

A Ambiência em ILPI a partir da percepção de idosos com doença de Alzheimer e de cuidadores

The Ambience in LTEC from the Elderly Perception with Alzheimer's Disease and Caregivers

La Ambiencia en ITE desde la Percepción de Personas Mayores con la Enfermedad de Alzheimer y Cuidadores

Michelle Rinco
Maria Luisa Trindade Bestetti

RESUMO: Ambiência em ILPI¹ é mais do que espaço físico, pois apresenta características tais como sua funcionalidade, privacidade, autonomia e acolhimento. Os objetivos da pesquisa foram levantar e analisar as características dos microambientes de ILPIs, através das opiniões da tríade idoso / cuidador / profissional. O método utilizado foi estudo de caso, e Análise de Conteúdo, de Bardin. Por fim, destacou-se que o ambiente possui diversas características importantes para a moradia do idoso com a doença.

Palavras-chave: Ambiência; Idoso com Doença de Alzheimer; ILPI.

ABSTRACT: *Ambiance at LTEC² is much more than environment, because introduces functionality, privacy, autonomy and reception. The objectives were to raise and analyze the characteristics of the microenvironments of LTEC, through the opinions of old person / caregiver / professional triad. The method was case study and Bardin Content Analysis. Finally, it comes out that the environment has several important features for the elderly living with this disease.*

Keyword: *Ambience; Elder person with Alzheimer's disease; LTEC.*

¹ ILPI – Instituição de Longa Permanência para Idosos.

² LTEC – Long Term Elder Care.

RESUMEN: *La ambiencia en ITE³ es más que un espacio físico, se presenta la funcionalidad, la privacidad, la autonomía y la recepción. Los objetivos de la investigación fueron crear y analizar las características de los microambientes de ITEs través de las opiniones de la tríada ancianos / cuidador / profesional. El método utilizado fue el estudio de caso y análisis de contenido de Bardin. Por último, se destacó que el ambiente tiene varias características importantes para la vivienda para ancianos con la enfermedad.*

Palabras clave: *Ambiencia; Ancianos con enfermedad de Alzheimer; ITE.*

Introdução

O envelhecimento populacional é um processo de mudanças universais que ocorre para todos os indivíduos, sendo este um desafio maior para os países em desenvolvimento, principalmente para o Brasil (Neri, 2008; Moreira, & Nico, 2010).

Segundo pesquisa realizada por Diniz (2009) e Cabrelli, Sousa, Turrini, & Cianciarullo (2014), além do envelhecimento, temos as mudanças demográficas que estão ocorrendo no Brasil e no mundo, devidas à queda das taxas de natalidade, mortalidade, fecundidade e à diminuição das doenças infecciosas e parasitárias. Através dessas mudanças, surge a modificação no perfil epidemiológico da população que passou a viver mais, mostrando um aumento de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos (Burlá, Camarano, Kanso, Fernandes, & Nunes, 2012).

A despeito desse ganho de anos de vida, doenças vão se fazendo ver com mais destaque: dentre elas, por exemplo, a demência que, segundo a Organização Mundial da Saúde, registra dados marcantes: em 2010 esse número estava em 754,6 milhões, estimando-se que, em 2020, haverá um contingente afetado por essa doença de 29,8 milhões de pessoas com 60 anos ou mais, e de 4,7 milhões acima de 80 anos. Além disso, pesquisas demonstram que, em 2025, o número de idosos doentes será de 1,2 bilhões e que, em 2050, poderá chegar a dois bilhões.

³ ITE – Institución para la Tercera Edad.

Ainda, estimando-se que, a cada 20 anos, ocorra uma duplicação desse número, isso significa que são esperados, em 2030, mais de 65,7 milhões de pessoas com a doença, podendo chegar a 115,4 milhões em 2050.

Assim sendo, contabilizam-se novos casos de demência a cada ano no mundo, demonstrando um contingente de 7,7 milhões de pessoas. Ou seja, a cada quatro segundos, uma pessoa é diagnosticada com a doença (Burlá, *et al.*, 2013)

As demências são as doenças que mais atingem os idosos, sendo a principal delas, a Doença de Alzheimer. Esta doença é uma síndrome que acomete principalmente idosos em idades mais avançadas. Dados importantes das pesquisas mostram que cada vez mais idosos são diagnosticados com a doença de Alzheimer. Sabe-se que é uma doença neurodegenerativa e que acomete o funcionamento cerebral, porém não encontramos muitas pesquisas que façam abordagens sobre o ambiente em que essas pessoas vivem. Conforme Perracini (2011), essa questão de ambiente envolve muito mais do que estrutura física, pois compreende também significado e conforto. Entende-se que o ambiente precisa estar adequado conforme as características de quem o habita e, desse modo, esse espaço necessita ser amigável, respondendo às necessidades dos moradores. Logo, os locais são descritos através da individualidade, privacidade, independência, autonomia, acolhimento e funcionalidade, itens que podem garantir dignidade ao ser humano.

Diante do que foi exposto, portanto, podemos compreender a importância de estudar condições ambientais, demonstrando como o espaço pode impactar a vida dessas pessoas, e como o conjunto de atributos físicos, sensoriais, cognitivos, afetivos, espirituais, climáticos e funcionais, que fazem parte dele, pode interferir positivamente na vida de familiares, de um cuidador e do próprio doente, propiciando que todos ganhem uma melhor qualidade de vida.

Idosos institucionalizados

Diante do envelhecimento populacional, há uma preocupação cada vez maior com as condições necessárias para assistir de modo digno o número crescente de idosos (Moreira, 2014).

Hoje, sabemos da importância das Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI), pois são elas que auxiliam os familiares nos cuidados de idosos que necessitam de um lar, quando não conseguem mais se cuidarem sozinhos, e a família não está estruturada para essa função. Sendo assim, surgem como alternativas de cuidados não-familiares, podendo ser públicas ou privadas (Camarano, & Kanso, 2010).

O *Guia Prático do Cuidador*, do Ministério da Saúde, traz a definição de cuidador como “um ser humano de qualidades especiais, expressas pelo forte traço de amor à humanidade, de solidariedade e de doação” (Bomfim, 2012). Na prática, é a pessoa da família ou da comunidade que presta cuidados à outra pessoa de qualquer idade, que esteja necessitando de cuidados por estar acamada ou com limitações físicas ou mentais, com ou sem remuneração.

Segundo Fernández-Calvo, *et al.* (2010), o sistema de apoio pode ser caracterizado por cuidado informal e cuidado formal. O cuidado informal é composto por familiares e amigos que dedicam grande parte do seu tempo a essa função sem remuneração econômica. Já o cuidado formal é constituído por entidades e organismos públicos ou privados, com ou sem fins lucrativos, e por trabalhadores profissionais ou organizados em voluntariado, por meio de planos, programas e serviços sociais.

Considerando a importância da assistência prestada pelo cuidador formal, com o suporte profissional oferecido pelas instituições de longa permanência, e dos impactos gerados pelo ambiente físico que as abriga, esta pesquisa foi realizada em duas instituições que aprovaram o projeto, sendo elas: Associação Beneficente “A Mão Branca” de Amparo aos Idosos; e Associação Toca das Horttênsias.

A primeira é uma instituição beneficente, que foi fundada em 1912 por um grupo de senhoras sírio-libanesas, que moravam em São Paulo, sendo administrada por um conselho-diretor formado por voluntários, e gerenciada profissionalmente por uma assistente social. “A Mão Branca” oferece atualmente até 120 leitos e a equipe é composta por assistência médica e de enfermagem, nutricionista, terapeuta ocupacional e assistentes sociais, entre outros. O local dispõe de 9000 m² de terreno, dos quais 4000 m² são construídos, possibilitando áreas de lazer com atividades, interação social e oficinas.

A instituição denominada Toca das Horttênsias é um local especializado para idosos com doença de Alzheimer. Foi fundada em setembro de 1994 e está localizada em uma chácara de 5000 m², próximo a Cotia (SP).

A Toca apresenta uma instalação rústica e simples, sem luxo, assistindo sete idosos e contando com uma equipe composta por médico, cinco técnicos de enfermagem, nutricionista e quatro cuidadores, além de outros colaboradores, tais como a gestora com formação em Economia.

Doença de Alzheimer

Etimologicamente, o termo demência deriva da palavra latina *dementia* (privação da mente) (Pinho, 2008), e refere-se a uma série de sintomas que se encontram geralmente em pessoas com doenças cerebrais que cursam para a destruição e perda de células cerebrais, fazendo com que o cérebro não funcione normalmente e afetando o funcionamento mental da pessoa. Existem diversos tipos de demências tais como a vascular, com corpos de Lewy e a frontotemporal (Oliveira, Ribeiro, Borges, Luginger, 2005; Gonçalves, & Carmo, 2012). Dentre elas, a doença de Alzheimer, porém, é a forma mais comum de demência entre os idosos, sendo uma doença progressiva, não tem cura e afeta principalmente o funcionamento cerebral, atingindo áreas importantes que acabam comprometendo a memória, o raciocínio, a orientação, a compreensão, o cálculo, a capacidade de aprendizagem, a linguagem e o julgamento, perda da capacidade de organizar, planejar, executar atividades cotidianas e habilidades viso espaciais (Serenikki, & Vital, 2008; Burlá, *et al.*, 2013).

Por ser a patologia que mais atinge os idosos, nesta pesquisa vamos abordar a Doença de Alzheimer. O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR) a descreve como um tipo de demência senil, de declínio cognitivo crescente e irreversível, com múltiplos déficits, dos quais um, obrigatoriamente, é a memória, suficientemente intensos para causar impacto nas atividades de vida diária (AVDs), além de afetar e comprometer a integridade física, mental e social do idoso, acarretando uma situação de dependência dos cuidados cada vez mais complexos, que na maioria das vezes são realizados no próprio domicílio (Bomfim, 2012; Luzardo, Gorini, & Silva, 2006).

Para compreender melhor a doença, Engel (2013) nos relata que os médicos costumam dividir a patologia em estágios. São eles: estágio inicial ou leve, intermediário ou moderado e avançado ou grave, sendo que os sintomas da Doença de Alzheimer variam muito de pessoa para pessoa. Ainda, a doença pode durar em média três anos em cada estágio, progredindo constantemente, embora muitos pacientes possam apresentar evolução mais lenta, de até 20 anos (Barasnevicius, & Viana, 2002, como citado em Sekine, Salomão, Geraldo, Dias, & Oliveira, 2006).

Os tratamentos mais conhecidos para a DA são os farmacológicos e não farmacológicos. O tratamento farmacológico é utilizado para preservar ou restabelecer a cognição, o comportamento e as habilidades funcionais do paciente. Os fármacos mais conhecidos são: rivastigmina, a donepezil, galantamina (Nunes, Aprahamian, & Forlenza, 2012). O tratamento não farmacológico é composto por atividades que propiciem benefícios e funcionalidade ao paciente, tais como estimulação cognitiva, social e física, musicoterapia, papel da família e do cuidador (ABRAZ (2014); Engel, 2013).

Ambiente

Segundo Eliopoulos (2011), um ambiente pode ser classificado em microambiente e macroambiente, sendo que microambiente é o que nos cerca, tais como iluminação, mobiliário, revestimento da parede, acústica e temperatura do ambiente. Portanto, é tudo que está relacionado ao espaço interno de uma residência. O macroambiente refere-se aos elementos do mundo de fora, sendo mais amplo e atingindo um grupo de pessoas ou população inteira, tais como o clima, a poluição, o trânsito e recursos naturais. Nesta pesquisa abordamos o espaço chamado de microambiente, já que observamos através das instituições que é o mais vivido pelo paciente com a Doença de Alzheimer, tornando-se o mais familiar para o idoso e, portanto, entende-se que esse espaço deva ser confortável e amigável.

Conforme a Cartilha de Ambiência do Ministério da Saúde (2006), observamos a ambiência a partir de três eixos: inicialmente, o espaço visando confortabilidade, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas e garantindo conforto aos usuários.

Em segundo lugar, o espaço que possibilita a produção de subjetividades, através de encontros de sujeitos por meio de ação e reflexão sobre os processos de trabalho e, por fim, o espaço usado como ferramenta que facilita o processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

Ainda, podemos considerar o ambiente a partir de vários atributos que definem o dia-a-dia, tais como os *aspectos físicos*, que são os que envolvem a parte material do ambiente concreto (parede, piso, portas, móveis, janelas, tamanho e área de circulação).

Os *sensoriais* são percebidos pelos nossos órgãos do sentido (cores, perfumes, texturas, formas), sendo que os *cognitivos* são as informações fornecidas pelo ambiente (as escritas ou símbolos das placas de sinalização, conhecer assim a função de objetos disponíveis no ambiente). Os atributos *afetivos* são as experiências vividas no ambiente ou com os objetos que apresentem vínculos afetivos e emocionais com os mesmos, assim como os *espirituais* são os valores religiosos e espirituais que fazem parte da crença do indivíduo. Há ainda os *climáticos*, que envolvem fatores climáticos (temperatura, umidade do ar, estação do ano) e os *funcionais*, que envolvem as necessidades, vontades, criatividade, cultura e desenvolvimento tecnológico para facilitar a execução das atividades do indivíduo no dia a dia (ambientes domiciliares, trabalho, lazer, práticas esportivas e comerciais) (Perracini 2011; Gonzaga, & Benevides, 2009).

Importante destacar o papel da acessibilidade quando tratamos de sujeitos com déficit de mobilidade e visão, além do cognitivo. A norma NBR 9050 (ABNT, 2015), referência para adequação de espaços de uso coletivo, estabelece que pessoa com mobilidade reduzida é aquela que, temporária ou permanentemente, tem limitada sua capacidade de relacionar-se com o meio e de utilizá-lo. Portanto, certamente a autonomia desejada para que se garanta dignidade está diretamente relacionada à oferta de espaços acessíveis, considerando a minimização de barreiras físicas e a facilidade de orientação nos percursos adotados (Bestetti, 2012).

Avelar (2010) nos resume que a moradia não é apenas um espaço físico, pois representa um refúgio, lugar para descanso, proteção e para guardar pertences, mas também significa um espaço de representações, histórias e lembranças que dizem respeito à vida dos seus moradores.

A moradia reflete o modo de ser e de viver do seu habitante, transmitindo um pouco de sua identidade e de seu estilo de vida. A esse respeito, Fonseca (2012) nos relata que a ideia da transformação de habitação para idosos numa residência universal, adaptada a todos os indivíduos, permite também uma maior integração de vivências.

Cunha, Arruda e Silva (2010) nos trazem uma alternativa que pode facilitar o ambiente para que fique mais confortável e assim auxiliar os idosos com a doença, a musicoterapia. Trata-se de uma ciência que utiliza a música e os fenômenos acústicos para promover, prevenir ou reabilitar as funções motoras, cognitivas e afetivas das pessoas.

Essa prática se preocupa em trazer à consciência da pessoa a sua dimensão sonora a partir de interações mediadas pela linguagem musical. A musicoterapia não contribui apenas na humanização dos cuidados em saúde, mas também constitui uma forma inovadora, simples e criativa para alívio da dor, tratamento de distúrbios psicossomáticos, físicos e espirituais. Para os adeptos da musicoterapia, evidencia-se uma sensação de paz, alegria, tranquilidade, descontração e bem-estar (Fonseca, K.C., Barbosa, Fonseca, K.V., Siqueira, & Sousa, 2006).

A Pesquisa

O projeto justifica-se devido à carência de pesquisas em relação ao ambiente para moradia de idosos que apresentam a Doença de Alzheimer, tendo o intuito de demonstrar como o espaço físico é importante para a qualidade de vida do doente, assim como do cuidador e do familiar. O local de permanência e cuidado é um espaço que representa muito mais do que o ambiente físico, visto que ele pode conter as representações, histórias, identidade e estilo de vida das pessoas que residem nesse ambiente.

Pretendeu-se conhecer as representações entre as características tanto objetivas quanto subjetivas dos microambientes da ILPI e a percepção dos idosos que neles convivem. Para tanto, foi preciso levantar e analisar essas características, organizar as opiniões e as expectativas dos sujeitos em relação ao ambiente e conforto da ILPI, além de identificar as percepções de cuidadores e profissionais que atuam com esses idosos com a Doença de Alzheimer, residentes em ILPI.

Sendo um estudo de caso, a pesquisa foi desenvolvida nos dois locais já citados, sendo que esses equipamentos foram escolhidos, por serem instituições que dão apoio para os idosos que apresentam a doença de Alzheimer. Dez pessoas participaram da pesquisa, sendo elas, três idosas moradoras da instituição Mão Branca, além de duas cuidadoras e uma terapeuta ocupacional. Na Toca das Hortênsias houve um idoso, duas cuidadoras e uma economista. Como critérios de inclusão, definiu-se serem pessoas com idade maior ou igual há 60 anos e que possuem a doença de Alzheimer na fase inicial e moderada com dados obtidos pelo prontuário das instituições.

Os idosos apresentavam idade entre 78 e 90 anos, e a maioria possuía parentes, somente uma idosa não tinha parente. Os cuidadores apresentavam idade entre 36 e 41 anos, e por fim os profissionais (terapeuta e economista) idade 29 e 39 anos. Vale ressaltar que esses dados são de ambas as instituições. O instrumento utilizado foi constituído por 12 perguntas semiestruturada contemplando os objetivos do trabalho analisado e o projeto foi submetido e aceito conforme os critérios do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola de Artes Ciências e Humanidades (EACH/USP).

As entrevistas foram analisadas através da técnica Análise de Conteúdo de Bardin (2010). Esse método tem por objetivo o estudo da fala em seu aspecto individual, considerando também as significações dos termos (sua mensagem e conteúdo) e suas formas e distribuições, buscando conhecer o que está nas entrelinhas ou por trás das palavras sobre as quais o discurso se baseia (Bardin, 2010).

Categorias da Instituição A Mão Branca:

Categorias	Tipos de Sentimentos	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
1-Sentimento do idoso em relação à ILPI	Sentimento negativo	7	16%
	Sentimento neutro	12	27%
	Sentimento positivo	26	58%
Total		45	100%
Categorias	Tipos de Percepção	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
2-Percepção dos idosos sobre o ambiente ideal para morar	Percepção negativa	2	9%
	Percepção neutra	6	27%

	Percepção positiva	14	64%
Total		22	100%
Categorias	Tipos de Consideração	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
3- Consideração dos idosos referente ao que é conforto	Consideração negativa	0	0%
	Consideração neutra	1	17%
	Consideração positiva	5	83%
Total		6	100%
Categorias	Tipos de Visão	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
4-Visão dos cuidadores e terapeuta ocupacional em relação a trabalhar com os idosos com doença de Alzheimer.	Visão negativa	4	25%
	Visão neutra	4	25%
	Visão positiva	8	50%
Total		16	100%
Categorias	Tipos de Percepção	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
5-Percepção dos cuidadores e terapeuta ocupacional sobre o ambiente e conforto ideal para o idoso com a doença morar	Percepção negativa	2	7%
	Percepção neutra	10	32%
	Percepção positiva	19	61%
Total		31	100%

Categorias da instituição Toca das Horttênsias:

Categorias	Tipos de Sentimentos	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
1-Sentimento do idoso em relação à ILPI	Sentimento negativo	0	0%
	Sentimento neutro	2	33%
	Sentimento positivo	4	67%
Total		6	100%
Categorias	Tipos de Percepção	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
2-Percepção do idoso sobre	Percepção negativa	2	20%

o ambiente ideal para morar	Percepção neutra	6	60%
	Percepção positiva	2	20%
Total		10	100%
Categorias	Tipos de Consideração	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
3- Consideração do idoso	Consideração negativa	0	0%
referente ao que é conforto	Consideração neutra	0	0%
	Consideração positiva	1	100%
Total		1	100%
Categorias	Tipos de Visão	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
4-Visão dos cuidadores e economista	Visão negativa	6	23%
em relação a trabalhar	Visão neutra	5	19%
com os idosos com doença de Alzheimer.	Visão positiva	15	58%
Total		6	100%
Categorias	Tipos de Percepção	Frequência Absoluta	Frequência Percentual
5-Percepção dos cuidadores	Percepção negativa	9	17%
e economista sobre o ambiente	Percepção neutra	10	20%
e conforto ideal para o idoso com a doença morar	Percepção positiva	32	63%
Total		51	100%

Discussão

Pesquisas demonstram que o envelhecimento demográfico é um fenômeno mundial, com consequências para a saúde verificáveis em grande parte dessa população longeva. Uma delas é a prevalência de demência que, após os 65 anos de idade aumenta exponencialmente, duplicando a cada cinco anos, passando de um valor de 0,8% no grupo etário dos 65 aos 69 anos, para 28,5% acima dos 90 anos de idade. Destes percentuais, compreende-se porque a demência tem sido um dos fatores mais destacados em sua ocorrência no âmbito da saúde pública na atualidade (Pinho, 2008).

A partir dessa contextualização inicia-se, a seguir, uma discussão sobre questões relacionadas às características de ambientes internos vivenciados por entrevistados, cuja visão aqui é exposta.

Na visão dos idosos sobre o ambiente que residem, a instituição é o local que se sentem bem e gostam de estar. Verificamos através de suas falas o sentimento positivo quanto às instituições. Exemplos: “*Aqui oferece mais condições*”; “*Gosto daqui*”; “*Aqui tem tudo que eu preciso*”. A fala dos idosos em relação ao ambiente e conforto vem ao encontro com o que Bestetti (2012) aponta em sua pesquisa, que é importante obtermos um ambiente que seja acolhedor, confortável e seguro não só para o idoso, mas também para familiares e cuidadores. Desse modo, esse local acaba se tornando uma ferramenta que facilita o serviço de todos. Portanto, essas casas precisam ser reconhecidas pelos seus atributos através da percepção de quem as utiliza, mostrando assim que, para além do espaço físico, há lembranças e significados.

Ainda nesse cenário, Moreira (2014) nos traz que, normalmente, as famílias optam pelas instituições por considerarem que nesse local o idoso terá toda assistência adequada. Ainda, esperam que a instituição apresente uma moradia especializada além das funções básicas, que proporcione assistência conforme as necessidades de seus residentes e oferecendo, ao mesmo tempo, um ambiente doméstico, aconchegante, capaz de preservar a identidade e a intimidade de seus residentes, sem haver negligência de nenhum dos aspectos.

Verificamos o quanto as instituições tentam adequar o ambiente para que o local fique o mais confortável possível, de modo a que os idosos possam viver melhor e com bem-estar. Para que ocorra a adequação necessária das instituições, os equipamentos precisam seguir algumas normas brasileiras. A Norma Brasileira de Acessibilidade (ABNT, 2015) é a principal referência utilizada, por estabelecer critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, às construções, as instalações e adaptações referentes a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos. Também seguem a determinação da RDC 283 (ANVISA, 2005), estabelecendo aspectos que atendem as restrições impostas pela Vigilância Sanitária.

Os idosos entrevistados são sujeitos que apresentam a doença no estágio inicial, por isso eles tiveram condições para responder à pergunta sobre o ambiente e conforto.

Pinho (2008) nos mostra que, de uma forma geral, embora sejam sutis os efeitos da doença no início, os sujeitos vão sofrendo um agravamento progressivo à medida que a doença avança. Frequentemente, o indivíduo começa por demonstrar dificuldades em encontrar a palavra adequada para nomear pessoas e objetos, mas mantém outras funções preservadas. Sekine, *et al.* (2006) reforçam que o idoso que apresenta a doença tem consciência das suas perdas e que, no estágio inicial da doença, ele ainda mantém suas funções preservadas, sendo capaz de identificar os ambientes onde reside. Portanto, esses idosos têm condições de saber onde eles estão morando e se o local é confortável. Exemplo das falas: “*o conforto é bom*”; “*conforto é ótimo*”.

Quando fizemos aos cuidadores a mesma pergunta, estes responderam: “*o conforto como bem-estar*”; “*ambiente tranquilo e com respeito*”; *local agradável*.

A fala dos cuidadores é coerente com que Bestetti (2012) nos traz sobre o conforto, que é visto como uma sensação de bem-estar associada ao prazer e à proteção. Ainda, a funcionalidade do ambiente está associada ao uso de estruturas e funções do corpo, e seu objetivo é desempenhar as atividades de uma maneira que possa satisfazer às necessidades e desejos de vida, empregando recursos pessoais em determinado ambiente e cultura. Assim, pode proporcionar aos sujeitos uma sensação de bem-estar, satisfação e felicidade (Perracini, 2011).

Quanto a trabalhar com idosos demenciados, os cuidadores relataram ser um fator positivo. Nesse sentido, Ximenes, Rico, & Pedreira (2014) nos mostram que o cuidar não é apenas uma tarefa a ser executado, no sentido de tratar uma ferida. Esse cuidado é muito mais amplo, estabelecendo o relacionamento que existe com o outro, a prática da empatia e uma expressão de interesse e carinho. Ainda, o cuidar é uma atitude, que tem por objetivo dar a atenção necessária, o zelo, a preocupação, a responsabilidade e o envolvimento afetivo com o outro. Portanto, esse cuidado surge quando o profissional identifica a importância do indivíduo que ele cuida, participando da vida dele e estando junto nos sucessos e aflições.

Para Sekine, *et al.* (2006), o papel dos profissionais que atuam com os idosos é o de reconhecer suas necessidades e possibilidades, auxiliando nas limitações que a pessoa apresenta ao ser cuidada. Logo, é importante que os diálogos entre o idoso e os profissionais sejam com muita atenção ao paciente, olhando-o nos olhos e com o timbre de voz adequado às necessidades do ambiente e às limitações auditivas do paciente.

Por fim, a atitude dos profissionais é fundamental, pois necessita apresentar uma postura calma e segura, gerando no paciente um sentimento de segurança, aliviando a tensão e resultando em melhores respostas.

Entretanto, Fernández-Calvo, *et al.* (2010) nos demonstra que a experiência de proporcionar assistência e ajuda contínua ao idoso com a demência muitas vezes é vista como um fator estressante, pois o fato de estarem cotidianamente submetidos a estressores potentes pode produzir nos cuidadores um conjunto de reações negativas, tais como a sobrecarga e algumas patologias.

Sendo assim, verificamos nas cuidadoras das instituições que elas apresentam um grau elevado de resiliência. Conforme pesquisa feita por Falcão & Bucher-Maluschke (2010), a resiliência é descrita como um processo de proteção à saúde e se desenvolve através do curso de vida, acompanhada de fatores de risco e de fatores de proteção. Portanto, a resiliência é vista como a capacidade do indivíduo de utilizar o processo de adaptação, desse modo não só enfrentando as dificuldades mas, também, superando suas adversidades.

Portanto, as cuidadoras mostram-se engajadas com as condições do trabalho e, desse modo, conseguem lidar com os sujeitos de uma forma bem sucedida, auxiliando os idosos nos vários momentos que eles necessitem. Observamos que gostam do que fazem, tal como se percebe em suas falas: *é um aprendizado; temos que nos doar; dar carinho; amor; respeito; gosta de cuidar deles*. Portanto, podemos chamá-las de cuidadoras resilientes.

Já em relação ao ambiente ideal para morar, os idosos relataram: *aqui está sendo ideal, ambiente igual hoje; aqui*. Os cuidadores e profissionais da Toca das Horttênsias disseram que é preciso melhorar alguns aspectos físicos, tais como: *colocar borrachas no chão para os idosos não se machucarem; jardim grande fechado com telas em volta para eles andarem até o limite; rampa na escada; a cozinha independente; espaço bom para os idosos andarem*. Entretanto, na A Mão Branca eles relataram que o ambiente ideal seria relativo ao aspecto afetivo, tal como: *tranquilo; com respeito e dignidade; aconchegante; com áreas de lazer e atividades*.

Logo, a contextualização acima está de acordo com Gonzaga e Benevides (2009) dizendo que o ambiente é caracterizado como tudo aquilo que está envolvendo os sujeitos e as coisas, que fazem parte do dia a dia.

Ainda, no local é importante que ocorra interação constante entre os espaços, pessoas, atividades, pertences, espiritualidade, preferências e lembranças. Destarte, ambientes adequados favorecem saúde física, independência, diminuição da apatia, alterações comportamentais, queixas relacionadas com a dor, problemas com sono, depressão e ansiedade. Portanto, é preciso que os cuidadores e profissionais envolvidos nos cuidados, tenham consciência do planejamento do ambiente, não esquecendo de colocar nesse projeto as opiniões dos idosos, pois mesmo com a doença na fase inicial, eles apresentam consciência do que está acontecendo ao seu redor.

Conclusão

Sabemos que o país está passando por transformações em relação ao envelhecimento, pois verificamos que, com o passar dos anos, mais idosos estão apresentando a Doença de Alzheimer. O ambiente pode fazer toda a diferença na vida do idoso, da família e de profissionais relacionados ao cuidado. Quando adequamos o microambiente de uma residência ou de uma ILPI, esse local passa a ser organizado, adaptado, acolhedor, confortável, seguro, e ainda traz as características, identidade e lembranças dos sujeitos. Esses aspectos proporcionam aos idosos uma sensação de bem-estar, satisfação e felicidade.

Além de tudo isso, é importante que exista uma equipe multidisciplinar para que ocorra o auxílio completo do sujeito. Em especial destaca-se o gerontólogo, visto ser um profissional que tem uma visão global sobre todos os aspectos que envolvem o envelhecimento e a velhice. Também possui um olhar humanizado, além de competências para atuar de maneira generalista, auxiliando na organização de ações e serviços que atuem na promoção do envelhecimento ativo e saudável e, também, no monitoramento das condições sociais e de saúde dos idosos, de forma a evitar ou postergar maiores agravos (Lima, 2009, como citado em Piovezan, & Bestetti, 2012).

Assim, concluímos esse estudo demonstrando a importância de escutarmos as pessoas que vivem e trabalham nas ILPIs e como essas pessoas podem auxiliar a modelar e ajustar os locais de cuidado, para que todos possam viver e trabalhar bem e, com isso, incrementar o serviço com mais bem-estar e qualidade de vida.

Referências

- ABNT (2015). Associação Brasileira de Normas Técnicas. *Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos*. (3ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: ABNT. Recuperado de URL: http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/arquivos/%5Bfield_generico_imagens-filefield-description%5D_164.pdf.
- ANVISA (2005). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Resolução da Diretoria Colegiada – RDC 283*. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- ABRAZ (2014). Associação Brasileira de Alzheimer. Recuperado em 25 outubro, 2014, de URL: <http://abraz.com.br/sobre-alzheimer/o-que-e-alzheimer>.
- Avelar, M. C. de M. (2010). O Envelhecimento e a Moradia: Análise empírica em uma Instituição de Longa Permanência e a perspectiva do residente idoso. São Paulo, SP: PUC-SP: *Revista Kairós Gerontologia*, 13(Caderno Temático 8, “Moradia na Velhice”), 61-77. Recuperado em 31 março, 2014, de URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/viewFile/6915/5007>.
- Bardin, L. (2010). *Análise de Conteúdo*. Lisboa (Portugal): Edições 70.
- Bestetti, M L. T. (2012). Ambientes Planejados como Fator de Segurança e Conforto para Idosos com Doença de Alzheimer e seus Cuidadores. In: Nunes, P. V., et al. *Doença de Alzheimer: Uma Perspectiva do Tratamento Multiprofissional*, cap. 14, 120-125. São Paulo (SP): Atheneu.
- Bomfim, C. E. dos S. (2012). *A importância da atenção psicossocial ao cuidador familiar de idosos com doença de Alzheimer*. Recuperado em 06 março, 2014, de URL: <http://www.webartigos.com/artigos/a-importancia-da-atencao-psicossocial-ao-cuidador-familiar-de-idosos-com-doenca-de-alzheimer/105441/>.
- Brasil. (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional da Humanização. *Cartilha de Ambiência*, 121/122. Brasília, DF. Recuperado em 03 maio, 2016, de URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_textos_cartilhas_politica_humanizacao.pdf.
- Burlá, C., Camarano, A. A., Kanso, S., Fernandes, D., & Nunes, R. (2013). Panorama prospectivo das demências no Brasil: um enfoque demográfico. Rio de Janeiro, RJ: *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(10), 2950-2951. Recuperado em 26 fevereiro, 2014, de : http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013001000019.
- Cabrelli, R., Sousa, C. S., Turrini, N. T., & Cianciarullo, T. I. (2014). Idosos na unidade de saúde da família: morbidade e utilização de serviços de saúde. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste-Rev Rene*, 15(1), 89-98. Recuperado em 03 maio, 2014, de URL: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1470/pdf>.
- Camarano, A. A., & Kanso, S. (2010). As instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil. Rio de Janeiro, RJ: *Rev. bras. estud. popul.*, 27(1), 233-235. Recuperado em 17 agosto, 2014, de URL: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-30982010000100014&script=sci_arttext.
- Cunha, R., Arruda, M., & Silva, S. M. da. (2010). Homem, música e musicoterapia. Curitiba, PR: *Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia*, 1(3),13-15, 2010. Recuperado em 11 agosto, 2014, de URL: http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/NEPIM_conteudo.pdf.

Diniz, M. A. (2009). *Prevalência de fatores de risco para doenças cardiovasculares em idosos*. Dissertação de Mestrado em Atenção à Saúde. Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Atenção à Saúde. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. Recuperado em 03 maio, 2014, de URL: http://www.livrosgratis.com.br/arquivos_livros/cp122871.pdf.

Engel, C. L. (2013). *Doença de Alzheimer e cuidado familiar*. Dissertação de Mestrado em Sociologia. Instituto de Ciências Sociais Departamento de Sociologia. Universidade de Brasília. Brasília, DF. Recuperado em 03 novembro, 2013, de URL: http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/14160/1/2013_CintiaLianaEngel.pdf.

Eliopoulos, C. (2011). *Segurança. Enfermagem Gerontológica*, 229-237. Porto Alegre, RS: Artmed.

Fernández-Calvo, *et al.* (2010). Doença de Alzheimer: Cuidadores familiares e profissionais (cap.11). *In: Falcão, D. V. da S. e Araújo, L. F. de (Orgs.). Idosos e Saúde Mental*, 196-204. Campinas, SP: Papyrus.

Falcão, D. V. S., Bucher-Maluschke, J. N. S. F. (2010). Resiliência e Saúde Mental dos Idosos (cap.2). *In: Falcão, D. V. da S. e Araújo, L. F. de (Orgs.). Idosos e Saúde Mental*, 34-35. Campinas, SP: Papyrus.

Fonseca, K. C., Barbosa, M. A., Fonseca, K. V., Siqueira, K. M., & Sousa, M. A. (2006). Credibilidade e efeitos da música como modalidade terapêutica em saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 8(3), 398-401. Recuperado em 11 agosto, 2014, de: http://www.fen.ufg.br/revista/revista8_3/v8n3a10.htm.

Fonseca, M. J. B. C. P. da. (2012). *Habitar e Envelhecer no Século XXI - Habitação Assistida*. Dissertação de Mestrado em Arquitetura. Universidade Católica Portuguesa. Recuperado em 11 julho, 2013, de: <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8767>.

Gonçalves, E. A. G., & Carmo, J. D. S. (2012). Diagnóstico da Doença de Alzheimer na População Brasileira: Um Levantamento Bibliográfico. Campo Grande (MS): *Rev. Psicol. Saúde*, 4(2). Recuperada em 06 novembro, 2013, de URL: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177093X2012000200010&script=sci_arttext.

Gonzaga, A. de C. P., & Benevides, C. S. (2009). A Importância de um Ambiente Adequado para o Idoso (cap. 11). *In: Abreu, C. B. B. de, Ribeiro, M.I., & Pires, N. R. (Orgs.). Cuidando de quem já cuidou: o livro do cuidador*, 75-89. São Paulo, SP: Atheneu.

Luzardo A. R., Gorini, M. I. P. C., & Silva, A. P. S. S. (2006). Características de Idosos com Doença de Alzheimer e seus Cuidadores: Uma Série de Casos em um Serviço de Neurogeriatria. Florianópolis, SC: *Texto Contexto Enferm*, 15(4), 5878-594. Recuperado em 6 novembro, 2013, de URL: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a06.pdf>.

Moreira, R. da S., & Nico, L. da S. (2010). Epidemiologia do Idoso no Brasil. (cap.1). *In: Guariento, M. H., & Neri, A. L. (Orgs.). Assistência ambulatorial ao idoso*, 14 e segs.. Campinas, SP: Alínea.

Moreira, P. de A. (2014). *Qualidade de Vida de Idosos Institucionalizados*. Dissertação de Mestrado em Alimentos, Nutrição e Saúde. Faculdade de Nutrição, Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA. Recuperado em 06 novembro, 2014, de URL: https://twiki.ufba.br/twiki/pub/PGNUT/DissertacoesDefendidas2014/Disserta%E7%E3o_Pricilla_de_Almeida_Moreira.pdf.

Neri, A. L. (2008). *Palavras-chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.

Nunes, P. V., Aprahamian, I., & Forlenza, O. V. (2012). Doença de Alzheimer: quadro clínico e tratamento medicamentosos. (cap.4). In: Nunes, P. V., et al. (Orgs.). *Doença de Alzheimer: Uma Perspectiva do Tratamento Multiprofissional*, 35. São Paulo, SP: Atheneu.

Oliveira, M. de F., Ribeiro, M., Borges, R., Luginger, S. (2005). *Doença de Alzheimer - perfil Neuropsicológico e Tratamento*. Recuperado em 04 novembro, 2013, de URL: http://www.gruponitro.com.br/atendimento-a-profissionais/%23/pdfs/artigos/multidisciplinares/doenca_de_alzheimer.pdf.

Perracini, M. R. (2011). Planejamento e Adaptação do Ambiente para Pessoas Idosas. Elizabete Viana de Freitas, et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*, 1311-1323. (3ª ed.). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.

Pinho, L. F. de. (2008). *Demência: a marcha diagnóstica no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade da Beira Interior. Recuperado em 27 janeiro, 2015, de URL: <file:///C:/Users/Hiremar/Downloads/demnciaamarchadiagns.pdf>.

Piovezan, M., & Bestetti, M. L. T. (2012). O Gerontólogo como gestor de casos: simulação de experiências em estudos distintos e específicos. São Paulo, SP: *Revista Kairós Gerontologia*, 15(8), Recuperado em 31 março, 2014, de URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/8872/12677>.

Sekine, C. R., Salomão, N. B., Geraldo, P. A., Dias, R. de O., Oliveira, M. H. de. (2006). *Doença de Alzheimer: uma demanda para o serviço social*. Trabalho de Conclusão de Curso. Presidente Prudente, SP: *Intertem@s*, 13(13), 01-79. Recuperado em 27 janeiro, 2015, de URL: <http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/Juridica/article/view/501/497>.

Ximenes, M. A., Rico, B. L. D., & Pedreira, R. Q. (2014). Doença de Alzheimer: a dependência e o cuidado. *Revista Kairós Gerontologia*, 17(2), 121-140. Recuperado em 27 janeiro, 2015, de URL: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/21630/15877>.

Recebido em 01/06/2015

Aceito em 30/09/2015

Michelle Rinco – Gerontóloga. EACH-USP.

E-mail: mirinco2@gmail.com

Maria Luisa Trindade Bestetti – Arquiteta. Docente do curso de Graduação em Gerontologia EACH-USP.

E-mail: maria.luisa@usp.br