IMPACTO DO AMBIENTE FÍSICO NO BEM-ESTAR DE IDOSOS COM ALZHEIMER

Gabriela Pereira Rocha (IC) e Maria Pronin (Orientador)

Apoio: PIVIC Mackenzie

RESUMO

A pesquisa tem como objetivo investigar a relação entre o ambiente de cuidados destinado a idosos com doença de Alzheimer e sua influência no cotidiano dos residentes, tendo como objeto de estudo o Lar Vicentino, localizado na Rua Ovídio Lopes, n. 253, Parque Boturussu, São Paulo, SP. O referencial teórico aborda os conceitos que envolvem a doença de Alzheimer e seus impactos na vida diária dos idosos, além de discutir questões relacionadas ao abandono na terceira idade e aos locais destinados ao seu acolhimento e cuidado. Também são apresentados estudos sobre a importância do ambiente físico na promoção do bem-estar, da qualidade de vida, da segurança e do conforto dos residentes, considerando aspectos que favorecem a autonomia e a realização das atividades cotidianas. A visita realizada ao Lar Vicentino se propõe a avaliar alguns ambientes selecionados tendo por base um percurso pré-estabelecido. A análise considera elementos como iluminação, ventilação, materiais, cores, mobiliário, integração com a natureza e acessibilidade. Depois, os resultados da pesquisa são discutidos e apresentadas as fotos dos ambientes em questão. Em considerações finais são discutidos os pontos positivos e negativos observados durante a visita, bem como apresentadas sugestões para possíveis melhorias na qualificação desses ambientes, visando proporcionar um espaço mais acolhedor, funcional e adequado às necessidades dos idosos.

Palavras chaves: Idosos. Doença de Alzheimer. Qualidade de vida.

ABSTRACT

The research aims to investigate the relationship between the care environment for elderly people with Alzheimer's disease and its influence on the daily lives of the residents, with the study object being the Vicentino Home, located at Rua Ovídio Lopes, No. 253, Parque Boturussu, São Paulo, SP. The theoretical framework addresses the concepts involving Alzheimer's disease and its impacts on the daily lives of the elderly, as well as discussing issues related to abandonment in old age and the places designated for their reception and care. Studies on the importance of the physical environment in promoting the well-being, quality of life, safety, and comfort of residents are also presented, considering aspects that favor autonomy and the performance of daily activities. The visit to the Vicentino Home aims

to evaluate some selected environments based on a pre-established route. The analysis considers elements such as lighting, ventilation, materials, colors, furniture, integration with nature, and accessibility. Then, the research results are discussed and photos of the environments in question are presented. In the final considerations, the positive and negative points observed during the visit are discussed, as well as suggestions for possible improvements in the qualification of these environments, aiming to provide a more welcoming, functional, and suitable space for the needs of the elderly.

Keywords: Elderly. Alzheimer's disease. Quality of life.

1. INTRODUÇÃO

A população idosa é definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) como um grupo etário de 65 anos ou mais nos países desenvolvidos e 60 anos ou mais em países em desenvolvimento. No Brasil, pelo estatuto do idoso, regulamentado pela lei pela lei nº. 14.423 de 2022, as pessoas com 60 anos ou mais são consideradas idosas (Brasil, 2022).

A demência é um termo genérico utilizado na descrição de um conjunto de quadros causado por várias doenças que, com o passar do tempo, causam danos cerebrais, levando assim, à deterioração da função cognitiva. Já o Alzheimer é um tipo específico de demência, sendo a mais comum, responsável por aproximadamente 70% dos casos de demência. No Brasil cerca de 8,5% da população com mais de 60 anos de idade lida com a demência (Varella, 2025).

A demência tem causas diversas e em muitos casos a origem não é totalmente entendida. A demência de um modo geral é mais comum em idosos, entretanto o processo de envelhecimento atualmente não é considerado como sendo a maior causa da doença (Cayton, Graham e Warner, 2000).

O Alzheimer é o tipo mais comum de demência e, na maioria das vezes, ocorre em idosos com mais de 65 anos (Melo, 2024).

A doença de Alzheimer (DA) é um transtorno neurodegenerativo progressivo e fatal que dá sinais através da deterioração cognitiva e da memória, prejudica as atividades diárias e possui diversos sintomas neuropsiquiátricos e alterações comportamentais (Brasil, Ministério da Saúde, s.d).

Os principais fatores da doença são: menor escolaridade (não ter acesso à escola na infância pode aumentar o risco de desenvolver a doença), perda auditiva (se não for tratada os danos na audição podem aumentar o risco de ter DA), alto nível de colesterol, depressão, lesão cerebral traumática (traumas na cabeça que podem ocorrer em acidentes), inatividade física (falta de exercícios físicos mesmo que moderados), tabagismo, diabetes, hipertensão, consumo excessivo de álcool. Essa é uma das principais causas do agravamento da doença de Alzheimer (Associação Brasileira de Alzheimer- ABRAZ, s.d).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a *Alzheimer´s Disease Internacional* (AID), há cerca de 45,7 milhões de pessoas com demência no mundo, sendo que este número deve chegar a 75,6 milhões em 2030 e a 135,5 milhões em 2050 (Jacinto e Folgato,2017).

A doença de Alzheimer é rara em pessoas mais jovens, sendo mais comum em idosos. Até existe a possibilidade de acometer pessoas de até 30 anos, porém é mais raro. Acima dos

65 anos a doença se desenvolve em cerca de uma pessoa a cada 1.000. Acima dessa idade acontece em três pessoas a cada 100 e acima de 80 anos aumenta para 13 pessoas a cada 100. Grande parte dos casos não é geneticamente transmitida (Cayton, Graham e Warner, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde a grande maioria das pessoas ao envelhecer relata um frequente esquecimento durante o dia a dia, sendo que este transtorno de memória está relacionado à idade e é algo muito frequente. A memória é necessária para capacitação de preservar e para fazer o uso posterior de uma experiência, o que é necessário para se ter uma vida independente e produtiva. Um problema de memória pode afetar as atividades do dia a dia. Em outros termos é quando a pessoa tem dificuldade de recordar fatos do cotidiano (Brasil, 2006).

Já foram realizados muitos estudos para tratar essa doença incurável, porém todos na fase experimental. O paciente atualmente apenas pode tratar para retardar o avanço da doença com medicamentos, que como são classificados de alto custo, são disponibilizados pelo governo (Jacinto e Folgato,2017).

Pesquisas revelam que ambientes projetados exclusivamente para pessoas com Alzheimer podem suprir as suas deficiências e manter suas capacidades. Estudos na Europa e América do Norte estão mais avançados, sendo que no Brasil ainda é um tema pouco explorado (Sousa e Maia. 2014).

O objetivo geral dessa pesquisa é investigar o impacto da arquitetura no bem-estar dos idosos com Alzheimer. O objetivo específico é pesquisar como as diferentes configurações do ambiente físico podem impactar no bem-estar dos idosos com doença de Alzheimer em um lar de idosos.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O que é o Alzheimer?

A doença de Alzheimer é a patologia neurodegenerativa mais associada à questão de idade, que se manifesta nas funções cognitivas e que resulta em uma deficiência progressiva e eventual incapacidade. Comumente, o primeiro aspecto clínico é a deficiência da memória recente, enquanto as lembranças remotas são preservadas até certo estágio da doença. Além dessas dificuldades de atenção e fluência verbal, outras funções cognitivas como a capacidade de fazer cálculo, habilidades visuoespaciais e a capacidade de utilizar objetos comuns e ferramentas se deterioram também à medida que a doença avança (Sereniki e Vital, 2008).

A doença de Alzheimer provoca alterações no tecido cerebral, o que foi observado em 1906 por um neurologista alemão, o doutor Alois Alzheimer e que deu o seu nome a essa doença (Cayton, Graham e Warner, 2000).

Os sintomas são acompanhados normalmente por distúrbios comportamentais, como alucinações, agressividade, hiperatividade, irritabilidade e depressão. Os transtornos de humor afetam uma grande porcentagem de indivíduos com DA, sendo possível observar sintomas depressivos em até aproximadamente 50% dos pacientes, enquanto transtornos depressivos acometem em torno de 20% dos casos. Os demais sintomas como lentificação, apatia, dificuldade de concentração, perda de peso, insônia e agitação podem decorrer da síndrome de demência (Sereniki e Vital, 2008).

Em meados do século XX era usado o termo demência senil para se referir à perda de memória em pessoas idosas, entendidos como uma consequência natural do envelhecimento. Entretanto hoje em dia sabe-se que os casos que antes se denominavam de “demência senil”, na verdade correspondem ao Alzheimer. No passado, havia uma distinção onde idosos eram diagnosticados com demência senil e enquanto os mais jovens recebiam o diagnóstico de demência pré-senil, sendo que na atualidade essa diferenciação é considerada incorreta. (Cayton, Graham e Warner, 2000).

Pode-se destacar duas correntes de pensamento que ajudam a compreender o contexto histórico em que a pesquisa de Alzheimer se desenvolveu. No século XIX, era comum reconhecer a chamada demência senil, embora persistisse a dificuldade em diferenciá-la do envelhecimento natural. Nesse cenário, a identificação de uma forma pré-senil representou uma inovação significativa. Além disso, Alzheimer desafiou a concepção predominante na França, fortemente influenciada pela teoria da degeneração, ao demonstrar que a demência, por também afetar indivíduos de meia-idade, não se restringia ao processo de envelhecimento, mas configurava uma doença específica (Leibing, 1999).

Um segundo marco ocorreu na segunda metade do século XIX, quando as (bio)estatísticas passaram a ser valorizadas como recurso essencial para a psiquiatria — especialmente após a Conferência Internacional de 1856 —, substituindo a prática restrita ao uso de percentuais que vigorava até então (Leibing, 1999).

O sentimento de solidão e a assistência aos idosos

O sentimento de solidão na velhice aumenta em 31% os riscos de desenvolver demência e aumenta em 15% a possibilidade de comprometimento das funções cognitivas, da memória e da concentração. Uma revisão de estudos que analisou autorrelatos de solidão e saúde neurológica de mais de 600 mil pessoas, foi publicado na revista *Nature Mental Health* (Bassete, 2024).

Com o aumento da expectativa de vida no Brasil e, por consequência, a preocupação com os cuidados, moradia de longa duração e assistência aos idosos, a procura por instituições asilares também aumentou. Segundo o Ministério de Desenvolvimento Social, em 2013 eram 44.416 idosos em asilos e em 2017, 60.939 (Sampaio, 2021).

O Brasil enfrenta uma crescente mudança demográfica cujo número de pessoas com mais de 65 cresceu aproximadamente 57,4% em apenas 12 anos, esse fenômeno reflete uma tendência do envelhecimento, trazendo desafios para a terceira idade, bem como suporte familiar. Nesta ocasião, as creches para idosos se manifestam como uma alternativa viável, propiciando um ambiente seguro, inclusivo e estimulante (Pires e Amaral, 2024).

A “síndrome do pôr-do-sol”, em que alguns pacientes podem apresentar uma agitação, é agravada no fim da tarde e no início da noite. Porém, não existe uma conclusão sobre a causa e, umas das possibilidades é a alteração da melatonina (hormônio do sono) que sinaliza se é dia ou noite. Outra possibilidade é a sensação de insegurança com o escuro. Uma ação que pode ajudar neste problema é fazer com que a pessoas não tenha essa percepção que o sol está se pondo, fechar janela, cortinas, acender luzes, tentar mudar o foco da pessoa. E quando chegar a noite deixar o ambiente mais agradável sem distrações como barulho de televisão (Jacinto e Folgato,2017).

Creches para idosos

As creches para a terceira idade são locais acolhedores e inclusivos, que oferecem os mais diversos tipos de cuidados. Podem ser ou não governamentais. Esses ambientes vão além de funções básicas, buscando também proporcionar um ambiente seguro, com cuidado, o que muitas vezes não tem em sua casa (Pires e Amaral, 2024).

O funcionamento das creches para idosos apresenta algumas diferenças em relação às clínicas e residências geriátricas. De modo geral, os profissionais da creche prestam assistência durante a maior parte do dia, oferecendo cuidado, atividades e convivência com outras pessoas da mesma faixa etária. No entanto, ao anoitecer, os idosos costumam retornar para suas casas, onde permanecem sob os cuidados de familiares. A proposta é proporcionar momentos de socialização e bem-estar, de forma que, ao final do dia, os idosos voltem para seus lares mais tranquilos e satisfeitos. Embora esse modelo traga benefícios e tenha sido bastante valorizado desde a sua criação, é importante destacar que as creches oferecem apenas parte do suporte encontrado em uma casa de repouso. Isso porque, mesmo durante a noite, muitos idosos ainda necessitam de acompanhamento especializado justamente no período em que as creches encerram suas atividades (site Morada Primavera, 2021).

Segurança no ambiente da habitação do idoso

O ambiente deve ser definido como um conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, climáticos e funcionais que se adaptem às necessidades do dia a dia. Os espaços muitas vezes são projetados visando muito mais a estética e desconsiderando o “design universal” onde os ambientes possibilitam que todas as pessoas em qualquer estado funcional possam utilizar à medida que se envelhece. Desta maneira deveriam se dispor de ambientes mais acessíveis e seguros, bem planejados e projetados para esse público específico, facilitando o modo de vida do idoso, permitindo a circulação segura dos ambientes e facilidade de suas atividades diárias, locais com barreiras ou sem facilitadores restringem o desempenho dos idosos. (Franca et al., 2021)

Os cuidados com a segurança em casas de doentes com Alzheimer são praticamente iguais aos de uma residência de idoso em geral, mas com o avanço da doença, as necessidades ficam maiores. Em alguns casos os idosos perambulam, podem andar vacilantes, ficar confusos, esquecer coisas básicas do dia a dia, tais como: abrir portas, acender a luz e ter alucinações. Então surge a necessidade de um ambiente funcional combinado com a supervisão. A atenção vai desde a iluminação à disposição dos móveis, se estendendo para todos os ambientes (Jacinto e Folgato,2017).

Muitas das medidas a serem tomadas para deixar o ambiente seguro e adaptado são bem simples, tais como tirar tapetes e obstáculos que estejam interferindo o caminho, usar cores diferentes nos utensílios como nas louças ou em toalhas para destacar sua localização (Jacinto e Folgato,2017).

> Para um portador de DA um bom planejamento espacial é aquele que permite que o usuário retenha suas habilidades e maximize sua capacidade de orientação e locomoção. É importante manter o ambiente familiar e alterar somente o que for necessário, focando em reduzir a confusão e incrementar a memória. (Sousa e Maia. 2014, p. 201).

Os portadores de DA além de enfrentar mudanças de visão associadas com o avanço da idade, ainda precisam enfrentar as dificuldades de percepção que o Alzheimer ocasiona. Segundo Van Hoof (2010, apud Sousa e Maia,2014) esta disfunção engloba a dificuldade de perceber contrastes espaciais, cores e movimentos, além da visão turva.

Desta forma segundo Figueiro (2001, apud Sousa e Maia,2014) os dispositivos de controle de luz exercem um papel importante na iluminação dos ambientes físicos para os portadores de demências. As lâmpadas com sensores podem ser utilizadas em corredores ou banheiros, a fim de melhorar a orientação noturna, e lâmpadas dimerizáveis podem ser utilizadas para graduar a iluminação do interior para o exterior das residências, tendo em vista que a visão dos idosos leva mais tempo para se adaptar a mudanças repentinas de iluminação.

As cores têm um papel fundamental no estímulo cognitivo, já que por sua vez podem chamar atenção e serem interpretadas de formas variadas pelo corpo, podendo estimular ou tranquilizar ou agitar. No entanto, à medida que a idade avança, algumas cores passam despercebidas: tons frios como o azul e lilás que representam tranquilidade podem ser confundidos com o cinza, que representa solidão e por este motivo deve-se ter cuidado ao projetar, para que o efeito almejado não seja o oposto (Sampaio, 2021).

Em contraponto, as cores quentes são mais estimulantes e emanam uma sensação de calor. Através delas é possível dar destaque no que se quer chamar atenção e camuflar o que se quer passar despercebido (Sampaio, 2021).

Eduardo Frank (2016) demonstra a necessidade de melhorias na residência para uma maior longevidade na vida dos idosos: modificar a casa para ela se tornar um local seguro, livre de acidentes e ser agradável. Porém, para atingir tal objetivo, é necessária a colaboração de profissionais de diferentes áreas, tais como, psicólogos, arquitetos e fisioterapeutas para desenvolvimento do projeto. Além disso, também dita alguns parâmetros para projetos que visam a longevidade, dentre eles se destacam:

- Corredores em geral acompanhados de corrimãos com características de barra de segurança, ajudando a circulação;
- Sinalização de banheiros marcadas com cores diferentes nos pisos ou um sistema de luz noturna para evitar acidentes;
- Alturas de camas e armários pensadas para cadeirantes com grande área livre no quarto para melhor circulação da cadeira de rodas:
- Sacadas voltadas para áreas de integração;
- Rede de campainhas de emergência espalhadas pela residência;
- Espelhos e relógios também são recomendados para dar sensação de conforto e lembrança aos idosos;
- Rampas obrigatoriamente com 6% de inclinação para evitar acidentes com cadeiras de rodas e sempre ficar atento a fios de eletrodomésticos no meio de corredores e circulações.

É necessário evitar escadas, ou desníveis perigosos, utilizar pisos antiderrapantes, janelas baixas para que pessoas em cadeiras de rodas possam ver a paisagem, além de prever altura de tomadas ou outros comandos de eletricidade, de maçanetas e balcões. Nos quartos é necessária uma cama entre 0,46m e 0,54m de altura do chão para que um idoso consiga se levantar com facilidade. Já no ambiente externo, se necessário, uso de rampas com inclinação de 8,33%, providas de corrimãos, para melhor acessibilidade (Carlettoe e Cambiaghi, 2007).

De acordo com César Santos (2020) um ambiente favorável para idosos é aquele que oferece segurança, funcionalidade, proporciona estímulo e controle pessoal, além de facilitar a interação social. É notório que em ambientes de habitação o banheiro é o espaço mais suscetível a acidentes entre pessoas da terceira idade. Para reduzir essa vulnerabilidade recomenda-se que:

Nos banheiros:

- a porta deve ter no mínimo 80cm de vão luz;
- uso de cores claras no piso não escorregadio e paredes, porém os equipamentos devem ser de cor contrastante para facilitar a orientação espacial;
- instalar barras de apoios laterais ao lado do vaso sanitário e box na altura de 1,20m;
- aumentar a altura do vaso para 46cm (a altura normalmente é de 40cm);
- usar 80cm como largura mínima no box;
- instalar bancos no Box na altura de 46cm para facilitar o banho e servir de apoio;
- o registro e saboneteira devem estar à altura de 80cm e no máximo 40cm de distância do banco de apoio;
- o piso deve ser antiderrapante e evitar a utilização de tapetes (utilizar apenas se forem tapetes emborrachados e/ou antiderrapantes.

Nos dormitórios:

- porta com no mínimo 80cm de vão luz;
- as janelas devem ser de folhas leves e corrediças, com puxadores do tipo alça;
- altura da cama precisa ter 50cm, permitindo sentar-se apoiando os pés no chão;
- nos armários de portas leves e corrediças que tenham luz própria, o cabideiro deve estar a uma altura de 1,30cm (normalmente o utilizado é de 1,50cm);
- Aconselha-se o uso de uma luminária próxima às tomadas para iluminar o chão.

Nas cozinhas:

- uso de piso de cor clara e antiderrapante, com bancadas e eletrodomésticos em cores contrastantes;
- armários fixos e de fácil alcance com altura máxima de 1,30cm;
- utilizar mesas com cantos arredondados.

Nas salas de estar:

- evitar uso de tapetes;
- mesa de centro afastada das circulações principais;
- sofás firmes que evitem deslocamentos.

Nas escadas e rampas:

- corrimãos na altura compatível com os idoso;
- uso de fitas antiderrapantes e sinalizadoras na borda dos pisos dos degraus;
- utilizar interruptores de iluminação próximos ao primeiro e último degrau;
- sempre que possível deixar perto de alguma iluminação natural;
- se houver degraus de escada terão que ter pisos entre 28 e 30 cm com espelhos entre 15 e 17 cm;
- os degraus não devem ser de mármore ou granito polido por serem escorregadios;
- patamar de descanso posicionando a cada 10 degraus.

Nas circulações gerais:

- circulação mínima de 80 cm;
- não deixar objetos nas circulações;
- boa iluminação de corredor.

Integração com a natureza

A integração com a natureza em espaços de saúde promove a melhora dos pacientes e na diminuição de remédios para dor. É possível observar que após episódios de estresse, a visão ou ter contato com alguma coisa que remeta a natureza faz com que a função cardiovascular seja aprimorada, além de que o bom humor pode se relacionar a isso também. (Baron, 2022).

Arquitetura para idosos

Segundo Eduardo Frank (2016), a arquitetura para velhice, mesmo que nos últimos 30 anos tenha sido muito mais explorada, ainda é uma das partes da arquitetura menos lembrada, visto que não existe uma especialidade na formação de arquitetos, mesmo com o envelhecimento da população geral, não se nota um esforço para a melhora de tal banalização. A ideia de espaço projetado para moradia familiar, muito tradicional ao redor do mundo, é pensada para a execução das tarefas do dia a dia para um adulto, porém, os idosos não são incluídos nesse sistema, pois, além de não existirem espaços destinados para a terceira idade nas residências, uma arquitetura dita comercial, deixa de lado a funcionalidade para idosos.

3. METODOLOGIA

O objeto de pesquisa é o Lar Vicentino localizado à rua Ovídio Lopes n. 253, Parque Boturussu, São Paulo-SP. Trata-se de uma instituição de longa permanência para idosos com ou sem Alzheimer.

A presente pesquisa, de abordagem qualitativa foi realizada de acordo com as seguintes etapas:

Etapa 1- Revisão do referencial com ampliação e aprofundamento do mesmo.

Etapa 2- Levantamento do material como preparativo para a visita: local, croquis de plantas cortes e elevações.

Etapa 3- Roteiro de visita e escolha dos ambientes para avaliação.

Etapa 4-Visita ao Lar Vicentino. Nessa visita foram avaliados os ambientes escolhidos e constantes do roteiro pré-estabelecido conforme o método *walkthrough* e segundo as próprias percepções. Serão feitas anotações e documentação fotográfica dos espaços avaliados. Esse método examina as características dos ambientes e relações socioespaciais (Rheingantz, 2009).

Etapa 5- As informações obtidas foram analisadas em comparação com o referencial teórico: configuração do ambiente, iluminação, ventilação, integração com a natureza, mobiliário, materialidade, cor, segurança, acessibilidade e outros.

Etapa 6- Discussão dos resultados.

Etapa 7- Relatório final e artigo científico.

Observações:

1. As fotos foram tomadas com um aparelho celular da marca Samsung, modelo A55.

2.Nessa pesquisa, por ser de ordem qualitativa, não foram usados aparelhos de medição.

4. RESULTADO E DISCUSSÃO

O Lar Vicentino é uma instituição de caráter beneficente destinada ao atendimento de idosos em situação de vulnerabilidade, operando sem recursos governamentais ou apoio de grandes instituições. Sua manutenção depende exclusivamente de doações, atividades comerciais locais e do aluguel do salão de festas. Atualmente, o lar abriga 37 idosos com e sem demência ou Alzheimer, tendo capacidade máxima para até 40, oferecendo não apenas moradia, mas também cuidados de saúde e suporte social, proporcionando um ambiente seguro e acolhedor para seus residentes.

Figura 1: Planta do Lar Vicentino



Fonte: Editado por Gabriela Pereira Rocha a partir de planta fornecida pelo LV.

O edifício em questão insere-se em um contexto predominantemente de uso residencial, apresentando-se como térreo, condição que favorece a circulação dos idosos (Figura 1). A organização espacial evidencia uma setorização clara, na qual as áreas de convivência e atendimento às demandas dos residentes concentram-se em uma das extremidades laterais, sugerindo uma lógica funcional voltada à otimização dos fluxos internos.

A. O acesso do portão da rua até a entrada do edifício é por um caminho asfaltado e ladeado por áreas ajardinadas com duas fileiras de árvores, uma de cada lado (Figuras 2 e 3). Esse acesso não apresenta barreiras físicas, tais como degraus, sendo definido por um desnível suave do terreno, não comprometendo a mobilidade.

B. O acesso ao edifício se dá por um terraço (Figura 4) com caráter predominantemente público, incorporando a recepção, áreas técnicas e dois estabelecimentos comerciais (um bazar de móveis e outro de roupas) que representam a principal fonte de receita do lar. Em oposição, o corredor de acesso restrito concentra as áreas dedicadas aos cuidados dos idosos, garantindo privacidade e organização das atividades. Essa separação otimiza os fluxos internos, minimiza interferências externas e contribui para a segurança e o conforto dos usuários.

O terraço com aproximadamente 4,5 metros de largura e 45 metros de comprimento é aberto de um dos lados, conectando-se à recepção e ao corredor restrito. O ambiente é bem ventilado e recebe boa iluminação natural, sendo um local integrado com a natureza e próximo ao jardim. O piso é revestido com lajotas cerâmicas na cor branca e com textura antiderrapante. A parede é pintada com tinta acrílica na cor salmão e sobre massa corrida e o teto branco, o que torna o ambiente bem iluminado. Há duas cadeiras estofadas e dois sofás

em couro, ambos na cor marrom. Observa-se nesse ambiente, o predomínio de cores neutras e claras, contrastando com móveis escuros. As portas também são pintadas em tom de marrom.

Figura 2: Portão de entrada



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

Figura 3: Entrada



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

Figura 4: Corredor da recepção



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

Figura 5: Refeitório



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

C. O refeitório (Figura 5) é a primeira área restrita aos idosos logo após o terraço, com medidas aproximadamente de 9,5mX8,5m e com duas janelas com caixilhos metálicos de correr, trazendo uma ventilação e iluminação suficientes ao local, além de proporcionar segurança pelas barras de ferro em volta das aberturas. Há pouca integração com a natureza nesse local, apenas pequenas vasos de plantas no corredor lateral externo, para o qual a janela está voltada. O piso é revestido com lajotas cerâmicas na cor branca e bege com textura antiderrapante. As paredes são brancas e beges e o teto também branco, o que causa uma sensação de higiene, além de muita frieza. Os móveis são constituídos de mesas com toalhas de plástico e cadeiras com assentos também de plástico. Há espaços destinados a cadeiras de rodas. Nesses mobiliários predominam tons escuros, com exceção das toalhas de plástico, que tem estampas coloridas.

Figura 6: Sala de convivência



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

Figura 7: corredor restrito



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

D. A sala de tv (Figura 6) com forma de trapézio é o primeiro ambiente cuja porta dá para o corredor restrito (Figura 7). Este local destina-se à convivência, sendo o único local interno que permite a interação entre os moradores. A iluminação e a ventilação se dão através de duas janelas com caixilhos de correr metálicos, de grandes dimensões. No entanto, a iluminação natural é prejudicada pela presença de muros altos nas laterais do terreno. Esse ambiente carece de integração com a natureza. Os pisos são de material vinílico em manta na cor bege. As paredes são pintadas com tinta acrílica na cor branca e salmão e o teto também na cor branca. Os móveis presentes são dois sofás de couro marrom e três poltronas de couro pretas, além de uma tv fixada na parede salmão para entretenimento. Os móveis conferem uma atmosfera de seriedade, enquanto a parede salmão e o piso bege tornam o ambiente mais aconchegante.

E. O corredor restrito (Figura 7) tem início no terraço e conduz para as áreas privadas voltadas aos cuidados dos idosos. O corredor com aproximadamente 2 metros de largura e 30 metros de comprimento, tem portas dos dois lados que dão para os dormitórios e banheiros, além da enfermaria. Esse corredor não recebe quase nenhuma iluminação ou ventilação naturais, obtendo iluminação apenas através da porta de vidro que se comunica com o solário (Figura 11). Faz se necessário o uso de iluminação artificial nesse ambiente. O corredor é provido de corrimãos de ambos os lados, o que confere maior segurança no caminho dos idosos. A parede é pintada com tinta acrílica na cor branca, igual ao teto. O piso é revestido em manta vinílicas, na cor branca, com listras laterais em bege. O corredor é bastante monótono, por ter elementos repetidos, como as portas na mesma cor, além de não ter praças e descanso em seu percurso.

F. A parte privativa é equipada com dois banheiros (Figuras 8 e 9) um feminino e o outro masculino medindo aproximadamente 5,9mX5,9m cada um com duas cabines para vaso

em cada uma e um box para chuveiro. Sua iluminação e ventilação provém de duas pequenas janelas. Os banheiros são providos de corrimãos de metal, em todas as áreas. As paredes são revestidas de azulejos do tipo metrô na cor branca. Os pisos são em cerâmica, de cor marrom, com ralos lineares. O teto é pintado em tinta acrílica na cor branca.

Figura 8: Área íntima: chuveiro



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

Figura 9: Área íntima: vaso sanitário



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

G. Os dormitórios ficam localizados próximos aos banheiros e à enfermaria, sendo separados entre homens e mulheres (Figura 10). No total, há 8 dormitórios, cada um contendo 4 camas, além de outros dois dormitórios destinados a pacientes que necessitam de cuidados especiais. Os dormitórios medem 3,8m x 5,9m. A iluminação natural é adequada, contando com duas janelas providas de caixilhos de aço de correr e com grades. Já a ventilação necessita do auxílio de ventiladores em períodos de muito calor. A vista das janelas permite uma integração com a natureza, pois é voltada para a viela de entrada. O piso é revestido com lajotas cerâmicas na cor branca, enquanto as paredes e o teto também são pintados com tinta branca. As camas são de madeira em tom marrom, acompanhadas de pequenos criados-mudos brancos, havendo também uma televisão em cada quarto. Os dormitórios transmitem uma sensação de frieza, principalmente pelo uso predominante da cor branca.

H. No fim do percurso encontra-se o solário (Figura 11), um local destinado aos banhos de sol, sendo o único espaço totalmente aberto ao qual os moradores têm acesso. Por esse motivo, a iluminação e a ventilação são abundantes. Nessa área o jardim é constituído de um gramado aberto, havendo apenas um pequeno trecho com piso de lajotas de cimento nas cores branca e preta. As paredes são pintadas com tinta acrílica na cor salmão. O mobiliário é constituído por alguns bancos de madeira destinados ao descanso, porém o espaço não conta com áreas sombreadas. Nota-se a presença das árvores apenas no terreno vizinho.

Figura 10: Dormitório



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

Figura 11: Solário



Fonte: Gabriela Pereira Rocha

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A avaliação da área da pesquisa foi realizada por meio de visita técnica ao Lar Vicentino, possibilitando a identificação de aspectos relacionados à sua configuração espacial, padrões de uso e dinâmicas de circulação.

Considerando o referencial teórico, foi verificado que a acessibilidade do edifício do Lar Vicentino foi bem resolvida, principalmente por ser térreo, eliminando a necessidade de escadas e reduzindo significativamente os riscos de acidentes durante a circulação. A ausência de desníveis e barreiras físicas ao longo do percurso principal favorece a mobilidade dos usuários, permitindo deslocamentos mais seguros tanto para idosos com limitações motoras quanto para cadeirantes e pessoas com uso de andadores ou bengalas. Além disso, notou-se a presença de pisos antiderrapantes, corrimãos nos corredores e barras de apoio nos banheiros. Outro aspecto positivo que se observou foi o fato de haver ambientes em sua maioria com boa iluminação natural, bem arejados e limpos.

Entretanto, apesar desses aspectos positivos, a avaliação permitiu identificar alguns pontos negativos relacionados principalmente a qualidade sensorial da edificação. Muitos ambientes apresentam o uso excessivo da cor branca em paredes, pisos e tetos, transmitindo sensação de frieza e de monotonia. Essa característica é perceptível principalmente nos refeitórios, corredores, dormitórios e banheiros, ambientes em que há uma ausência de estímulos visuais tornando os espaços pouco acolhedores para permanência prolongada.

O corredor restrito evidencia essa monotonia do ambiente. Seu longo percurso linear, aliado à repetição das portas iguais de cada lado e à escassez de iluminação e ventilação naturais, gera um ambiente cansativo visualmente e dependente de iluminação artificial durante grande parte do tempo. Além disso, a ausência de áreas de pausa ou convivência ao longo do percurso reduz as possibilidades de interação social e descanso para os idosos. Ou seja, cores diferenciadas nas portas ajudariam a personalizar as moradias dos residentes.

A utilização predominante da cor branca nas paredes, tetos e pisos pode provocar um ofuscamento, especialmente em ambientes de permanência prolongada, causando desconforto aos usuários e tornando o espaço menos acolhedor. Para minimizar esse efeito, pode-se usar cores mais terrosas e quentes em algumas paredes, como por exemplo terracota, pêssego ou até mesmo o vermelho. O uso de cores diversas poderia estar presente também em alguns móveis, tais como em poltronas, camas e principalmente no refeitório colocando mesas ou cadeiras mais coloridas, tornando assim, o ambiente mais acolhedor e menos monótono.

Outro aspecto negativo refere-se à limitada presença de áreas verdes, tendo em vista que a viela da entrada, onde mais se tem contato com a natureza, é pouco acessada. Isso poderia ser resolvido com a presença de corrimãos para facilitar a locomoção dos idosos nessa área.

6. REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALZHEIMER. **Sobre Alzheimer**. Disponível em: https://abraz.org.br/sobre-alzheimer/. Acesso em: 27 out. 2025.

BASSETE, Fernanda. Solidão aumenta em 31% o risco de demência em idosos. **O Estado de S. Paulo**, São Paulo, 24 nov. 2024. Caderno Saúde, p. A21.

BRASIL. Ministério da Saúde**. Doença de Alzheimer**. Portal Gov.br - Saúde, s.d. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/a/alzheimer. Acesso em: 11 abr. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 192 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; Cadernos de Atenção Básica, n. 19). Disponível em: <http://www.saude.gov.br/bvs>. Acesso em: 21 abr. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome. Secretaria Nacional da Política de Cuidados e Família. **Nota informativa nº 5/2023: Envelhecimento e o direito ao cuidado**. Brasília: MDS/SNCF, dez. 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/mds/pt-br>. Acesso em: 21 abr. 2025.

CARLETTO, Ana Claudia; CAMBIAGHI, Silvana. **Desenho universal: um conceito para todos**. São Paulo: Instituto Mara Gabrilli, 2007.

Blog Morada Primavera**, Já ouviu falar em Creche para Idosos?** Casa de Repouso Morada Primavera**.** São Paulo, 8 fev. 2021. Disponível em: https://casaderepousomoradaprimavera.com/blog/ja-ouviu-falar-em-creche-para-idosos/. Acesso em: 22 set. 2025.

FRANCA, Daiany Maíra Magalhães; BARROS, Beatriz Cristina Soares; QUEIROZ, Rafaela Maria Martins; FONSECA, Rachel Cavalcanti; SILVA, Maria das Graças. Percepção dos idosos institucionalizados quanto ao enfrentamento e à aceitação da finitude da vida. In: **Tópico em ciências da saúde – volume 12**. 1ª ed., São Paulo: Poisson, 2021. Cap. 13. p. 86-? *. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/84437995/978-85-7042-158-6.cap-libre.pdf?.... Acesso em: 22 set. 2025

FRANK, Eduardo. **Terceira Idade, Arquitetura e Sociedade.** Porto Alegre: Masquatro Editora Ltda; Nobuko, 2016.

JACINTO, Alessandro Ferrari; FOLGATO, Marisa. **Alzheimer: a doença e seus cuidados.** São Paulo: Editora UNESP, 2016.

LEIBING, Annette. Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 1, 1999. DOI: 10.22456/2316-2171.4650. Disponível em: https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/4650. Acesso em: 28 set. De 2025.

MELO, luís. **Brasil agora tem política nacional para Alzheimer e outras demências**. Agência senado, 2024. Disponível em:<https://www12.senado.leg.br/noticias/infomaterias/2024/06/brasil-agora-tem-politica-nacional-para-alzheimer-e-outras-demencias>. Acesso em: 20 abr. 2025.

PIRES, Alina Brenda de Araújo; AMARAL, Moisés do; SANTOS, Carmelo Suzarte dos. **Creches para terceira idade: estudos sobre os impactos e benefícios na gestão pública**. *Revista Multidisciplinar do Nordeste Mineiro*, v. 10, 2024. ISSN 2178-6925. Disponível em: https://www.revista.unipacto.com.br/index.php/multidisciplinar/article/view/3067/3185. Acesso em: 9 set. 2025.

SAMPAIO, Juliana Monteiro. **Instituição de longa permanência para idosos com Alzheimer em Niterói**. 2021. Trabalho Final de Graduação (Graduação em Arquitetura e Urbanismo) – Faculdade de Arquitetura e Urbanismo, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2021.

SANTOS, César Augusto de Souza. **Prevenção de quedas em idosos**. Madrid: Dykinson, 2020. 210 p.

SERENIKI, Adriana; VITAL, Maria Aparecida Barbato Frazão. **A doença de Alzheimer: aspectos fisiopatológicos e farmacológicos**. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, Porto Alegre, v. 30, n. 1 supl., p. 0-0, 2008.

SOUSA, Isabella Gaspar; MAIA, Ivana Márcia Oliveira. **Arquitetura de interiores em ambientes para idosos portadores da doença de Alzheimer**. Arq.Urb (São Paulo), São Paulo, n. 11, p.192-207, 1 º sem. 2014. Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/329167198_Arquitetura_de_interiores_em_ambientes_para_idosos_portadores_da_doenca_de_Alzheimer_Interior_Architecture_in_environments_for_older_people_with_Alzheimer's_disease>. Acesso em: 15 abr. 2025.

RHEINGANTZ, Paulo Afonso. **Observando a qualidade do lugar. Procedimento para a avaliação pós – ocupações**. Rio de Janeiro: Proarq, 2009.

VARELLA, Mariana. **Demência e Alzheimer não são sinônimos: veja as diferenças e sintomas**. Portal Drauzio Varella, 06 mar. 2025. Disponível em: https://drauziovarella.uol.com.br/coluna-da-mariana-varella/demencia-e-alzheimer-nao-sao-sinonimos-veja-as-diferencas-e-sintomas/. Acesso em: 8 set. 2025.

Tudo sobre doença de Alzheimer. São Paulo: Editora Andrei, 2000. ISBN 8574762601, 9788574762609. Disponível em: https://books.google.com.br/books?hl=ptBR&lr=&id=Wyf_tHGUFYsC&oi=fnd&pg=PA9dq=como+era+diagnosticado+o+alzheimer+antigamente. Acesso em: 29 set. 2025.

Contatos: 10420584@mackenzista.com.br e maria.pronin@mackenzie.br