocamento até a região central dependia de uma "jardineira" (ônibus rústico), e o comércio local limitava-se a um mercado de tábuas.

O processo de urbanização e regularização das famílias teve início em 1957, mas o desenvolvimento expressivo começou em 1976, impulsionado pela inauguração do Terminal Isidória um marco estrutural importante até os dias de hoje. A partir da década de 1980, o bairro recebeu grandes investimentos, culminando no asfaltamento de suas vias em 1985.

Preservando seu traçado urbano radiocêntrico original, o Setor Pedro Ludovico ainda resiste à forte pressão da verticalização, mantendo uma paisagem predominantemente horizontal, composta por casas térreas que vão das mais simples às de alto padrão.

Apesar dessa resistência, o bairro passou por transformações profundas ao longo dos anos, incluindo um desmembramento territorial que cedeu parte de sua área para a criação do Setor Marista.

O terreno selecionado abriga atualmente três campos de futebol pertencentes à Praça de Esportes Pedro Ludovico, os quais se encontram em desuso. Para a implantação do projeto, optou-se pelo uso de apenas uma fração da gleba. Essa delimitação interfere diretamente em apenas um dos campos, preservando uma área remanescente que, mediante uma potencial revitalização, permite a permanência e a coexistência harmônica dos outros dois campos com a nova edificação.

Além disso, em função das estruturas esportivas preexistentes, a porção do terreno destinada ao projeto já se encontra planificada. Portanto, para o desenvolvimento das propostas arquitetônicas e urbanísticas, será considerada a topografia plana atual do lote.

ANÁLISE DO TERRENO

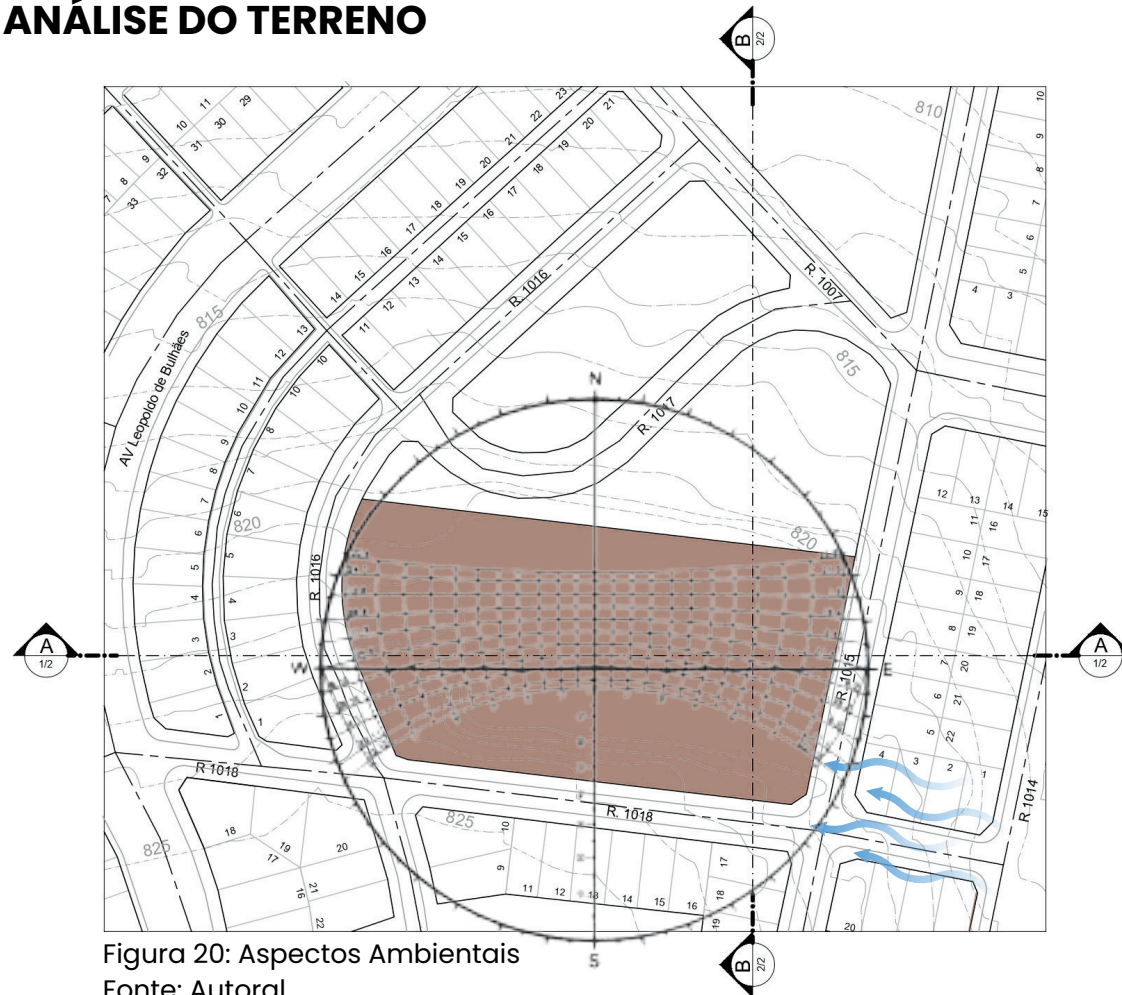
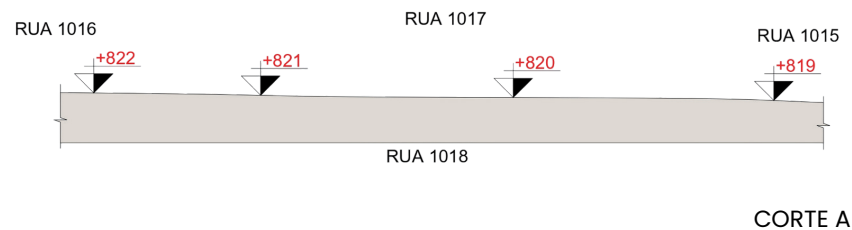


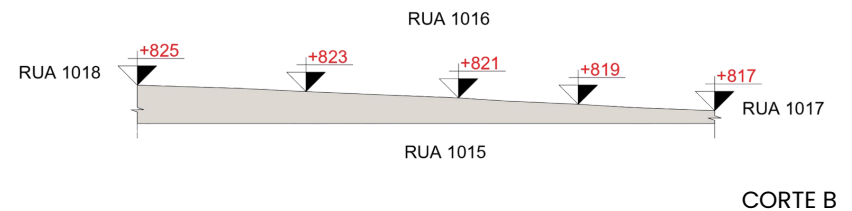
Figura 20: Aspectos Ambientais
Fonte: Autoral



- ▲ ■ TERRENO ESCOLHIDO
- ← VENTOS PREDOMINANTES

Através da carta solar podemos estudar o comportamento do sol no terreno, analisando a melhor orientação para fachadas principais do projeto.

Os cortes demonstram a topografia original do terreno, porém como existe uma intervenção na área de estudo, o lote será considerado plano para o futuro projeto, por causa da existência de campos de futebol na ocupação atual.



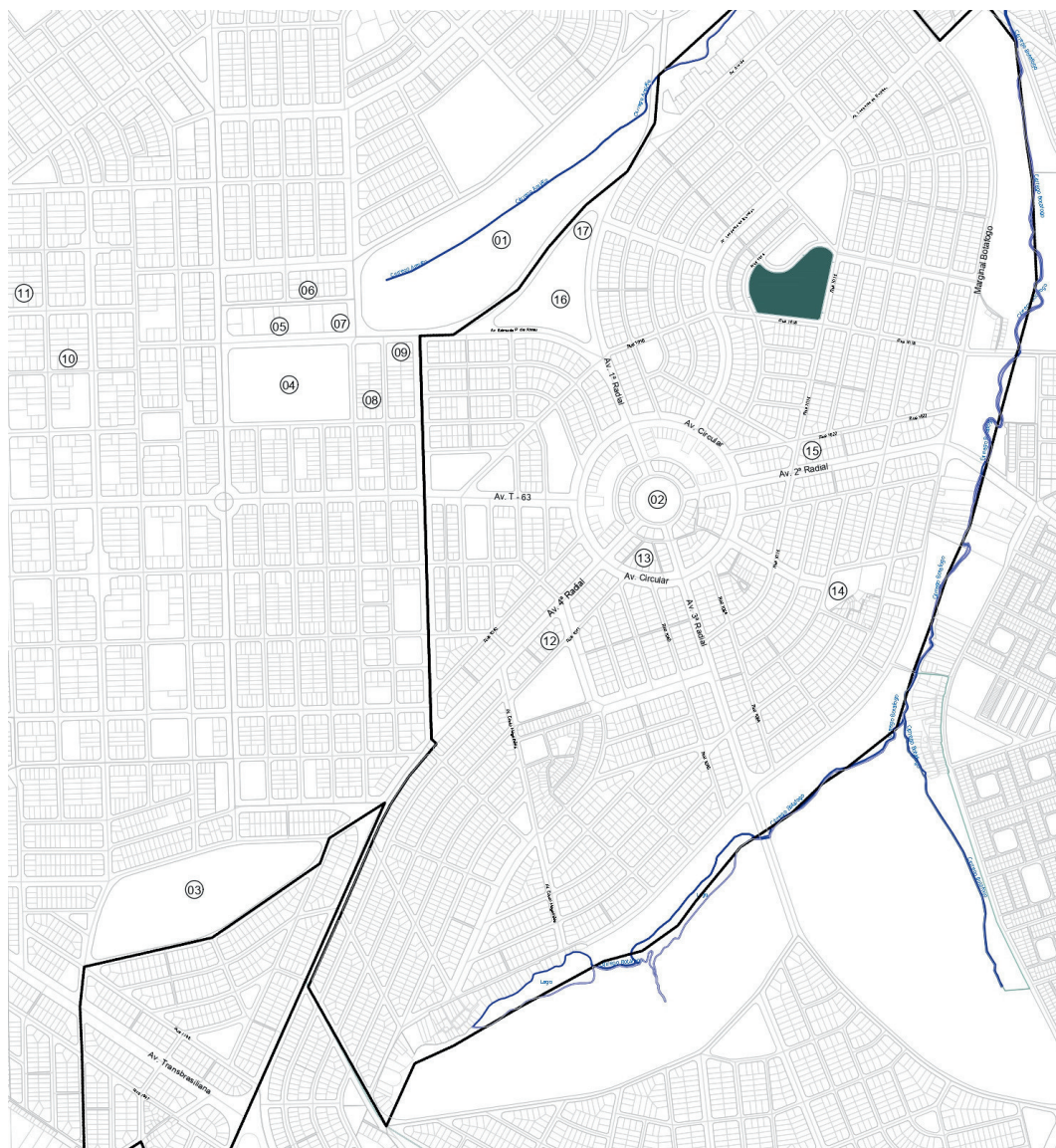
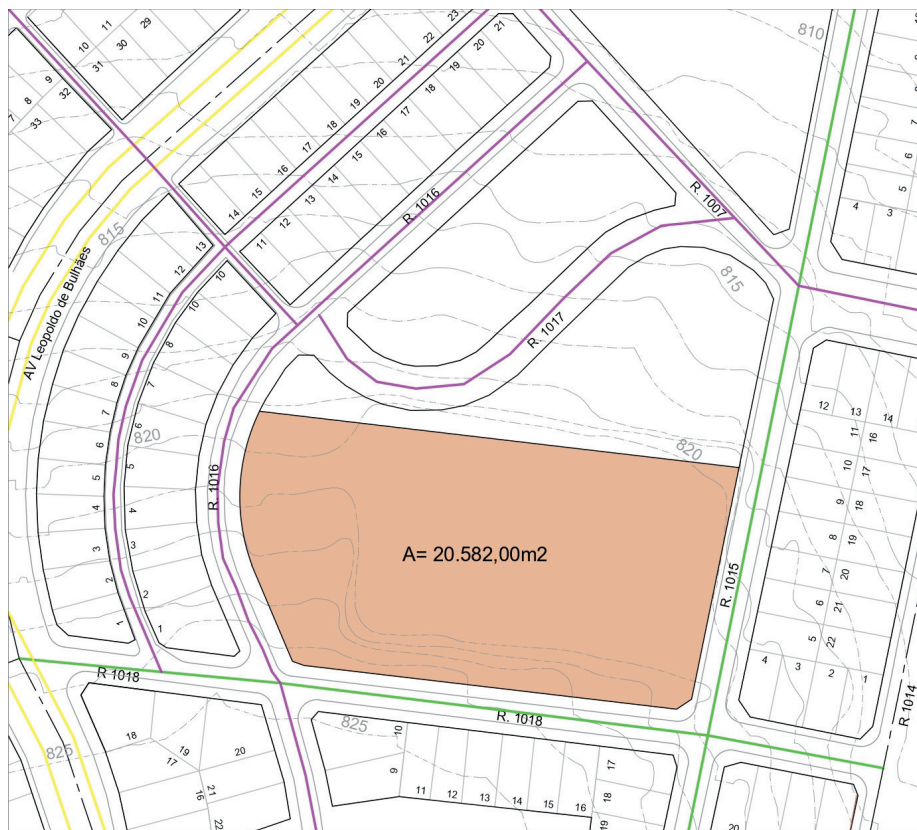


Figura 19: Polos Geradores de Viagem
Fonte: Autoral

▲ ESTUDO DE EQUIPAMENTOS

■ TERRENO ESCOLHIDO

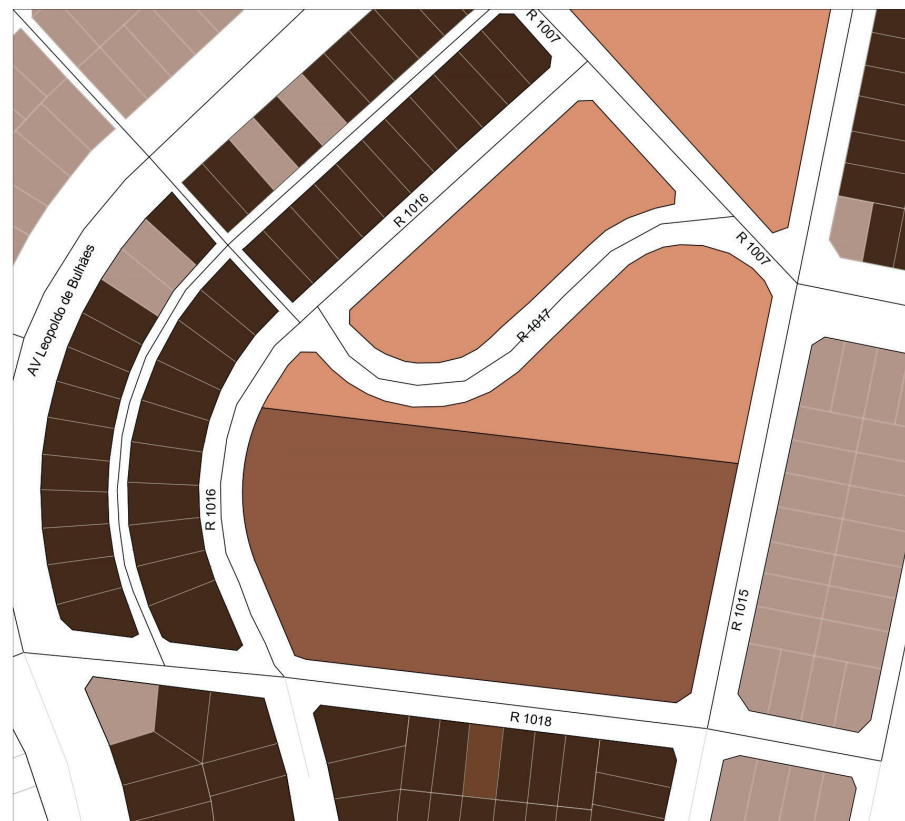
1. PARQUE AREIÃO
2. TERMINAL ISIDÓRIA
3. RESERVATÓRIO SERRINHA
4. ESTÁDIO HAILÉ PINHEIRO
5. CIAMS - PEDRO LUDOVICO
6. OAB - ORDEM DOS ADVOGADOS DO BRASIL
7. POLÍCIA FEDERAL - SUPERINTENDÊNCIA
8. CENTRO MÉDICO LÚCIO RABELO 2
9. HOSPITAL LÚCIO RABELO
10. HOSPITAL AMPARO
11. BUENA VISTA SHOPPING
12. BANCO DO BRASIL
13. BANCO DO BRADESCO
14. ESCOLA MUNICIPAL BENEDITA LUIZA DA SILVA
15. 8ª DELEGACIA DISTRITAL DE GOIÂNIA
16. HUGO - HOSPITAL DE URGÊNCIA DE GOIÂNIA
17. IPASGO



▲ ESTUDO DE VIAS

Figura 21: Estudos de Vias
Fonte: Autoral

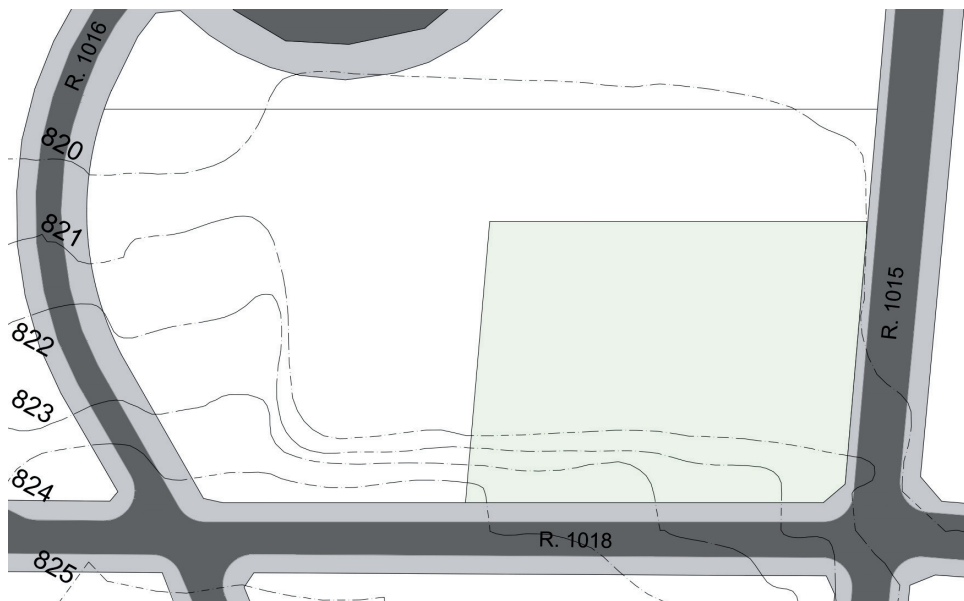
- BAIXO FLUXO
- MÉDIO FLUXO
- ALTO FLUXO
- TERRENO



▲ USO DO SOLO

Figura 22: Usos do Solo
Fonte: Autoral

- TERRENO
- INSTITUCIONAL
- COMERCIAL
- RESIDENCIAL

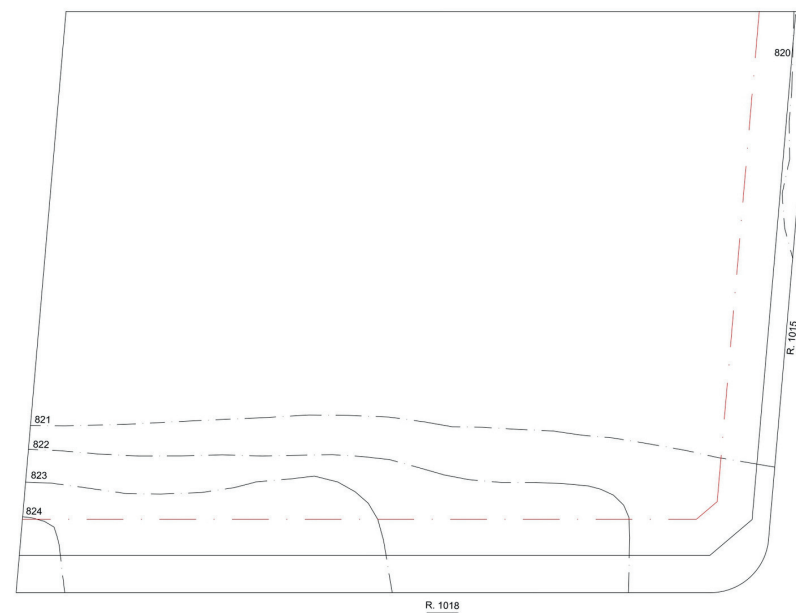


► TERRENO ORIGINAL

20.589m²

Figura 23: Planta de Situação 1

Fonte: Autoral



► ÁREA ESCOLHIDA PARA IMPLANTAÇÃO DO PROJETO

Figura 23: Planta de Situação 2

Fonte: Autoral

7.014m²

DE ACORDO COM OS ESTUDOS, E O PRÉ PROGRAMA DE NECESSIDADES DEFINIDOS, FOI FEITO UM RECORTE NO TERRENO PARA SER USADO COMO LOTE NO PROJETO, ESSA ÁREA FOI ESCOLHIDA NA ESQUINA DA GLEBA, POR UMA QUESTÃO DE FACHADA, VISIBILIDADE, E TAMBÉM PARA DEIXAR LIVRE O RESTANTE DO TERRENO PARA OUTRA POSSIVEL INTERVENÇÃO NO FUTURO.

PROPOSTA TEÓRICA

PROPOSTA TEÓRICA

O conceito do projeto se inicia entre a segurança e leveza, para o paciente com Alzheimer, a perda de referenciais espaciais gera ansiedade, por isso, o partido arquitetônico adota uma volumetria de leitura clara, intuitiva e fluida. Os percursos são desenhados de forma clara e retilínea, permitindo que o caminhar seja livre e seguro.

O programa de necessidades foi setorizado de forma a garantir a eficiência técnica sem comprometer a humanização do espaço. As alas de Pesquisa e Diagnóstico operam com fluxos precisos e controlados, para não haver situações desconfortáveis e frustrantes para os pacientes. O projeto oferece espaços de convivência, descanso e troca de experiências, visando a socialização dos pacientes, reconhecendo que a arquitetura também deve cuidar de quem cuida.

A iluminação natural será priorizada através de grandes aberturas e pátios internos, a paleta de materiais prioriza texturas naturais e cores quentes e suaves, evitando contrastes abruptos no piso que possam ser interpretados pelos pacientes como degraus ou obstáculos. Elementos vazados e a vegetação serão pensadas de forma a integrar com as áreas comuns do projeto, cobogós serão utilizados com a ideia de trazer interesse visual, ajudar no conforto térmico promovendo a ventilação natural e cruzada, e trazendo uma forma de identidade para o edifício como um todo.

A acessibilidade será fundamental durante o projeto, grandes circulações vão dar partido ao projeto, pensadas de maneira a ser além de um corredor, mas também espaços de convivência e contemplação, com mobiliários intuitivos para os usuários. A estética segue de uma forma simples porém interessante, será utilizado cores leves e elegantes, para trazer uma sensação de calma.

DIRETRIZES

ACOLHER

SOCIALIZAR

PESQUISAR

TRATAR

CUIDAR

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O projeto proposto busca conciliar os tratamentos voltados para pacientes com Alzheimer com a produção de pesquisas científicas sobre a patologia, criando um espaço inovador que une a prática assistencial ao desenvolvimento do conhecimento acadêmico e clínico. A proposta surge como resposta à ausência de um edifício com esse conceito integrado, capaz de oferecer atendimento especializado, acompanhamento multiprofissional, programas de reabilitação cognitiva e suporte aos familiares sobre como lidar com a doença, ao mesmo tempo em que fomenta estudos e avanços no campo das condições neurodegenerativas.

Esse centro de saúde pretende se consolidar como referência regional, não apenas pelo caráter assistencial, mas também pela contribuição ao meio científico, articulando saberes de profissionais de áreas diversas, como neurologia, psiquiatria, psicologia, fisioterapia, nutrição e enfermagem. Além dos usuários diretos: indivíduos diagnosticados com Alzheimer em diferentes estágios, o espaço será estruturado para atender cuidadores, familiares, pesquisadores e profissionais de saúde. Isso ampliará o alcance social do complexo, viabilizando projetos de extensão e parcerias com faculdades na área da saúde para promover e dar suporte ao estudo.

"O foco do centro é o Alzheimer, por ser a doença que mais atinge a população idosa em relação a outras doenças neurodegenerativas; porém, o edifício não seria "exclusivo". Sua equipe seria capaz de receber pacientes com outras patologias, mantendo o foco em doenças neurodegenerativas (Parkinson, demências, paralisias...)."

A proposta arquitetônica busca criar ambientes acolhedores, funcionais e inclusivos, que promovam o bem-estar, estimulem os sentidos e reforcem a humanização no tratamento. Através das abordagens terapêuticas, espera-se que a qualidade de vida seja reabilitada ao paciente. Logo, as terapias podem ser vivenciadas como uma forma de lazer, pois o indivíduo estará realizando atividades atreladas a memórias felizes, aliviando o "peso" emocional que o Alzheimer carrega.

A integração entre espaços de convivência, áreas terapêuticas, laboratórios de pesquisa e ambientes sensoriais reforça a ideia de que a arquitetura pode ser um agente ativo no tratamento, na socialização e no avanço científico. Simultaneamente, fortalece a produção de conhecimento e a inovação no campo da saúde neurológica, fundamentando-se em uma visão humanizada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE MENTAL. DISPONÍVEL EM: SILVA, F. D. B. UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR. MONOGRAFIA (CURSO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA) – ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, 2012. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.EEFFTO.UFMG.BR/EEFFTO/DATA/DEFESAS/20180123095420.PDF](http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/data/defesas/20180123095420.pdf). ACESSO EM: 25 SET. 2025.

NEUROLIFE LABORATÓRIOS LTDA.. SAÚDE MENTAL E A RELAÇÃO COM DOENÇAS NEURODEGENERATIVAS. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://NEUROLIFE.COM.BR/SAUDE-MENTAL/](https://neurolife.com.br/saude-mental/). ACESSO EM: SET. 2025. NEUROLIFE.COM.BR

SILVA, F. D. B. UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR. MONOGRAFIA (CURSO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA) – ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, 2012. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.EEFFTO.UFMG.BR/EEFFTO/DATA/DEFESAS/20180123095420.PDF](http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/data/defesas/20180123095420.pdf). ACESSO EM: 25 SET. 2025.

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. RELATÓRIO DA OMS APONTA QUE NÚMERO DE PESSOAS COM DEMÊNCIA DEVE TRIPLICAR ATÉ 2050. JORNAL DA USP, SÃO PAULO, 2 SET. 2021. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://JORNALUSP.BR/ATUALIDADES/RELATORIO-DA-OMS-APONTA-QUE-NUMERO-DE-PESSOAS-COM-DEMENCIA-DEVE-TRIPLICAR-ATE-2050/](https://jornalusp.br/atualidades/relatorio-da-oms-aponta-que-numero-de-pessoas-com-demencia-deve-triplicar-ate-2050/). ACESSO EM: SET. 2025.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. RELATÓRIO NACIONAL SOBRE A DEMÊNCIA ESTIMA QUE CERCA DE 8,5% DA POPULAÇÃO IDOSA CONVIVE COM A DOENÇA. NOTÍCIAS – MINISTÉRIO DA SAÚDE, 20 SET. 2024. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.GOV.BR/SAUDE/PT-BR/ASSUNTOS/NOTICIAS/2024/SETEMBRO/RELATORIO-NACIONAL-SOBRE-A-DEMENCIA-ESTIMA-QUE-CERCA-DE-8-5-DA-POPULACAO-IDOSA-CONVIVE-COM-A-DOENCA](https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2024/setembro/relatorio-nacional-sobre-a-demencia-estima-que-cerca-de-8-5-da-populacao-idosa-convive-com-a-doenca). ACESSO EM: SET. 2025.

IBGE. EM 2023, EXPECTATIVA DE VIDA CHEGA AOS 76,4 ANOS E SUPERA PATAMAR PRÉ-PANDEMIA. AGÊNCIA DE NOTÍCIAS – IBGE, 29 NOV. 2024. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://AGENCIADENOTICIAS.IBGE.GOV.BR/AGENCIA-NOTICIAS/2012-AGENCIA-DE-NOTICIAS/NOTICIAS/41984-EM-2023-EXPECTATIVA-DE-VIDA-CHEGA-AOS-76-4-ANOS-E-SUPERA-PATAMAR-PRE-PANDEMIA](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia). ACESSO EM: SET. 2025.

SILVA, MARIAALDEMIRADA. A DOENÇA DE ALZHEIMER E O IMPACTO NA FAMÍLIA. 10P. RIO DE JANEIRO: CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL – 7ª REGIÃO, MAIO 2016. DISPONÍVEL EM: IBGE. EM 2023, EXPECTATIVA DE VIDA CHEGA AOS 76,4 ANOS E SUPERA PATAMAR PRÉ-PANDEMIA. AGÊNCIA DE NOTÍCIAS – IBGE, 29 NOV. 2024. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://AGENCIADENOTICIAS.IBGE.GOV.BR/AGENCIA-NOTICIAS/2012-AGENCIA-DE-NOTICIAS/NOTICIAS/41984-EM-2023-EXPECTATIVA-DE-VIDA-CHEGA-AOS-76-4-ANOS-E-SUPERA-PATAMAR-PRE-PANDEMIA](https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/41984-em-2023-expectativa-de-vida-chega-aos-76-4-anos-e-supera-patamar-pre-pandemia). ACESSO EM: SET. 2025.

SCHILLING, LUCAS PORCELLO ET AL. DIAGNÓSTICO DA DOENÇA DE ALZHEIMER: RECOMENDAÇÕES DO DEPARTAMENTO CIENTÍFICO DE NEUROLOGIA COGNITIVA E DO ENVELHECIMENTO DA ACADEMIA BRASILEIRA DE NEUROLOGIA. DEMENTIA & NEUROPSYCHOLOGIA, V. 16, N. 3 (SUPL. 1), P. 25-39, SET. 2022. DOI: [HTTPS://DOI.ORG/10.1590/1980-5764-DN-2022-SI02PT](https://doi.org/10.1590/1980-5764-DN-2022-SI02PT). ACESSO EM: SET. 2025.

DISPONÍVEL EM: MINISTÉRIO DA SAÚDE. SAÚDE MENTAL. DISPONÍVEL EM: SILVA, F. D. B. UMA PERSPECTIVA HISTÓRICA SOBRE O CONCEITO DE SAÚDE, O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E A SAÚDE DO TRABALHADOR. MONOGRAFIA (CURSO DE GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO FÍSICA) – ESCOLA DE EDUCAÇÃO FÍSICA, FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL, UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS, BELO HORIZONTE, 2012. DISPONÍVEL EM: [HTTP://WWW.EEFFTO.UFMG.BR/EEFFTO/DATA/DEFESAS/20180123095420.PDF](http://www.eeffto.ufmg.br/eeffto/data/defesas/20180123095420.pdf). ACESSO EM: 25 SET. 2025.

ARCHDAILY. CENTRO DIURNO PARA TRATAMENTO DE ALZHEIMER / GCA ARCHITECTS. DISPONÍVEL EM: <MONTEIRO, PAULA GARCIA. CENTRO DE CONVIVÊNCIA E RESIDÊNCIA PARA IDOSOS / + Mmass ARQUITECTURA. ARCHDAILY BRASIL, 06 AGO. 2012. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM.BR/BR/01-62895/CENTRO-DE-CONVIVENCIA-E-RESIDENCIA-PARA-IDOSOS-MAIS-MMASS-ARQUITECTURA](https://www.archdaily.com.br/br/01-62895/centro-de-convivencia-e-residencia-para-idosos-mais-mmass-arquitectura). ACESSO EM: SET. 2025.

PORTAL MAPA FÁCIL – PREFEITURA DE GOIÂNIA. DISPONÍVEL EM: MONTEIRO, PAULA GARCIA. CENTRO DE CONVIVÊNCIA E RESIDÊNCIA PARA IDOSOS / + Mmass ARQUITECTURA. ARCHDAILY BRASIL, 06 AGO. 2012. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM.BR/BR/01-62895/CENTRO-DE-CONVIVENCIA-E-RESIDENCIA-PARA-IDOSOS-MAIS-MMASS-ARQUITECTURA](https://www.archdaily.com.br/br/01-62895/centro-de-convivencia-e-residencia-para-idosos-mais-mmass-arquitectura). ACESSO EM: SET. 2025.

SANTOS, CLAUDIA A. VALENTE. DOENÇA DE ALZHEIMER: COMO CUIDAR DE MODO INTEGRAL – 1ª PARTE. INFORMASUS-UFSCAR, 22 SET. 2020. DISPONÍVEL EM: PORTAL MAPA FÁCIL – PREFEITURA DE GOIÂNIA.

REDE FÍSICA DE ATENDIMENTO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. IN: GOIÂNIA. SECRETARIA MUNICIPAL DE PLANEJAMENTO E URBANISMO ESTRATÉGICO (SEPLAN). ANUÁRIO ESTATÍSTICO: SOCIAL: SAÚDE. GOIÂNIA, [ANO]. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.GOIANIA.GO.GOV.BR/SEPLAN/ANUARIO-ESTATISTICO/SOCIAL/SAUDE/REDE-DE-ATENDIMENTO-SECRETARIA-MUNICIPAL-DE-SAUDE-SMS/#REDE-FISICA-DE-ATENDIMENTO-DA-SECRETARIA-MUNICIPAL-DE-SAUDE_GOIANIA-3/](https://www.goiania.go.gov.br/seplan/anuario-estatistico/social/saude/rede-de-atendimento-secretaria-municipal-de-saude-sms/#rede-fisica-de-atendimento-da-secretaria-municipal-de-saude-goiania-3/). ACESSO EM: 21 MAI. 2026.

SAÚDE BEM ESTAR. TRATAMENTO NO ALZHEIMER. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.SAUDEBEMESTAR.PT/PT/BLOG/PSICOLOGIA/TRATAMENTO-NO-ALZHEIMER](https://www.saudebemestar.pt/pt/blog/psicologia/tratamento-no-alzheimer). ACESSO EM: SET. 2025.

MONTEIRO, PAULA GARCIA. CENTRO DE CONVIVÊNCIA E RESIDÊNCIA PARA IDOSOS / + Mmass ARQUITECTURA. ARCHDAILY BRASIL, 06 AGO. 2012. DISPONÍVEL EM: [HTTPS://WWW.ARCHDAILY.COM.BR/BR/01-62895/CENTRO-DE-CONVIVENCIA-E-RESIDENCIA-PARA-IDOSOS-MAIS-MMASS-ARQUITECTURA](https://www.archdaily.com.br/br/01-62895/centro-de-convivencia-e-residencia-para-idosos-mais-mmass-arquitectura). ACESSO EM: SET. 2025.

CALKINS, M. P. From Research to Application: Supportive and Therapeutic Environments for People Living With Dementia. Gerontologist, v. 58, p. 114–128, 2018. Acesso em: set. 2025.

CHAUDHURY, H. et al. The Influence of the Physical Environment on Residents with Dementia in Long-Term Care Settings: A Review of the Empirical Literature. Gerontologist, v. 58, n. 5, p. e325–e337, 2018. Acesso em: set. 2025.

MARQUARDT, G.; SCHMIEG, P. Dementia-friendly Architecture: Environments that Facilitate Wayfinding in Nursing Homes. American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias, v. 24, n. 4, p. 333–340, 2009. Acesso em: set. 2025.

SILVA, G. F. da. Halbwachs, Maurice. A memória coletiva. Tradução de Beatriz Sidou. 2. ed. São Paulo: Centauro, 2013. Aedos, v. 8, n. 18, p. 247–253, 2016. Acesso em: set. 2025.

THE DEMENTIA SERVICES DEVELOPMENT CENTRE. Improving the Design of Housing to Assist People with Dementia. [S.l.: s.n.], 2013. Acesso em: set. 2025.

ZEISEL, J. I'm Still Here: A New Philosophy of Alzheimer's Care. New York: Penguin Group Inc., 2009. Acesso em: set. 2025.

Durante a elaboração deste trabalho, a ferramenta CHATGPT E GEMINI, foi utilizada com o objetivo de revisar a gramática e melhorar a clareza do texto, além das renderizações. Após a utilização, o conteúdo foi revisado e editado pelos autores, que assumem total responsabilidade pelo texto final.

