



CONTRIBUIÇÕES DA PSICOLOGIA NOS ASPECTOS COMUNICATIVOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER¹

Leanderson Luiz de Sá²

RESUMO: Este estudo foi elaborado durante as disciplinas de Estágio Supervisionado em Práticas investigativas II e III do curso de Psicologia PUC Minas - São Gabriel durante o ano de 2013. Apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa de caráter exploratório que buscou abordar a Doença de Alzheimer (DA) discutindo o papel do profissional de Psicologia em uma atuação multidisciplinar. O objetivo principal foi identificar as possíveis intervenções da Psicologia no intuito de maximizar os aspectos comunicativos dos atores envolvidos no contexto do Alzheimer. Foram visitadas instituições de longa permanência e entrevistados profissionais de diversas áreas que estão em contato direto com pacientes com Alzheimer. Resultados apontam que existem compreensões equivocadas de profissionais e familiares em relação a aspectos específicos da DA, além de uma carência de Psicólogos atuando na especificidade da temática apesar de relevante publicação acadêmica da Neuropsicologia.

PALAVRA CHAVE: Psicologia; Neuropsicologia; Alzheimer; Aspectos comunicativos.

UM BRASIL MAIS IDOSO E O IMPACTO FAMILIAR

No Brasil observa-se um aumento significativo do número de idosos, percebemos como tem sido mais frequente a presença de pessoas idosas no nosso cotidiano e como que o aumento dessa parcela da população tem influenciado na dinâmica da sociedade. Torna-se cada vez mais evidente que estamos deixando o rótulo de um país constituído por jovens. Segundo Zilberman, citado por Guimarães (2007), vários fatores contribuíram para essa mudança, como a queda na taxa de natalidade e a evolução tecnológica e científica. A Organização Mundial de Saúde aponta que o Brasil vai ocupar até 2020, a sexta posição entre países com maior número de idosos (ROCHA, 2008). Concomitante ao crescimento da população senil cresce também a ocorrência de doenças predominantes nessa fase da vida, e dentre elas a Doença de Alzheimer (DA). Até o momento as estatísticas apontam que a doença de Alzheimer acomete de 8% a 15% da população com mais de 65 anos (RITCHIE; KILDEA, 1995). Ela é responsável por 70% de todas as doenças que afetam pessoas na terceira idade (HUEB, 2008, p. 91), o que significa que entre 17 e 25 milhões de pessoas no mundo são afetadas pela DA.

À luz destas estatísticas, é visível a importância de ampliarmos a discussão sobre uma forma melhor de conviver e amenizar os transtornos que a DA causa, tanto no idoso, como no ambiente em que ele está inserido. Esse ambiente é composto muitas vezes por dois principais

¹ Trabalho orientado pela professora doutora Isabela Saraiva de Queiroz.

² Graduando em Psicologia 9º período – PUC MINAS/São Gabriel.

grupos de personagens que tem um contato mais próximo e rotineiro com o idoso, sendo um a própria família e outro de cuidadores profissionais ou não. Uma vez nesta condição demencial, o sujeito não apenas sofre como causa sofrimento e altera toda dinâmica familiar. Esses impactos em geral são classificados como objetivos e subjetivos. Os objetivos seriam os de ordem prática e rotineira ocorridas no dia a dia, como por exemplo, reorganização domiciliar, dificuldade financeira, atritos com a vizinhança, etc. Os de ordem subjetiva são os sentimentos de sobrecarga, de culpa, ressentimento, exclusão e afins que a família sofre (ARGIMON; TRENTINI, 2006). Desde o momento em que é diagnosticada a doença, torna-se necessária toda uma adaptação e reestruturação de todo o contexto familiar. O impacto afetivo, moral e psicológico decorrentes da experiência de ver um ente querido progressivamente desintegrar-se – intelectualmente, afetivamente e mesmo em seus aspectos físicos – é inquestionavelmente forte para os familiares. Os hábitos da família são drasticamente alterados em decorrência de tais mudanças (CORRÊA, 1996, p. 184).

É preciso observar que os atores que compõem os dois grupos, família e cuidadores, muitas vezes são os mesmos, e que quando o cuidador é um familiar, além do fato deste estar carregado de sentimentos em relação ao paciente, em muitos dos casos encontra-se despreparado e desamparado para enfrentar a situação. Nesse sentido, segundo Dutra, Gazzola e Artiga (2006), as estatísticas apontam para um perfil dos cuidadores de pacientes com DA constituído em 90% por familiares, sendo que na grande maioria das vezes esse cuidado recai sobre as mulheres: esposas, irmãs, filhas, etc. No Brasil, especialmente, devido ao contexto cultural sexista que tem como uma de suas máximas que as mulheres são cuidadoras por excelência, cuidar do idoso é visto como uma obrigação da família e, principalmente, responsabilidade feminina.

Diante do exposto, é preciso pensar como se estabelecem as interações entre profissionais da saúde e familiares, e a pessoa com Alzheimer, no que tange à comunicação. A comunicação, seja ela verbal ou não, é um instrumento essencial para a compreensão das demandas, anseios e sofrimento e, como será mostrado, muitas vezes a pessoa com Alzheimer, por sua dificuldade de comunicação em níveis mais avançados da doença, é mal interpretada, o que causa impactos extremamente relevantes em seu tratamento. Além disso, é importante verificar o real conhecimento teórico-prático dos profissionais de saúde que atuam nessa temática, e investigar quais têm sido as estratégias basilares de atuação utilizadas por esses profissionais diante do Alzheimer.

UM POUCO SOBRE A HISTÓRIA DO ALZHEIMER

O psiquiatra francês Jean-Etienne Esquirol, em 1816, descreveu o quadro da demência senil, que se aproxima muito do que hoje conhecemos pelo nome de demência senil de tipo Alzheimer. Posteriormente dois pesquisadores se destacaram no que se refere à localização de áreas encefálicas ligadas à linguagem que são afetadas em certos tipos de demências:

Paul Broca em Paris descobre que, lesões na parte posterior e inferior do lobo frontal provocam um tipo de afasia na qual o paciente não consegue pronunciar as palavras, apesar de compreender perfeitamente o sentido. O distúrbio recebeu o nome de afasia de Broca e ocorre, frequentemente, em certos tipos de demência. Posteriormente, já no final do mesmo século, Karl Wernicke desenvolveu ainda mais os estudos acerca da demência ao descobrir uma região na parte superior e posterior do lobo temporal esquerdo, próxima ao lobo parietal, que, quando lesada, provocava fenômenos de afasia de compreensão da palavra falada e escrita, quadro este que recebeu o nome de afasia de Wernicke em sua homenagem. (CORRÊA, 1996, p. 140).

Os avanços científicos da época atrelados ao desenvolvimento dos manuais de psiquiatria possibilitaram alienistas como Emil Kraepelin separar as demências senis das demências artereoscleróticas baseando-se em critérios clínicos (CORRÊA, 1996). Foi, então que em 1906, o neuropatologista e psiquiatra alemão Alois Alzheimer (1864-1915), trabalhando na Universidade de Tübingen, descreveu um paciente de 51 anos de idade que sofria de uma demência progressiva que afetava a linguagem, memória e comportamento.

Após a morte do paciente, aos 55 anos, Alzheimer aplicou novas técnicas histológicas de coloração no tecido cerebral e demonstrou a presença daquilo que agora é conhecido como neurofibrilas e placas neuríticas no neocórtex e outras regiões cerebrais. Sua descrição apresenta uma fidelidade aos atuais conhecimentos médicos que assombra os especialistas. A doença ficou conhecida como demência pré-senil para diferenciá-la dos quadros senis que apresentavam uma evolução clínica diferente e muito mais lenta. Em 1910, para homenagear o grande cientista, Kraepelin deu à doença o nome de seu descobridor. (CORRÊA, 1996, p. 140).

A Doença de Alzheimer está classificada, portanto, no grupo de demências. É causada por alterações no tecido cerebral associadas ao envelhecimento, que, no entanto, não fazem parte do processo de envelhecimento normal. Conforme destacam Cayton, Warner e Graham (2000) a DA é a forma mais comum de demência neurodegenerativa em indivíduos com mais de 60 anos, sendo que o termo “demência” refere-se a uma série de sintomas encontrados geralmente em pessoas com doenças neurodegenerativas, que culminam na destruição e perda de células nervosas. “A perda dessas células é um processo natural, mas em doenças que con-

duzem à demência isso ocorre a um ritmo mais rápido e faz com que o cérebro da pessoa não funcione de uma forma normal” (RIBEIRO, p. 102, 2008).

PREJUÍZOS COGNITIVOS

A DA tem início na região do hipocampo, responsável pelo armazenamento de memória recente causando síndromes de amnésia (SOUZA et al, 2008). Logo, as primeiras pistas: fatos recentes são esquecidos, objetos são perdidos, surge a dificuldade de lembrar certos nomes. É importante ressaltar que memória e linguagem estão intrinsicamente relacionados como será apontado adiante.

Em um segundo momento, a DA se alastra para o hemisfério cerebral esquerdo, região que compreende áreas muito envolvidas com a linguagem (SOUZA et al, 2008). Começa a comprometer as relações sociais do indivíduo, pois passa a comprometer a capacidade comunicativa. Esses prejuízos configuram o que se conhece como *síndrome das afasias*. Segundo Oliveira e outros (2005, p. 12), o termo afasia é “utilizado para descrever a dificuldade ou perda de capacidade para falar ou compreender a linguagem falada, escrita ou gestual, em resultado duma lesão do respectivo centro nervoso”. Isto pode revelar-se de várias formas, podendo implicar na substituição de uma palavra por outra que esteja associada pelo significado (por exemplo, tempo, em vez de relógio), no emprego de uma palavra errada, mas que soe de modo familiar (por exemplo, barco, em vez de marco), ou no uso de uma palavra completamente distante, sem relação nenhuma aparente. O resultado é uma fala difícil de ser compreendida, o que torna complexas as intervenções dos profissionais de várias áreas.

À medida que vai progredindo atinge a região frontal do cérebro, prejudicando as funções executivas, conjunto de operações mentais que conferem autonomia ao sujeito (SOUZA et al, 2008). A pessoa perde a capacidade de resolver problemas cotidianos e fazer planos, vai se tornando dependente de outros. Nos estados mais avançados, passa a causar alucinações e a *síndrome das agnosias*. “Uma pessoa com agnosia pode tentar usar um garfo em vez de uma colher, um sapato em vez de uma xícara, ou uma faca em vez de um lápis” (OLIVEIRA et al, 2005, p. 13). Pode causar também o não reconhecimento das pessoas sem que isso se deva à perda de memória, mas como “resultado do cérebro que não funciona para identificar uma pessoa com base na informação veiculada pelos olhos” (OLIVEIRA et al, 2005, p. 13). Na fase final são acometidas as áreas do cérebro responsáveis pela respiração e batimento cardíaco.

Como o foco deste trabalho está ligado aos aspectos de comunicação, iremos nos ater um pouco mais aos prejuízos cognitivos referentes à linguagem. Não se sabe ao certo se os prejuízos em linguagem na DA são causados por uma perda no repertório léxico-semântico ou por uma dificuldade de acesso a esse vocabulário (MANSUR et al, 2005). Contudo, não há como negar a estreita ligação entre memória e linguagem como expresso por Freitas (2012, p. 72): “na fase mais severa, durante a qual a memória se encontra gravemente alterada [...] as habilidades linguísticas gerais ficam sensivelmente comprometidas, podendo o sujeito acometido pela DA chegar ao mutismo”. No mesmo sentido, Mansur e outros (2005, p. 301) abordam essa mesma linha tênue entre linguagem e memória ao falarem da memória operacional: “Esse tipo de memória está envolvido em muitos processos da linguagem, relacionados a operações simultâneas, tais como, compreensão de frases e textos, leituras e escrita”.

A linguagem da pessoa acometida por uma demência, segundo Gil (2002, p. 215), “é uma linguagem incoerente, porque reflete não só as perturbações específicas da linguagem, mas também as outras incapacidades cognitivas e, em particular, os distúrbios da memória”. No que se refere às atuais formas de abordagem à DA, percebe-se um grande número de estudos da fonoaudiologia que tendem a conceber a linguagem predominantemente de uma forma estrutural.

A maioria dos estudos acerca da linguagem na DA empreitada no Brasil ainda tem como base uma perspectiva reducionista de língua/linguagem. Compreender a língua/linguagem apenas dessa maneira pode tanto dificultar o diagnóstico precoce da DA, quanto comprometer as atividades terapêuticas desenvolvidas. (FREITAS, 2012, p. 53).

Negligenciar os aspectos estruturais da linguagem é obviamente impossível, porém, abordar os estudos sobre a linguagem como um constructo sócio-histórico-cognitivo-cultural, seja talvez um caminho pelo qual a psicologia pode desempenhar um papel mais relevante. A comunicação estabelecida em uma interação social vai muito além dos aspectos estruturais. Quando falamos atuamos socialmente, existe uma intenção comunicativa que depende em grande parte de conhecimentos prévios e crenças do falante bem como da representação social que ele construiu a respeito de seu parceiro comunicativo (BRANDÃO; PARENTE; CASSANOVA, 2008). Os mesmos autores propõem que pacientes com DA mantêm certas habilidades de comunicação, compreendidas como *estratégias comunicativas*. Desse modo, atualmente há uma nova ótica de compreensão das dificuldades discursivas vivenciadas pelas pessoas com Alzheimer e seus interlocutores, envolvendo a ideia de que tais “*déficits ou fra-*

cassos” na comunicação seriam na verdade novas maneiras que o paciente desenvolve para estabelecer a conversação. Nesse sentido, pode-se afirmar que:

Pessoas nos estágios de declínio cognitivo moderado da DA parecem ainda reconhecer suas próprias dificuldades e usam comentários e indagações para justificar os problemas discursivos e para obter conhecimento do interlocutor que possam auxiliá-las a compreender seu estado de confusão. (DUONG; TARDIF; SKA apud BRANDÃO; PARENTE; CASSANOVA, 2010, p. 309).

Essa perspectiva possibilita uma abordagem mais holística da questão abrindo campos de estudo e intervenção para diversas áreas de saber. Dentro da psicologia, destacaremos a seguir as abordagens possíveis através da neuropsicologia. Esse campo da psicologia, segundo Brandão e outros (2010), vem adotando cada vez mais a ideia de que uma diferença no desempenho de indivíduos que apresentam lesões cerebrais pode refletir o uso de uma estratégia em resposta a um déficit e apresenta formas de manejo diante de tais situações.

É importante lembrar que os comentários tecidos até o momento com respeito à comunicação, ultrapassam a ideia de verbalização. “A comunicação não se cinge apenas à forma verbal. Existem muitas outras formas de conseguir que o parceiro comunicativo compreenda o conteúdo da nossa mensagem [...] na linguagem não verbal são utilizados os gestos, as posturas corporais, contato ocular, etc [...]” (ALMEIDA, 2011, p. 21).

ATUAÇÃO DA NEUROPSICOLOGIA

Profissionais de diversas áreas, como enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia, atuam junto ao paciente com DA, tanto na reabilitação, quanto na abordagem dos aspectos psicossociais envolvidos. Quanto à atuação específica do psicólogo, apontamos, inicialmente, a importância do acompanhamento psicológico tanto dos pacientes quanto dos familiares, que sofrem uma sobrecarga, uma vez que o paciente torna-se dependente e exige cuidados intensos. Lima (2006), em seu artigo *Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?*, faz uma revisão bibliográfica que aborda as possibilidades de atuação e contribuição do psicólogo no tratamento da doença de Alzheimer. Ele aponta para o fato de que a DA é crônica e irreversível, ressaltando a importância de a família e do paciente compreenderem essa nova condição trazida pela doença. Nessa perspectiva a psicologia, por possuir vários canais de acesso ao ser humano, tem aumentado cada vez mais as suas possibilidades de atuação, trabalhando com pacientes com Alzheimer. Nesse sentido, as intervenções ocorrem através da estimulação das habilidades

cognitivas, assim como na reeducação das que estão em declínio, e neste campo destaca-se a especialidade da neuropsicologia.

A neuropsicologia tem em sua fundamentação teórica a convergência de vários campos da ciência além da psicologia, como por exemplo, a medicina, mais especificamente a neurologia e a fisiologia (ANDRADE; SANTOS; BUENO, 2004). Trata-se de uma ciência multidisciplinar, que possui um foco mais ampliado sobre os aspectos biológicos e comportamentais do sujeito e tem por objetivo:

O estudo dos distúrbios cognitivos e emocionais bem como dos distúrbios de personalidade provocados por lesões no cérebro, que é o órgão do pensamento e, portanto, a sede da consciência. Essa é a razão pela qual a neuropsicologia também é chamada de neurologia comportamental. (GIL, 2002, p. 1).

Nesse sentido, Ávila (2003) discute as estratégias e intervenções usadas para minimizar os sintomas da DA na reabilitação neuropsicológica, uma intervenção visando melhorar a cognição dos pacientes, com treino de funções cognitivas abrangendo linguagem, memória e atenção. O treino consiste em exercitar o paciente, por exemplo, a ler, anotar recados, atender os telefonemas. O esperado com esses estímulos é que os pacientes ampliem a sua capacidade de atenção e cognição. Dessa maneira, a reabilitação implica maximizar funções cognitivas por meio do bem-estar psicológico e do relacionamento social (CLARE; WOODS apud LIMA, 2006). Além disso, também busca a diminuição dos déficits que ocasionam afastamento e isolamento social, dependência e discriminação (KITWOOD apud LIMA, 2006). E ainda:

A reabilitação neuropsicológica das funções de linguagem tem mostrado evidências de trazer impacto positivo no tratamento de pacientes com DA, principalmente quando aliada ao tratamento medicamentoso. (AREIAS GRILO apud ALMEIDA, 2011, p. 23).

Uma das prioridades das intervenções neuropsicológicas na DA é estabelecer o uso mais eficiente da memória, havendo mais de um caminho para atingir esse objetivo (ALVAREZ et al apud LIMA, 2006). Um método frequentemente utilizado é a estimulação das modalidades específicas da memória que se encontram preservadas para compensar as modalidades com déficit. Outro caminho é trabalhar as habilidades residuais da modalidade que se encontra com déficit, que, no caso da DA, é a memória de trabalho (ÁVILA; MIOTTO apud LIMA, 2006). Esses métodos incluem em seu procedimento a repetição, o treinamento,

as estratégias de aprendizagem e estratégias compensatórias (BOTTINO et al apud LIMA, 2006).

Estudos apontam intervenções de estimulação cognitiva, abordada como uma técnica de natureza informal, na qual o que se busca é apresentar dados da realidade para o paciente por meio das interações sociais (BOTTINO et al apud LIMA, 2006). Consiste no fornecimento de informações ao paciente, feito pelos cuidadores, que vão situá-los, comentando sua situação, como e onde eles estão, a hora, os eventos que acontecem, ou seja, fornecendo informações para o paciente se localizar, utilizando gestos, contato físico, relógios, calendários, figuras etc (MONIZ-COOK apud LIMA, 2006).

Em síntese, a neuropsicologia apresenta-se como um campo de conhecimento que, por ter seus constructos teóricos embasados tanto nas ciências naturais quanto nas ciências humanas, possibilita uma visão mais abrangente dos aspectos envolvidos nas demências que, por um comprometimento gradativo biológico, trazem alterações comportamentais e, conseqüentemente, dificuldades de adaptação social, sendo estas últimas importantes objetos de estudo da psicologia.

METODOLOGIA

Entende-se por metodologia o conjunto de procedimentos e técnicas adotadas para a realização de uma pesquisa, que pode ter um caráter quantitativo ou qualitativo. Segundo Serapioni (2000), a investigação quantitativa atua a partir da realidade concreta e tem como objetivo trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis. A investigação qualitativa, ao contrário, trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

O objetivo principal da pesquisa aqui apresentada foi identificar as possíveis contribuições da psicologia para o aprimoramento da comunicação entre a pessoa com Alzheimer, equipe multidisciplinar e familiares, diante dos prejuízos em memória e linguagem que a demência causa. Decidimos, portanto, pela utilização de metodologia qualitativa de caráter exploratório, por este se tratar de um assunto que envolve inevitavelmente as interações sociais, nas quais estão presentes muitos atores em relação, como: médicos, psicólogos, terapeutas, pacientes e familiares. Assim, o método qualitativo permite a aquisição de parte da experiência empírica única destes atores que, por sua vez, representam uma fração da população estudada (POUPART, 2010, p. 222).

Na pesquisa de campo, adotamos a entrevista com roteiro semi-estruturado como técnica de coleta de dados. Autores como Cannell e Kahn (1968), citados por Machado (2002),

definem a entrevista como uma conversa entre duas pessoas, com a finalidade de obter informações, centrada no conteúdo objetivo da pesquisa, iniciada e conduzida pelo entrevistador. Sendo uma troca verbal face a face, como mencionam Maccoby e Maccoby (1954), citados por Machado (2002), a entrevista é tida como uma sondagem para levantar hipóteses, revelar dados e quadros importantes para a pesquisa.

Quanto aos procedimentos, foram realizados contatos telefônicos com duas Instituições de Longa Permanência (ILP) em Belo Horizonte, entre maio e junho de 2013, que atendiam pessoas com Alzheimer, e a partir dessas instituições foram localizados os profissionais que visávamos. As instituições selecionadas estavam inseridas em realidades socioeconômicas muito distintas. A primeira, uma instituição filantrópica, possuía recursos escassos, poucos profissionais e atendia uma grande demanda, cerca de 40 idosos com diversos comprometimentos de saúde. Segundo a diretora desta ILP, os pacientes sob os cuidados da casa estavam, na grande maioria, em situação de abandono familiar. Nesta instituição entrevistamos três profissionais: uma cuidadora profissional, uma técnica em enfermagem e uma fonoaudióloga. A segunda instituição selecionada, uma ILP particular com capacidade para doze idosos, contava com um quadro de funcionários que incluía médico, cuidadora profissional, técnica em enfermagem, fonoaudióloga, musicoterapeuta, terapeuta ocupacional e psicóloga. Nesta instituição, realizamos entrevistas com o médico neurologista, a terapeuta ocupacional e a psicóloga, que estava à frente da instituição, tendo sido sua idealizadora. A atuação destes profissionais com pacientes com DA variava de 08 a 20 anos de experiência. Por fim, também fizemos contato com uma cuidadora familiar, via telefone, e a entrevista com ela foi realizada em sua própria residência.

A seleção dos profissionais entrevistados se deu no intuito de captar as diferentes visões, perspectivas e abordagens desses atores diante das dificuldades de comunicação com pessoas com Alzheimer. A importância de se conhecer as possíveis estratégias comunicativas que podem ser maximizadas com o auxílio da psicologia, nos levou a buscar junto a estes profissionais o relato de suas vivências e seus pontos de vista em relação à sua atuação. Além da entrevista com os profissionais, também foi entrevistada uma cuidadora familiar, com o objetivo de identificar possíveis convergências ou discrepâncias entre sua visão sobre a doença e a dos profissionais envolvidos.

Após a realização das entrevistas, foram elaboradas três categorias de análise para um melhor aproveitamento e articulação entre o levantamento teórico realizado e os dados coletados na pesquisa de campo, sendo elas: *Conhecimento teórico e prático dos profissionais sobre a doença*, na qual analisamos os conhecimentos teórico-práticos dos profissionais em relação

à DA; *Características gerais do tratamento da pessoa com Alzheimer*, na qual verificamos quais têm sido os parâmetros basilares para o tratamento oferecido às pessoas acometidas pelo Alzheimer; e *Experiência empírica diante dos aspectos comunicativos e atuação do psicólogo*, na qual apresentamos relatos das vivências dos profissionais diante das dificuldades experimentadas em sua atuação profissional neste campo e suas perspectivas quanto ao auxílio frente aos aspectos comunicativos da pessoa com DA.

RESULTADOS

O que pudemos observar inicialmente, de modo geral, apesar de não generalizável, é que ainda existe uma compreensão errônea a respeito da doença de Alzheimer. Nesse sentido, observamos que, apesar de constatada a ampla experiência prática de alguns profissionais entrevistados, a palavra “Alzheimer”, em certos momentos, se faz uma substituta para o antigo “velho gaga”, como pode ser observado abaixo:

[...] vejo que há uma percepção, é, que não é muito clara em relação ao Alzheimer pelos cuidadores, porque muitos têm o desconhecimento do que é o Alzheimer, de como tratar. Então tem aquela velha visão que ‘ah, é um velho demente, ele é gaga, está ficando esclerosado’ e não tem o olhar sobre o Alzheimer. (fonoaudióloga)³.

Assim acho que ela tinha esquizofrenia, sabe, porque o Alzheimer é muito parecido com a esquizofrenia, muito, síndrome de pânico, não ficar sozinha, a mamãe já não ficava sozinha, ela já tinha cuidadora desde muito antes dela ter, aí ela começou, ela começou a ter os quadros de Alzheimer, até aí a gente não sabia que era Alzheimer, né. (cuidadora familiar)⁴.

Tadinha agora que mamãe é feliz pra te falar a verdade. Ela apagou... porque você sabe que o Alzheimer é o seguinte, você é tão sofrida que eu quero até esquecer o meu nome, então eu quero apagar a vida que eu tinha, quero... por isso você pergunta pra ela quantos filhos você tem aí ela fala nenhum, ela quer apagar todo o sofrimento, a dor que ela teve... (cuidadora familiar).

Observou-se também que o cuidador familiar muitas vezes faz-se omissos na busca de conhecimento sobre a DA, principalmente quando o paciente já está sob cuidados de profissionais especializados, como afirma a psicóloga:

Quando ele (paciente) está aqui dentro fica a cargo da gente tá fazendo isso aqui tudo, então acaba que a família muitas vezes nem busca muito conhecimento sobre o

³ Entrevista realizada em instituição de longa permanência em: 2 de junho de 2013

⁴ Entrevista realizada na residência do cuidador em: 10 de maio de 2013

Alzheimer muitas vezes, porque está aqui dentro então está resolvido, a gente é que tem que dá conta, nós profissionais. (psicóloga)⁵.

Para o médico neurologista entrevistado, a ignorância sobre o assunto pode ser remetida a uma ausência de políticas públicas de conscientização, que poderiam oferecer informações mais apuradas sobre a DA para a população.

Com incentivo governamental para o esclarecimento do Alzheimer precoce talvez você teria diagnósticos mais precoce e tratamentos mais precoces e talvez nessa fase bem inicial a psicologia pudesse ajudar, por exemplo, nos quadros de depressão que vem associados, os quadros ansióticos (*sic*) que vem associados. (médico).

Os relatos também apontam para a relevância do momento no qual a família passa a buscar ajuda, uma vez que foi identificado que muitas vezes a família não consegue perceber os primeiros sinais da doença, e só busca ajuda quando ocorre perda da autonomia do sujeito, ou seja, em etapas mais avançadas da DA. A consequência imediata disto é, portanto, segundo os relatos, que a atenção dos profissionais volta-se muito mais para cuidados básicos, de higiene e alimentação, do que para intervenções no sentido de estimulação da linguagem:

Na verdade, a percepção que a gente tem dos pacientes na casa de repouso aqui, é assim é porque o paciente que vem para casa de repouso não vem limpando um chão nem fazendo comida então o paciente já vem quando já tá entre aspas “dando trabalho para família” já não está produzindo mais está gastando alguma coisa, a energia da família, então ele vem pra cá. (médico).

O trabalho que eu desenvolvo é mais especificamente relacionado à alimentação até mesmo pela carga horária que eu tenho aqui na instituição que não permite muito trabalhar a linguagem. (fonoaudióloga).

Não tem como estar fazendo o atendimento (psicológico), então eu vejo assim que é o acolhimento. Que é acolher aquela pessoa, dar uma qualidade de vida melhor no sentido assim, de coisas diárias assim como banho, comida, por assim a própria neurologia está ali com o medicamento e tudo, então não tem assim, igual você falou de reabilitação não tem como, não tem como. (psicóloga).

Mesmo as que andam elas não tomam banho sozinhas, a gente põe no banheiro, mas sempre tá olhando, tá ajudando, porque mesmo não dá conta né, mesmo que anda mas não dá conta de... tomar um banho sozinha, passar um creme. (cuidadora profissional)⁶.

A gente tem visto uma energia gasta na intenção de manter o paciente em uma rotina diária das coisas cotidianas e falta talvez mais empenho para um olhar além, por exemplo uma reabilitação, eu acho que reabilitação não seria a palavra mais adequada, mas uma forma de pensar além dos afazeres do cotidiano, começando pela forma de comunicação mesmo. (médico).

⁵ Entrevista realizada em instituição de longa permanência em: 29 de maio 2013.

⁶ Entrevista realizada em instituição de longa permanência em: 29 de maio 2013.

Verifica-se então que, pelo fato dos pacientes com DA se encontrarem em situação de extrema dependência no que diz respeito às necessidades orgânicas básicas, os protocolos gerais de tratamento orientam-se mais para a manutenção de um organismo funcional em detrimento da busca por uma mente mais ativa e participativa. Essa busca por ajuda tardia também irá impactar nas possibilidades de atuação do psicólogo, como será mostrado adiante.

A pesquisa de campo nos revelou também elementos da experiência empírica dos profissionais que atuam com a DA, referentes a aspectos relacionados à comunicação com os pacientes. Todos os entrevistados apontaram dificuldades de comunicação com o paciente com DA, ressaltando o fato de que a maioria dos pacientes já chegam nas instituições em um grau avançado da doença, e que alguns deles, inclusive, já perderam a capacidade de verbalização, o que dificulta ainda mais o trabalho.

Muitas vezes nós temos dificuldade de entender inclusive o que o paciente está sentindo, às vezes o paciente começa a ter uma complicação clínica e você não sabe aí tem que internar para tentar descobrir o que é porque ele não consegue explicar... É um trabalho de acerto e erro. E você perde um tempo e um gasto energético muito grande. (médico)⁷.

Não tem comunicação com ela então é aquilo que eu falei, fica difícil para fazer o atendimento, a pessoa não verbaliza então não tem a memória então não tem como está fazendo o atendimento, então eu vejo assim que é o acolhimento. (psicóloga).

Aí você pergunta elas assim, por exemplo, é...vamos, por exemplo, almoçar agora? Aí elas já vem com um papo diferente completamente diferente, né, é muito...aí você tem que ter calma, paciência. (tec. enfermagem)⁸.

É importante apontar que apesar da constatação de tais dificuldades, os profissionais adotam estratégias comunicativas e de estimulação, com maior ou menor grau de consciência sobre a execução de tais procedimentos:

Uma forma de estimulação dessa parte da cognição seria por meio de exercícios, atividades de fluência verbal, semântica e nomeação. Que seria dessa área cognitiva. Mas na comunicação verbal no dia a dia a gente faz mais orientação ao cuidador, aquelas orientações básicas, falar devagar, usar frases curtas, perguntar sim ou não, pra ele tentar entender o que o idoso está precisando, a gente chama de estratégia, então a gente desenvolve a estratégia de acordo com a necessidade de cada um. (terapeuta ocupacional).

O trabalho com a comunicação é de estimular esse idoso a falar um pouco mais, então usar o “r”, fazer uma escuta, então se eu quero perguntar algo para ele, deve ser

⁷ Entrevista realizada em instituição de longa permanência em: 29 de maio 2013.

⁸ Entrevista realizada em instituição de longa permanência em: 02 de junho de 2013

mais curto, mais direto do que usar frases maiores, né, é articular bem, né, para ele poder entender aquilo que eu estou falando. Né, usar pistas pra poder favorecer essa comunicação e puxar mais o que está mais preservado, eles gostam de falar sobre a memória passada, né, é mais tranquilo pra eles. Então eles falam da família, falam de como que vivem, às vezes repetem aquela história várias vezes, né e tentar puxar alguma coisa pra memória recente. (fonoaudiólogo).

A J ela não fala, ela faz gestos, e os gestos dela eu já entendo o que ela fala.... É, aí na hora que ela quer alguma coisa, ela só faz o gesto eu já entendo o que ela quer. (tec. enfermagem).

Cabe mencionar ainda que, diante das dificuldades apontadas, referentes à extrema dependência de cuidados básicos das pessoas com DA que chegam a essas instituições, a atuação do profissional da psicologia acaba ficando em segundo plano e, muitas vezes, seu trabalho não é direcionado ao paciente, mas a sua família.

Eu acho que meu foco da psicologia seria muito mais, assim, pra família, pro cuidador, acho que ia ajudar bastante, né. Porque muitas vezes procura o psicólogo por uma questão de comportamento ‘ah, eu não sei o que eu faço, ela está apresentando esse tipo de comportamento’, né, então esse trabalho de orientação ele é muito interessante. (fonoaudiólogo).

Quando ela começou (referindo-se ao Alzheimer) a psicologia já não dava mais, era psiquiatria porque ela tinha que tomar remédio...então a psicologia não adiantava mais ela fez terapia muitos anos atrás e depois eu levei ela pra psiquiatria e aí já não estava dando mais jeito aí foi pro neurologista mesmo e depois passou pro geriatra. (cuidador familiar).

A psicologia mesmo, muitas vezes, é o atendimento aos familiares que, igual eu falei pra vocês, a gente tem um contato com as famílias e aí a gente pode estar fazendo esse atendimento e os pacientes, muitas vezes é o que eu falei, é o acolhimento, perceber que tem alguém aqui com eles que eles podem estar conversando, aqueles que tem essa condição, agora aqueles que não tem só de sentir a presença de alguém que estará cuidando dele que está zelando por ele. (psicóloga).

Entretanto, defendemos aqui a ideia de que a abordagem terapêutica deve adaptar-se ao contexto. Compreendemos, assim, que o estágio em que se encontra o sujeito acometido pela DA não pode ser o único critério utilizado como ponto de corte definidor de sua capacidade ou incapacidade de comunicação. Este estágio é definidor, sim das estratégias que devem ser propostas para cada sujeito, em situações específicas. Portanto, as estratégias comunicativas a serem elaboradas dependerão da demanda de cada pessoa, e envolvem também os atores que estão em contato direto com o paciente, bem como suas propostas de trabalho, como aponta a Terapeuta Ocupacional:

Eu acho que, assim, falar que a psicologia não tem essa porta eu acho que tem muito a ver com o local que o idoso está inserido, hoje nessa casa de repouso com os

pacientes que nós temos essa é a realidade que a D. falou. Mas existem muitos outros serviços que a psicologia tem se empenhado na questão da neuropsicologia, na questão da reabilitação mesmo, da memória e aspectos até cognitivos mesmo, com Alzheimer inclusive, assim no grau leve e moderado. (terapeuta ocupacional)⁹.

CONCLUSÃO

Em síntese, os resultados da pesquisa realizada apontam para uma escassez de psicólogos atuando no desenvolvimento dos aspectos comunicativos da Doença de Alzheimer, ficando a atuação da psicologia na grande maioria das vezes resumida ao acolhimento da família e atendimento e orientação a cuidadores e outros profissionais. Os resultados revelam ainda certa inércia da categoria em relação ao tema, pois muitos profissionais entrevistados, inclusive um psicólogo, afirmaram que a psicologia não tem o quê fazer com esse sujeito que não fala, não compreende, não se lembra, não elabora. Aqui, fica a questão: cabe-nos o questionamento dessa afirmativa? Naturalmente, há limites para as intervenções psicológicas propostas a esses sujeitos. Sabemos que a fala de fato é um fator de extrema relevância para a vida humana, e que transformou a vida do homem como espécie. Porém, a comunicação extrapola incomensuravelmente qualquer forma de verbalização. Podemos nos perguntar a essa altura se as experiências que acumulamos ao longo da vida só podem ser acessíveis através da comunicação verbal? Ou será que os profissionais da psicologia não estão capacitados suficientemente ou não conseguem encontrar novos caminhos de acesso aos modos específicos de comunicação das pessoas com a Doença de Alzheimer? Concluimos afirmando que ainda existe muito a se fazer, a neuropsicologia tem feito apontamentos teóricos relevantes e que precisam ser levados com mais ênfase a esse campo. É necessário ainda, maior abertura para conhecimentos advindos de outras áreas, como a neurofisiologia, para que o psicólogo tenha maior instrumental que lhe permita uma abordagem mais eficiente com pessoas com DA. Existem grandes obstáculos a serem superados que estão no entorno desse fenômeno tão conhecido popularmente, mas ainda tão mal compreendido e abordado.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Ana Paula. **Alterações linguísticas na demência de tipo Alzheimer**: um estudo com doentes em fase inicial. 2011, Dissertação (Mestrado) Universidade de Aveiro. – Universidade de Aveiro, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Fala e da Audição, Aveiro. Disponível em: <<http://scholar.google.com.br/scholar?q=Alterações+linguísticas+na+Demência+de+Tipo+Alzheimer>>

⁹ Entrevista realizada em instituição de longa permanência em 29 de maio 2013.

+um+estudo+com+doentes+em+fase+inicial&hl=pt-BR&as_sdt=0%2C5> Acesso em: 30 out. 2012.

ANDRADE, Vivian Maria; SANTOS, Flavia Heloisa dos; BUENO, Orlando Francisco Amodeo. **Neuropsicologia Hoje**. São Paulo. Artes Médicas 2004.

ARGIMON, Irani; TRENTINI, Marcell. Presença da doença de Alzheimer e suas repercussões na dinâmica familiar. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano (RBCEH)**. Passo Fundo, 98-105, jan./jun. 2006. Disponível em: <http://scholar.google.com.br/scholar_url?hl=pt-R&q>. Acesso em: 21 set. 2012.

ÁVILA, Renata. Resultados da reabilitação neuropsicológica em paciente com doença de Alzheimer leve. **Revista Psiquiatria Clínica**. 30 (4). p 139-146, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rpc/v30n4/v30n4a04.pdf>. Acesso em: 29 set. 2012.

BRANDÃO, Lenisa; PARENTE, Maria Alice de Matos Pimenta; CASSANOVA, JordiPeña. Turnos e atos de fala do interlocutor de pessoas com doença de Alzheimer. **Revista Virtual de Estudos da Linguagem**. Porto Alegre v.6, n. 11, 2008. Disponível em: <http://www.revel.inf.br/files/artigos/revel_11_turnos_e_atos_de_fala_do_interlocutor.pdf>. Acesso em: 19 de set. 2012.

BRANDÃO, Lenisa; PARENTE, Maria Alice de Matos Pimenta; CASSANOVA, JordiPeña. Estratégias comunicativas de pessoas com doença de Alzheimer. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre v. 23 n. 2, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722010000200013&lang=pt>. Acesso em: 20 de set. 2012.

CAYTON, Harry; WARNER, James; GRAHAM, Nori. **Tudo sobre doença de Alzheimer: respostas às dúvidas**. São Paulo: Andrei, 2000.

CORRÊA, Antônio Carlos de Oliveira. **Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer**. Belo Horizonte: Health, 1996.

CORREA, Suzana Elisa Sedrez; SILVA, Derivan Brito da. Abordagem cognitiva na intervenção terapêutica ocupacional com indivíduos com Doença de Alzheimer. Rio de Janeiro: **Revista Brasileira de geriatria e gerontologia**, 12 (3), 463-474, 2009. Disponível em: <www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/152.pdf>. Acesso em: 29 set. 2012.

DUTRA, Naíra; GAZZOLA, Juliana; ARTIGA, Luiz. Cuidando do paciente portador de Alzheimer: impacto da doença no cuidador. **Revista Saúde e Sociedade**, v.15, n.3, p. 170-179, set-dez 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v15n3/14.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2012.

FREITAS, Nathália Luiz. Abordagem da linguagem na doença de Alzheimer: Estudo sobre panorama brasileiro de pesquisa. **Revista Eletrônica de Linguagem**. Poços de Caldas, v. 6, n. 1, jun. 2012. Disponível em: <http://www.seer.ufu.br/index.php/domínios_de_linguagem>. Acesso em: 18 de set. 2012.

GIL Roger. **Neuropsicologia**. São Paulo: Ed. Santos 2ªed, 2002.

GUIMARÃES, Daniel. Saúde e qualidade de vida na terceira idade. Centro universitário de Brasília – **UNICEUB**, Faculdade de Ciências da Saúde – FACS. Brasília, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/2512/3/20324508.pdf>>. Acesso em: 19 out de 2012.

HAMDAN, Amer Carneiro. Avaliação neuropsicológica na doença de Alzheimer e no comprometimento cognitivo leve. **Psicologia Argumento**. Curitiba, v.26, n.54, Curitiba, 2008. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=2493&dd99=view&dd98=pb>>. Acesso em: 19 de out. 2012.

HUEB, Thiago Ovanessian. **Doença de Alzheimer**. 2008. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?id_materia=3749&fase=imprime>. Acesso em: 24 out. de 2012.

LIMA, Juliane Silveira. Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? **Revista de Ciências Humanas**, Florianópolis, EDUFSCn. 40, p. 469-489, Out. 2006. Disponível em: <http://www.cfh.ufsc.br/~revista/rch40/RCH40_artigo_10.pdf> Acesso em: 13 out. 2012.

MACHADO, Marília Novaes da Mata. **Entrevista de pesquisa: a interação pesquisador/entrevistado**. Belo horizonte: C/ arte, 2002.

MANSUR, Leticia Lessa; CARTBERY, Maria Teresa; CARAMELLI, Paulo; NITRINI, Ricardo. Linguagem e cognição na doença de Alzheimer. **Psicologia Reflexão e Crítica**, Porto Alegre v.18, n. 3, dez. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722005000300002&lang=pt> Acesso em: 17 de set. 2012.

OLIVEIRA, Maria de Fátima et al. **Doença de Alzheimer: perfil neuropsicológico e tratamento**. Departamento de Psicologia, Porto Alegre, 2005. Disponível em <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0032.PDF>> Acesso em: 28 de set. 2012.

POUPART, Jean et al. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. 2º. Ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

RIBEIRO, Ricardo. Alzheimer – Que doença é esta? **Revista Espaço Acadêmico**, Santa Catarina, Ano 08, n. 91, dez. 2008. Disponível em <<http://www.espacoacademico.com.br/091/91ribeiro.htm>>. Acesso em: 27 de set. 2012.

ROCHA, Fernanda Maria Francischetto. **Representações sociais da atenção assistencial oferecida ao idoso no município de Divinópolis**. 2008, Dissertação (Mestrado em Educação, Cultura e Organizações Sociais). Divinópolis, 2008. Disponível em: <<http://www.funedi.edu.br/files/mestrado/Dissertacoes/TURMA3/DissertacaoFernandaMFRocha.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2012.

SOUZA, Ricardo de Oliveira et al. Cognição e funções executivas. In: LENT, Roberto. **Neurociência da mente e do comportamento**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SERAPIONI, Mauro. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para a integração. **Ciência e Saúde Coletiva**, Ano 05, n. 01, p. 187-192, 2000.