UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENGENHARIA DE SÃO CARLOS
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO
INSTITUTO DE QUÍMICA DE SÃO CARLOS

MARINA BALTIERI DARIO

REFLEXÕES SOBRE OS PRINCÍPIOS DE DESIGN DE AMBIENTES PARA IDOSOS QUE VIVEM COM DEMÊNCIA

SÃO CARLOS

2022

MARINA BALTIERI DARIO

VERSÃO CORRIGIDA

REFLEXÕES SOBRE OS PRINCÍPIOS DE DESIGN DE AMBIENTES PARA IDOSOS QUE VIVEM COM DEMÊNCIA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia da Escola de Engenharia de São Carlos – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo, como requisito para a obtenção do Título de Mestre em Ciências.

Orientadora: Profa. Dra. Carla da Silva Santana Castro

SÃO CARLOS

2022

AUTORIZO A REPRODUÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Prof. Dr. Sérgio Rodrigues Fontes da EESC/USP com os dados inseridos pelo(a) autor(a).

DD218r

Dario, Marina Baltieri
Reflexões sobre princípios de design de ambientes para idosos que vivem com demência / Marina Baltieri Dario; orientadora Carla Da Silva Santana Castro . São Carlos, 2022.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia e Área de Concentração em Bioengenharia -- Escola de Engenharia de São Carlos; Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto; Instituto de Química de São Carlos, da Universidade de São Paulo, 2022.

1. Design. 2. Demência. 3. Princípios de Fleming - Bennett. 4. Gerontecnologia. I. Título.

Eduardo Graziosi Silva - CRB - 8/8907

FOLHA DE JULGAMENTO

Candidato(a): Marina Baltieri Dario

Título: “Reflexões sobre princípios de design de ambientes para idosos que vivem com demência”

Data da defesa: 20/05/2022

Comissão Julgadora	**Resultado**
Prof(a). Dr(a). Carla da Silva Santana Castro UFSCar - **Orientador**	Não Votante
Prof(a). Dr(a). Taiuani Marquine Raimundo UNESP	Aprovado
Prof(a). Dr(a). Fausto Orsi Medola UNESP	Aprovado
Prof(a). Dr(a). Beatriz Cardoso Lobato UFTM	Aprovado

Presidente da Comissão de Pós-Graduação: Prof. Dr. Adair Roberto Aguiar

Aos meus pais Peter e Eliana

e meu irmão Bruno

por me darem tudo que eu tenho

e não me deixarem nunca desistir.

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais e meu irmão que são minha base e meus maiores exemplos. Vocês nunca mediram esforços para realizar todos os meus sonhos e para fazerem a minha caminhada possível. Eu amo muito vocês.

A toda a minha família, principalmente meus avós por serem minhas maiores inspirações para estudar o envelhecimento.

Ao meu namorado Eduardo por ser calmaria e segurar todas as pontas da minha vida quando eu mesma já não era mais capaz de segurar.

Às minhas amigas irmãs, Flávia, Tamires e Bruna que estão comigo desde a graduação torcendo por mim e fazendo todos os meus dias mais leves.

A todos os colegas e amigos, da vida, da graduação e da pós-graduação que passam pela minha vida sempre deixando carinho, afeto e suporte.

A todos os participantes desta pesquisa que disponibilizaram seu tempo e abriram suas casas, suas vidas e rotinas para que a realização dessa pesquisa fosse possível.

Ao programa de Pós-Graduação Interunidades em Bioengenharia EESC/FMRP/IQSC-USP e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelos recursos oferecidos para a concretização desta pesquisa. A todos os professores com quem tive contato na pós-graduação pelos ensinamentos e esclarecimentos.

À professora e minha orientadora Carla da Silva Santana Castro por me introduzir na pós-graduação e me mostrar todo um mundo novo de estudo e pesquisa.

“A caverna que você teme entrar

guarda os tesouros que você busca”

Joseph Campbell

RESUMO

DARIO, M. B. **Reflexões sobre os princípios de design de ambientes para idosos que vivem com demência.** 2022. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2022.

Introdução: A demência é uma doença de caráter progressivo que acomete adultos e idosos, podendo desenvolver perdas da capacidade funcional, perda das habilidades físicas e cognitivas e sintomas neuropsiquiátricos. Os tratamentos através das intervenções não farmacológicas estão sendo cada vez mais reconhecidos e estudados globalmente, visto seus menores riscos quando comparados ao tratamento medicamentoso. Os princípios de design ambiental de Fleming–Bennett para pessoas com demência descrevem itens com propósito de projetar ambientes para apoiar as pessoas com demência e suas famílias a alcançar seu pleno potencial como seres humanos. Construir ambientes estruturados pode impactar positivamente em atividade significativas, funcionalidade, segurança, socialização e qualidade de vida de quem ali reside. **Objetivo:** Descrever os ambientes domiciliares de pessoas com demência e a percepção dos familiares quanto aos princípios de design de ambiente propostos por Fleming–Bennett. **Método:** Tratou-se de um estudo de natureza descritiva, exploratória; de caráter qualitativo, com amostra por conveniência. Foram entrevistados oito familiares de idosos com demência em diferentes fases de estadiamento. Os procedimentos de coleta de dados incluíram duas entrevistas estruturadas de forma online, questionário sociodemográfico e de caracterização da capacidade funcional do idoso, do familiar e do ambiente a partir dos princípios de Fleming–Bennett. O método de análise de conteúdo foi usado como estratégia para identificar categorias empíricas a partir dos registros das entrevistas. **Resultados:** Observou-se como categorias temáticas: Segurança; Estimulação; Socialização: Familiaridade e Dificuldades no Cuidado do Idoso com Demência. Observa-se que os aspectos de segurança são os mais cuidados nas adequações do ambiente. Quanto ao ambiente prover a estimulação do residente, referem itens disponíveis na casa como mobiliário e objetos de memória e afeto como fotos, quadros, troféus, etc. Referem a dificuldade no engajamento do idoso com o ambiente, assim como o manejo das visitas e saídas externas dos idosos nas fases intermediárias e graves da demência. **Discussão:** Em sua maioria, os familiares realizam as modificações ambientais conforme suas percepções, sem ajuda de profissionais especializados. Vários itens dos princípios de Fleming–Bennett não estão contemplados na residência dos idosos, contudo reconhecem que poderiam tornar o ambiente mais funcional, estimulante e confortável, uma vez tendo entrado em contato com este conhecimento. **Conclusão:** As modificações ambientais precisam ser pensadas com foco nas necessidades das pessoas que vivem com demência e suas famílias. Os princípios de Fleming-Bennett são de grande importância como diretriz para as políticas públicas com vistas a apoiar a vida das pessoas e suas famílias vivendo nesta condição. Orientar o envelhecimento no lugar certo das pessoas vivendo com demência deve ser preocupação de toda política pública, que envolve variados setores da sociedade como o de saúde, de moradia, de assistência e proteção social, de serviços, etc.

Palavras-chaves: Design. Demência. Princípios de Fleming – Bennett. Gerontecnologia

ABSTRACT

DARIO, M. B. **Reflections on the principles of designing environments for elderly people living with dementia.** 2022. Dissertação (Mestrado) –Escola de Engenharia de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos, 2022.

Introduction: Dementia is a disabling disease that affects elderly people, and may develop loss of functional capacity, loss of physical and cognitive abilities and neuropsychiatric symptoms. The treatment with non-pharmacological interventions is becoming increasingly recognized and studied globally, given its lower risks when compared to drug treatment. The Fleming – Bennett Design Principles for people with dementia describe things for the purpose of designing environments to support people with dementia and their families in reaching their full potential as human beings. Building structured environments can positively impact significant activities, functionality, safety, socialization and quality of life for those who reside there. **Objective:** To describe the home environments of people with dementia and the perception of family members regarding the environmental design principles proposed by Fleming-Bennett. **Method:** This was a descriptive, exploratory study; qualitative, with a convenience sample. Eight relatives of elderly people with dementia were interviewed at different stages of development. The data collection procedures included two structured online interviews, a sociodemographic questionnaire, and a characterization of the functional capacity of the elderly, family and environment based on the Fleming–Bennett principles. The content analysis method was used as a strategy to identify empirical categories on the basis of the interview records. **Results:** It was observed as categories themes: Security; Stimulation; Socialization: Familiarity and Difficulties in Care of the Elderly with Dementia. It is observed that the security aspects are the most important in the adaptations of the environment. As for the environment's capacity to provide stimulation to residents, we refer to items available in the house such as furniture and objects of memory and affection such as photos, pictures, trophies, etc. We also refer to the difficulty in engaging the elderly with the environment, as well as the management of visits and external outings of the elderly in intermediate and severe stages of dementia. **Discussion:** Most of the family members perform environmental changes according to their perceptions, without the help of specialized professionals. Several items of the Fleming–Bennett principles are not covered in the residence of the elderly, however they recognize that they could make the environment more functional, stimulating and comfortable, once having come into contact with this knowledge. **Conclusion:** Environmental changes need to be designed with a focus on the needs of people living with dementia and their families. The Fleming-Bennett principles are of great importance as guidelines for public policies aimed at supporting the lives of people and their families living in this condition. The guidance, at the right place, of aging people living with dementia should be a concern of all public policy, which involves various sectors of society such as health, housing, social assistance and protection, services, etc.

Keywords: Design. Dementia. Principles of Fleming - Bennett. Gerontechnology.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Diagramação de Seleção da Amostra 51
Quadro 2 - Perfil dos familiares e suas atividades de cuidado 52
Quadro 3 - Grupo 1 - Dados sociodemográficos, funcionais, comportamentais e de humor do idoso na fase leve da demência 54
Quadro 4 - Grupo 2 - Dados sociodemográficos, funcionais, comportamentais e de humor do idoso na fase moderada da demência 54
Quadro 5 - Grupo 3 - Dados sociodemográficos, funcionais, comportamentais e de humor do idoso na fase grave da demência. 55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAZ – Associação Brasileira de Alzheimer

AIVD – Atividades Instrumentais de Vida Diária

APA – American Psychiatric Association

AVD – Atividades de Vida Diária

CDR – Clinical Dementia Ranting

DAD – Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional para Demência – Disability Assessment for Dementia

DSM V – Manual de Diagnostico e estatístico de Transtornos Mentais

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MEEM – Mini Exame do Estado mental

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

SBGG – Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SBGTEC – Sociedade Brasileira de Gerontecnologia

TCLE – Termo de Consentimento Livre e esclarecido

WHO – World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 23
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA 27
2.1 Demência: Incidência e Prevalência 27
2.2 Caracterização, Fases, Alterações Decorrentes da Demência e Diagnóstico 28
2.3 A gerontecnologia no apoio à pessoa com demência 31
2.4 A influência do ambiente na vida da pessoa com demência 33
2.4.1 Aging in Place 37
2.5 Princípios Ambientais de Fleming Bennett 38
3 OBJETIVOS 41
3.1 Geral 41
3.2 Específicos 41
4 MATERIAIS E MÉTODO 43
4.1 O tipo de estudo 43
4.2 Aspectos éticos e legais 43
4.3 Participantes do Estudo 43
4.3.1 Critérios de Inclusão 44
4.3.2 Critérios de Exclusão 44
4.4 Procedimentos do Estudo 44
4.5 Coleta de dados 45
4.5.1 Fase 1 - Levantamento dos dados do sujeito 45
4.5.2 Fase 2 – Caracterização do ambiente 45
4.5.3 Fase 3 - Percepções sobre os princípios de Fleming - Bennett 45
4.6 Instrumentos de Coleta de Dados 46
4.6.1 Instrumento de Caracterização da amostra 46
4.6.2 Instrumento de caracterização do ambiente 47
4.6.3 Instrumento de Caracterização do ambiente quanto aos princípios de Fleming-Bennett 48
4.7 Análise dos Dados 48
5 RESULTADOS 51
5.1 Seleção da Amostra 51
5.2 Caracterização dos Participantes 51
5.2.1 Caracterização dos Familiares 52
5.2.2 Caracterização do Idoso 53
5.3 Caracterização da casa em que os idosos residem pela perspectiva dos familiares ... 56
5.3.1 A casa do orquidário (I1) 56
5.3.2 A casa do jogador de Hóquei (I2) 57
5.3.3 A casa da filha (I3) 58
5.3.4 A casa da viajante (I4) 59
5.3.5 A casa do sítio (I5) 60
5.3.6 A casa em andares (I6) 61
5.3.7 A casa adaptada (I7) 62
5.3.8 A casa de bonecas (I8) 63
5.4 Categorias Temáticas 64
5.4.1 Segurança 66
5.4.2 Estimulação 68
5.4.3 Socialização 71

5.4.4 Familiaridade 74
5.4.5 Funcionalidade e manejo do cuidado 76
6 DISCUSSÃO 79
6.1 Segurança 79
6.2 Estimulação 80
6.3 Socialização 82
6.4 Familiaridade 84
6.5 Funcionalidade e manejo do cuidado 85
6.6 O design de ambientes para idosos com demência como uma oportunidade para o trabalho da Terapia Ocupacional 87
6.7 Limitações do estudo e recomendações para pesquisas futuras 88
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS 89
REFERÊNCIAS 91
APÊNDICE A 97
APÊNDICE B 101
APENDICE C 103
APENDICE D 105
APENDICE E 107
APENDICE F 109
APENDICE G 113
ANEXO A 119

1 INTRODUÇÃO

O aumento da proporção de idosos na população é um fenômeno mundial chamado de revolução demográfica. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estática (IBGE) apontam que de 1940 a 2019, a expectativa de vida no país cresceu 31,1 anos. Em 2060, o percentual da população com 65 anos ou mais de idade chegará a 25,5% (58,2 milhões de idosos) (IBGE, 2018). Esse fenômeno aconteceu por questões associadas às melhorias nas condições de saúde, sociais, politicas, econômicas e culturais. Com essa mudança no índice populacional exige-se um novo olhar para a vivência dos idosos na sociedade.

A Demência é uma questão de saúde pública global em rápido crescimento, afetando cerca de 50 milhões de pessoas pelo mundo. O número total de pessoas com demência está projetado para chegar a 82 milhões em 2030 e 152 milhões em 2050. Demência é a maior causa de incapacidade e dependência entre os idosos afetando a pessoa acometida, seus cuidadores e familiares. Além disso, essa síndrome inflige um pesado fardo econômico a sociedade como um todo, com gastos para o cuidado girando em torno $2 trilhões anualmente até 2030 (WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO, 2019). A criação de políticas e planos nacionais para a demência está entre as principais recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) aos países em seus esforços para administrar esse desafio crescente de saúde.

Segundo “Relatório Mundial sobre Envelhecimento e Saúde”, elaborado pela OMS é urgente a transição dos atuais sistemas de saúde, baseados em “modelos curativos”, para o fornecimento de “atenção integrada e centrada nas necessidades dos adultos maiores”. Devem-se desenvolver políticas públicas e serviços adequados às necessidades da pessoa idosa, devendo o envelhecimento populacional ser visto como uma grande “oportunidade tanto para os indivíduos como para as sociedades” (WHO, 2015).

Segundo a Agência Senado (2021), são diretrizes da Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e outras Demências:

> [...] a construção e acompanhamento de maneira participativa e plural; a adoção de boas práticas em planejamento, gestão, avaliação e divulgação da política pública; a visão permanente de integralidade e interdisciplinaridade; o apoio à atenção primária à Saúde e capacitação de

> todos os profissionais e serviços que a integram; o uso de medicina baseada em evidências para o estabelecimento de protocolos de tratamento, farmacológico ou não.

As intervenções não farmacológicas para tratamento das demências estão sendo cada vez mais reconhecidas globalmente como abordagens importantes ao tratamento integral da demência, visto seus menores riscos quando comparados ao tratamento medicamentoso (IJAOPO, 2017).

Segundo a Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2020), as intervenções não farmacológicas mais indicadas para as pessoas com demência são:

- Estimulação cognitiva: Consiste em atividades ou programas de intervenção que visam potencializar as habilidades cognitivas mediante a estimulação sistemática e continuada em situações práticas que requerem o uso de pensamento, raciocínio lógico, atenção, memória, linguagem e planejamento.
- Estimulação Social: Prioriza o contato social dos idosos estimulando habilidades de comunicação, convivência e afeto, promovendo integração e evitando apatia e inatividade.
- Estimulação Física: Prática de atividade física oferece benefícios neurológicos e melhora de questões corporais como coordenação, força, equilíbrio e flexibilidade. Contribui para ganho de independência, favorece percepção sensorial e retarda declínio físico.
- Organização do ambiente: O ambiente da pessoa com Doença de Alzheimer influencia seu humor, sua relação com as pessoas e até sua capacidade cognitiva. Diante de situações agitadas ou desorganizadas, pode haver uma tendência à confusão mental que prejudica o funcionamento de modo geral. Por isso, oferecer ambiente adequado pode ser uma forma de minimizar sintomas, bem como de favorecer a qualidade de vida.

A Sociedade Brasileira de Gerontecnologia (SBGTEC) conceitua a Gerontecnologia como o estudo da tecnologia associada ao envelhecimento para adequação dos recursos tecnológicos à saúde, moradia, mobilidade, comunicação, lazer e trabalho dos idosos, de maneira que proporcione uma vida saudável e digna, tão longa ela possa ser (SBGTEC, 2021).

No campo da gerontecnologia, quesito moradia, os conceitos e aplicação de "casa inteligente" estão sendo exploradas em todo o mundo, em resposta ao avanço das tecnologias, ao aumento dos custos dos cuidados de saúde e ao desejo de idosos de manter sua independência (WONG et al., 2016). Os indivíduos acometidos de demência fazem parte de um grupo que necessita de um ambiente organizado de forma a compensar a redução das habilidades cognitivas e para reforçar as suas capacidades e habilidades remanescentes (PASCALE, 2002).

As pessoas com demência exercem melhor suas funções em ambientes familiares aos quais elas estão plenamente adaptadas. Contudo, o ambiente pode ser um facilitador ou uma barreira à funcionalidade de seus moradores, assim como conter elementos que possam atuar como gatilhos para alteração de alguns comportamentos. Desta forma, elementos espaciais como falta de acessibilidade e de orientação espacial, falta de elementos de organização como a ausência de rotina estruturada, presença de elementos sensoriais como ruídos, luminosidade e temperatura, dentre outros aspectos podem alterar o humor, comportamento e sensação de bem-estar (VAN VACREM et al. 2016).

Um ambiente enriquecido possui os seguintes preceitos: não deve se limitar a um único espaço, podendo ser fornecido em toda casa, incluindo jardins e quarto que podem ser personalizados de acordo com as preferencias individuais e repertório cultural. Considera-se o uso apropriado de cores, iluminação, móveis atraentes, decoração para despertar o interesse e a atenção; corredores com elementos sensoriais, plantas com cheiros, aquários e pets podem ser incluídos.

Para Fleming, Zeizel e Bennet (2020), em publicação no World Alzheimer Report de 2020, para que um ambiente seja adequado para a pessoa com demência, ele deve seguir 10 princípios de design. Esses princípios são:

Reduzir riscos;

Fornecer um ambiente humano;

Permitir que as pessoas vejam e sejam vistas;

Reduzir as estimulações desnecessárias;

Aperfeiçoar estimulações úteis;

Favorecer o movimento e engajamento;

Criar um ambiente familiar;

Favorecer oportunidade de estar só ou em grupos;

Fazer ligações com a comunidade;

Criar design como uma visão do estilo de vida.

Esses princípios foram pensados com o propósito de projetar ambientes para pessoas que vivem com demência a fim de apoiá-las a alcançar seu pleno potencial como seres humanos. Construir ambientes com qualidade e pensados para idosos pode impactar positivamente em atividades significativas, comportamento e qualidade de vida de quem ali reside (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

Indubitavelmente existe um vínculo emocional entre as pessoas e seus lares, como mencionado por Bestetti (2006) e Demirbilek e Demikran (2004). No lar, elas se sentem seguras, à vontade, protegidas, confortáveis, independentes e capazes. Garantir que essas características continuem sendo uma realidade para o idoso significa contribuir para que ele se mantenha autônomo, saudável e ativo, além de estimular o sentimento de pertencimento ao local onde vivem. Desta forma, envelhecer em seu lar, ou *aging in place*, além de um desejo comum entre os idosos, é um colaborador para um envelhecimento ativo. Desta forma, envelhecer no lugar mais adequado pode trazer qualidade de vida e bem-estar às pessoas que vivem com demência.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Demência: Incidência e Prevalência

De acordo com a Organização Pan–Americana da Saúde - OPAS, a doença de Alzheimer e outras demências figuram como a sétima causa de morte e existem mais de 55 milhões de pessoas no mundo vivendo com esta síndrome. Porém esses dados ainda são subestimados e difíceis de serem exatos, dada a quantidade de pessoas que não recebem diagnóstico devido à falta de consciência sobre os sinais e sintomas da doença, preconceitos culturais ou geográficos, recursos inacessíveis e falta de profissionais capacitados (OPAS, 2021). Estima-se que esse número aumente para 78 milhões em 2030 e 139 milhões em 2050 (PAHO, 2021).

O Brasil apresenta a segunda maior prevalência de casos de demência no mundo, perdendo apenas para a Turquia e seguido pela Nigéria e Gana. No Brasil, há mais de 29 milhões de pessoas acima dos 60 anos, de acordo com dados do IBGE, acredita-se que quase 2 milhões de pessoas têm demências, sendo que cerca de 40 a 60% delas são do tipo Alzheimer (SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA - SBGG, 2019).

O custo global da demência foi estimado em US$ 1,3 trilhão no ano de 2019. O valor está projetado para aumentar para US$ 1,7 trilhão até 2030, ou US$ 2,8 trilhões, se corrigido para os aumentos nos custos de cuidados (PAHO, 2021).

Um dos obstáculos mais significativos para a obtenção de um diagnóstico de demência é a falta de conhecimento e conscientização sobre a doença por parte do público em geral. Apesar do aumento da atenção da mídia nos últimos anos, poucos países têm campanhas de conscientização pública que fornecem informações sobre os sinais e sintomas da doença. Como resultado, o declínio cognitivo progressivo e / ou mudanças no comportamento são frequentemente considerados associados ao envelhecimento normal ou depressão, ou confundidos com outras doenças mentais (OPAS, 2021).

2.2 Caracterização, Fases, Alterações Decorrentes da Demência e Diagnóstico

No Manual Diagnóstico e Estatístico e Transtornos Mentais – DSM V (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – APA, 2014, p.602) as demências aparecem classificadas como Transtornos Neurocognitivos Maiores. Dentro desta categoria, são divididos em subtipos conforme suas características. Nesses subtipos incluem-se: Doença de Alzheimer, Degeneração lobo frontotemporal, Doença com corpos de Lewy ou a presença de uma entidade potencialmente causadora, como Doença Vascular, Doenças de Parkinson, Doença de Huntington (APA, 2014).

A baixa escolaridade é um dos principais fatores de risco não genéticos para demência, principalmente devido à baixa reserva cognitiva dos sujeitos acometidos. Além disso, existem outros fatores de risco modificáveis que devem ser considerados como hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo. Alguns aspectos do estilo de vida estão inversamente associados à demência, como participar de atividades de interação social e a estimulação cognitiva frequente (OPAS, 2021). Além disso, existem outros fatores de risco modificáveis que devem ser considerados como hipertensão, diabetes, dislipidemia e tabagismo.

Independente do subtipo da doença, os sintomas geralmente são muito semelhantes. Alguns critérios do diagnóstico incluem declínio cognitivo importante a partir de nível anterior de desempenho em um ou mais domínios cognitivos (atenção, função executiva, aprendizagem e memória, linguagem, perceptomotor ou cognição social), sendo que tais déficits interferem na independência de atividades de vida diária e assistência nas atividades instrumentais de vida diária (APA, 2014).

Embora um declínio progressivo da memória em relação a eventos recentes seja um dos sintomas mais comuns de demência, pode haver outros tipos de sinais de alerta precoce, como busca por palavras, erros de direção, não reconhecimento de rostos familiares, hesitação em tomar decisões e uma mudança significativa no humor e no comportamento. Frequentemente, há sintomas psicológicos associados ao declínio cognitivo, como ansiedade, retraimento social, irritabilidade e sentimentos depressivos. Eles podem fazer parte do processo da doença, mas também podem ser reações adversas ao que está acontecendo e ao momento de dificuldades que a pessoa se encontra (WHO, 2021).

Mudanças de humor e comportamento na demência são quase universais, ocorrendo em até 97% das pessoas com demência nos primeiros cinco anos após o diagnóstico. Sintomas neuropsiquiátricos ou comportamentais e sintomas psicológicos de demência incluem apatia, desregulação emocional, agitação, descontrole de impulso, comportamento social desinibido e sintomas psicóticos. Os sintomas neuropsiquiátricos estão associados a um maior declínio da funcionalidade, declínio cognitivo acelerado, pior qualidade de vida, aumento da carga do cuidador, maiores taxas a longo prazo de institucionalização e aumento da taxa de mortalidade da síndrome (WHO, 2021).

Os comportamentos como agitação, paranóia, agressividade e distúrbios do sono, geralmente surgem após a confirmação do diagnóstico de demência. No entanto, alucinações visuais iniciais podem sugerir demência com corpos de Lewy, enquanto a perda da inibição social é indicativa de demência frontotemporal (WHO, 2021).

Quanto à comunicação verbal, há a divisão em três fases, conforme o nível de comprometimento da linguagem. Nos estágios iniciais, embora o paciente com demência conserve o conhecimento do vocabulário e o processamento sintático, apresenta problemas semântico-lexicais similares aos de uma afasia semântica e dificuldades semântico-discursivas na interpretação de metáforas com provérbios, na compreensão moral de estórias e de material humorístico. Nos estágios intermediários, há piora destas alterações, aparecendo uma violação de leis conversacionais, a perda da função epilinguística (autocorretiva) e o início de alterações fonológicas e sintáticas, podendo ocorrer, então, alterações similares às da afasia de Wernicke ou afasia transcortical sensorial (KOEHLER, 2012).

Para quantificar a gravidade dos sintomas da demência o Clinical Dementia Rating (CDR), divide os sintomas em três categorias:

- CDR 1 ou fase leve: Moderada perda de memória, mais marcada por esquecimento de acontecimentos recentes, interferindo em algumas atividades do cotidiano. Moderada dificuldade com orientação temporal, podendo haver desorientação geográfica. Moderada dificuldade na resolução de problemas e dificuldade de discernimento. Ainda consegue estabelecer relações sociais. Começa a apresenta dificuldade em fazer atividades domésticas, às vezes abandonando–as, também tem dificuldade de seguir com atividades de lazer. Em relação aos cuidados pessoais, ainda consegue realizá-los, mas com possível supervisão.

- CDR 2 ou fase moderada: Severa perda da memória. Lembra-se apenas de assuntos de interesse e vivenciados há mais tempo. Passa a estar frequentemente desorientado quanto ao tempo e o espaço. Importante dificuldade em resolver problemas, discernir e fazer julgamento crítico. Sem interesse em manter atividades fora de casa ou receber visitas. Passa a ter interesses bem restritos e consegue exercer algumas atividades simplificadas do dia a dia. Necessita de assistência para realizar suas atividades de cuidado pessoal.
- CDR 3 ou fase grave: Severa perda de memória. Passa apenas a se lembrar de fragmentos. Total desorientação de tempo e espaço. Torna-se incapaz de resolver problemas. Passa a não ter condições de realizar qualquer tarefa fora de casa, perde o interesse nas relações sociais e em atividades que eram de seu interesse anteriormente. Não consegue mais realizar afazeres domésticos e precisa muitas vezes de total assistência para cuidados do dia a dia.
  (MARTINELLI, 2018).

O diagnóstico precoce pode permitir a identificação de causas reversíveis, melhor gerenciamento dos sintomas e planejamento para o futuro. O declínio cognitivo pode fazer parte do envelhecimento normal. Vários fatores genéticos, socioeconômicos, culturais e ambientais contribuem para uma taxa mais rápida de declínio cognitivo relacionado à idade em indivíduos saudáveis. No entanto, o declínio cognitivo anormal sugere a presença de uma doença cerebral (WHO, 2021).

O processo diagnóstico de demência passa por 5 fases sendo elas: (1) histórico médico e de vida do paciente onde se coleta as queixas apresentadas, sintomas, histórico de aprendizagem, possíveis distúrbios psiquiátricos, uso de álcool e drogas, fatores de risco para doenças, anormalidades no sono e histórico medicamentoso; (2) triagem cognitiva geralmente se utilizando o Mini Exame do Estado mental (MEEM); (3) avaliações funcionais com protocolos específicos para avaliar as Atividades de Vida Diária; (4) avaliações neuropsiquiátricas afim de avaliar o estado mental do paciente; (5) exame físico que inclui avaliações cardiovasculares, neurológicas, contendo exames laboratoriais e de imagem correspondentes a cada caso (HUANG, 2019).

Coletivamente, todos esses dados devem fornecer a base para classificar se o cognitivo e as queixas descritas pelo do indivíduo são clinicamente significativas, associadas a mudanças de humor, comportamento e / ou interferência em suas atividades diárias (WHO, 2021).

O diagnóstico precoce da demência é uma prioridade de saúde, e seus benefícios são inúmeros. Isso inclui oportunidades para identificar causas etiológicas, informar e coordenar cuidados médicos, permitir o planejamento para o futuro, abordar possíveis problemas de segurança e conectar famílias às intervenções. Também permite a identificação de candidatos apropriados para ensaios clínicos de terapias potencialmente modificadoras que beneficiam pessoas em estágios iniciais. Por sua vez, diagnósticos não realizados ou tardios podem resultar em situações devastadoras para os indivíduos e suas famílias, incluindo oportunidades perdidas de tratamento, complicações de condições médicas, aumento despesas de saúde, prejudica a segurança do paciente, e aumento da carga do cuidador (GAUTHIER et al., 2021).

O diagnóstico precoce e a classificação da gravidade dos sintomas são de extrema importância, pois possibilitam à pessoa com demência e aos seus familiares organizarem e planejarem suas vidas e tomarem decisões que respeitam o seu futuro. É através dessas informações que será possível a realização de intervenções clínicas, terapêuticas e ambientais na casa do idoso a fim de dar a ele qualidade de vida (VARELLA, 2021).

Com a progressão da demência, a perda da capacidade funcional e a variação dos sintomas, as demandas apresentadas pelo idoso e pela família se modificam. É necessário então se atentar à diversidade das dificuldades individuais, pois deparamo-nos com situações específicas para cada indivíduo consoante os seus recursos, necessidades e preferências. É através da identificação desses fatores que será possível encontrar medidas compensatórias através da terapia clínica e da modificação do ambiente com objetivo de atingir maior funcionalidade, conforto e bem-estar a pessoa que vive com demência.

2.3 A gerontecnologia no apoio à pessoa com demência

O desenvolvimento tecnológico alterou consideravelmente a maneira como realizamos as tarefas no cotidiano e como nos relacionamos com as pessoas, com destaque para a rapidez e eficiência no acesso e na transmissão de informações, na facilidade de comunicação, no processo de ensino-aprendizagem, na mobilidade, no trabalho, no lazer, no cuidado à saúde, etc. A tecnologia pode ser facilitadora de diferentes esferas da vida e possibilitar benefícios e

crescimento jamais imaginados há décadas atrás. Hoje, o contato com ela é inevitável (CASTRO, 2019).

A Gerontecnologia é um campo do conhecimento que reúne pesquisa e atuação profissional. Caracteriza-se pela interdisciplinaridade, pois combina a Gerontologia, o estudo científico do envelhecimento, e a tecnologia em seu sentido amplo, envolvendo: pesquisa, concepção, desenvolvimento e aperfeiçoamentos de novas técnicas, produtos e serviços voltados ao público idoso (SBGTEC, 2021).

Segundo a abordagem da Gerontecnologia, a sustentabilidade de uma sociedade em envelhecimento depende de sua capacidade de criar ambiência tecnológica de maneira inovadora e adequada às condições físicas e cognitivas dos cidadãos idosos. Essencialmente, baseia-se nos princípios de desenvolvimento e aplicação da tecnologia para proporcionar boa saúde, independência pessoal, conforto e segurança. Não obstante, outras dimensões da vida humana que facilitam o convívio e a participação social da pessoa idosa são objetos de interesse da Gerontecnologia, pois fazem parte de um contexto social inovativo e contribuem para o envelhecimento saudável, ativo e profícuo (SBGTEC, 2021).

Formalmente, a Gerontecnologia pode ser entendida como o estudo da tecnologia associada ao envelhecimento para adequação dos recursos tecnológicos à saúde, moradia, mobilidade, comunicação, lazer e trabalho dos idosos, de maneira que proporcionem uma vida saudável e digna, tão longa ela possa ser (SBGTEC, 2021).

De acordo com Pieper (1999), são três, os paradigmas atuais da Gerontecnologia:

- O primeiro refere-se à velhice como fase da vida na qual as perdas funcionais são crescentes, a presença de condições crônicas e mudanças cognitivas, motoras e sensoriais são constantes e precisam ser pensadas numa perspectiva de saúde pública.
- O segundo, diz respeito a pensar um ambiente livre de barreiras e design acessível para todos, enfatizando a importância da acessibilidade e da participação social como um direito humano para todos. Direito de ir e vir sem barreiras, permitindo a potência da capacidade funcional dos indivíduos.
- O terceiro menciona os idosos e adultos mais velhos como um grupo socioeconômico e cultural distinto na sociedade, que é recente na perspectiva histórica e socioeconômica e que está evoluindo ainda como grupo no âmbito da identidade,

> hábitos, gostos e desejos. Eles estão em processo de evolução como grupo, assim como as crianças e a cultura jovem antes deles. Desta forma, devem ser apoiados em todas as suas escolhas de vida, de vida independente, ativa ou não, para servir ao indivíduo e ajudar a satisfazer as necessidades e desejos desses indivíduos como consumidores.

Graafmans e Taipale (1998) sugerem que a tecnologia pode ajudar a prevenir problemas, melhorar a capacidade pessoal durante todo o nosso curso de vida em constante mudança e compensar a capacidade perdida, devido às mudanças causadas pela idade ou por doença. Pode também melhorar a nossa capacidade para prestar cuidados e influenciar a investigação, que inclui a tecnologia na vida dos idosos.

Segundo Gettel et al. (2021) as tecnologias mais estudadas com aplicação para pessoas que vivem com demência são realidade virtual, os robôs de companhia, os sistemas de monitoramento, câmeras vestíveis e aplicativos de estimulação cognitiva ou para suporte de cuidado. Os estudos mostraram benefícios nas funções cognitivas, psicológicas e motoras dos pacientes e que as pessoas portadoras de demência mostraram uma maior tendência em aceitar o uso dessas tecnologias do que o grupo de controle (não portadoras de demência). Ainda assim, algumas barreiras foram encontradas para o seu uso, como falta de experiência no uso de tecnologia, falta de vontade de ser auxiliado por tecnologia e dificuldade em aprender como usá-la, além da preocupação com a sua privacidade.

2.4 A influência do ambiente na vida da pessoa com demência

A urbanização, a globalização e o envelhecimento populacional têm sido considerados as principais forças a moldar as sociedades no século XXI. Assim sendo, as concepções mais atuais em Gerontologia e as preocupações públicas decorrentes dessas forças têm trazido demandas teóricas e práticas sob uma perspectiva macrossocial à Gerontologia Ambiental (BASTITONI, 2014).

As pesquisas realizadas sobre este tema buscam entender a relação entre pessoas idosas e o ambiente. Uma das teorias mais influentes é a teoria ecológica, que afirma que quanto maiores forem as competências de um indivíduo (saúde, inteligência, força, entre

outros) menores serão as influências do meio sobre ele, ou seja, com altas competências a pessoa se sobressai em relação ao ambiente. Com baixas competências, o ambiente sobressai em relação à pessoa (TOMASINI, 2005).

A gerontologia ambiental analisa o papel da interação entre habilidade pessoal e o ambiente físico da moradia no que concerne o bem-estar dos idosos, evidenciando como as mudanças na casa podem favorecer a independência (WILES et al., 2012). Ela se concentra em descrever, explicar, modificar e/ou melhorar as relações entre idosos e seus contextos socioespaciais dinâmicos e entender como eles se moldam ao processo do envelhecimento (TOMASINI, 2005). Ademais, estuda o processo de envelhecimento em um ambiente construído, considerando, também, o cenário social e político do lar e da vizinhança, do individual ao coletivo. Avalia as oportunidades e limitações para o idoso e sugere possibilidades de moradia elaborando modelos de programas habitacionais com padrões e satisfação residencial (SATIRO, 2014).

Alguns reflexos dessas demandas podem ser encontrados em conceitos e iniciativas públicas, tais como as denominadas "sociedades e/ou cidades amigas dos idosos". Segundo o Guia Global da Iniciativa "Cidade amiga do idoso", desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde - OMS, uma "cidade-amiga" é aquela que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança, para aumentar a qualidade de vida à medida que as pessoas envelhecem. Segundo o mesmo Guia, em termos práticos, uma "cidade-amiga" adapta suas estruturas e serviços para que estes sejam acessíveis aos idosos e promovam a inclusão daqueles com diferentes necessidades e graus de capacidade (OMS, 2008).

O direcionamento da Gerontologia Ambiental para as prioridades públicas e sociais é extremamente relevante frente à necessidade de compreender e promover o uso proativo dos ambientes por idosos que desejam se manter saudáveis e em suas próprias casas e comunidades. Esse direcionamento difere significativamente da ênfase de pesquisa de trinta anos atrás, em que a atenção (pública, social e de pesquisa) se centrava na minoria frágil dos idosos, residentes em contextos institucionais (WAHL, 2003).

Estudos sobre acessibilidade têm revelado uma importante troca entre a teoria e a prática. Uma vez que a Gerontologia Ambiental postula a interação entre aspectos objetivos e subjetivos da relação pessoa-ambiente, a acessibilidade tem sido considerada não como o número objetivo de barreiras ambientais impostas *versus* o grau de preservação da

capacidade, mas como a percepção do ajuste individual frente às barreiras ambientais. A percepção de ajuste ou desajuste é fruto da interação entre critérios objetivos e subjetivos do indivíduo (PENNE, 2012).

Outro conjunto de contribuições atuais à Gerontologia Ambiental advém dos estudos de intervenção desenvolvidos nos campos aplicados da Arquitetura, Engenharia, Fisioterapia e Terapia Ocupacional. Kendig (2003) destaca que, embora classicamente a Arquitetura, a Engenharia e os urbanistas tenham contribuído com o saber em Gerontologia Ambiental, destacam-se atualmente os estudos de intervenção desenvolvidos por profissionais da saúde. Entre estes últimos, tem havido o amplo reconhecimento, no contexto da prevenção e promoção da saúde, da importância do conceito *Aging in Place*, que em linhas gerais sintetiza as vantagens que o idoso possui ao envelhecer no seu contexto residencial, desfrutando de sua vida comunitária. Exemplos de temas frequentes nesses estudos são as questões de acessibilidade, segurança e prevenção de quedas que, além de contribuírem no trabalho de intervenção clínica e aplicações de "autoajuda" a idosos e familiares, retroalimentam a teoria (KENDING, 2003).

Quando o design é incapacitante e os ambientes parecem hostis, eles afetam nosso humor, causando estresse e angústia, ansiedade e frustração. Na pior das hipóteses, eles podem ser tão incapacitantes que as pessoas que vivem com demência se sentem inseguras a ponto de não conseguirem trabalhar ou participar da vida cotidiana (HOUSTON, 2020).

Nas últimas décadas muita atenção tem sido dada ao design para pessoas com demência. A maioria desses esforços teve origem no campo da tecnologia assistiva sendo que a maioria dos dispositivos e sistemas identificados se concentram nas atividades da vida diária (como comer, tomar banho e se vestir), monitoramento relacionado à segurança (por exemplo, identificar padrões de comportamento anormal) e assistência com tarefas cognitivas ou físicas (LUDDEN, 2019).

A alta demanda por cuidados na demência, a preferência do indivíduo em ficar em casa o maior tempo possível combinada com a oferta limitada e os custos crescentes de serviços institucionais de cuidados de longo prazo destaca a necessidade urgente de encontrar estratégias eficazes para melhorar o atendimento domiciliar para pessoas com demência, incluindo aqueles com demência avançada que requerem cuidados de fim de vida (MIRANDA, 2019).

Os idosos são mais susceptíveis ao seu ambiente próximo e são mais vulneráveis a mudanças cognitivas e físicas, o que pode diminuir sua capacidade de lidar com as características desfavoráveis do ambiente, podendo resultar na diminuição da sua capacidade de caminhar e, consequentemente, da capacidade funcional. No entanto, pequenas modificações no ambiente físico podem ser úteis para manter a independência das pessoas idosas. Assim, ambientes adequados para os idosos ajudam a promover o envelhecimento ativo mantendo a capacidade intrínseca ao longo da vida e aumentando a capacidade funcional, de modo que as pessoas com diferentes graus de dificuldade possam ser independentes e autônomas (VEGGI, 2020).

Os idosos com demência se beneficiam de um ambiente projetado para apoiá-los nos desafios que enfrentam no seu dia a dia e descreve quatro aspectos principais que podem auxiliar o idoso em uma vida saudável em seu lar, o fornecimento de uma atmosfera caseira, estimulação sensorial pela luz, contato com a natureza e convivência em grupos pequenos. Como seres humanos, percebemos o mundo por meio de nossos sentidos. Lembranças, memórias e a experiências estão ligadas aos sentidos e, assim, nos faz interpretar nosso cotidiano. Idosos com demência são frequentemente desafiados pela redução de sua capacidade cognitiva. Portanto, é ainda mais importante garantir a estimulação dos vários sentidos. Tanto a superestimulação sensorial quanto a privação sensorial podem ser desfavoráveis para pessoas com demência. Consequentemente, é importante estabelecer um equilíbrio cuidadoso onde a estimulação sensorial ampara os idosos de forma satisfatória. Através da estimulação dos sentidos, pessoas idosas com demência podem se lembrar e reconhecer várias atividades ou pessoas dando-lhes a sensação de estarem presentes em sua própria vida (MATHIESEN, 2018).

As Informações multissensoriais podem facilitar a percepção e orientação de pessoas com demência, tornando seu ambiente mais coerente. Variações em termos de, por exemplo, cor e textura podem despertar a curiosidade e engajamento dos residentes, incentivando-os a caminhar em direção ao estímulo ou explorá-lo mais (LUDDEN, 2019).

Ter lares projetados para diferentes idades e habilidades é um objetivo importante a ser alcançado, pois garante: melhoria na qualidade de vida; o completo uso da casa; independência individual; favorece o preparo de atividades fora da casa; permite o melhor recebimento de convidados; socialmente garante a permanência do indivíduo mais tempo na

comunidade e evita a manutenção de locais mais caros e menos atrativos, como as instituições de longa permanência (PORTO, 2016).

2.4.1 Aging in Place

Em pesquisa realizada com estadunidenses, afirma que aproximadamente 90% das pessoas acima de 65 anos gostariam de permanecer em suas casas pelo maior tempo possível e 80% acreditam que o seu lar atual é onde viverão para sempre (FARBER; SHINKLE, 2011). O conceito *Aging in Place* como um elemento de política pública que tem o intuito de possibilitar o idoso a manter circunstâncias de vida independentes (ROWLESS; BERNARD, 2013).

Portanto, o *Aging in Place* significa ser capaz de permanecer no mesmo lugar à medida que se envelhece de forma segura, autônoma e confortável, independentemente da idade, da renda ou do nível das habilidades. Preocupa-se a respeito do local onde as pessoas envelhecem e seu impacto na saúde e adequação do indivíduo. Ele estimula a permanência no local e o ajuste deste ao morador, uma vez que as mudanças de casa na terceira idade podem ser vistas como negativas, por afetarem a rotina dos idosos no sentido de que eles passam pelo estresse da mudança e tem dificuldade em prever as alterações e consequências decorrentes deste processo, o que pode causar prejuízos à saúde física, psicológica e à sua autonomia (LIMA, 2011; PORTO, 2016).

O *Aging in Place* deve considerar questões como: a comunidade, sustentabilidade, serviços, mobilidade, dentre outros. É necessário se perguntar como a moradia auxiliará o indivíduo a envelhecer no local (KENNEDY, 2010). O aprofundamento acadêmico neste assunto contribui para a compreensão de como o idoso se relaciona com todo o contexto no qual está inserido (LIMA, 2011).

2.5 Princípios Ambientais de Fleming Bennett

Os princípios de Design de Fleming – Bennett foram usados como base para a formulação do World Alzheimer Report 2020 – Design, Dignity, Dementia: Dementia – Related design and the built environment. Volume 1.

Por volta de 1990, os princípios de design de Fleming - Bennett guiaram o design da primeira casa de acomodação familiar para pessoas com demência na Austrália. Em 1995, guiou o design da primeira instalação específica para pessoas com demência que até hoje influencia novos projetos. A partir de 2010, esses princípios estão sendo utilizados em programas educativos de design para pessoas com demência financiadas pelo governo da Austrália (Dementia Training Austrália). Em 2016, foram incluídos nas Diretrizes de Saúde da Austrália aplicando os princípios em instalações de saúde mental para pessoas idosas. Em 2018, se tornaram o padrão pelo qual a Australian Aged Care Quality and Safety julga a qualidade dos projetos de instalação para inclusão propostos. Esses princípios também estão sendo utilizados em países como Austrália, China, Alemanha, Japão, Cingapura e EUA, como forma de basear o design para a pessoa com demência (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

Pessoas que vivem com demência necessitam de ambientes internos e externos de suas residências que sejam seguros e de fácil acesso, estimulando a mobilidade para que assim possam fazer uso de todas as suas habilidades ainda preservadas. Em algumas residências existem risco potenciais (às vezes invisíveis) que precisam ser repensados e removidos como, por exemplo, degraus, pisos e tapetes escorregadios, falta de locais de apoio, uso inadequado ou incorreto de tecnologias assistivas entre outros.

Muitas vezes, a forma como um ambiente, casa ou prédio é construída pode afetar o comportamento e sentimentos dos idosos com demência. Locais muito grandes e que não sejam intuitivos podem acabar intimidando o idoso levando-o a não se sentir confortável e diminuir sua capacidade de interação com aquele local. Isso pode acontecer principalmente em locais públicos e Instituições de Longa Permanência que precisam ser construídas de forma a envolver diversos tipos de pessoas e acabam constrangendo o idoso com demência por toda sua grandiosidade e dificuldade de interação (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

Um ambiente de fácil compreensão, que se torne intuitivo ajudará a diminuir a confusão, uma das grandes características da demência. É importante que a pessoa consiga reconhecer onde está, de onde veio e para onde deve ir. Quando uma pessoa consegue ver os principais lugares, como uma sala, o quarto, a cozinha, o banheiro e a área externa, eles terão mais condições de fazer escolhas e tomar decisões sobre a onde querem ou precisam ir. Para isso é necessário que os locais que queiram ser adaptados para idosos com demência tenham um bom apoio e acesso visual. O apoio visual seja pela ampla capacidade de ver os ambientes ou por placas simples que indiquem as direções dão a pessoa com demência confiança para explorar os ambientes e se locomover por eles (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

A estimulação dos sentidos podem lhe ajudar com pistas sobre onde eles estão no ambiente e o que podem fazer por ali. Incentivar uma pessoa a reconhecer seu quarto, por exemplo, através das cores das paredes, dos móveis, do padrão da roupa de cama pode ser complexo, mas colocar pela casa placas com textos e imagens simples pode facilitar as identificações minimizando as incertezas e auxiliando contra a confusão. Entretanto é necessário tomar cuidado para não criar ambientes sobrecarregados causando desordem e sendo excessivamente estimulantes (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

O excesso de estimulação pode levar a pessoa com demência ao estresse por estar constantemente exposta a prolongados tempos de estimulação. A residência da pessoa com demência deve ser organizada afim de não expor excessivamente a pessoa a cartazes, quadros, cores, ruídos, sons, músicas, espaços em desordem que sejam inúteis e não significativos para ela (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

Dentro do ambiente é preciso que a pessoa se sinta confortável em se movimentar de forma proposital para realizar alguma tarefa de sua necessidade ou interesse. A movimentação do idoso de forma espontânea ajuda a aumentar o envolvimento com o ambiente, o bem-estar e a saúde da pessoa (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

O senso de identidade residencial da pessoa com demência deve ser respeitado. Ela será ainda mais capaz de utilizar e desfrutar dos lugares se estes contiverem objetos que lhe são familiares. O uso no design residencial de móveis, acessório e cores que são agradáveis e conhecidos dará ao idoso o senso de pertencimento e autonomia para ele ainda se utilizar de suas habilidades preservadas sem que tenha o sentimento de estar invadindo os espaços do outro (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

A identificação dos papeis ocupacionais, a interação frequente com amigos e parentes também podem ajudar a manter o senso de identidade. Sem lembretes constantes de quem são, ou foram, a pessoa com demência pode perder totalmente o senso de identidade e o que a difere das outras (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

Os idosos precisam ser capazes de escolher se querem ficar sozinhos ou passar um tempo com outras pessoas. É preciso que ele tenha acesso em casa a locais onde pode ficar sozinho e outros que sejam favoráveis a interação. Também é preciso que ele consiga e possa comunicar suas vontades como uma pessoa que tem direito a escolhas. Quando espaços internos e externos tem uma variedade de organizações como, por exemplo, um lugar para ler, olhar pela janela, uma mesa com várias cadeiras ou simplesmente um banco num local que se possa observar as flores, isso dá a dica para o idoso de como se envolver em atividades relevantes que estimula diversas respostas cognitivas e emocionais (FLEMING; ZEIZEL; BENNETT, 2020).

Os princípios de Fleming - Bennett pregam que o idoso precisa ter direito de escolher, opinar e comunicar às coisas que envolvem a sua vivência e das quais concorda ou não, as coisas que gosta ou não, ter escolha sobre as coisas que quer fazer. O ambiente precisa apoiar o idoso a tomar as decisões, permitir que se sinta confortável e que seja estimulado a utilizar as habilidades que ele tem.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Identificar a percepção de familiares de idosos com demência a respeito do ambiente domiciliar onde estas pessoas vivem e a respeito da adequação deste ambiente com base nos princípios de design de ambiente proposto por Fleming-Bennett.

3.2 Específicos

- Descrever os princípios de design de ambiente propostos por Fleming – Bennett para pessoas com demência vivendo em ambiente domiciliar;
- Descrever o ambiente domiciliar de idosos com demência;
- Descrever a percepção dos familiares sobre a residência de idosos com demência a partir dos princípios de Fleming – Bennett;
- Avaliar a percepção dos familiares sobre a residência de idosos com demência a partir dos princípios de Fleming – Bennett;

4 MATERIAIS E MÉTODO

4.1 O tipo de estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva, exploratória; transversal; de caráter qualitativo.

4.2 Aspectos éticos e legais

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto segundo CAAE 41821320.3.0000.5440, sob o número do parecer 4.498.444 no dia 14 de Janeiro de 2021.

Todos os participantes receberam e concordaram com o termo de consentimento livre e esclarecido de forma online através de um formulário google. O termo de consentimento foi formulado pela pesquisadora com base nos critérios do Comitê de Ética em pesquisa descrito acima. (APÊNDICE A).

4.3 Participantes do Estudo

A amostra contou com oito familiares de idosos com demência, residentes no estado de São Paulo, sendo indicados na comunidade e convidados a participar do estudo.

Os participantes foram identificados na comunidade, através da busca ativa em grupos de apoio ao idoso, indicações de profissionais da saúde, de amigos e familiares.

4.3.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos idosos em qualquer fase de estadiamento da demência, podendo apresentar outros diagnósticos associados, de ambos os sexos, qualquer nível sócio econômico ou de escolaridade, com idade acima de 60 anos, residindo em zona rural ou urbana.

O familiar poderia ser de ambos os sexos, residindo em zona rural ou urbana, de qualquer nível sócio econômico, com qualquer nível de escolaridade e sem idade definida.

O idoso e o familiar poderiam residir no mesmo ambiente domiciliar ou então passarem a maior parte do tempo juntos.

4.3.2 Critérios de Exclusão

O idoso não poderia residir em instituições de longa permanência.

Qualquer aspecto que impedisse o familiar de participar das entrevistas online, como, restrição ao uso das tecnologias digitais ou de acesso à internet. Além de qualquer condição que restringisse a comunicação como problemas auditivos, de compreensão ou de expressão.

4.4 Procedimentos do Estudo

O procedimento para a realização do estudo foi dividido em quatro etapas sendo a primeira parte a realização da pesquisa bibliográfica para fundamentação teórica; a segunda parte tratou-se da leitura e estudo para descrição dos princípios de Fleming – Bennett; a terceira etapa se tratou da coleta de dados que foi dividida em 3 fases descritas no item 4.5; e a quarta e última fase, a análise dos dados coletados para discussão com a literatura descritos no item 4.7.

4.5 Coleta de dados

4.5.1 Fase 1 - Levantamento dos dados do sujeito

O familiar passou por uma entrevista inicial semiestruturada, realizada de forma online, por meio de chamada de vídeo utilizando o Whatsapp ou GoogleMeet, com duração de cerca de quarenta minutos, realizada nos meses Agosto de 2021 a Janeiro de 2022. Nesta entrevista foi feita a aplicação de um Questionário sociodemográfico e de caracterização dos sujeitos (APÊNDICE B e C), Questionário de caracterização de comportamentos e humor, Escala de avaliação da Incapacidade Funcional para Demência (DAD – Disability Assessment for Dementia) (ANEXO A). Além de responder perguntas abertas em um questionário sobre os principais aspectos ligados ao ambiente domiciliar.

4.5.2 Fase 2 – Caracterização do ambiente

O familiar foi convidado a responder um questionário em um formulário google (APÊNDICE F), cujo link foi enviado ao final da primeira entrevista, que tem como objetivo a caracterização do ambiente em que o idoso vive, pensados a partir dos princípios de Design de Fleming - Bennett. Este formulário auxiliou a pesquisadora a compreender a dinâmica do ambiente a partir das percepções do familiar.

4.5.3 Fase 3 - Percepções sobre os princípios de Fleming - Bennett

O segundo encontro teve como objetivo levantar as percepções do familiar quanto aos princípios de Fleming - Bennett presentes na casa do idoso. Para isso, foi utilizado um Checklist dos princípios de Fleming - Bennett desenvolvido pela pesquisadora, baseado na tabela 2: Fleming - Bennett Principles do World Alzheimer Report 2020 (APÊNDICE G). O encontro teve duração de cerca de quarenta minutos.

4.6 Instrumentos de Coleta de Dados

4.6.1 Instrumento de Caracterização da amostra

a) Questionário sociodemográfico e de informações sobre a saúde do idoso (APÊNDICE B): Composto por 12 perguntas sobre sexo, idade, escolaridade, estado civil, situação profissional, diagnóstico, processo terapêutico e uso de tecnologias assistivas. O questionário foi formulado pela pesquisadora e aplicado na fase 1 da pesquisa.

b) Questionário de perfil do cuidador: Tem por objetivo levantar dados para a caracterização do familiar. Contém 12 perguntas–sobre sexo, idade, escolaridade, vínculo como cuidador e relação com o idoso. O questionário foi formulado pela pesquisadora e aplicado na fase 1 da pesquisa (APÊNDICE C).

c) Questionários de caracterização de comportamento e humor: Foi respondido pelo familiar sobre o idoso, buscando descrever o comportamento, humor, interação com o ambiente e comunicação. Contém 4 perguntas fechadas, de múltipla escolha, além de espaço aberto para comentários. O questionário foi formulado pela pesquisadora e aplicado na fase 1 da pesquisa. (APÊNDICE D).

d) Escala de Avaliação da Incapacidade Funcional para Demência (DAD – Disability Assessment for Dementia) (ANEXO A): Foi desenvolvida por Gauthier e Gélinas em 1994, adaptada transculturalmente para o Brasil em 2007 e validade em 2012. A DAD é uma avaliação de Atividade de vida diária (AVD) e Atividades instrumentais de vida diária (AIVD) específica para pessoas com demência. Conta com 40 afirmações, separadas em 10 categorias sendo elas: Higiene, Vestir-se, Continência, Alimenta-se, Preparação de refeição, Uso do telefone, Atividades fora de casa, Finanças e correspondências, Medicações, Lazer a atividades fora de casa. Questionário aplicado na fase 1 da pesquisa.

4.6.2 Instrumento de caracterização do ambiente

e) Questionário de caracterização da casa, principais aspectos do ambiente, vivências, queixas e dificuldades buscando caracterizar o ambiente onde o idoso vive. (APÊNDICE E). Composto por 40 perguntas, divididas em 4 categorias sendo elas:

- Caracterização da casa – Visa buscar informações sobre a formação física da residência.
- A família – Visa colher informações sobre a formatação familiar desse idoso e suas relações sociais
- A interação e funcionalidade do idoso no ambiente – Visa buscar informações sobre a interação do idoso com o ambiente onde vive, suas preferências no dia a dia e as atividades realizadas por ele.
- Os aspectos, vivências, queixas e dificuldades – Visa colher os desafios e acertos da vivência desse idoso no ambiente residencial que vive hoje.

O familiar deve responder as perguntas pensando no ambiente doméstico que o idoso vive. Este questionário foi aplicado na fase 1 da pesquisa

f) Formulário Google Online de Caracterização do ambiente: O formulário foi produzido pela pesquisadora com base nos princípios de Fleming – Bennett. Contém 80 itens, dividido em cinco grupos sendo eles: Reduzir Riscos; Favorecer um ambiente humano; Permitir que a pessoa veja e seja vista; Reduzir estimulação desnecessária e Aperfeiçoar a estimulação útil. Cada grande item possui seu título e uma breve explicação sobre o que aquele princípio significa. Logo abaixo estão os itens de múltipla escolha onde o familiar deve escolher os itens que estão presentes na casa do idoso. Este formulário leva cerca de 15 minutos para ser preenchido e serve de base para a Fase 3, pois introduz os princípios de Fleming - Bennett para o entrevistado. Além disso, é parte da caracterização do idoso, pois contém mais itens do que a entrevista inicial e ajuda a pensar possíveis adequações no ambiente. Foi aplicado na Fase 2 da pesquisa.

4.6.3 Instrumento de Caracterização do ambiente quanto aos princípios de Fleming-Bennett

g) Checklist dos princípios de Fleming – Bennett: contém 10 itens seguindo os princípios de Fleming – Bennett, sendo eles: Reduzir riscos; Favorecer um ambiente humano; Permitir que a pessoas veja e seja vista; Reduzir a estimulação desnecessária; Aperfeiçoar a estimulação útil; Estimular o movimento e engajamento; Criar um ambiente familiar; Dar oportunidade de estar sozinho e com os outros; Ter uma conexão com a comunidade e Construir um Design em respeito ao seu estilo de vida. Cada item tem uma breve descrição que é lida ao entrevistado. Em ordem de 1 a 10 cada principio e sua descrição é lida e o pesquisador faz a pergunta: Sua casa está organizada dentro deste principio? O entrevistado deve responder com sim ou não. Caso a resposta seja sim, ele deve citar objetos da casa ou questões a organização que cabem neste principio. Caso a resposta seja não, ele deve dizer o que poderia ser feito no seu ambiente para que ele se adeque ao princípio. Esse instrumento foi elaborado pela própria pesquisadora com base nos princípios de Fleming – Bennett e materiais disponíveis no World Alzheimer Report 2020.

4.7 Análise dos Dados

Para análise qualitativa dos dados foi utilizada a análise de conteúdo como estratégia de identificação de categorias empíricas a partir dos registros de observação das sessões realizadas (BARDIN, 2011).

A análise de conteúdo é uma técnica de análise das comunicações, que irá analisar o que foi dito nas entrevistas ou observado pelo pesquisador. Na análise do material, busca-se classificá-los em temas ou categorias que auxiliam na compreensão do que está por trás dos discursos (SILVA, 2015).

Em relação à organização e utilização da técnica, a análise usou três etapas, sendo elas:

1) Pré-análise: organização dos registros de observação para facilitar e sistematizar as ideias iniciais

2) Exploração do material: leitura exaustiva, classificação e categorização dos temas e criação de unidades temáticas que aparecessem com maior frequência nos registros

3) Tratamento dos Resultados: Análise das unidades temáticas, permitindo ao analista propor inferências e interpretar os dados obtidos de acordo com seu quadro teórico previsto pela pesquisa (BARDIN, 2011).

Após leitura e análise dos princípios de Fleming – Bennett foi possível separar os 10 princípios em quatro grandes categorias temáticas, sendo elas: Segurança, Estimulação, Socialização e Familiaridade.

Para a categoria segurança temos o principio de Redução de riscos. Na categoria Estimulação estão alocados os princípios de Reduzir a estimulação desnecessária, Aperfeiçoar a estimulação útil, Estimular o movimento e o engajamento. Compondo a categoria socialização foram agrupados os princípios: Permitir que a pessoa veja e seja vista, Poder estar sozinho ou com os outros e Favorecer a conexão cm a comunidade. E para a categoria familiaridade foram agrupados os princípios: Favorecer um ambiente humano, Criar um ambiente familiar e Ter um design que respeite o seu estilo de vida.

Após a leitura intensa dos dados e alocação deles nas quatro categorias formadas pelos princípios, notou-se a necessidade de formação de mais uma categoria temática formada através dos dados, sendo essa categoria a de Funcionalidade do idoso e manejo do cuidado que engloba as dificuldades no cuidado do idoso com demência, relatadas pelas famílias, já que conforme a funcionalidade do idoso vai decaindo ao longo do envelhecimento e da progressão da síndrome, maiores são as necessidades de assistência.

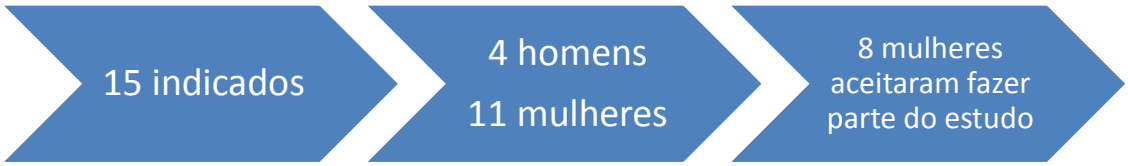
5 RESULTADOS

Os resultados são apresentados a partir da seleção da amostra, caracterização dos participantes (familiares, idosos) e suas residências, seguidos pelas categorias de análise intituladas Segurança, Estimulação, Socialização, Familiaridade e Funcionalidade e manejo do cuidado.

5.1 Seleção da Amostra

As entrevistas ocorreram no ano de 2021 e início de 2022, de forma online por vídeo chamadas através de plataformas digitais.

Quadro 1 - Diagramação de Seleção da Amostra
Fonte: Própria



5.2 Caracterização dos Participantes

Para identificação dos resultados, cada familiar foi relacionado ao seu idoso através de um número para manter a privacidade das famílias e dos dados. Sendo assim a letra F foi utilizada para identificar os familiares e I para identificar os idosos.

5.2.1 Caracterização dos Familiares

Quadro 2 - Perfil dos familiares e descrição das atividades de cuidado

	F1	**F2**	**F3**	**F4**	**F5**	**F6**	**F7**	**F8**
Vinculo Familiar	Filha	Esposa	Filha	Filha	Filha	Filha	Esposa	Irmã
Idade	65	70	60	61	60	43	79	77
Escolaridade	Superior Completo	Superior Completo	Médio Completo	Superior Completo	Superior Completo	Médio Completo	Superior Completo	Médio Completo
Cuidados Exercidos	AVD e AIVD	AVD e AIVD	Todas as AIVD	AVD e AIVD	Administração de Medicação	Gerenciamento de Medicação e Financeiro, Supervisão ao Sair	Gerenciamento de Medicação	AVD e AIVD
Dificuldade no cuidado	Comunicação	Agitação Inquietação	Supervisão 24 horas	Cuidados 24 horas	Comportamentos Inapropriados, Gerenciamento financeiro	Supervisão 24 horas	Banho	Comunicação
Residem em	Casas separadas	Casa conjunta	Casa conjunta	Casa conjunta	Casa Separada	Parcialmente conjunta	Casa conjunta	Casas Separadas
Ajuda Formal	2 cuidadoras	1 cuidadora -1/2 período	Não possui	Não possui	Não possui	Não possui	Auxilio da empregada doméstica	2 cuidadoras

Fonte: Própria

Três participantes relatam que o idoso precisa de ajuda do cuidador em todas as tarefas do dia a dia. Cinco participantes citam que os idosos conseguem realizar boa parte de suas atividades de vida diária e que precisa de ajuda e supervisão nas atividades instrumentais de vida diária como gerenciar medicamentos, gerenciamento financeiro, supervisão ao sair de casa, preparo de refeições elaboradas, limpeza e organização da residência.

Relatam que suas principais dificuldades no cuidado com o idoso com demência se dão por conta de dificuldades na comunicação, agitação e inquietação, necessidade de

supervisão e cuidados vinte e quatro horas, comportamentos inapropriados, gerenciamento financeiro e problemas com o sono.

Cinco idosos residem na mesma casa que o familiar entrevistado. Dois deles por terem vínculo matrimonial e outros dois casos as duas idosas foram residir na casa das filhas após o início dos sintomas. Em uma das famílias, o idoso, a esposa e os filhos moram em uma construção de três andares, onde cada andar corresponde a uma casa e é residida por cada núcleo familiar.

Três idosos moram separados dos familiares entrevistados sendo que em dois casos moram em suas próprias casas acompanhados de cuidadores. No outro caso, o idoso reside com a esposa, tendo um dos filhos residindo em outra casa no mesmo terreno.

Em apenas dois dos sete casos entrevistados a família conta com ajuda de cuidadores formais para o cuidado com os idosos. Em todos os outros cinco casos, os idosos são cuidados pelos familiares.

5.2.2 Caracterização do Idoso

Os idosos possuem a média de idade de 84 anos, residem no estado de São Paulo, sendo quatro do sexo masculino e quatro do sexo feminino. Todos são aposentados. A escolaridade varia de ensino fundamental incompleto até ensino superior completo. Quatro são casados e quatro viúvos. Todos possuem diagnóstico de demência. Quanto às classes sociais, os participantes estão inseridos nas classes média, média alta e alta.

As informações sobre os idosos foram organizadas conforme as fases da demência, sendo Grupo 1 referente a fase leve de estadiamento, Grupo 2, fase moderada de estadiamento e Grupo 3, fase grave de estadiamento da demência.

5.2.2.1 Caracterização sociodemográfica, funcionais, comportamentais e de humor

Quadro 3 - Grupo 1 - Dados sociodemográficos, funcionais, comportamentais e de humor do idoso na fase leve da demência

	I5	**I7**
Escolaridade	Fundamental Incompleto	Fundamental Incompleto
Terapias	Não	Não
Ano diagnóstico	3 anos	5 anos
Dispositivos de Auxilio	Óculos; Bengala	Óculos
Comportamento	Estressado	Estressado; Ansioso
Humor	Eutímico	Irritável
Interação com o ambiente	Muita Interação	Muita Interação
Comunicação	Comunicativo	Comunicativo
Funcionalidade	Alta Funcionalidade 95%	Alta funcionalidade 50% (o idoso nunca realizou alguns dos itens descritos na avaliação)

Fonte: Própria

Quadro 4 - Grupo 2 - Dados sociodemográficos, funcionais, comportamentais e de humor do idoso na fase moderada da demência

	I1	**I3**	**I7**
Escolaridade	Superior Completo	Não estudou	Superior Completo
Terapias	Sim	Não	Sim
Ano diagnóstico	9 anos	5 anos	4 anos
Dispositivos de Auxilio	Bengala; Andador; Óculos	Não utiliza	Óculos

	I1	I3	I7
Comportamento	Tranquilo com Oscilações	Deprimido	Estressado
Humor	Eutímico	Irritável	Irritável
Interação com o ambiente	Pouca Interação	Muita Interação	Muita Interação
Comunicação	Ausente ou Raríssima	Oscilante	Oscilante
Funcionalidade	Média Funcionalidade 32,5%	Média Funcionalidade 50%	Média Funcionalidade 75%

Fonte: Própria

Quadro 5 - Grupo 3 - Dados sociodemográficos, funcionais, comportamentais e de humor do idoso na fase grave da demência.

	I2	I4	I8
Escolaridade	Superior Completo	Fundamental Completo	Médio Completo
Terapias	Não	Sim	Não
Tempo de diagnóstico	5 anos	16 anos	2 anos
Dispositivos de Auxilio	Não utiliza	Sonda Gástrica Parenteral	Não utiliza
Comportamento	Estressado	Apático	Apático
Humor	Irritável	Apático	Lábil
Interação com o ambiente	Nenhuma ou rara	Nenhuma	Regular
Comunicação	Ausente	Ausente	Ausente
Funcionalidade	Baixa Funcionalidade 17,5%	Baixa Funcionalidade 0%	Baixa Funcionalidade 20%

Fonte: Própria

5.3 Caracterização da casa em que os idosos residem pela perspectiva dos familiares

5.3.1 A casa do orquidário (I1)

Reside nesta casa há 13 anos. Casa própria, térrea, na zona urbana de Ribeirão Preto. Tem acesso a sistema de esgoto e água encanada. A casa possui sala, cozinha, três quartos, dois banheiros, jardim na frente e quintal com orquidário nos fundos.

Mora sem familiares, acompanhada por duas cuidadoras. Tem um quarto só para si. A cuidadora profissional dorme em outro quarto. A casa é arejada e iluminada, tendo o piso adequado para deambulação e não possui nenhum obstáculo para a movimentação. Ela consegue ter acesso independente a todos os cômodos da casa, sendo a sala o local de maior permanência.

A casa foi mobiliada pela idosa, tendo esta, escolhido todos os itens e mobiliários que a compõem. Há quadros na parede pintados de sua autoria, embora hoje já não os reconheça. Em alguns momentos de agitação apresentou episódios de não reconhecer a casa como sua e chegou a começar a arrumar malas para ir embora.

Poucas alterações na casa foram feitas desde então. Alguns tapetes e box do banheiro foram retirados e foram instaladas barras de apoio nos banheiros. Essas adequações foram realizadas quando a idosa estava com suas capacidades cognitivas preservadas. Todos os objetos para uso em atividades de lazer como as revistas, a tv e as plantas ficam ao seu alcance, assim também como seus itens pessoais.

A entrevistada refere que se pudesse modificar algum item, aumentaria as portas dos banheiros. Refere que não há barreiras à funcionalidade, independência e cuidado de sua mãe.

Numa escala de 0 a 5, a familiar destaca 4 pontos para o design da casa em relação ao conforto, autonomia e identidade do idoso.

5.3.2 A casa do jogador de Hóquei (I2)

O casal mora em um apartamento, próprio, na zona urbana há cerca de 16 anos. O apartamento possui sala de jantar junto com a sala de estar, cozinha, área de serviço, três quartos, um escritório e três banheiros. Não possui varanda nem área de lazer.

Residem em duas pessoas e a cuidadora passa a tarde e início da noite na casa. Dormem juntos no mesmo quarto e na mesma cama. Os filhos residem em cidades diferentes, mas vem com frequência visitá-los. A casa é bem iluminada e arejada, o chão é de taco, não escorregadio, não tem escadas nem desníveis aparentes. As paredes são todas pintadas de uma cor creme clara. A casa permanece mobiliada da mesma forma que era desde quando se mudaram para ela. Têm quadros, tapetes, objetos pessoais como porta retratos como fotos familiares e troféus que o idoso ganhava em competições de Hóquei em patins. Na casa existem livros, revistas, jornais, som para música e tv, disponíveis para uso.

A esposa acredita que a casa reflete a personalidade que ele tinha antes da demência. Relata que o idoso era muito organizado e quando o processo de declínio cognitivo se iniciou passou a ter momentos de querer organizar armários e jogar muitas coisas no lixo. A esposa relata que quando precisa fazer alguma modificação na casa, como arrumar os armários, mudar móveis de lugar, não comunica o marido, pois acredita que ele não entende. Quem faz as maiores mudanças na casa na verdade é ele, que passa o dia a mudar as coisas de lugar.

A esposa acredita que o apartamento onde vivem é funcional e adaptado para as necessidades dos dois. Ela gostaria de fazer algumas mudanças como instalar barras de apoio, retirar o box do banheiro, colocar algum tipo de superfície onde possa se sentar no banheiro para facilitar o banho.

Sua maior queixa em relação ao apartamento é ele não ter varanda ou uma área externa. Diz que sente muita falta de ter plantas e um local para sentar e tomar um pouco de sol e ar fresco. Se pudesse, essa seria a maior modificação que faria na residência, mas completa dizendo que “Hoje, do jeito como a gente vive, eu não tenho coragem de me mudar”.

Sendo assim, a esposa avalia em 3 (sendo 0 ruim e 5 excelente) o design da casa facilitando a independência e qualidade de vida e da nota 4 para o conforto com o qual sentem em casa hoje.

Durante a conversa percebo o humor deprimido da familiar pela quebra das expectativas da velhice com o adoecimento do marido. Relata a sobrecarga do cuidado, principalmente da dificuldade de cuidar de alguém com quem ela tem um grande envolvimento emocional. Relata que gostavam muito de viajar e que faziam planos de se mudar para a praia antes do adoecimento. A perda dos papéis ocupacionais, quebra das expectativas e o isolamento social a levaram também a um quadro de adoecimento mental importante.

Observação: Este idoso veio a falecer em Janeiro de 2022.

5.3.3 A casa da filha (I3)

Em 2004, após a morte do marido, quando a idosa ainda não estava em processo de adoecimento, tiveram a ideia em família, de que ela fosse morar com a filha para não viver sozinha em sua casa. Na época ela acatou a ideia de muito bom grado e viveu muito bem nesta casa com a família até o inicio dos sintomas mais graves da demência. Nesta casa, moram quatro pessoas, a filha e seu marido, um dos filhos do casal e a idosa. O outro neto da idosa vem visita-los às vezes.

Moram em uma casa alugada, na zona urbana de Sertãozinho. É uma casa térrea, tem acesso à energia elétrica, sistema de esgoto e água encanada. A casa possui dez cômodos, sendo quatro quartos, dois banheiros e quintal aberto. A casa não possui escadas rampas e desníveis, o piso não é escorregadio. A casa é bem iluminada e bem arejada. As paredes tem cor creme e não possui quadros.

Durante o dia a dia, o local da casa que a idosa mais fica é na sala. Apesar de assistir Tv por várias horas, a idosa não consegue assimilar ou relatar o que assiste. Ela tem acesso a todos os cômodos da casa e nunca sofreu nenhum tipo de acidente doméstico.

A filha relata que a mãe é estimulada a fazer jardinagem junto com ela. Tem muitas plantas pela casa e sempre estimula seu engajamento nesta atividade, mas relata que ela não se anima e emite muitos comentários negativos sobre a atividade.

Em 2004, quando a mãe veio morar nesta casa com a filha trouxe de sua antiga casa os móveis de seu quarto e o seus itens de interesse pessoais. A decoração desse quarto já não

reflete mais a personalidade da mãe. Relata que após a demência, a idosa apresenta discursos pedindo para voltar para sua própria casa. *"Quando minha mãe ficou viúva, meu marido falou pra gente trazer ela pra cá. Ela ainda tava muito saudável e veio com as coisinhas dela. Agora ela fala que quer ir embora, que quer voltar pra casa dela" (F3).*

A filha não acredita que nada na formulação da casa dificulte a vivência do idoso nela. As únicas alterações feitas na casa após a chegada da mãe foram a retirada de tapetes. Quando alguma mudança no ambiente é feita, a idosa não é consultada por sempre se tratarem de coisas pequenas. Quando questionada se faria alguma mudança na casa, pensando na autonomia, independência e qualidade de vida de sua mãe, a familiar relata que não mudaria nada, pois não acredita que nada na casa dificulte a sua vivência.

A filha refere 5 pontos (numa escala de 0 a 5) para aspectos de independência e qualidade de vida na casa onde sua mãe reside, e 0 pontos para o aspecto de conforto: *"Ela não se sente confortável aqui"(F3).*

5.3.4 A casa da viajante (I4)

Nesta casa moram a idosa e uma filha há 4 anos. Cada uma ocupa um quarto da casa. A casa foi construída especialmente para recebê-la no mesmo terreno em que mora uma das filhas. É uma casa própria, em zona urbana de Botucatu, mas com características de zona rural. Possui acesso a energia elétrica e sistema de água e esgoto. É uma casa térrea que possui dois quartos, dois banheiros e uma sala cozinha integrada. Possui área externa verde. Fizeram a mudança da idosa para esta casa, pensando nas facilidades do cuidado.

Quando realizaram a mudança trouxeram para esta casa muitos itens pessoas da idosa como móveis, fotos, roupas, decorações e itens de interesse. Esses itens estão dispostos pela casa de forma acessível.

A idosa passa a maior parte do tempo no quarto e faz uso de cadeira de rodas guiada por outra pessoa para se locomover de um cômodo ao outro. A casa foi construída com portas largas, cômodos espaçosos o suficiente para uso de cadeira de rodas, facilitando a mobilidade e permitindo que a idosa possa ser levada a todos os cômodos da casa. Os ambientes permitem entrada de ar e luz natural.

Nos banheiros foram instaladas barras de apoio, tapetes com ventosas antiderrapantes, o box foi retirado. O banheiro é acessível para cadeira de banho. As entradas da casa possuem rampas e a área externa tem calçamento favorável ao andar com a cadeira de rodas. A casa possui ventilador, ar condicionado e aquecedor para manutenção térmica. Possui calendários e relógios para orientação do tempo.

5.3.5 A casa do sítio (I5)

O idoso reside em uma casa própria na zona rural com acesso a energia elétrica, sistema de agua e esgoto. É uma casa térrea com 3 quartos, 2 banheiros, cozinha, sala e uma varanda externa. Por se tratar de um sítio, tem uma vasta área externa.

Nesta casa vivem o idoso e sua esposa e a poucos metros, em outra casa, um dos filhos. O idoso tem um quarto só pra si, não dormindo mais com a esposa. O idoso possui um escritório, local esse que passa a maior parte do tempo. Neste cômodo, o idoso guarda livros, revistas, cds de música, cadernos, objetos artesanais que ele mesmo confecciona e todos os outros objetos de interesse e de apego.

Consegue acessar todos os cômodos da casa de forma independente. As portas e corredores são largas e as passagens são livres de obstáculos. A organização e decoração da casa é a mesma desde que ele reside lá com sua esposa e isso favorece sua funcionalidade no dia a dia.

A casa passou por algumas alterações conforme os residentes foram envelhecendo. Foram instaladas barras de apoio nos banheiros e corrimões em dois locais com escada. Essas alterações foram conversadas entre toda a família e aceitas pelos idosos que ali residem. Retiraram degraus e fizeram rampas e também retiraram tapetes. As calçadas externas estão em bom estado para uma caminhada segura e todas as portas e portões estão em boas condições. Os idosos já não mais fazem caminhadas pela extensão do terreno do sítio por conta dos desníveis do solo. A casa possui ventilador para manutenção térmica e calendários e relógios para organização do tempo.

A filha acredita que o idoso se sinta confortável no ambiente que vive hoje, destacando 5 pontos na avaliação do conforto do ambiente e da independência.

Acredita que outras mudanças podem ser realizadas na casa ao longo do tempo e do percurso da doença, mas estas serão feitas conforme a necessidade dos que vivem lá já que a casa não foi inicialmente construída pensando no envelhecimento. *"No principio, precisou de muitos ajustes, mas atualmente está mais organizado" (F5).*

5.3.6 A casa em andares (I6)

Idoso residente em um prédio de três andares ocupados apenas pela família. O andar de baixo é a residência que o idoso vive com sua esposa. Os dois apartamentos de cima são resididos cada um por uma filha e suas respectivas famílias. É uma construção própria da família, na zona urbana. Possui energia elétrica e sistema de agua e esgoto. Essa casa possui 2 quartos, 2 banheiros, sala, cozinha, lavanderia e quintal. O acesso para os outros andares é feito por uma escada lateral e a garagem é compartilhada entre a família.

Esse imóvel foi comprado pela família a cerca de 40 anos e reformado para que todos pudessem morar juntos. Anteriormente o idoso morava no ultimo andar, mas após sofrer um acidente vascular cerebral (AVC) a família mudou a disposição das casas por conta das escadas facilitando o cuidado do idoso.

A casa foi decorada e organizada pela esposa do idoso. Possui todos os pertences e objetos que eles foram adquirindo durante a vida. A esposa faz algumas modificações na casa sem consultá-lo e a filha relata que isso as vezes o incomoda. A casa reflete a mãe e não muito o pai, pois ele tem um estilo mais rústico e sempre gostou mais de viver no interior.

O idoso morou em várias casas e cidades diferentes durante sua vida e a filha relata que hoje, ele acha que esse prédio onde eles vivem é um local de resolver problemas de documento. Apresentando falas e diálogos como: *"E aí, já resolveu tudo? e eu falei já, já resolvi e aí ele falou: tá, então que horas a gente pode ir embora? Ele acha que ele mora no interior e que a gente vem pra cá pra resolver coisas" (F6)*

Dois anos atrás, quando o idoso já estava com o quadro demencial a casa passou por uma reforma. Foram colocadas rampas na entrada da casa e do prédio, que anteriormente eram degraus. Foi construído um banheiro dentro do quarto e a casa foi toda pintada.

Como mudanças a serem feitas hoje em dia a filha relata que gostaria de trocar o portão que é de grades por um mais fechado, favorecendo a privacidade e impedindo que o pai o escale para fugir. Além disso, acredita que em breve será necessário a instalação de barras nos banheiros.

A filha refere nota 4 para o quesito conforto e funcionalidade da casa em que o idoso reside.

"De conforto, pensando no jeito que ele vivia antes, eu acho que uns quatro também. Eu acho que na cabeça dele, ele pensa de quando ele era novo e morava no interior. Uma vez minha irmã viajou pra minas e levou ele, e chegou na casa, ele dormiu tranquilamente, achando que era a casa dele. O único lugar que ele ficou também, nas outras casas ele não gostou."(F6)

5.3.7 A casa adaptada (I7)

O idoso reside em uma casa própria, na zono urbana. Casa térrea, com acesso a energia elétrica e sistema de água e esgoto. Hoje nesta casa residem o idoso e sua esposa. Mudaram-se para essa casa há 36 anos. A escolha da casa foi feita pela esposa que relata que se preocupou em ter um quintal e ser uma casa sem degraus.

A casa passou por uma reforma há pouco tempo. A filha engenheira e a outra fisioterapeuta e ambas foram responsáveis por programar a reforma. Foram instaladas barras nos corredores e locais de passagem externos. Possui pisos de cores diferentes como alerta para mudanças de nível, além de faixas e pisos antiderrapantes. Nos banheiros foram instaladas barras de apoio e assento sanitário elevado. Também retiraram tapetes e móveis como mesas de centro.

O casal já não dorme mais no mesmo quarto, pois casos de perturbação do sono do idoso com demência estavam muito frequentes. Sendo assim cada um tem seu quarto com suas coisas pessoais. O idoso passa boa parte do tempo na sala podendo ficar sozinho, mas sempre sob supervisão. Ele consegue acessar todos os cômodos da casa que está sempre limpa e organizada com espaços livres para circulação.

A esposa pontua nota cinco para o conforto e funcionalidade, e para identificação do idoso com o ambiente pois ela é organizada e foi modificada de forma que ele se sinta bem e pertencente.

5.3.8 A casa de bonecas (I8)

A idosa mora sozinha, em uma casa própria, construída e planejada pela própria idosa há muitos anos. É uma casa na zona urbana de Ribeirão Preto, térrea, com três quartos, um banheiro, sala e cozinha, com quintal em um bairro muito verde. A mesma é assistida por duas cuidadoras, revezando entre período do dia e noite.

Há alguns anos, antes do adoecimento, sua irmã pensou sobre a possibilidade de elas morarem juntas. Pensando em se fazerem companhia, facilitarem os cuidados e ficarem mais tempo juntas. Porém a idosa não aceitou. Não quis sair de sua própria casa. A irmã relata que a idosa sempre foi muito vaidosa com sua própria casa, muitas vezes de um jeito até patológico, com muitas questões com limpeza e organização. Relata que a idosa não gostava de receber visitas em casa, pois isso desorganizava a casa onde vivia.

Foram feitas poucas modificações no ambiente onde a idosa vive, pois ela se incomoda muito com alterações na casa que ela mesma organizou durante a vida. As cuidadoras são responsáveis pelo auxilio nas AVD e realização das atividades de manutenção da casa e realização das AIVD. Um dos sobrinhos é o responsável pelo gerenciamento financeiro e pela parte médica.

A idosa tem acesso a todos os cômodos da casa. Por questão de segurança, a cuidadora da noite dorme no mesmo quarto para fazer acompanhamento das atividades noturnas e auxilia-la com o que puder precisar nesse período.

A principal dificuldade de cuidado com a idosa hoje em dia na visão da irmã é a dificuldade de comunicação. A idosa vem perdendo a capacidade de se expressar e isso preocupa muito a família por não conseguirem mais manter um diálogo ativo, sabendo de seus interesses e necessidades e dependendo das informações passadas pelas cuidadoras.

A irmã refere 5 para o conforto na residência e 3 para a funcionalidade.

5.4 Categorias Temáticas

Abaixo, estão sendo apresentados os princípios a partir das categorias temáticas que os resumem, que são: Segurança, Estimulação, Socialização e Familiaridade. As percepções dos familiares são descritas dentro dessas categorias temáticas previamente estabelecidas. Ao lidar com os dados, observamos a formação da categoria Funcionalidade e manejo do cuidado que descreve a dificuldade de manejo no cuidado do idoso com demência e busca por estratégias tais como a contratação de cuidadores ou institucionalização.

As quatro primeiras categorias foram construídas pela semelhança nos tópicos dos 10 princípios de Fleming – Bennett. Cada princípio foi traduzido, lido e analisado conforme a sua temática principal e então agrupados conforme suas semelhanças no tema abordado. Essas categorias foram pré-estabelecidas através das categorias e dos objetivos da pesquisa. Elas foram necessárias para auxiliar a criação dos roteiros de entrevistas e para a seleção dos protocolos utilizados na coleta dos dados. A última categoria, de Funcionalidade e manejo no cuidado foi criada após a leitura intensa e analise das falas, discursos e percepções dos entrevistados.

As percepções dos familiares sobre a residência dos idosos com demência de acordo com os princípios de Fleming – Bennett estão organizadas por grupos de estadiamento da demência. Os familiares foram convidados a analisar se o ambiente está caracterizado conforme a descrição do princípio, citando objetos e características dessa casa que justificam e o que poderia ser feito para melhorar.

No Quadro 6 temos a descrição de cada princípio conforme apresentado para as famílias em entrevista.

Quadro 6 – Princípios de Design Fleming - Bennett

Princípios	**Definição**
Reduzir riscos	Considera-se o ambiente interno e externo sem obstáculos, com identificação e retirada de riscos potenciais como degraus ou tapetes, a instalação de recursos de segurança que sejam discretos (cercas ou trancas podem levar a frustração e agitação); que permita uma pessoa continue a buscar seu estilo de vida e aproveitar ao máximo suas habilidades.
Favorecer um ambiente humano	Considera-se um ambiente com escala de construção humana; com controle do número de pessoas que o idoso encontra, o tamanho da construção e tamanho de componentes individuais (portas, quartos,

	corredores); que minimize a sensação e intimidação da pessoa pelo tamanho do local ou pela quantidade de interação e de escolhas que a pessoa tem que fazer ao se locomover; que o tamanho do ambiente encoraje a sensação de bem estar e aumente a competência da pessoa.
Permitir que a pessoa veja e seja vista	Considera-se um ambiente de fácil compreensão; que permita reconhecer facilmente onde estão, de onde vieram e para onde vão; que tenha lugares "chaves" bem definidos e delimitados como sala de jantar, cozinha, quarto e área externa; que tenha bom acesso visual; aumentando o leque de oportunidades de envolvimento e estimulando a sua exploração.
Reduzir a estimulação desnecessária	Considera-se um ambiente que minimize a exposição do residente a estímulos desnecessários como desordem, poluição visual, ruídos excessivos, cheiros desagradáveis; que cause pouco estresse, com poucos ruídos e confusão visual; que evite a exposição prolongada a grandes quantidades de estimulação; que minimize a exposição de uma pessoa a estímulos que não são especificamente úteis para ela;
Aperfeiçoar a estimulação útil	-Considera-se o ambiente que permita que uma pessoa veja, ouça, toque e cheire; que tenha fotografias, livros, cheiro ambiente, músicas tranquilas, texturas confortáveis, sabores conhecidos, objetos de apego; que dê dicas sobre onde a pessoa está, o que pode fazer e que minimize a sensação de confusão e incerteza.
Estimular o movimento e o engajamento	Que tenha caminhos livres de obstáculos; que inclua pontos de interesse; que ofereça oportunidades para atividades e / ou interação social; que aumente o seu envolvimento, que mantenha a saúde e o bem-estar.
Criar ambiente familiar	Que o ambiente seja organizado de forma familiar, encorajando a pessoa com demência a buscar lugares e objetos que lhe são conhecidos; que a envolva na personalização dos ambientes utilizando objetos pessoais;
Poder estar sozinho e com os outros	Que o ambiente permita que uma pessoa possa estar sozinha ou com outras pessoas conforme a sua escolha, que permita que ela se envolva em atividades relevantes e significativas, que tenha variedade de lugares com características diferentes (por exemplo, local para leitura e conversa); e que ela possa ter acesso e estar no ambiente externo ou interno.
Favorecer a conexão com a comunidade	Que o ambiente inclua lugares que permitam a conexão com a comunidade; que tenha fácil acesso a lugares ao seu redor; que permita a interação frequente com outras pessoas; que permita que o residente receba a visita de amigos e familiares auxiliando no senso de identidade.
Ter um design que respeite o seu estilo de vida	Que o ambiente seja compatível com o estilo de vida do residente, favorecendo as atividades que lhe são de interesse e que o seu estilo de vida seja evidente e claramente reconhecido.

Fonte: Fleming; Zeisel; Bennett (2020, tradução nossa)

5.4.1 Segurança

Dos oito idosos caracterizados, sete já sofreram acidentes domésticos ou se colocaram em situação de risco durante a velhice e após o diagnóstico de demência. Os acidentes são recorrentes na vida desses idosos e em alguns casos precisaram de intervenção médica por conta da gravidade. As quedas da própria altura, da cama, ao realizar transferência pelo cuidador, trombar com móveis mal localizados, mal uso de objetos de cozinha, escalar móveis e fugas da residência são os principais eventos citados.

As modificações nos ambientes por questões de segurança são as mais citadas pelos familiares, acontecendo em todos os oito casos. Para a realização dessas mudanças em apenas dois casos houve consulta de um profissional especializado da área para sugerir mudanças e acompanhar possíveis adequações no ambiente. Em um dos casos um arquiteto da família foi consultado para a construção da casa e em outro, os idosos tiveram apoio de suas filhas que tinham conhecimento técnico requerido para a segurança e funcionalidade do ambiente.

Os familiares citaram as adequações ambientais que precisaram ser realizadas nas residências dos idosos conforme o envelhecimento e a progressão da demência. Essas adequações estão descritas abaixo na ordem de mais pra menos citada:

- Nivelamento de piso/retirada de degraus/construção de rampas (6)
- Barras de apoio nos banheiros (5)
- Retirada de tapetes (4)
- Retirada de box de banho (2)
- Corrimão em locais de passagem (2)
- Uso de cadeira de banho (2)
- Troca de utensílios de cozinha (1)
- Instalação de grade de segurança na cama (1)
- Instalação de antiderrapante no chão (1)
- Alargamento de portas e passagens (1)
- Cuidador e idoso dormindo no mesmo quarto (1)
- Uso de cama hospitalar (1)
- Troca de piso para piso frio antiderrapante (1)
- Retirada de móveis (1)

- Construção de cobertura de área externa (1)
- Construção de banheiro extra (1)
- Sensor de acendimento de luz por presença (1)

5.4.1.1 Percepção dos familiares quanto o princípio de redução de riscos

Os familiares dos idosos na fase leve consideram que as casas não estão adequadas aos princípios de redução de risco. Justificam esse fato, pensando que as casas não foram construídas pensando no envelhecimento e estão em fase de adaptação para a nova realidade de quem vive ali. Como modificações possíveis citam: retirada de degraus; trocar o portão por um modelo mais fechado, evitando que o idoso possa escala-lo e colocar sensor de presença para quando o idoso levantar durante a noite.

Todos os familiares de idosos na fase moderada acreditam que a casa esteja organizada a fim de reduzir riscos. Citam como potencialidades: barras nos banheiros; retirada de box; banho sentado em cadeira de banho; sem degraus (alguns transformados em rampas); retirada de tapetes; sensor de presença no quarto; grade de madeira na cama para evitar quedas e apoio para se levantar; mudança na organização de facas e tesouras; trancas de janelas com cadeados; chaves escondidas; corrimãos em caminhos internos e externos; piso frio que não escorrega e retirada de móveis como mesa de centro.

Na fase grave da demência, dois familiares acreditam que a casa está organizada dentro do principio justificando que a casa possui portas largas para a passagem, barras de apoio, cama hospitalar, não possuem degraus e tapetes. A estratégia do cuidador dormir no mesmo quarto que a idosa também é citado como item de segurança. Já um dos familiares não acredita que a casa esteja contemplada e prevê mudanças no ambiente como a retirada de tapetes, colocação de grades na cama, uso de andador para auxiliar na deambulação, instalação de barras de apoio e banco retrátil para banho nos banheiros e retirada de box de vidro.

5.4.2 Estimulação

Os familiares entrevistados relatam que suas casas possuem itens e objetos de interesse dos idosos que podem ser utilizados para estimulação física, cognitiva e sensorial e engajamento em atividades. Os itens mais citados são livros, revistas, jornais, música, televisão, jogos, fotos, quadros, materiais artísticos, cadernos e canetas para escrita, plantas, flores, vasos, área externa, animais de estimação, almofadas, mantas e itens de apego e de personalização do ambiente.

As atividades de Lazer são citadas em seis das oito entrevistas com familiares.

No grupo 1, de idosos na fase leve da demência, a familiar do idoso I5 relata que ele ainda consegue realizar muitas de suas atividades de interesse. Relata que o idoso ainda consegue escrever, ouvir música, confeccionar alguns artesanatos e cuidar do galinheiro. A atividade de leitura sofreu alteração com o diagnóstico. *"...e ele já no início desses sintomas ele deu uma recaída nessa produção de leitura e de lembrar o que ele lia. Ele lê e consegue falar sobre o que lê, mas diminui a quantidade e a frequência dessa leitura sabe? Não é como antes, mas ele ainda busca leitura, ele ainda escreve coisas que ele lê, com temas bíblicos por exemplo, então as lições que ele participa e assimila como mensagem ele anota" (F5)*. Atividades como cuidar da horta a qual o idoso realizava antes da demência estão inviabilizadas por questões físicas.

O idoso I6 também pertencente ao grupo 1 de estadiamento da demência, nunca teve muitas atividades de lazer ou de interesse. Geralmente se envolvia em atividades de cuidado e manutenção da casa. Hoje em dia segundo a filha, o idoso ainda tenta realizar algumas dessas atividades, mas perdeu muita de sua habilidade de se concentrar em uma atividade e realiza-la até o final.

No grupo 2 de idosos na fase moderada da demência os três idosos perderam muitas de suas habilidades e interesses por atividades de lazer e atividades que antes eram cativantes.

No caso da idosa I1, seu maior interesse era por atividades manuais e artísticas. Realizava pinturas, costuras, crochês, entre outros. Hoje ainda consegue realizar algumas atividades desse ramo juntamente com a Terapeuta Ocupacional, mas apenas quando muito incentivada. Normalmente no dia a dia já não apresenta mais interesse em realizar essas

atividades. Hoje suas atividades de lazer são ouvir música, assistir a missa, ver televisão e conversar, quando incentivada pela filha ou cuidadora.

Segundo a filha da idosa I3, a mãe nunca se interessou por atividades de lazer. Passava seu tempo a cuidar da casa e da alimentação da família. Quando possível a filha estimula a mãe a realizar alguma atividade de cuidado com a casa, ajudar no preparo das refeições e no cuidar do jardim, já que essas eram as atividades que gostava de realizar.

A esposa de I7 relata que durante a vida o marido trabalhava muito e suas atividades de lazer principais eram momentos com a família. Interessava-se por noticias, leitura e música. Hoje a esposa o estimula a ler noticias no jornal, assistir novelas na televisão e fazer jogos de estimulação cognitiva. Diz que o marido se interessa, mas apenas quando estimulado a desenvolver tal tarefa. *"Ele gosta (dos jogos), interage, mas ele fica muito ansioso, ele acha que toda vez é a vez dele. Então precisa sempre controlar essa ansiedade de jogo dele. Eu não deixo ele ficar ganhando também. Por que eu acho que ele tem que lidar com o perder também" (F7).*

No caso do grupo 3, com nível avançado do quadro demencial, nenhum dos idosos consegue mais realizar as atividades que antes eram de seu interesse.

O idoso I2 era muito ativo nos esportes antes da piora do quadro demencial. Praticava Hóquei em patins, fazia caminhadas, frequentava academia e o clube. Com a piora do quadro demencial não realiza mais nenhuma dessas atividades. A casa onde vivem contém diversos itens que poderiam ser de interesse do idoso pra uma estimulação como livros, fotos, jogos, revistas, televisão e música, mas o idoso não apresenta mais condições cognitivas de se concentrar em nenhuma atividade. Durante o dia fica perambulando pela casa e mudando objetos de lugar. A esposa relata que *"Não reconhece mais suas coisas espalhadas pela casa como sendo suas" (F2).*

A idosa I3 gostava muito de costurar e viajar, mas perdeu essas possibilidades e habilidades há algum tempo. Hoje, acamada, não consegue mais realizar nenhuma atividade.

No caso da idosa I8 que gostava muito de costurar, bordar, fazer crochê e outras habilidades manuais, com o rebaixamento das habilidades físicas e cognitivas decorrentes do envelhecimento e da demência, não consegue mais realizar essas atividades apesar de ter em casa itens para a realização dessas e outras atividades estimuladoras.

5.4.2.1 Percepção dos familiares quanto o princípio de reduzir estimulação desnecessária

Todas as respostas foram positivas quanto a este item. As famílias acreditam que as casas estejam organizadas a fim de reduzir estimulações que possam causar desconfortos.

Citam como exemplos os ambientes organizados, sem acúmulo de objetos, tranquilo, limpo, sem ruídos e cheiros desagradáveis, decorado com itens de interesse do idoso e rotina bem organizada. Uma família cita que fez retirada de porta retratos com fotos de pessoas que a idosa já não reconhecia com objetivo de evitar episódios de confusão.

5.4.2.2 Percepção dos familiares quanto o princípio de aperfeiçoar a estimulação útil

Para os idosos da fase leve, a percepção dos familiares é que a casa possui itens que realizam estimulações físicas, cognitivas e sensoriais úteis. Citando os objetos pessoais e de interesse, livros, cadernos e canetas para escrita, quadros, fotos, revistas, televisão e música. Um dos familiares relata que acredita que a possibilidade do idoso de ainda fazer planos quanto a modificações que ele deseja fazer em sua casa em seu sítio, é o que permite que ele esteja mais ativo.

Na fase moderada, dois familiares acreditam que o ambiente tem estimulações úteis e citam a música, televisão, programas de culinária, quadros, revistas, livros, jogos, jornais, possibilidade de realizar pequenas tarefas do dia a dia, plantas e vasos, animais de estimação e estimulação terapêutica com Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Já a terceira familiar não acredita que a casa esteja organizada para favorecer estimulações úteis, pois apesar de ter em casa itens que estejam contemplados neste tema, não consegue engajar a idosa em nenhuma atividade, pois ela já não apresenta mais interesses.

Na fase grave, os entrevistados concordam que a casa esteja organizada neste princípio e citam a presença de almofadas, mantas, livros, fotos, quadros, música, televisão, jogos, acesso a área verde, sons constantes da natureza, objetos pessoais e de apego do idoso, além da realização de exercícios direcionados.

5.4.2.3 Percepção dos familiares quanto o princípio de estimular o movimento e o engajamento

Todos os entrevistados têm a percepção de que as casas estão contempladas neste item. Na fase leve, relatam que os idosos conseguem acessar todos os cômodos da casa e parte externa de forma independente, conseguem fazer a maior parte de suas atividades de interesse. Possuem quintal, televisão, revistas e objetos de interesse disponíveis, que permitem ao idoso engajar-se em atividades conforme suas vontades.

Na fase moderada, existe possibilidade de acesso a todos os cômodos da casa de forma independente, acesso livre a armários e objetos de interesse e possibilidade de engajamento em atividades.

Na fase grave, os familiares citam que a casa possui passagem abertas para todos os cômodos da casa sem obstáculos. Em um dos casos a idosa se movimenta apenas de cadeira de rodas e não tem mais a habilidade de se comunicar, portanto não tem mais poder de escolha sobre onde quer estar. Mesmo assim, os familiares engajam a idosa em atividades que estejam acontecendo pela casa como uma roda de conversa, um banho de sol, ou participar das refeições com a família.

5.4.3 Socialização

Os familiares relatam que os idosos recebem visita de amigos e parentes próximos. Com a pandemia o contato ficou mais restrito, mas mesmo assim, estão próximos de pessoas importantes para eles. Ao receber visitas em casa sete participantes interagem com as visitas de forma adequada. Apenas a idosa I8 do grupo 3 que não interage de forma significativa com visitantes por conta de suas condições agravadas de saúde.

Quanto a sair de suas casas para visitar outras pessoas, os dois idosos na fase leve da demência conseguem sair, gostam e escolhem essa atividade. Na fase moderada, os idosos I3 e I7 não saem mais de casa para visitar parentes e amigos por limitações físicas (dificuldades de deambulação) e limitações cognitivas (não reconhecimento de pessoas e desconforto por estar em lugares pouco familiares). Já a idosa I1 sai de casa para visitar a filha aos fins de

semana. Na fase grave da demência apenas a idosa I8 consegue sair de casa para visitas. Segundo a irmã ela gosta muito de sair para fazer visitas e passar tempo de qualidade em outros lugares. A irmã relata *"Quando a cuidadora pega a chave do carro para ir embora, ela pega a bolsa, coloca embaixo do braço e diz que está pronta para sair também" (F8).* Já os idosos I2 e I4 não conseguem mais sair de casa para visitas e socialização por limitações físicas e cognitivas.

De todos os idosos, apenas um, o idoso I5 do grupo 1 consegue escolher se quer ou não receber visitas e quem gostaria de receber em suas casas. Todos os outros sete idosos recebem visitas de familiares escolhidos por outras pessoas, pois já não tem mais a capacidade cognitiva de relembrar e escolher pessoas que gostariam de visitar ou que os visitasse.

Segundo relato da filha de I1 ocorreu um episódio com uma sobrinha que estava de passagem por Ribeirão Preto e queria visitar a tia, porém, a idosa não se lembrava dela e por mais que a filha tenha lhe contado quem era, tenha lhe mostrado fotos, não conseguiu se lembrar e sentiu-se muito incomodada e desconfortável ao receber uma pessoa "estranha" em sua casa. A partir disso passaram a receber e fazer visitas apenas a pessoas muito próximas a idosa e pessoas que ela ainda reconhece para que esse desconforto não fosse frequente.

A esposa de I2 relata quanto ao comportamento do marido quando recebem familiares em casa: *"Ele Não se incomoda com as visitas, consegue ser simpático, se sentir confortável e ter comportamentos adequados com outras pessoas. Incomoda-se apenas quando juntam muitas pessoas e as crianças que acabam fazendo muito barulho" (F2).*

5.4.3.1 Percepção dos familiares quanto o princípio de permitir que a pessoa veja e seja vista

Os oito entrevistados concordam que as casas onde residem os idosos, nas três fases da demência permitem que eles vejam outras pessoas e sejam vistos.

Na fase leve, citam como potencialidades poder receber visitas, encontro com vizinhos, circular pelo bairro, participar de rodas de oração, além da preferencia dos idosos em estar em ambientes da casa com maior circulação de pessoas.

Na fase moderada, relatam que os ambientes tem bom acesso visual de outros cômodos e da circulação de pessoas, fazem refeições juntos e recebem visitas de família, amigos próximos e profissionais da saúde.

Para os familiares na fase grave da demência, os ambientes são bem organizados de forma ao idoso poder ter acesso a todos eles, sendo delimitados de forma familiar quanto a suas funções, recebem visitas de familiares e de pessoas muito próximas em situações esporádicas.

5.4.3.2 Percepções dos familiares quanto o princípio de dar oportunidade de estar sozinho e com os outros

Para os familiares de idosos na fase leve da demência, há discrepância nas respostas. Um dos casos relata que sim, o familiar tem a oportunidade de estar sozinho ou com os outros, pois ele possui liberdade de escolha de quando quer se recolher ou quer ficar com outras pessoas. Ele possui um escritório que geralmente é o ambiente onde gosta de ficar sozinho fazendo suas atividades. Para o outro caso, a familiar acredita que o idoso não tem essa oportunidade de escolha, pois ele precisa de supervisão a maior parte do tempo por se colocar em situações de risco.

Na fase moderada, também há divergências nas respostas. Para os dois casos que relatam que sim, o idoso tem essa oportunidade, citam como fator positivo: a organização da casa e dos cômodos permitir que a pessoa possa ficar sozinha enquanto outras pessoas realizam outras atividades pela casa. Porém reforçam o fato de que outras pessoas que estão pela casa estão sempre em alerta sobre onde o idoso está ou o que está fazendo. Para a familiar que citou não, relata que a idosa está sempre acompanhada dentro de casa por preocupações quanto à segurança.

Na fase grave, duas famílias citam que os idosos podem permanecer sozinhos, apesar de já não terem muita capacidade de escolha, desde que outra pessoa esteja em alerta sobre onde estão ou o que estão fazendo. No último caso, a familiar também cita que não permite que o idoso fique sozinho por temer possíveis acidentes.

Os entrevistados pensam em estratégias para a possibilidade de criar ambientes seguros, com tecnologias de sensores, por exemplo, para que o idoso possa passar um pouco mais de tempo sozinho, diminuindo assim o estado de alerta total dos familiares.

5.4.3.3 Percepções dos familiares quanto ao princípio de conexão com a comunidade

Na fase leve da demência, obtivemos uma resposta positiva, e outra negativa em relação a este princípio. No caso da resposta positiva, o idoso pode escolher e tem habilidade para ir até o mercado, para a agropecuária, visitar a cooperativa de leite da cidade, além de ter contato com outras pessoas da região onde vive. No caso da resposta negativa a família está evitando deixar que o idoso saia sozinho de casa, pois ocorreram episódios de confusão onde ele se perdeu e não conseguia mais voltar para a casa. A família conta com uma rede de apoio dos comércios do bairro que avisam caso vejam o idoso circulando pela rua.

Na fase moderada, um dos casos é positivo e a familiar cita que leva a idosa a missa, a sorveteria, fazem caminhadas pelo quarteirão e se sentam na calçada no final da tarde para conversar com vizinhos. Nos outros dois casos, a resposta é negativa quanto a este principio, pois relatam que os idosos saem apenas para atividades direcionadas, como fisioterapia, por precisarem de muito apoio para a deambulação.

Na fase grave apenas um idoso consegue ter ligação com a comunidade através de caminhadas no bairro e visita a amigos e familiares próximos. Nos outros dois casos, os idosos já não realizam mais estas atividades por dificuldades de mobilidade física e cognitivas (desconforto ao não reconhecer lugares e pessoas).

5.4.4 Familiaridade

5.4.4.1 Percepção dos familiares quanto o princípio de favorecer um ambiente humano

Todos os entrevistados, com idosos nas três fases de estadiamento da demência, acreditam que as casas estão organizadas dentro deste princípio e possuem respostas semelhantes quando a organização do ambiente.

Justificam sua percepção citando os dormitórios aconchegantes, boa distribuição dos móveis para circulação, espaços para reuniões de família e visitas, varanda para interação com ambiente externo, organizadas de forma familiar, limpeza, tranquilidade, circulação controlada de pessoas, rotinas bem estabelecidas, familiaridade na disposição dos móveis e decoração com objetos pessoais e de interesse dos idosos.

5.4.4.2 Percepções dos familiares quanto o princípio de criar um ambiente familiar

Todos os familiares concordam que o ambiente em que o idoso reside transparece familiaridade. Como principais potencialidades, está o fato de que muitos deles permanecem na casa onde sempre moraram e os outros, apesar da mudança para a casa de familiares, levaram consigo móveis e objetos pessoais para a decoração.

As famílias citam como potencialidades: itens pessoais e de interesse como fotos, livros, fotografias, objetos religiosos, troféus, souvenir de viagem. Rotinas bem estabelecidas, organização mantida para que o idoso saiba exatamente onde acessar seus objetos pessoais, uso de toalhas de banho e lençóis padronizados e personalização da casa com atividades realizadas em terapia.

5.4.4.3 Percepções dos familiares quanto ao princípio de construir um design em respeito ao estilo de vida

Os familiares de idosos na fase leve da demência têm respostas divergentes em relação a este princípio. Uma das entrevistadas acredita que o idoso está vivendo onde escolheu envelhecer, no campo, lugar que ele ama. O outro acredita que o idoso gostaria mais de viver em um local mais rústico, semelhante a cidades e casas do interior, em um sítio ou uma chácara.

Na fase moderada, os três entrevistados concordam que o ambiente em que o idoso vive hoje respeita o estilo de vida que ele teve, pois são ambientes que essas pessoas escolheram morar, passaram boa parte de sua vida, permanecendo muito semelhante ao que era anteriormente ao adoecimento.

Já para os familiares dos idosos da fase grave, dois dos entrevistados acreditam que as casas respeitam o estilo de vida que os idosos levaram, pois em um dos casos é a mesma casa onde sempre viveu, mantendo o máximo da organização da forma como era anteriormente e de forma que agrade a idosa. Para o outro, apesar da mudança de residência após o adoecimento, a idosa foi morar em um sítio, local que apreciava muito anteriormente. Para o caso negativo, a familiar acredita que o idoso se sentiria mais confortável se tivessem a oportunidade de morar em uma casa com mais espaço e área externa. Mas realizar uma mudança neste momento seria inviável.

5.4.5 Funcionalidade e manejo do cuidado

O tema de institucionalização do idoso com demência e contratação de cuidadores para auxiliar nos cuidados com o idoso apareceram em todas as entrevistas.

No caso dos idosos do grupo 1, que estão na fase leve da demência, o cuidado, auxílio e supervisão do idoso ainda é baixo portanto as famílias não veem necessidade da contratação de cuidadores formais pois os próprios familiares fazem este papel.

No grupo 2, dos idosos que estão vivendo a fase moderada da demência a necessidade de encontrar cuidado especializado já é mais presente. Com o aumento das tarefas que o idoso não consegue realizar sozinho, necessidade de supervisão mais frequente e dificuldade da família em auxiliar, a contratação de cuidadores é vista como uma forma de facilitar e não esgotar as famílias em seus recursos físicos e emocionais.

No caso da idosa I1, que precisa de auxílio na maior parte de suas atividades de vida diária e atividades instrumentais de vida diária, houve a contratação de duas cuidadoras que acompanham a idosa durante o dia e a noite. A filha relata grande dificuldade de manter essa situação, pois os cuidadores especializados por longo período têm um custo muito alto. A contratação dos cuidadores foi a única forma que a família encontrou de possibilitar a mãe de

continuar vivendo em sua própria residência por mais tempo. A filha pensou em levar a mãe para morar com ela, mas ficou com receio da mudança lhe acarretar piorar no quadro. Finaliza a primeira entrevista com a seguinte fala: “Não sei quanto tempo essa vida da minha mãe vai durar. Já estamos no vermelho. Conforme os cuidados com ela precisem ser mais intensos, acho que vamos precisar pensar em outras possibilidades. Meu irmão já queria ter colocado ela em uma instituição e eu pensei em talvez adaptar um quarto aqui de casa para ela, mas ainda não fizemos nada disso. Mas vamos ter que pensar”.

A filha de I3 é a principal responsável pelo cuidado da idosa. Pela entrevista a familiar relata a sobrecarga e tudo o que teve que abrir mão em sua própria vida (como sair com os filhos, ter momentos para si mesma, cuidar da própria saúde) para realizar o cuidado com a mãe. Ao final do processo de entrevistas, a família entrou em contato para contar que estavam em processo de adaptação da idosa em uma instituição de longa permanência. Os principais motivos para essa decisão ter sido tomada foram às questões de oscilação de comportamento da idosa e a dificuldade no cuidado por precisar sempre de supervisão.

No caso do idoso I7 o cuidado principal era realizado pela esposa, mas com ajuda de uma empregada doméstica e dos filhos e netos que estavam sempre de passagem pela casa. No momento da segunda entrevista a familiar relata que estavam em processo de entrevistar cuidadoras que ficarão presentes em sua casa das 8h da manhã às 20h da noite para auxiliar em tarefas que ela já não se sentia mais apta a realizar, como auxiliar no banho.

Para o caso dos idosos do grupo 3, na fase mais avançada da demência as três famílias já tiveram ou tem cuidadores formais contratados.

A família I2 conta com uma cuidadora que trabalha meio período na residência, e uma empregada doméstica. A cuidadora ajuda o idoso a realizar suas atividades de vida diária e fica com o idoso nos momentos onde a esposa precisa resolver questões fora de casa. A esposa relata que não tem interesse em institucionalizar o marido em ILPI, mas está em busca de locais como *day care* para que ele passe o dia, ou hotéis especializados em idosos onde ele pudesse passar pequenos períodos caso ela quisesse fazer alguma viagem.

Antes da pandemia a idosa I4 contava com o cuidado de uma cuidadora formal, que ficava na casa onde reside durante o dia. Com a pandemia a cuidadora foi dispensada e o cuidado é realizado pelas filhas da idosa que se revezam nas estadias com a mãe. A família

não pensa de forma alguma em institucionalizar a idosa, pois acreditam que na instituição a idosa não será tão bem cuidada como é em casa com as filhas.

No último caso, da idosa I8, a irmã relata que a família já cogitou que ela fosse morar com ela ou com uma sobrinha, mas que a idosa recusou enfaticamente sair de casa. A irmã também já tentou que a idosa frequentasse um *day care* para realizar atividades de seu interesse e passasse o dia fora de casa, mas a mesma também não quis continuar. A idosa conta com o cuidado de duas cuidadoras que se revezam entre o dia e a noite. A ILPI ainda não é uma opção, pois a irmã acredita que a idosa deve permanecer em sua própria casa, onde lhe é familiar e confortável.

6 DISCUSSÃO

Os princípios de Fleming – Bennett foram pensados como forma de promover ao idoso com demência: dignidade, autonomia, não discriminação, participação e inclusão total nas atividades, respeito e oportunidades iguais as das outras pessoas. Os princípios de *design* foram criados para orientar o *designer* para formas de contribuir para o bem estar e promover dignidade para as pessoas que vivem com demência.

Os dez princípios de Fleming – Bennett, foram organizados em quatro grandes categorias temáticas que os resumem. Essas categorias são: Segurança, Estimulação, Socialização e Familiaridade. A discussão foi organizada conforme cada categoria temática.

As percepções dos familiares foram coletas durante as entrevistas e foram alocadas em cada uma dessas categorias temáticas. Destaca-se também a categoria surgida no lidar com os dados intitulada “Funcionalidade e Manejo do cuidado,” que trata sobre a dificuldade de manejo no cuidado do idoso pelos familiares que cogitam a contratação de cuidadores ou institucionalização do idoso em uma ILPI.

6.1 Segurança

As pessoas que vivem com demência necessitam de um ambiente interno e externo seguro, livre de riscos potenciais e que facilite a movimentação para que possam continuar a realizar suas tarefas e estimular o máximo de suas habilidades. Riscos potenciais devem ser removidos ou modificados. Os recursos de segurança devem ser discretos para não causar frustração e outros sentimentos negativos (FLEMING; ZEISEL; BENNETT, 2020).

Os acidentes domésticos e modificações do ambiente por segurança são os itens que mais preocupam as famílias dos idosos no geral. Cerca de 1/3 dos atendimentos por traumas nos hospitais do país ocorre com pessoas com mais de 60 anos. Sendo que 75% dessas lesões acontecem dentro de casa, 46% no trajeto entre o banheiro e o quarto, principalmente à noite. As quedas para o idoso elevam os índices de doenças, redução da capacidade funcional e institucionalizações precoces (INSTITUTO DA LONGEVIDADE, 2021).

Observa-se que as modificações ambientais são sempre as primeiras a serem realizadas. Começam com a reorganização dos ambientes com a retirada de tapetes e móveis e depois passam por pequenas reformas como colocação de barras e corrimões, retirada de degraus, construção de rampas de acesso entre outros. Neste sentido, a questão da redução de risco de quedas, condição esta deletéria a funcionalidade e bem-estar do idoso, dirige-se à condição dele ser idoso e não propriamente ao fato dele ser um idoso com demência.

Apesar de todas as famílias relatarem que realizaram modificações em seu espaço para evitar e prevenir acidentes domésticos, todas as famílias ainda relatam casos de acidentes recentes. Isso pode estar atrelado ao fato de que geralmente essas modificações passam a ser feitas após o idoso ter sofrido algum acidente. Ou seja, o acidente acontece e a partir dai a família percebe aquele risco potencial e modifica a situação para que ela não volte mais a acontecer.

Os acidentes mudam suas características, seus antecedentes e suas topografias conforme as modificações dos padrões físicos e cognitivos do idoso. Os eventos mais citados são as quedas da própria altura, ou queda de cama ou cadeiras, colisão com objetos e escalar móveis. A busca por profissionais especializados em observação e adaptação de ambientes residenciais para os idosos ainda é muito pequena entre os entrevistados. Portanto as modificações não são feitas de modo global pensando no presente e futuro do idoso com demência.

6.2 Estimulação

A demência prejudica a capacidade de filtrar a estimulação apenas para as que são importantes. Portanto, uma pessoa que vive com demência tende a ficar estressada, apresentando mudanças de comportamento e humor pela exposição prolongada a grandes quantidades de estímulos. O ambiente deve ser projetado para minimizar as exposições a estímulos que não são especificamente úteis para o idoso, como ruídos, poluição visual, mau cheiro e desordem (FLEMING; ZEISEL; BENNETT, 2020).

Ao mesmo tempo, é importante permitir que a pessoa que vive com demência veja, ouça e cheire coisas que lhe dão pistas sobre onde eles estão e o que podem fazer, pode ajudar a minimizar sua confusão e incerteza. A organização, a exposição a bons estímulos físicos,

cognitivos e sensoriais, familiares e agradáveis para o idoso pode ajudar no engajamento em atividades e ao sentimento de conforto com o ambiente (FLEMING; ZEISEL; BENNETT, 2020).

A linha entre estimulações úteis e excessivas é muito tênue e deve-se levar em consideração a personalidade e estilo de vida que o idoso levou e as modificações que podem ser feitas no ambiente pensando em melhora-lo, mas sem causar estranhamento.

Os dados sugerem que o ambiente onde os idosos residem não apresentam condições de ambientes com estimulações inadequadas. Todas as casas são organizadas de forma a ambientar o idoso em cada cômodo conforme a sua usabilidade, sem estímulos visuais em excesso, sem ruídos excessivos que causem confusões ou odores indesejados. Contudo, há que se considerar que a amostra do estudo é pequena, e com condições de moradia e de habitabilidade de médio e alto padrão, o que permite ambientes claros em seus propósitos, não multiuso, não conjugados e bem organizados.

Quanto aos estímulos úteis, as entrevistas referem a presença de itens disponíveis para o idoso utilizar exercendo uma estimulação física, cognitiva ou sensorial. Porém as famílias apresentam muita dificuldade em engajar os idosos em atividades de qualidade, principalmente na fase dois e três de estadiamento da demência.

As famílias não possuem estratégias e conhecimento sobre formas de promover engajamento, de organizar o ambiente para que esse engajamento melhore ou de apresentar estímulos que possam ser úteis. Sendo assim, os idosos acabam passando a maior parte do tempo de forma ociosa ou ocupados com a televisão.

Desta forma, destacamos a importância da orientação de design e organização do ambiente feito por profissionais da área da saúde, que têm conhecimento amplo na funcionalidade de pessoas com alterações cognitivas. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da OMS (CIF) refere que um ambiente é formado por objetos e pessoas, e que estes podem ser facilitadores ou barreiras à funcionalidade das pessoas que ali residem. Neste sentido, a informação sobre o que pode apoiar a funcionalidade da pessoa vivendo com demência é uma questão urgente para profissionais e famílias, e todos aqueles envolvidos no trabalho com pessoas com demência. Assim como a ampliação do conhecimento sobre as características de um ambiente e sua adequação deve ter um foco na

formação de profissionais de diferentes áreas do saber, como designer, arquitetos, engenheiros, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, dentre outros (CIF, 2003).

Na compreensão do terapeuta ocupacional, o desempenho ocupacional ocorre dentro de um ambiente físico e social, situado em um contexto. O ambiente físico inclui aspectos construídos e naturais, e os objetos nele presentes, tais como edifícios, mobiliários, terrenos, ferramentas e plantas. Já o ambiente social é constituído de relações interpessoais – pessoas com as quais o indivíduo tem contato mais próximo e também das relações com os sistemas (político, jurídico, econômico), que influenciam o cotidiano (BROWN, 2011). Na abordagem junto a esse idoso, as intervenções ambientais incluem as modificações no ambiente, educação ou programas de treinamento ao cuidador e acesso aos recursos da comunidade (SCHABER; LIEBERMAN, 2010).

As terapias direcionadas as pessoas com demência realizada por psicólogo, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional ou fisioterapeuta especializados, sejam em consultórios particulares, atendimento domiciliar ou em *day care* seriam de extrema importância para essa população, pois auxiliariam na manutenção das questões físicas e cognitivas. Elas têm como objetivo, restaurar a capacidade funcional do indivíduo otimizando o potencial individual e minimizando os riscos de disfuncionalidade oferecendo ao idoso maiores oportunidades de realização de atividades e de postergar ao máximo a perda de suas habilidades.

Além disso, os terapeutas podem orientar as famílias sobre como realizar as estimulações em casa, permitindo que o idoso se torne mais ativo em suas atividades de interesse, atividades funcionais. Elas também têm a capacidade de auxiliar com as mudanças de comportamento e humor que podem acontecer levando a comportamentos inadequados deixando o idoso mais calmo e a uxiliando com episódios de perambulação ou de Síndrome do pôr do sol, situações essas muito frequentemente relatadas nas entrevistas.

Portanto, dizer que a casa possui estímulos adequados não é suficiente quando não se tem estrutura para utiliza-los de forma útil e funcional atingindo seu objetivo.

6.3 Socialização

As pessoas que vivem com demência precisam poder escolher ficar sozinhas ou passar tempo com outras pessoas. Isso requer que o local tenha uma variedade de espaços que

estimulem uma conversa tranquila em grupos maiores ou que a pessoa possa estar sozinha. Ou seja, os espaços internos precisam ser de fácil compreensão e que ofereçam oportunidades de atividades para que a pessoa se engaje em algo relevante para ela com diferentes pessoas que frequentem esse ambiente. As edificações precisam promover bom acesso visual, seja com outros ambientes ou com outras pessoas. Isso dá a pessoa que vive com demência a confiança de explorar o local onde está (FLEMING; ZEISEL; BENNETT, 2020).

Sem lembretes constantes de quem eles são a pessoa que vive com demência perde seu senso de identidade. Receber visitas de amigos e parentes e permitir que o idoso se socialize com a comunidade externa incentiva a interação, as habilidades cognitivas e ajudam a manter esse senso de identidade e participação (FLEMING; ZEISEL; BENNETT, 2020).

Na fase leve da demência, os idosos têm mais liberdade para receber e encontrar pessoas, pois ainda conseguem fazê-lo de forma independente. Podem escolher quem visitar e quem quer que os visitem. Conseguem sair de casa de forma independente e manter diálogos e conversas de forma funcional, reconhecendo amigos e familiares, mesmo os mais distantes.

Conforme a progressão da demência para fase moderada e grave, os familiares têm dificuldades e receios de sair com os idosos de casa. A principal dificuldade observada nos dados é quanto à perda de mobilidade física. Os idosos não conseguem se locomover de forma tão funcional e segura quanto antes e isso traz muita insegurança para o acompanhante durante o passeio. Os familiares também citam que as questões cognitivas atrapalham, pois não querem colocar os idosos em situações desconfortáveis fora de casa. Situações essas como encontrar conhecidos que eles já não mais reconhecem, ou situações nas quais eles não conseguem adaptar seu comportamento evitados pelos familiares.

Relatam que restringem as saídas apenas a situações necessárias como consultas médicas, terapias e visitas pontuais a casa de um familiar muito próximo onde o idoso ainda está acostumado a frequentar.

Todas as famílias relatam que recebem visitas de parentes e amigos muito próximos em casa, e que esse contato vai se afunilando apenas para o núcleo de conhecidos mais próximos, pois muitas pessoas acabam parando de visitar os idosos conforme a progressão da doença. Além disso, as famílias acabam evitando receber visitas de pessoas com menor vinculo emocional. Observa-se quem conforme a progressão da demência, os idoso tendem a

ficar com contato restrito a certo grupo de pessoas e com sua circulação restrita ao ambiente domiciliar.

6.4 Familiaridade

Uma pessoa que vive com demência tem mais capacidade de usar e desfrutar de lugares e objetos que lhe são familiares. Espera-se que o idoso possa participar da personalização do ambiente com os seus objetos pessoais. O ambiente deve ter claro em sua formulação o estilo de vida que o idoso escolheu levar durante sua vida e seu envelhecimento. Deve contar com móveis, objetos e cores que proporcionem familiaridade ao idoso (FLEMING; ZEISEL; BENNETT, 2020).

A escala do ambiente precisa ser pensada para não afetar de forma negativa comportamentos e sentimentos. Espera-se que uma pessoa não seja intimidade pelo tamanho do ambiente ou confrontado por uma infinidade de interações e escolhas que pode fazer. O movimento intencional pode aumentar o engajamento e manter a saúde e bem-estar. O idoso deve ter pistas sobre o que cada cômodo significa e a oportunidade de se movimentar quando desejar. Isso significa ter caminhos bem definidos e livres de obstáculos e de pontos de decisão complexos (FLEMING; ZEISEL; BENNETT, 2020).

Os ambientes devem ser organizados de forma simples e confortáveis, com objetos pessoais e personalizados do idoso, de uma forma que ele reconheça a disposição, a ponto de encorajar a realização de atividades interesse, de circularem livremente permitindo que eles ainda desempenhem suas habilidades.

Dos oito casos entrevistados apenas dois idosos saíram das casas onde viveram grande parte de sua vida e se mudaram para a casa dos filhos. Nesta mudança, foram levados móveis, objetos pessoais de decoração e de interesse do idoso, tentando ao máximo manter essa familiaridade do ambiente para o idoso. Em um desses casos, a idosa se mudou antes de iniciar os sintomas da demência. No outro caso, a mudança aconteceu quando ela já não era mais capaz de realizar muitas atividades sozinhas.

Em todos os outros seis casos, os idosos vivem nas mesmas casas que escolheram viver. Decorada e organizada da forma como escolheram. Apenas um idoso que ainda está na fase leve da doença não apresentou episódios de confusão com o ambiente onde vive. Todos

os demais apresentaram esses episódios independentemente de estarem morando na casa onde sempre viveram ou terem se mudado.

Segundo a SBGG, a Síndrome do Pôr do Sol são momentos de inquietação, agitação, irritabilidade e confusão que podem começar ou piorar a medida de que a luz do dia começa a desaparecer. Nesses momentos os idosos apresentam mudanças em seu comportamento e podem passar a não reconhecer o local onde está (SBGG, 2021).

Esses momentos de confusão e de pedirem para voltar para casa ou para ir embora causa grande preocupação nos familiares, pois dão a impressão a eles de que o idoso não se sente confortável no lugar onde vive. Em dois casos, a família chegou a levar o idoso para visitar outras residências que ele viveu durante a vida com a intenção de tentar encontrar o local para o qual o idoso quer ir. Mas não obtiveram sucesso nessa busca.

A familiaridade com o ambiente é de extrema importância para dar ao idoso a sensação de pertencimento e de reconhecimento do lugar onde vive, da disposição dos objetos, facilitando assim a realização de suas atividades funcionais e diminuindo mudanças de comportamento e humor, gerando frustração por não conseguir realizar suas atividades ou conhecer o ambiente. Porém episódios de confusão quanto ao ambiente são sintomas comuns da progressão da doença e cabe aos familiares tentarem lidar com isso de forma leve, afim de não piorar o quadro.

Na visão de Fonseca (2020), envelhecer onde se viveu a maior parte da vida e onde estão as principais referências dessa vida (relacionais e materiais) constitui uma vantagem em termos de manutenção de um sentido para a vida e de preservação de sentimentos de segurança e familiaridade. Isto é alcançado tanto pela manutenção da independência e autonomia, como pelo desempenho de papéis nos locais onde se vive.

6.5 Funcionalidade e manejo do cuidado

À medida que o idoso fica mais dependente, mais tempo do cuidador precisa ser dedicado ao idoso, em detrimento do tempo para o cuidado de si. O aumento do grau de dependência do idoso impacta negativa e progressivamente a saúde do cuidador, que pode apresentar sintomas de depressão e outros distúrbios neuropsiquiátricos. Percebe-se o adoecimento e a sobrecarga do familiar que também exerce o papel de cuidador. O cuidado

familiar sofre influência da cultura, valores e história de vida da pessoa, com impacto positivo ou negativo na saúde dos envolvidos (SILVA et al., 2018).

A supervisão a todo tempo, ajuda nas atividades de vida diária e mudanças no comportamento são as principais dificuldades que os familiares relatam no cuidado do idoso com demência. Esse cuidado informal, sem remuneração, sem férias e muitas vezes sem rede de apoio gera uma sobrecarga na vida do familiar fazendo com que ele precise buscar por ajuda externa.

Para Nascimento e Figueiredo (2019), o impacto da demência afeta significativamente a família do idoso, principalmente o familiar cuidador, aquele que se torna responsável por toda rotina de cuidado. Algumas vezes, a sobrecarga diante do cuidado do idoso com demência pode ir além dos limites suportáveis pela pessoa que cuida e acaba gerando conflitos e desagregações na estrutura familiar, o que se mostra em muitos casos como responsável pelo risco de institucionalização do idoso.

A contratação de cuidadores formais e da institucionalização do idoso em ILPI muitas vezes é uma opção, mas depende das crenças e das questões financeiras de cada família.

Através dos discursos pudemos analisar que a contratação de cuidador é uma tomada de decisão mais fácil para as famílias que buscam sempre por empresas especializadas no cuidado e por indicação de outros conhecidos que utilizam o serviço. Nesses casos os familiares têm a perspectiva de manter o idoso pelo maior tempo possível em um ambiente que ele conhece, sua casa, na convivência de pessoas próximas, seus familiares, onde acreditam que ele se sentirá mais confortável contando apenas com ajuda externa para atividades de difícil manejo e para dar mais liberdade ao familiar, que antes exercia esse papel de cuidador, de continuar a viver sua vida da forma mais plena possível.

Já a institucionalização gera divergência de pensamento entre os entrevistados. A tomada da decisão gera muito sofrimento no familiar que sente como se não conseguisse mais exercer o cuidado com seu ente querido. Algumas famílias pensam essa ser a melhor decisão para o cuidado, pois o idoso vai receber cuidado especializado de uma instituição que irá trabalhar da melhor maneira possível com o idoso, e essa sendo a única opção nos casos mais avançados da doença. Já outros familiares pensam a instituição de longa permanência com certo desconforto, como um lugar que não irá cuidar de seu familiar da forma como ele faria.

Portanto, a necessidade de cuidado formal e especializado seja através de um cuidador profissional, ou da institucionalização do idoso é realidade para todas as famílias de idosos com demência que sentem a sobrecarga do cuidado por um familiar, mas que querem continuar dando ao idoso qualidade de vida, conforto e o melhor cuidado possível.

6.6 O design de ambientes para idosos com demência como uma oportunidade para o trabalho da Terapia Ocupacional

A intervenção do terapeuta ocupacional no cuidado com idoso pode contribuir para a promoção da saúde, ao favorecer a estruturação de um cotidiano saudável, melhorando ou possibilitando a participação nos diferentes papéis, trabalho, moradia, educação, atividades culturais e de lazer (AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION - AOTA, 2015).

Para isso, avalia-se o estado biológico (força, tônus muscular, amplitude articular), o estado psicológico (memória, estado de ânimo, capacidade de aprendizagem, etc.), o estado social (incluindo a capacidade dos que o ajudam: familiares, amigos, voluntários) e o ambiente físico (barreiras arquitetônicas) na perspectiva de segurança do idoso no seu lar. Todos estes fatores são analisados e adaptados para obter-se o máximo aproveitamento das condições, tendo-se em conta as limitações funcionais do paciente (CONSELHO REGIONAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - CREFITO10, 2015).

Nesta atuação o terapeuta ocupacional age como um facilitador que capacita o paciente a fazer o melhor uso possível das capacidades remanescentes, a tomar suas próprias decisões e lhe assegurar uma conscientização de alternativas realísticas.

Com a popularidade e aumento das pesquisas sobre o benefício do *Aging in Place* e a vontade das pessoas de programarem seu processo de envelhecimento e terem o poder de fazer escolhas sobre como querem envelhecer, a avaliação, adaptação dos ambientes é necessária para que o idoso possa permanecer no ambiente que escolheu, fazendo pleno uso de suas capacidades por mais tempo no processo de envelhecimento e doença. Os familiares também necessitam de orientação quando aos cuidados nesse contexto. Todas essas funções podem ser exercidas pelo Terapeuta Ocupacional que tem no envelhecimento um campo de trabalho em ampla expansão.

É preciso pensar o ambiente não apenas para o envelhecimento, mas também para as questões especificas de cada adoecimento e do processo de vida e escolhas do idoso. O uso dos princípios de Fleming – Bennett para nortear esse trabalho, assim como criação e desenvolvimento de protocolos e materiais de apoio para as mudanças e adaptações no ambiente facilitarão o exercício desse campo de atuação ainda não muito explorado pelos profissionais.

6.7 Limitações do estudo e recomendações para pesquisas futuras

O tamanho amostral é a principal limitação do estudo, pois não nos permitiu ter uma visão macroscópica sobre o assunto trabalhado. Portanto, para pesquisas futuras sugerem-se amostras mais amplas e diversificadas as quais poderiam fornecer informações mais ampliadas sobre os arranjos familiares para o cuidado dos idosos, diferentes tipos de moradias, vida no campo ou em ambientes urbanos, dentre outros aspectos.

O uso da tecnologia e plataformas digitais para coleta de dados e entrevistas é uma nova modalidade de realização que facilita a coleta de dados para pessoas que estão distantes do pesquisador e para a realização de pesquisa em momentos de distanciamento social como a pandemia. Porém existem dificuldades nessa modalidade por questões de letramento digital de muitas pessoas e outras vezes por problemas com equipamentos e conexões com a internet. O uso de tecnologias digitais pode acabar afastando um nicho da sociedade, que não tem acesso amplo a elas e que acabam ficando de fora das amostras de pesquisa.

Para novas pesquisas, índico a possibilidade de se pensar em formas de coletar dados de observação. Por vídeos do ambiente, fotos ou até mesmo uma visita na residência do idoso para coletar dados e detalhes que muitas vezes perpassam a visão dos familiares.

A literatura nacional carece de pesquisas com abordagens de intervenção ambiental para a residência de idosos com demência. Assim também como precisa pensar o ambiente do idoso além apenas das questões comuns ao envelhecimento e focar nas diferentes formas de envelhecer. Também é importante ampliar o olhar para além apenas de questões de segurança, pensando em estimulação, funcionalidade, conforto e qualidade de vida. Assuntos esses que apesar de sua subjetividade fazem diferença nas vivências de fim de vida.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo investigou as percepções de familiares de idosos com demência sobre o ambiente doméstico a partir dos dez princípios de design de ambiente de Fleming – Bennett com o objetivo de analisar se a casa do idoso com demência favorece a sua qualidade de vida.

Os resultados apontam que algumas famílias tentam manter os idosos em suas casas de origem e outros optam pela mudança do idoso para a casa de algum familiar próximo. As famílias citam muitas dificuldades no cuidado do idoso em casa, principalmente a necessidade de supervisão e auxílio nas AVD e AIVD. Essas dificuldades e a perspectiva de progressão dos sintomas levam à necessidade de contratação de cuidadores formais e em alguns casos a institucionalização.

Os familiares pensam em modificações possíveis de serem realizadas no ambiente doméstico quando percebem que o idoso já não está mais em suas plenas capacidades funcionais e veem a necessidade de fazer adequações pensando em facilitar o dia a dia do idoso e do cuidado. As famílias realizam modificações estruturais como retirada de degraus, colocação de barras de apoio nos banheiros, alargamento de portas e modificações organizacionais como reorganizações de móveis, utilização de tecnologia de tecnologias assistivas, entre outras.

Conhecer as percepções dos familiares e o ambiente onde essas pessoas vivem é o primeiro passo para desenvolver estratégias de enfrentamento para as dificuldades que essas pessoas enfrentam no dia a dia. Sendo assim, esse estudo tem como potencialidade ser a base para estudo mais amplos sobre o ambiente residencial específico para pessoas com demência. A partir dele é possível desenvolver novas pesquisas para confecção de protocolos de avalição ambiental baseados nos princípios de Fleming – Bennett e materiais de apoio para as famílias cuidadoras de pessoas com demência, como infográficos, cartilhas, panfletos e aplicativos informativos.

Os Princípios de Fleming-Bennett para o ambiente de pessoas que vivem com demência apresentados no World Alzheimer Report são de extrema importância como diretriz para as políticas públicas com vistas a apoiar a vida das pessoas e suas famílias vivendo nesta condição. A demência é de grande incidência na população em envelhecimento e exige cuidados de longo prazo. Assim, orientar o envelhecimento no lugar certo das pessoas

vivendo com demência deve ser preocupação de toda política pública, que envolvem variados setores da sociedade como o de saúde, de moradia, de assistência e proteção social, de serviços, etc.

Sendo assim, propõe-se um olhar mais amplo para o ambiente residencial do idoso com demência, que contemple segurança, conforto e qualidade de vida, se atentando as necessidades de cada fase de estadiamento da doença, das necessidades individuais de cada um e das particularidades de cada casa e família.

REFERÊNCIAS

AGENCIA SENADO. Aprovado projeto que institui política de enfrentamento ao Alzheimer. **Senado Noticias**. 2021. Disponível em: https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2021/11/16/aprovado-projeto-que-institui-politica-de-enfrentamento-ao-alzheimer Acesso em: 15 de Janeiro de 2022.

AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCUATION. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo**. Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo**, São Paulo, v.26, p.1-49, 2015.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - APA. **DSM-5**: manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**.** 5.ed. Tradução de Maria Inês Corrêa Nascimento. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Tratamento**. 2020. Disponível em: https://abraz.org.br/2020/sobre-alzheimer/tratamento-2/. Acesso em: 13 de Janeiro de 2022.

BARDIN, Laurance. Análise de conteúdo. 3. reimp. **Lisboa: Edições**, v. 70, 2011.

BASTITONE, S.S.T. Gerontologia Ambiental: panorama de suas contribuições para a atuação do gerontologo. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v.17, p.647-657, 2014.

BESTETTI, M. L. T. **Habitação para idosos:** o trabalho do arquiteto, arquitetura e cidade. 2006. 184 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

BROWN, C. E. Modelos ecológicos na terapia ocupacional. *In*: CREPEAU, E. B .; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. **Willard & Spackaman terapia ocupacional**. 11thed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. p. 441-451.

CASTRO, C.S.S. Gerontecnologia – contribuições da tecnologia para a vida da pessoa. **Mais60** – estudos sobre o envelhecimento, v 30, p.8-21, 2019.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL. **A Terapia Ocupacional em Gerontologia**. 2015. Disponível em: http://www.crefito10.org.br/conteudo.jsp?idc=2172 Acesso em 19 de Fevereiro de 2022.

DEMIRBILEK, O.; DEMIRKAN, H. Universal product design involving elderly users: a participatory design model. **Applied Ergonomics**, v.35, p. 361-370, 2004.

FARBER, N.; SHINKLE, D. **Aging in place**: a state survey of livability policies and practice. Denver: National Conference of State Legislatures e AARP Public Policy Institute, 2011.

FLEMING, R.; ZEISEL, J.; BENNETT, K. **World Alzheimer Report 2020**: Design Dignity Dementia: dementia-related design and the built environment. Alzheimer's Disease International, England, 2020. v.1.

FONSECA, A.M. Aging in Place, Envelhecimento em casa e na comunidade em Portugal. **Public Sciences e Policies = Ciências e Politicas Públicas**, Portugal, v.6, n.2, p. 21 – 39, 2020.

GAUTHIER, S.; ROSA-NETO, P.; MORAIS, J.A.; WEBSTER, C. **World Alzheimer Report 2021**: Journey through the diagnosis of dementia. England: Alzheimer's Disease International, 2021.

GETTEL,A.J.; CHEN,K.; GOLBERG,E.M. Dementia care, fall detection and ambient-assisted living technologies hepl older adults agr in pace: A scoping review. **Journal of Applied Gerontology,** v.40, n.12, p.1893-1902, Dec. 2021.

GRAAFMANS,J.A.M.; TAIPALE, V. **Gerontechnology**, a sustainable investment in the future. Amsterdam: IOS Press, 1998. (Studies in Health Technology and Informatics, v. 48).

HOUSTON, A.; MITCHELL, W.; RYAN,K.; HULLAH, N. Accessible design and dementia: A neglected space in the equality debate. **Dementia,** v.19, p.83–94, 2020.

HUANG, J. Demência. Manual MSD versão profissional de Saúde. 2019. Disponível em: https://www.msdmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neurol%C3%B3gicos/delirium-e-dem%C3%AAncia/dem%C3%AAncia Acesso em 10 de outubro de 2021.

IJAOPO, E. O. Dementia-related agitation: a review of non-pharmacological interventions and analysis of risks and benefits of pharmacotherapy. **Translational Psychiatry**, v. 7, n. 10, 2017. DOI: 10.1038/tp.2017.199.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTÁTICA. **Projeção da população 2018**: número de habitantes do país deve parar de crescer em 20147. Agência IBGE notícias. 2018. Disponível em: https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-sala-de-imprensa/2013-agencia-de-noticias/releases/21837-projecao-da-populacao-2018-numero-de-habitantes-do-pais-deve-parar-de-crescer-em-2047. Acesso em 13 de Abril de 2021.

INSTITUTO DA LONGEVIDADE. **Quedas de idosos devem ser investigadas com rigor, alertam especialistas.** Instituto da Longevidade – MAG. 2020. Disponivel em: https://institutodelongevidademag.org/longevidade-e-saude/autonomia/master-quedas-de-idosos. Acesso em: 5 de fevereiro de 2022.

KENDIG, H. Directions in environmental gerontology: a multidisciplinary field. **The Gerontologist,** v.43, n.5, p. 611–614, 2003.

KENNEDY, C. The city of 2050: an age friendly, vibrant, intergerational community. **Journal of the American society on aging,** San Francisco, v. 34, n. 3, p. 70-75, 2010.

KOEHLER, C; GINDRI, G; BÓS,A.J.G; MANCOPES,R. Alterações de Linguagem em Pacientes portadores de demência avaliados com Bateria MAC. **Rev.sc.bras.fonoauiol**, v. 17, n.1, p.15-22, 2012.

LIMA, A. B. R. **Ambiente residencial e envelhecimento ativo: estudos sobre a relação entre bem-estar, relações sociais e lugar na terceira idade**. 2011. 160 f. Tese (Doutorado em Psicologia social do trabalho e das organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

LUDDEN, G.D.S; ROMPAY,T.J.L; NIEDDER, K. TOURNIER, I. Environmental design for dementia care - towards more meaningful experiences through design. **Maturitas,** v.128, p.10-16, Oct 2019.

MARTINELLI, J. **Estado Clínico das Demências –** Identificando os Comportamentos. Portal do Idoso**.** 2018 Disponivel em: https://idosos.com.br/estado-clinico-das-demencias/ Acesso em 10 de outubro de 2021.

MATHIESEN, N; KIRKEBY,I; SIGBRAND, L. A universal design perspective on care homes for elderly people with and without Dementia**. Studies in Health Technology and informatics,** v.256, p.336-244, 2018.

MIRANDA, R. et al. Paliative care for people with demenria living at home: A systematic review of interventions. **Palliative Medicine**, Bélgica, v.33, n.7, p.726–742, 2019.

NASCIMENTO, H.G.; FIGUEIREDO, A.E.B. Demência, familiares e serviços de saúde: o cuidado de si e do outro. **Ciências da saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p1381 – 1392, abr. 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Guia global das cidade amigas das pessoas idosas**. Envelhecimento e ciclo de vida, saúde na família e na comunidade. Tradução de Fundação Kalouste Gulbenkian. Brasília: OMS, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais, org.; coordenação da tradução Cassia Maria Buchalla]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2003.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Mundo não está conseguindo enfrentar o desafio da demência.** 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/2-9-2021-mundo-nao-esta-conseguindo-enfrentar-desafio-da-demencia. Acesso em 18 de outubro de 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **OMS revela principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo entre 2000 e 2019. 2020**. 2021. Disponível em: https://www.paho.org/pt/noticias/9-12-2020-oms-revela-principais-causas-morte-e-incapacidade-em-todo-mundo-entre-2000-e. Acesso em 13 de Abril de 2021.

PASCALE, M. A. **Ergonomia e Alzheimer**: a contribuição dos fatores ambientais como recurso terapêutico nos cuidados de idosos portadores da demência do tipo Alzheimer. 2002. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

PIEPER, R. **Leading the way to gerontechnology**: the Central Role of Herman Bouma in the Genesis of a New Discipline. [S.l.:s.n.], 1999.

PORTO; C.F.; REZENDO, E.J.C. Terceira Isade, Design Universal e Aging-in-Place**. Estudos de Desig,** Rio de Janeiro, v.21, n.1, p.152 – 168, 2016.

ROWLES, G. D; BERNARD, M. **Environmental gerontology**: making meaningful places in old age. New York: Springer, 2013.

SATIRO, A. C. Velhices sustentáveis. **Revista LABVERDE**, São Paulo, n.8, p.110-139, jun.2014.

SCHABER, P., LIEBERMAN, D. Occupational therapy practice guidelines for adults with Alzheimer's disease and related disorders. 2010.

SCHWARZ, B.; SCHEIDT, R. J. Environmental gerontology: what now? 2012. Taylor & Francis group. Disponível em: .Acesso em: 7 de junho de 2022

SILVA, B.M.C. et al. Dificuldades encontradas no cuidado do idoso com demência: enfrentamento baseado na pesquisa participativa. **Revista Brasileira de Geriatria Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n.1, p. 35-44, 2018.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. **Em dia mundial do Alzheimer, dados ainda são subestimados, apesar de avanços no diagnóstico e tratamento da doença.** 2019. Disponível em: https://sbgg.org.br/em-dia-mundial-do-alzheimer-dados-ainda-sao-subestimados-apesar-de-avancos-no-diagnostico-e-tratamento-da-doenca/ Acesso em 18 de outubro de 2021.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERONTECNOLOGIA - SBGTEC. O que é Gerontecnologia? Disponível em: https://sbgtec.org.br/ Acesso em: 01 de Novembro de 2021

TOMASINI, S. L. V**.** Envelhecimento e planejamento do ambiente construído: em busca de um enfoque interdisciplinar. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, Passo Fundo, v.2, n.1, p.76-88, 2005.

VAN VACREM, M.; SPRUYTTE, N.; DECLERCQ, A; VAN AUDENHOVE, C. Nighttime restlessness in people with dementia in residential care: an explorative field study. **Tijdschrift voor Gerontologie em Geriatrie**, v.47, n.2, p.78-85, Apr. 2016.

VARELLA, D. **Demência**. 2021. Disponível em: https://drauziovarella.uol.com.br/drauzio/artigos/demencia-artigo/. Acesso em: 22 de Fevereiro de 2022.

WAHL. H.W; WEISMAN. G.D. Environmental gerontology at the beginning of new millennium: reflections on its historical, empirical, and theoretical development. **The Gerontologist,** v.43, n.5, p.616-627, Oct, 2003.

WILES, J.L. et.all. The Meaning of "Aging in Place! To older people. **The Gerontologist,** v.52, n.3, p. 357–366, June 2012.

WONG, J. K. W.; LEUNG, J. K. L.. Modelling factors influencing the adoption of smart-home technologies. **Facilites**, v. 34, n. 13–14, p. 906–923, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIATION. **Global status report on the public health response to dementia.** Geneva: WHO, 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025**. Geneva: WHO, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Risk reduction of cognitive decline and dementia**: WHO guidelines. Geneva: WHO, 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World report on ageing and helath**. Luxembourg, WHO, 2015.

APÊNDICE A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Familiar ou Cuidador

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO INTERUNIDADES EM BIOENGENHARIA

Escola de Engenharia de São Carlos/ Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/Instituto de Química de São Carlos da Universidade de São Paulo

Título da Pesquisa: **"O DESIGN EM AMBIENTE RESIDENCIAL PARA IDOSOS COM DEMÊNCIA VISANDO A QUALIDADE DE VIDA E BEM-ESTAR"**

Pesquisadores:

- Marina Baltieri Dario– Mestranda no Programa de Pós Graduação Interunidades Bioengenharia EESC/FMRP/IQSC – USP
- ProfªDrª Carla da Silva Santana, docente do Curso de Terapia Ocupacional da FMRP-USP .

INFORMAÇÕES DE NOMES E TELEFONES DOS RESPONSÁVEIS PELO ACOMPANHAMENTO DA PESQUISA PARA CONTATO.

1. Marina Baltieri Dario - (19)99733-4891
2. Prof. Dra. Carla da Silva Santana Castro- (16) 3315-4417 (Sala da docente)
3. Contato do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (16) 3602-2228 para dúvidas éticas.

Gostaria de pedir sua autorização para participar do estudo intitulado "O design em ambiente residencial para idosos com demência visando a qualidade de vida e bem-estar" sob a orientação da ProfªDrª Carla da Silva Santana.

Este estudo busca desenvolver e pensar ambientes domiciliares para pessoas com demência com foco no design amigável e enriquecido visando melhoria da qualidade de vida.

A demência por seu caráter progressivo produz perdas da capacidade funcional e alterações do comportamento e do humor, dificultando o manejo do cuidado do idoso.

Portanto um ambiente adequado para a vivencia desse idoso pode ajuda-lo a se tornar mais independente e funcional.

Sua participação neste estudo a três momentos. No primeiro momento você será convidado a participar de uma entrevista individual com perguntas abertas e fechadas onde irá responder sobre questões de caráter pessoal para caracterização do sujeito e do ambiente residencial que vocês vivem e um protocolo de funcionalidade do idoso que você cuida. Essa entrevista irá durar cerca de 1h30min.

No segundo momento, você irá responder a um formulário google online que contém itens de caracterização de ambientes desenvolvido a partir dos princípios de Design de Fleming-Bennett apresentados no World Alzheimer Report de 2020. Esse questionário contém 80 itens divido em 5 grandes categorias e você irá selecionar aqueles que identifica na casa em que o idoso mora. Você irá demorar cerca de 15 minutos para finalizar este formulário. Caso você não consiga responder a este questionário de forma independente podemos fazê-lo por vídeo chamada.

O terceiro momento é outra entrevista online, por chamada de vídeo, com duração de cerca de 1 hora, após o preenchimento do questionário. O objetivo de entender a concepção do familiar sobre os princípios apresentados anteriormente, a identificação de, se esses princípios estão aplicados na casa onde o idoso reside, se sim por que e se não, que modificações esta pessoa acredita que pode ser realizada para atingir o principio.

A forma de coletar as informações para este estudo será por meio das duas entrevistas e do questionário. Todos esses processos terão seu áudio gravado para a análise dos dados e as respostas ao questionário ficarão salvos em computador pessoal da pesquisadora.

Há garantia de esclarecimentos, antes e durante a pesquisa. É garantido a você o direito de não responder a perguntas que considerar inadequadas ou que violem sua privacidade ou dignidade.

A sua participação é voluntária, sendo que a recusa não implicará em quaisquer prejuízos. Você possui a liberdade de se recusar a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo às suas atividades profissionais.

Os riscos de quebra de privacidade e confidencialidade, bem como a possibilidade de danos à integridade moral/psíquica por participar do estudo são considerados mínimos ou improváveis. Caso seja identificado qualquer desconforto, o pesquisador é qualificado para identificar tal situação e agir para minimiza-lo.

Os benefícios diretos a você dirigem-se especificamente ao seu trabalho como familiar deste idoso e a residência onde vivem. Desta forma, você poderá identificar aspectos, queixas e dificuldades que o design residencial pode causar para a funcionalidade, independência e autonomia do idoso que você cuida e formas de solucionar estes problemas.

Os dados coletados serão seguramente armazenados em computador pessoal do pesquisador de maneira que as informações obtidas não sejam correlacionadas com seus dados, através da abreviação do nome do sujeito, preservando o anonimato.

Não haverá despesas decorrentes da sua participação na pesquisa; por isso não há necessidade de formas de ressarcimento, no entanto, o participante tem direito a indenização conforme as leis vigentes no país, caso ocorra dano decorrente da participação na pesquisa.

Há garantia que você receberá uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assinado e rubricado em todas as páginas por você e pelo pesquisador. Há também garantia de acesso aos resultados que serão disponibilizados no término da pesquisa.

O projeto passou por aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) é composto por um grupo de pessoas que são responsáveis por supervisionarem pesquisas em seres humanos que estão sendo feitas na instituição e tem a função de proteger e garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todos os participantes de pesquisa que se voluntariam a participar da mesma. O CEP do Hospital das Clínicas e da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto está localizado no Subsolo do Hospital e funciona das 8:00 às 17:00. O telefone de contato é o (16) 3602-2228.

- Nome do participante:_____
  Assinatura:_____ data:_____
- Nome do pesquisador:_____
  Assinatura:_____ data:_____.
- Nome do professor responsável:_____

APÊNDICE B

Formulário de caracterização do sujeito idoso

Dados pessoais:

Iniciais: ..... Sexo: ( ) M ( ) F

Idade: Escolaridade: .....

Aposentado: .....

Terapias sendo realizadas:.....

Diagnóstico Médico: .....

Tempo de diagnóstico da demência:.....

Comorbidades: .....

O idoso utiliza algum equipamento ou acessório no dia a dia? Se sim, qual?

( ) Bengala ( )Andador ( )Cadeira de rodas ( )Aparelho auditivo ( )Dentadura

( ) Óculos ( )Respirador ( ) Outro

APENDICE C

Formulário de caracterização do Familiar/Cuidador

A. Dados pessoais:

Iniciais: _____ Sexo: ( ) M ( ) F

Idade: Escolaridade: .....

B. Vinculo:

Vinculo Familiar:

Média de encontros com o idoso:

C. Relação de familiar:

Quais principais atividades que este idoso precisa de ajuda?

() Higiene pessoal ( ) alimentação ( ) administração de medicação

( ) Banho ( ) medição de sinais ( ) vestimenta

( ) transferência/mobilidade ( ) curativos ( ) outros _____

Percentual de cuidados fornecidos por você: <25%25 - 50% 50 - 75% >75%

APENDICE D

Formulários de funcionalidade do idoso

A partir de suas vivencias e percepção sobre o comportamento, humor e interação desse idoso responda as perguntas:

1 - Você considera o comportamento do idoso:

( ) Estressado

( ) Autolesivo

( ) Agressivo

( ) Ansioso

( ) Depressivo

( ) Engajado, comunicativo

( ) Apático

( ) Eufórico

( ) Outro: _____

2 - Suas percepções quanto ao humor dele são:

( ) Medo ou pânico

( ) Irritável (facilmente aborrecido e raiva)

( ) Disfórico (desagradável, tristeza, ansiedade)

( ) Elevado (euforia, sensação elevada de bem estar)

( ) Eutímico (normal, ausência de humor deprimido ou elevado)

( ) Lábil (que oscila entre elevado e deprimido)

( ) Outro: _____

3 - Qual a interação que ele apresenta com o ambiente domiciliar:

( ) Nenhuma ou rara

( ) Pouca

( ) Regular

( ) Muita

4 - Como é a comunicação com o cuidador formal:

( ) Falante

( ) Regular, respeitoso

( ) Agressões Verbais

( ) Ausente ou raríssima

( ) Não verbal

( ) Outra: _____

Outras observações feitas:

APENDICE E

Caracterização da casa

( ) Própria ( )alugada ( ) outro:

( ) Prédio ( ) casa térrea ( ) sobrado

( )Zona rural ( ) zona urbana

Tem acesso a energia, sistema de esgoto e água encanada?

Quantos cômodos possui?

Quantos quartos possui?

Quantos banheiros possui?

A residência possui quintal ou área de lazer?

Têm escadas, degraus, rampas ou desníveis?

A família:

Quantas e quem são as pessoas que moram nesta casa?

O idoso tem um quarto só pra si? Se não, divide com quem?

Por que vocês moram juntos?

Vocês recebem visitas com frequência?

O idoso consegue/pode escolher pessoas que quer convidar, conviver e receber em casa?

A interação e funcionalidade do idoso com o ambiente:

Quais são os cômodos da casa que o idoso mais fica?

O idoso consegue acessar todos os cômodos e ambientes da casa?

Qual é a sua maior dificuldade no cuidado desse idoso?

Qual a tarefa o idoso sente mais dificuldade de realizar no dia a dia?

O idoso já sofreu algum acidente doméstico? Se sim, o que aconteceu e onde foi?

O que o idoso que você cuida faz pela maior parte do tempo?

Quais são as atividades de lazer desse idoso? Ele consegue exerce-la em casa?

Existem coisas na casa que estimulam as funções cerebrais do idoso (livros, jogos, estímulos, atividades manuais) e que fiquem de fácil acesso para ele?

Existem objetos na casa, disponíveis para o idoso, que estimulem questões sensoriais do idoso? (plantas, quadros, relógios, objetos afetivos, objetos com texturas diversas).

Os aspectos, vivências, queixas e dificuldades da residência:

Quais são as cores das paredes?

A casa é bem arejada e iluminada?

A decoração da casa possui objetos pessoais do idoso?

Tem alguma coisa no design e formulação do seu lar que te incomoda e dificulta a vivencia nele?

Você já fez alguma alteração na casa pensando na autonomia do idoso? Se sim, qual?

Existe alguma modificação na casa que você gostaria de fazer pensando na autonomia do idoso que vive com você?

Você acredita que a decoração da casa reflete a personalidade do que esse idoso é ou foi?

Você acha que a sua moradia está adaptada para os idosos, com pisos nivelados, corredores e portas largas o suficiente para a passagem de cadeira de rodas, e com banheiros, lavabos e cozinhas especialmente adaptados?

Há espaço suficiente na sua casa para o idoso se locomover de forma independente com a sua tecnologia de locomoção (cadeira de rodas, andador, bengala)

Você comunica o idoso ou pede a opinião dele antes de realizar alguma modificação na casa?

De 0 a 5 (sendo 0 ruim e 5 excelente) o quanto você acha que o design da sua casa hoje facilita a independência e autonomia do idoso que lá reside?

De 0 a 5 (sendo 0 ruim e 5 excelente) quão confortável você acha que o idoso se sente na casa que vive hoje?

Se você pudesse fazer qualquer coisa, hoje, pensando na autonomia, independência, qualidade de vida e interação do idoso, quais modificações ambientais você realizaria na sua casa?

APENDICE F

Questionário de caracterização do ambiente domiciliar do idoso com demência (Google Forms)

O questionário tem por objetivo a caracterização do ambiente do residencial do idoso com base nos princípios de Fleming Bennet descritos no World Alzheimer Report 2020. A caracterização do ambiente é necessária para entender se o idoso está vivendo em um ambiente que estimule sua qualidade de vida, conforto e autonomia.

São 80 itens, divididos em cinco grandes grupos, sendo estes: Segurança, Estimulação Adequada e Inadequada, Movimentação e Engajamento em Atividades no Ambiente, Interação com o Ambiente e/ou com Outras Pessoas, Personalização da Residência, que você deverá selecionar conforme identifica esses itens na residência em que o idoso reside.

Você irá demorar cerca de 15 minutos para responder a este questionário. Todas as informações coletadas ficarão seguramente armazenadas no computador em conta pessoal do pesquisador.

Portanto, assinale todos os itens correspondentes a coisas e/ou situações que você identifica na residência que o idoso mora:

1. Segurança

( )Escadas – Se sim: ( )Existe algum tipo de sinalização como fitas coloridas ou antiderrapantes

( )Desníveis no solo

( )Piso escorregadio quando seco

( )Piso escorregadio quando molhado

( )Adesivos antiderrapantes. Se sim, onde:

( )Tapetes

( )Corrimão/ barras de apoio. Se sim, onde:

( )Os ambientes possuem luz abundante e uniforme evitando sombras

( )Fácil acesso aos ambientes

( )Possui locais de passagem, como corredores, livres de móveis e objetos que possam atrapalhar a circulação

( )Portas acessíveis para cadeira de rodas, andador e pessoa que caminha

( )Fios elétricos expostos

( )Sensor de movimento

( )Sistema de monitoramento por câmeras

( )Cortinas e venezianas fáceis de alcançar e abrir/fechar

( )Janelas com telas ou grades de proteção

Assinale se esses ambientes específicos da sua casa possuem estes itens:

Quarto

( )Tapetes. Se sim qual tipo:

( )Interruptor de luz próximo a cama e a porta do quarto

Banheiro

( )Box de vidro ou plástico para proteção do chuveiro

( )Cortina para proteção do chuveiro

( )Ambiente bem iluminado

( )Barras de apoio para chuveiro e vaso sanitário

( )Tapete do box possui ventosa ou antiderrapante

( )Tapete de tecido do box

( )Possui banco ou cadeira para se sentar na hora do banho. Se sim, qual tipo:

( )Possui botão ou campainha de emergência

( )Acessível para cadeira de rodas ou de banho

Cozinha

( )Possui sensor de fumaça

( )Acesso fácil a objetos cortantes (facas, tesouras...)

( )Fácil acesso a utensílios mais utilizados no dia a dia

( )É necessário subir em escada ou banco para acessar alguns objetos úteis nos armários

Ambientes Externos

( )Garagem e calçadas em bom estado para uma caminhada segura

( )Portões e cercas de fácil acesso, travados e protegidos

( )Arbustos e plantas, cuidados com o gramado de baixa manutenção

( )Todas as portas que dão para ambientes externos tem maçanetas e fechaduras seguras e fáceis de usar

2. Estimulação Adequada e Inadequada

( )Barulho/Ruídos (Transito, obras, barulhos desagradáveis no geral)

( )Música ou sons ambiente agradáveis (barulho de água caindo, pássaros, natureza)

( )Poluição visual

( )Acumulo de objetos nos ambientes

( )Os ambientes são compostos em sua maioria por cores claras

( )Os ambientes são compostos em sua maioria por cores fortes

( )Existe contraste entre as cores do ambiente (claro e escuro/básico e vibrante)

( )Livros e revistas disponíveis para manuseio do idoso

( )Pistas visuais identificando a organização da casa e os ambientes

( )Objetos pessoais de apego e interesse expostos

( )Atividades de seu interesse a seu alcance

( )Cheiros desagradáveis

( )Cheiros agradáveis

( )A casa é muito gelada

( )A casa é muito quente

( )Possuímos ventilador/ar –condicionado/aquecedor de uso do idoso para controle térmico

( )Possuímos umidificador de ar de uso do idoso para dias muitos secos

( )Contato com diferentes texturas

( )Calendários possíveis do idoso fazer a leitura para orientação temporal

( )Relógios possíveis do idoso fazer a leitura para orientação temporal

( )Local com acesso e exposição a luz do sol

( )Permite entrada de luz natural

( )Permite ventilação Natural

3. Movimentação e engajamento em atividades no ambiente

( )Fácil acesso a todos os ambientes da casa

( )Oportunidade de se engajar em atividades do dia a dia ou hobbys

( )Se movimentar livremente

( )Barreiras físicas (como disposição dos móveis) que dificulte a locomoção

( )Escada e degraus que dificultem a movimentação no dia a dia

( )Locais confortáveis para se sentar e interagir com outras pessoas

( )Portas largas (ou em largura suficiente para que a pessoa passe sem dificuldades)

( )Maçanetas tipo alavanca

4.Interação com o ambiente e/ou com outras pessoas

( )O ambiente permite contato com pessoas conhecidas

( )Tem contato direto com pessoas que não conhece ou não tem intimidade

( )Possui locais onde o idoso pode ficar sozinho

( )Possui locais com o idoso pode estar em grupos

( )O idoso pode receber visitas

( )O idoso se interessa pelas pessoas que frequentam a casa, buscando-as para conversar ou para realizar alguma atividade

( )O idoso se interessa por objetos dispostos na casa (Por exemplo, quadros, livros, um porta retrato, objetos de utilidades do dia a dia)

( )O idoso se interessa por atividades que estão acontecendo na casa e tenta se juntar a elas (Por exemplo, alguém cozinhando, pessoas assistindo tv)

5.Personalização da residência

( )Os ambientes onde o idosos mais fica, na sua visão, são acolhedores

( )Cada ambiente é montado conforme sua funcionalidade

( )Os ambientes possuem apoio visual de identificação

( )A organização e decoração da casa reflete quem esse idoso foi durante toda a vida

( )Objetos pessoais e de interesse do idoso ficam expostos

( )A organização e decoração do ambiente reflete a personalidade do idoso que ali reside

APENDICE G

Princípio	Sua casa está organizada dentro deste princípio?	Se sim: Cite objetos da casa ou questões da organização que cabem neste princípio:	Se não: O que poderia ser feito no seu ambiente para que ele se adeque ao princípio:
1. Reduzir dos riscos -Ambiente interno e externo sem obstaculos; -Identificação e Retirada de riscos potencias como degraus ou tapetes; -Instalação de recursos de segurança que sejam discretos (cercas ou trancas podem levar a frustração e agitação); -Permite que uma pessoa continue a buscar seu estilo de vida; -Permite que uma pessoa aproveite ao máximo suas habilidades preservadas;	( ) Sim ( ) Não		
2. Favorecer um ambiente humano -Ter uma escala de construção humana; -Controlar o número de pessoas que o idoso encontra, o tamanho da construção e tamanho de componentes individuais (portas, quartos, corredores);	( ) Sim ( ) Não		

Princípio	Sua casa está organizada dentro deste princípio?	Se sim: Cite objetos da casa ou questões da organização que cabem neste princípio:	Se não: O que poderia ser feito no seu ambiente para que ele se adeque ao princípio:
-Minimizar a sensação e intimidação da pessoa pelo tamanho do local ou pela quantidade de interação e de escolhas que a pessoa tem que fazer ao se locomover; -O tamanho do ambiente deve encorajar a sensação de bem estar e aumentar a competência da pessoa;			
3. Permitir que a pessoa veja e seja vista -Projetar um ambiente de fácil compreensão; -Precisam reconhecer facilmente onde estão, de onde vieram e para onde vão; -Ter lugares chaves bem definidos e delimitados como sala de jantar, cozinha, quarto e área externa; -Ter bom acesso visual aumenta o leque de oportunidades de envolvimento e da a pessoa confiança para explorar;	( ) Sim ( ) Não		
4. Reduzir a estimulação desnecessária -Minimizar exposição a estímulos desnecessários como desordem, poluição visual, ruídos excessivos, cheiros desagradáveis; - Tem pouca causa de estresse, como ruídos, confusão visual; - Evita a exposição prolongada a grandes quantidades	( ) Sim ( ) Não		

Princípio	Sua casa está organizada dentro deste princípio?	Se sim: Cite objetos da casa ou questões da organização que cabem neste princípio:	Se não: O que poderia ser feito no seu ambiente para que ele se adeque ao princípio:
de estimulação; - Minimiza a exposição de uma pessoa a estímulos que não são especificamente úteis para ela;			
5. Aperfeiçoar a estimulação útil - Permite que uma pessoa veja, ouça, toque e cheire; - Utilizar fotografias, livros, cheiro ambiente, músicas tranquilas, texturas confortáveis, sabores conhecidos, objetos de apego; - Cuidar para que a estimulação não se torne excessiva e lembrar que o que é significativo para uma pessoa não necessariamente será para outra; - Dá a uma pessoa dicas sobre onde ela está; - Dá a uma pessoa dicas sobre o que ela pode fazer; - Minimiza a confusão e incerteza de uma pessoa;	( ) Sim ( ) Não		
6. Estimular o movimento e o engajamento - Tem caminhos livres de obstáculos; - Inclui pontos de interesse; - Oferece oportunidades para atividades e / ou interação social;	( ) Sim ( ) Não		

Princípio	Sua casa está organizada dentro deste princípio?	Se sim: Cite objetos da casa ou questões da organização que cabem neste princípio:	Se não: O que poderia ser feito no seu ambiente para que ele se adeque ao princípio:
- Aumenta o envolvimento de uma pessoa; - Mantém a saúde e o bem-estar de uma pessoa;			
7. Criar um ambiente familiar -Manter o ambiente organizado de forma familiar. Isso vai encorajar a pessoa com demência a buscar lugares e objetos que lhe são conhecidos; -Envolver a pessoa na personalização dos ambientes utilizando sempre objetos pessoais;	( ) Sim ( ) Não		
8. Dar oportunidade de estar sozinho e com os outros - Permite que uma pessoa escolha estar com outras pessoas ou estar sozinha; - Permite que uma pessoa se envolva em atividades relevantes - tem uma variedade de lugares com caracteres diferentes (por exemplo, local para leitura, local para bate-papo); - Inclui possibilidade internas e externas;	( ) Sim ( ) Não		
9. Conexão com a comunidade - Inclui lugares que são compartilhados pela comunidade;			

Princípio	Sua casa está organizada dentro deste princípio?	Se sim: Cite objetos da casa ou questões da organização que cabem neste princípio:	Se não: O que poderia ser feito no seu ambiente para que ele se adeque ao princípio:
- Tem fácil acesso a lugares ao seu redor; -Permitir a interação frequente com outras pessoas; -Receber visita de amigos e familiares auxiliam no senso de identidade;	( ) Sim ( ) Não		
10. Construir um design em respeito ao seu estilo de vida - É compatível ao estilo de vida do idoso, favorecendo as atividades que lhe são de interesse; - Tem um estilo que é claramente evidente para todos;	( ) Sim ( ) Não		

ANEXO A

Escala de avaliação da Incapacidade Funcional para Demencia (DAD – Disability Assessment for Dementia)

Durante as últimas duas semanas, o paciente sem ajuda e sem ser lembrado...

1 – HIGIENE

a . Tentou lavar-se sozinho ou tomar banho

b. Tentou escovar os dentes ou cuidar de sua dentadura

c. Decidiu cuidar de seu próprio cabelo (lavar e pentear)

d. Preparou a água, as toalhas e o sabonete para se lavar ou tomar um banho*

(*ligou/ abriu o chuveiro; colocou a água em uma temperatura agradável, levou sua toalha ao banheiro)

e. Lavou e secou completamente todas as partes de seu corpo com segurança*

(*sem problemas)

f. Escovou seus dentes ou cuidou de sua dentadura adequadamente

g. Cuidou de seu cabelo (lavou e penteou)

2 – VESTIR-SE

a . Tentou vestir-se

b. Escolheu roupas certas (roupas adequadas para a ocasião, roupas limpas, roupas adequadas ao tempo, roupas com cores que combinam)

c. Vestiu-se sozinho na ordem certa (roupas de baixo, saia/calça, sapatos)

d. Vestiu-se completamente.

e. Tirou toda a roupa.

3 – CONTINÊNCIA

a . Decidiu usar o banheiro nos momentos certos

b. Usou o banheiro sem problemas

4 – ALIMENTAR-SE

a . Decidiu que precisava comer*

(*Quando estava com fome, pediu alguma coisa para comer ou foi pegar sozinho)

b. Escolheu os talheres e os temperos* certos ao comer.

(*escolheu corretamente se deveria usar um garfo, uma faca ou uma colher dependendo do alimento, escolheu os temperos certos, por exemplo, açúcar para o suco/ café; sal para a salada.)

c. Comeu sua refeição em um ritmo* normal e com boas maneiras.

(* em tempo normal, nem rápido nem lento demais.)

5 – PREPARAÇÃO DA REFEIÇÃO

a . Tentou preparar uma refeição ou um lanche para si mesmo.

b. Planejou adequadamente uma refeição leve ou um lanche (escolheu/separou os ingredientes/ utensílios* para cozinhar)

* utensílios = objetos, coisas

c. Preparou ou cozinhou uma refeição leve ou um lanche com segurança*.

(*sem problemas, sem derrubar nada, sem acidentes)

6 – USO DO TELEFONE

a . Tentou telefonar para alguém em um momento adequado.

b. Achou e discou um número de telefone corretamente.

c. Conversou adequadamente ao telefone.

d. Anotou* e comunicou um recado telefônico de forma exata*.

(* somente para pacientes alfabetizados) (*correta)

7- ATIVIDADES FORA DE CASA

a . Decidiu sair (andar, fazer uma visita, comprar) em um momento adequado.

b. Organizou adequadamente sua saída em relação a transporte, chaves, destino, tempo, dinheiro necessário, lista de compras.*

(*pensou no transporte, destino e tempo; levou as chaves e dinheiro necessário, preparou ou levou lista de compras)

c. Saiu e encontrou um destino familiar sem se perder.

d. Utilizou de forma segura* o meio de transporte adequado (carro, ônibus, táxi)

(*sem perder-se ou ter problemas no trajeto ou para pagar)

e. Retornou da loja com os itens apropriados.

(*com as compras certas)

8- FINANÇAS E CORRESPONDÊNCIA

a . Mostrou interesse em assuntos pessoais, por ex. finanças e correspondências.

b. Organizou suas finanças* para pagar suas contas (cheques, extrato bancário*, contas).

(*seu dinheiro)

(*papéis de banco)

c. Organizou adequadamente sua correspondência em relação a papéis, endereço, selos.

(* Quando seu familiar escreveu uma carta foi capaz de colocá-la em um envelope e preencher este envelope corretamente para enviá-la?)

d. Lidou adequadamente com seu dinheiro (fez troco)

9 – MEDICAÇÕES

a .Decidiu tomar suas medicações no momento

correto.

b. Utilizou suas medicações como prescrito (de acordo com a dosagem certa)

10 – LAZER E TAREFAS DE CASA

a. . Demonstrou interesse em atividades de lazer.*

(*coisas que gosta de fazer ou que gostava de fazer antes de ficar doente, dentro ou fora de casa)

b. Mostrou-se interessado em tarefas domésticas que costumava fazer no passado

(* exemplos: se mulher: cozinhar, arrumar a casa; se homem: fazer pequenos consertos, pintura)

c. Planejou e organizou adequadamente as tarefas domésticas que costumava fazer no passado.* (*pegou, separou os objetos/ as coisas necessárias para cozinhar, fazer um conserto)

d. Completou* adequadamente as tarefas domésticas que costumava realizar no passado. (*conseguiu fazer)

e. Ficou em casa sozinho seguramente* quando necessário. (*sem problemas)