

FATEP – FACULDADE DE TECNOLOGIA PAULO FREIRE
UNAT - BRASIL – UNIÃO NACIONAL DE ANALISTAS TRANSACIONAIS
RENATA NOGUEIRA TANNUS

**AS CARÍCIAS NO CUIDADO DO DOENTE SENIL TIPO
ALZHEIMER**

UBERLÂNDIA-MG

2011

RENATA NOGUEIRA TANNUS

AS CARÍCIAS NO CUIDADO DO DOENTE SENIL TIPO ALZHEIMER

Artigo apresentado ao programa de Pós-graduação em Análise Transacional da UNAT – BRASIL - União Nacional dos Analistas Transacionais - em parceria com a FATEP – Faculdade de tecnologia Paulo Freire, como requisito parcial para obtenção do título de especialista em Análise Transacional.

Área de concentração: Psicologia

Orientadora: Ede Lanir Ferreira Paiva

UBERLÂNDIA-MG

2011

AS CARÍCIAS NO CUIDADO DO DOENTE SENIL TIPO ALZHEIMER

THE STROKES IN THE CARE OF THE SENILE ALZHEIMER'S PATIENT

Renata Nogueira Tannus¹
FATEP – Faculdade de Tecnologia Paulo Freire
UNAT – BRASIL – União Nacional dos Analistas Transacionais

RESUMO

A Doença de Alzheimer (DA) é considerada uma das demências mais comuns diagnosticada na velhice, sendo grande objeto de investigação para a comunidade científica que logra consideráveis avanços a respeito do entendimento desta doença. Entretanto, os estudos apresentados atualmente tendem a enfatizar seus aspectos fisiológicos, implicando uma separação entre corpo e mente que deixa espaço para questões que busquem abarcar um entendimento mais abrangente dos processos envolvidos mediante o surgimento desta enfermidade. A Doença de Alzheimer apresenta alterações cognitivas, de linguagem e comportamento apresentadas em três diferentes fases colocadas didaticamente como a fase inicial, intermediária e avançada. Devido a evolução degenerativa do cérebro, a autonomia e independência do doente decai gradativamente de maneira irreversível, levando-o a solicitar cada vez mais o auxílio de um cuidador, tendo este um papel imprescindível no contexto dessa doença, pois ele assume o cargo de dar suporte e atender as necessidades físicas e emocionais do enfermo. Considerando o interesse específico da ciência psicológica nos aspectos emocionais, utilizamos o conceito de Carícias, vindo da teoria da Análise Transacional, para argumentar e discutir teoricamente sobre sua utilidade na compreensão a respeito do cuidado na DA. Sendo essencialmente um ser de cuidado, o humano necessita dar e receber carícias para sobreviver, de modo que os estímulos físicos e emocionais são fundamentais para que a sobrevivência da pessoa seja garantida. Sabendo que as carícias são formas de reconhecimento humano, elas podem ser utilizadas, no caso da DA, como um instrumento que, quando utilizado de maneira adequada em cada fase da evolução da doença, pode contribuir para um trabalho mais amoroso e harmonioso com o receptor de cuidados, possibilitando uma maior qualidade de vida e bem-estar para o paciente que já sofreu tantas perdas, até seu último momento de vida.

Palavras-chave: Doença de Alzheimer, Análise Transacional, Carícias, Cuidador

ABSTRACT

Alzheimer's Disease (AD) is considered one of the most commonly diagnosed dementia in old age, being a great investigation object to the scientific community that achieves considerable advances concerning the understanding of the disease. However, current presented studies tend to emphasize their physiological aspects, implying a separation

¹ Psicóloga pela Universidade Federal de Uberlândia
e-mail: renata_tannus@hotmail.com

between body and mind that leaves room for questions that seek to cover a broader understanding of the processes involved through the emergence of this disease. Alzheimer's Disease presents cognitive changes, as well as language and behavioral changes presented in three different phases didactically shown as initial, intermediate and advanced phases. Due to a degenerative evolution of the brain, the autonomy and independence of the sick person gradually goes down in an irreversible way, leading to a greater dependency of a caregiver who will have an important role in the context of this disease for being in charge of supporting physically and emotionally the sick person. Considering the specific interest of psychology in the emotional aspects, we use the concept of Strokes from the Transactional Analysis Theory, to argue and discuss its utility in understanding the care in the Alzheimer's disease. In order to survive, the human being needs to give and receive Strokes, on this matter physical and emotional stimuli are essential so the survival is granted. Knowing that the Strokes are ways of human recognition, they can be used in the AD as a tool - if used appropriately in each phase of the disease evolution - which can contribute to a more loving and harmonious work with the care receiver, providing a better quality of life and well-being to the patient who has already suffered so many losses, until the last moment of life.

Keywords: Alzheimer's disease, Transactional Analysis, Strokes, Caregiver

Introdução

A velhice mostra-se como sendo o futuro de grande parte dos homens, pelo simples fato de sermos mortais; é, assim algo esperado e ao mesmo tempo extremamente imprevisto. Não existe um consenso sobre quando a velhice se inicia, entretanto, a imagem que se tem da idade avançada são os cabelos brancos pertencentes a uma pessoa experiente e sábia, ou, ainda, pertencente a um louco caduco que é criticado pelos jovens (BEAUVOIR, 1990).

O desenrolar da velhice é algo completamente inesperado, alguns podem envelhecer saudavelmente e outros não. Dentre os problemas mais temidos estão as doenças mentais, que podem ser extremamente devastadoras, afetando a vida diária do doente. Observada como a mais comum das demências, a Doença de Alzheimer (DA) causa distúrbios cognitivos e afeta a vida do idoso de maneira irreversível. Gradativamente, os sinais clínicos se agravam e múltiplas áreas intelectuais se deterioram, envolvendo alteração cognitiva, de linguagem e de comportamento.

A Doença de Alzheimer abrange de 50 a 70% dos casos diagnosticados como demência (FUENTES, 2008) e, em resultado do processo degenerativo pelo qual o cérebro passa, vai exigindo, pouco a pouco, cuidados contínuos.

O percurso natural da doença de Alzheimer leva o paciente a um declínio gradual de sua autonomia e independência, o que torna a figura do cuidador de fundamental

importância. Ele assume a função de dar suporte e atender às necessidades do doente, visando promover saúde (LEITÃO; ALMEIDA, 2000). Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008, p. 7),

Cuidado significa atenção, precaução, cautela, dedicação, carinho, encargo e responsabilidade. Cuidar é servir, é oferecer ao outro, em forma de serviço, o resultado de seus talentos, preparo e escolhas; é praticar o cuidado. Cuidar é também perceber a outra pessoa como ela é, e como se mostra, seus gestos e falas, sua dor e limitação.

Boff (2003) considera que cuidar vai além de um momento isolado de atenção e solicitude: é uma ocupação que abrange preocupação, responsabilidade e envolvimento afetivo. O protagonista a exercer esse papel pode ser um profissional de saúde ou mesmo um familiar ou amigo que desempenhe essa função (LEITÃO; ALMEIDA, 2000), a qual exige grande energia emocional e física em seus múltiplos atos em relação à pessoa atendida.

Os cuidados direcionados ao corpo são imprescindíveis para promover uma melhoria na qualidade de vida dos doentes, entretanto, muitos cuidadores e estudiosos tendem a privilegiar os aspectos biológicos da doença, deixando uma importante lacuna sobre os aspectos emocionais envolvidos, ao realizarem uma divisão (mesmo que silenciosa) entre corpo e mente.

Os aspectos emocionais têm grande importância para a Psicologia, pois esta, como ciência, pode contribuir para um entendimento mais abrangente dos processos envolvidos no desenvolvimento da Doença de Alzheimer. O objetivo deste trabalho é, assim, argumentar e discutir teoricamente sobre como o conceito de carícias, vindo da teoria psicológica da Análise Transacional, pode ajudar na compreensão sobre o cuidado na Doença de Alzheimer.

Para isto, serão expostas a seguir as fases da progressão da doença de Alzheimer, salientando as perdas decorrentes da demência, juntamente com o entendimento da importância do cuidador nesse processo de dependência pelo qual o paciente passa. Em seguida, os leitores serão convidados a compreender o conceito de carícias, à luz da Análise Transacional, e por fim serão relacionadas as contribuições que o conceito de carícias pode trazer para o entendimento do cuidado na Doença de Alzheimer. Espera-se que este exercício teórico possa ser útil, fornecendo instrumentos e ferramentas para os cuidadores e equipes de saúde que estão em contato direto com o paciente, ajudando na promoção da qualidade de vida.

A Doença de Alzheimer, seu desenvolvimento e o cuidador

Acreditava-se, há alguns anos, que inevitavelmente a maioria das pessoas teria algum tipo de demência na velhice, e a exceção era para privilegiados (BERTOLUCCI, 1997). O processo de envelhecimento acarreta um declínio das funções fisiológicas e cognitivas devido ao surgimento de patologias em decorrência do processo degenerativo que o corpo enfrenta (BEAUVOIR, 1990). Entretanto, devemos ponderar que existem pessoas que envelhecem saudavelmente, o que nos remete à fala de Bertolucci (1997, p.7), quando diz que “a demência não é uma etapa do envelhecimento”.

Alterações de memória leves, que são comuns na fase do envelhecimento, não comprometem as atividades diárias do idoso. No entanto, uma desordem das funções cerebrais de forma mais permanente (demência) pode comprometer de forma irreversível as áreas da linguagem, memória, noção espacial, julgamento, cognição, personalidade, distúrbio de humor, etc. (DUARTE; DIOGO, 2000).

Entre as demências atualmente conhecidas, a Doença de Alzheimer (DA) é a mais comum; trata-se de uma doença degenerativa, progressiva e irreversível que ocorre em ambos os sexos, afetando a integridade física, mental e social do indivíduo, acarretando, na fase avançada, cuidados contínuos (LUZARDO; GORINI; SILVA, 2006). A DA pode ser confundida com outra demência senil em sua fase inicial, pois suas características são semelhantes, podendo-se falar em diagnóstico possível ou provável.

Na fase inicial ou leve, o paciente apresenta alterações que podem passar despercebidas pelas pessoas do seu convívio. Entre as características observadas, estão: a presença de queixas em relação a esquecimentos recorrentes de fatos recentes; dificuldade de reter informações; desatenção; perda de concentração, podendo apresentar sinais de depressão ou hiperatividade (SOCIEDADE ...,2007).

Atividades rotineiras como vestir-se passam a ser tarefa complexa. (BERTOLUCCI, 1996). Para o indivíduo com a Doença de Alzheimer, as capacidades de aprender e reter informações são afetadas, assim como lembrar-se de pessoas que conheceu recentemente pode ser um tanto quanto difícil. A queda do rendimento no trabalho seguido da dificuldade de concentração pode começar a chamar a atenção das pessoas da sua convivência. Fazer cálculos, ler e escrever tornam-se atividades

desestimulantes, visto que a pessoa vai perdendo sua habilidade de ter uma linha de pensamento e as palavras começam a faltar.

Os pacientes apresentam uma discreta desorientação temporal e pouca orientação espacial e podem se tornar repetitivos, falando várias vezes a mesma coisa ou contando a mesma história (MORAES, 2008). Esta fase dura aproximadamente de dois a três anos, não existindo um limite bem definido para o fim desta e o início da próxima (BERTOLUCCI, 1996).

A outra etapa da doença, chamada de fase intermediária ou moderada, que dura de dois a 10 anos, tem como característica a evolução progressiva de distúrbios na linguagem, maiores dificuldades em realizar atividades do cotidiano e significativo declínio do raciocínio abstrato, ou seja, a segunda etapa é um agravamento dos sintomas observados na fase inicial (SOCIEDADE ..., 2007). A pessoa passa a ter lapsos de memória cada vez mais permanentes; a disfasia, que é a dificuldade de encontrar palavras para se expressar, começa a aparecer; ocorre o início da dispraxia, ou seja, dificuldade de realizar movimentos aprendidos, como mexer em aparelhos eletrônicos (BERTOLUCCI, 1996). O paciente perde os bons modos à mesa; apresenta comportamentos infantilizados, podendo não querer mais tomar banho ou ter medo da hora do banho. Com a agnosia, o paciente vai perdendo a capacidade de fazer interpretações (DUARTE; DIOGO, 2000).

Devido à progressão da doença, a pessoa passa a necessitar cada vez mais de cuidados, pois o nível de deterioração da memória se acentua, de modo que ela é incapaz de tomar conta de si, ficando dependente para realizar sua higiene pessoal e sua alimentação (SOCIEDADE ..., 2007).

Na fase mais avançada há uma evolução das perdas anteriores a níveis críticos, levando a pessoa a desenvolver dificuldades ainda maiores nos movimentos aprendidos, a se esquecer, por exemplo, de como se sentar no vaso sanitário. O paciente não reconhece mais pessoas que convivem com ele há anos, e mesmo familiares próximos. Quando se olha no espelho, o demente passa a não reconhecer mais sua própria imagem. (DUARTE; DIOGO, 2000).

Por fim, a independência é perdida totalmente, a comunicação verbal passa a ser algo cada vez mais difícil, chegando à fase em que não há comunicação a partir da fala. O controle dos esfíncteres fecal e urinário é perdido; em alguns casos a pessoa ainda dá pequenos passos, mas sem noção de equilíbrio, e em outros casos a pessoa fica

acamada. Portanto, a evolução da doença incontestavelmente leva o paciente a viver em total dependência (BERTOLUCCI, 1996).

Impossibilitado de se expressar e cuidar das próprias necessidades, o doente passa a solicitar cada vez mais do auxílio de um cuidador. Existem aqueles cuidadores profissionais que são vinculados à área da saúde ou aqueles que, devido às circunstâncias, tornaram-se cuidadores. Estes são normalmente os familiares que, pegos de surpresa pela doença, desenvolvem a habilidade de cuidar. O cuidador é aquele que vai tomar decisões e se responsabilizar pelo debilitado, a fim de manter a sua sobrevivência.

A Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), no código 5162, traz a definição de que o cuidador é alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) acrescenta que o cuidador é aquela pessoa dotada de atributos especiais, que fazem com que apresente forte tendência a amar a humanidade, de modo a trabalhar direcionado à solidariedade e à doação. Estas características são essenciais para que o receptor do cuidado seja acalentado nas suas necessidades físicas, mentais e emocionais. Considerando a importância do ato de cuidar envolvido no processo de desenvolvimento da Doença de Alzheimer, acreditamos que o conceito de carícias, vindo do escopo teórico da Análise Transacional, pode ser uma ferramenta teórica importante na compreensão deste processo. Desta forma, apresentamos a seguir este conceito e sua fundamentação e implicação teórica.

Uma troca chamada Carícia

A Análise Transacional é uma abordagem teórica consistente e de fácil compreensão que considera o que acontece nos relacionamentos interpessoais, a fim de apontar ao indivíduo suas atitudes nas relações sociais, possibilitando a modificação do comportamento desejado por meio de transformação desses costumes (STEINER, 2001). Eric Berne, criador desta abordagem, fundamentou teoricamente o conceito de carícias, que tomou uma considerável dimensão de importância nesta teoria, aparecendo de forma recorrente em diversas obras do autor.

Ao longo de seus estudos, Berne apresenta modificações na definição de carícias. Berne (1963, p. 257) dizia que as carícias são uma “unidade de transações ritualísticas” e que dar carícias tratava de “estimulação física ou simbólica como uma forma de reconhecimento”. Entretanto, ele modificou este conceito posteriormente, dizendo que carícia é a “unidade de reconhecimento”, mantendo esse pensamento no seu último livro (BERNE, 1964, p. 296; 2007, p. 352).

Steiner (2001), após fazer uma releitura de Berne, define carícia como “um ato de reconhecimento social” e Shinyashiki (1985) descreveu carícia como sendo o toque, afago ou estímulo direcionado ao ser humano como unidade de reconhecimento. Portanto, carícias são estímulos direcionados por uma pessoa a outrem, sendo uma forma de reconhecimento de que o outro está vivo.

As carícias podem ser de diferentes tipos e gerar diferentes reações. As carícias verbais são aquelas conferidas aos atributos de uma pessoa através de afirmações, podendo ser direcionada à sua aparência, inteligência, bondade, talento e outras. Já as carícias físicas são realizadas através do toque, podendo ser um aperto de mão, beijos ou abraços por exemplo, (STEINER, 2001). James e Jongeward (1975) acrescentam ainda as carícias gestuais, caracterizadas como parte de um encontro superficial, que nem sempre tem grande significação, comprovando, no entanto, que a pessoa está viva e que sua presença é percebida. Os gestos podem ser: abanar a mão como forma convencional de dizer um olá; apertar as mãos para dizer ‘como vai?’ e outras.

Spitz (2000) relatou em seus estudos a grande importância de estímulos físicos e emocionais para que seja garantida a sobrevivência da pessoa. Em um estudo feito em uma creche, ele observou que, embora as crianças recebessem alimento, assistência médica de qualidade, condições de higiene, elas não se desenvolviam como o esperado, podendo, inclusive, morrer em detrimento de progressiva deterioração. Relatando sua experiência, ele observou que uma única enfermeira tomava conta de várias crianças ao mesmo tempo, o que dificultava a possibilidade de fornecer suprimentos emocionais para os bebês; assim, as crianças não eram saciadas na sua fome de afeto, criando-se a chamada privação afetiva. Ele concluiu, portanto, que as crianças privadas de contato físico por grandes períodos eram mais suscetíveis a adquirir doenças e até mesmo morrer.

Steiner (1971) ressalta isso ao dizer: “As carícias são tão necessárias à vida humana quanto as outras necessidades biológicas primárias, tais como comida, água e abrigo, necessidades que quando não satisfeitas levam à morte”. Berne (1995) salienta,

ainda, que a privação emocional e sensorial é tão grave que pode gerar modificações orgânicas, como degeneração de células nervosas.

Embora a capacidade de trocar Carícias seja uma propensão humana, dar e receber Carícia é algo socialmente controlado através de regras e normas, que por muitas vezes podem ser manifestadas através de um comportamento condicionado, ou ainda utilizando da manipulação do comportamento de alguém para alcançar algo desejado ou outro ganho secundário (STEINER, 1971). A ânsia de estímulos emocionais nos leva a fazer praticamente tudo para conseguirmos obtê-los (STEINER, 2001).

Necessitamos de toque, carinho, reconhecimento. Isso nos alimenta e torna-se um elemento a mais para contribuir no desenvolvimento humano. De todos os estímulos, o contato físico é o mais potente. Na vida uterina, o feto recebe estímulos corporais o tempo todo, pois está constantemente em contato com o corpo da mãe. Logo no momento em que a criança chega ao mundo ela já recebe estímulos físicos, pois o médico ou parteira pega o bebê. Embora seja um contato importante para a criança, é muito aquém do que ela recebia dentro da barriga da mãe. Com a evolução do desenvolvimento são acrescentados novos estímulos, como o som das palavras e os gestos, estímulos fundamentais para que a criança sinta-se pertencente à vida.

As relações interpessoais são feitas para obter Carícias (STEINER, 2001), sendo este o objetivo final de grande parte do modo como o tempo é estruturado. Quando não é possível receber abraços, afagos, carinhos, elogios, a pessoa passa a buscar outras formas para se sentir viva, podendo instigar brigas, agressões e outras. Berne (1995) diz que qualquer tipo de relacionamento que a pessoa tenha é melhor do que não ter relacionamento algum, pois o que prejudica o sujeito é não ter qualquer estimulação.

Não por coincidência, a mais temida punição para os presidiários é a solitária, lugar em que a pessoa fica em completa privação sensorial e social, sendo quase impossível estimular os sentidos, pois em locais fechados como esse, ocorre pouca ou nenhuma variação ambiental. Para um adulto, uma das maiores punições que ele pode receber é não ter sua ânsia de carinho, toque e reconhecimento saciada, causando grande insatisfação (JAMES; JONGEWARD, 1975).

Erskine (1997) afirmou que “o sentimento de pertencimento está fundamentado na qualidade do contato e do relacionamento subsequente entre duas ou mais pessoas”. Através do contato, independentemente de sua qualidade, a pessoa sente que é reconhecida. Neste sentido, as carícias podem ser classificadas em positivas ou

negativas. As Carícias positivas são aquelas que estimulam o desenvolvimento emocional saudável, por meio de estímulos, carinhos afetivos, expressões de apreço que aumentam a sensação de bem-estar e causam grande satisfação. As chamadas carícias negativas são influências para um desenvolvimento emocional pouco saudável, em que a mensagem passada dá a sensação que a pessoa é inferior às outras (JAMES; JONGEWARD, 1975).

É quase impossível suportar a indiferença, ainda mais se esta vier de pessoas queridas e que tenham relevância sentimental. Não ser reconhecido é o mesmo que se sentir rejeitado e com sentimento de inadequação, fazendo com que a pessoa busque alternativas para não ter essa sensação (SHINYASHIKI, 1985).

Sendo tão importante como o alimento, as Carícias são fundamentais para a sobrevivência do ser humano como um ser biopsicossocial. Segundo Steiner (1971), na medida em que as pessoas satisfaçam suas necessidades de carícias, mais facilmente elas buscarão se harmonizar consigo mesmas, com as pessoas à sua volta e com o meio ambiente, procurando e fornecendo mais carícias positivas.

Entendida a relevância das Carícias para o bem-estar físico e psíquico para todos os seres humanos, podemos utilizar esta teoria para ajudar na compreensão do cuidado na Doença de Alzheimer, relacionando os temas a seguir.

Alzheimer, Cuidadores e Carícias

Com o fenômeno do envelhecimento populacional em âmbito mundial, cresce a preocupação com a questão do cuidado. Cada vez mais pessoas precisam ser cuidadas em função de doenças causadas pela idade avançada ou devido à própria fragilidade do organismo. Palavras carinhosas, toque, carinho, cuidado e afeto, que apresentam conceitos semelhantes à teoria de Carícias, são habitualmente utilizadas no cotidiano, assinalando a relevância desses estímulos para o relacionamento social.

Boff (2003) diz que o cuidado tem como expressão máxima a Carícia, que mais profundamente irá qualificar o ser humano em sua totalidade, por meio de atitudes que contemplem a psique, o pensamento, a vontade e a interioridade de quem está se relacionando. O pensamento deste autor, embora não seja um analista transacional, muito nos remete ao conceito de carícias por Berne.

Berne (2007) diz que as carícias são formas de reconhecimento humano e Steiner (2001) complementa, dizendo que as Carícias podem variar quanto à intensidade e à reação, produzindo bem-estar ou prejuízos à psique humana. Independente das reações

que nos acometem, necessitamos de Carícias em abundância, e sua escassez nos leva a buscar alternativas que supram essa falta, pois elas são como combustível para nossa sobrevivência.

Diariamente cuidamos e somos cuidados, e esta maneira de viver é uma atividade eminentemente humana, passada de geração em geração (SEGURO et al., 2011). Boff (2003) afirma que devemos receber cuidado desde o momento do nascimento até o último suspiro, pois sem isso há a desestruturação do indivíduo enquanto ser humano, podendo levá-lo à morte. Shinyashiki (1985) expressa que “ficar sem atenção é parecido a morrer”.

Ontologicamente o ser humano é um ser de cuidado, o qual abrange tudo o que o homem projeta, pensa e faz, sendo o fundamento de todas as suas ações e atitudes. A palavra cuidar apresenta várias dimensões, sendo oriunda do latim *coera*, que tem o significado de se relacionar com amor e amizade (BOFF, 2003, grifo do autor).

As Carícias fazem parte do cuidado, envolvendo uma demanda de ocupar-se com o outro, preocupar-se, envolver-se afetivamente. Na presença de doença, a pessoa normalmente precisa ser cuidada, ou seja, ela necessita ser assistida, administrada com zelo para que seu bem-estar seja mantido. Uma doença degenerativa como o Alzheimer requer o auxílio do chamado cuidador; essa figura de extrema importância na vida do doente deve ser direcionado a dar atenção, além de ser precavido, cauteloso, dedicado, carinhoso, devendo cuidar de seu encargo com responsabilidade (BRASIL, 2008).

A DA apresenta diferentes fases de consciência e degeneração do organismo, de forma que o cuidador pode atentar-se à necessidade do doente de acordo com a sua situação física e emocional específica de cada período. O conceito de Carícias da Análise Transacional pode ser útil para que o cuidador compreenda a demanda específica de cada fase da doença em relação ao cuidado emocional, podendo auxiliá-lo no sentido de ter um trabalho mais amoroso e harmonioso com o receptor de cuidados e, mais ainda, auxiliará na sua própria vida e na maneira de se relacionar com as pessoas à sua volta. Considerando a importância dessa teoria, segue-se a descrição de cada fase e as Carícias fundamentais para o adoentado nestes períodos.

Na fase inicial há declínio cognitivo e perda da habilidade de realizar atividades diárias. As palavras começam a faltar e a pessoa passa a repetir histórias e a fazer perguntas acerca do mesmo assunto (MORAES, 2008). O esquecimento crescente, distração e dificuldade de lembrar nomes e palavras podem gerar desconforto às pessoas que convivem com o doente de Alzheimer. É relevante lembrar que nesta fase

difficilmente há o diagnóstico de demência senil do tipo Alzheimer e poucos familiares – ou mesmo nenhum – conseguem perceber que algo está fora do comum. Neste primeiro momento o idoso apresenta condições de cuidar da higiene pessoal, alimentação e nutrições diversas, mostrando autonomia e independência.

Esta fase exige muita energia das pessoas que estão à volta do idoso, pois ele apresenta diálogo repetitivo, distração elevada e dificuldade de realizar atividades já aprendidas, necessitando ser acompanhado mais de perto ao realizar tarefas. A qualidade da Carícia direcionada ao doente é muito importante nesta fase, pois, mesmo com o processo degenerativo do cérebro em andamento, o doente consegue compreender que alguma coisa não está indo bem, sentindo-se frustrado pelas perdas ou chateado por necessitar de auxílio para realizar atividades que antes eram comuns a ele (DUARTE; DIOGO, 2000).

Na fase inicial, o doente de Alzheimer tem compreensão do que lhe é dito, dos gestos direcionados a ele e do contato físico. O familiar deve direcionar ao idoso palavras, gestos e toques que o façam sentir que é compreendido e respeitado nas suas limitações.

Sendo assim, na primeira fase da doença é importante que o cuidador direcione palavras de carinho, amor, compreensão para tranquilizar o idoso. Os contatos físicos e gestuais também são benéficos. Utilizar desses recursos traz grande satisfação ao doente e o faz acalmar.

Com o avanço da doença, apresenta-se progressiva piora na memória, linguagem, desorientação espacial mais acentuada e crescente confusão mental, além de sinais evidentes de deteriorização. Os cuidados contínuos tornam-se cada vez mais necessários e o auxílio de um cuidador da área da saúde, ou mesmo de algum membro da família, mostra-se quase indispensável (MORAES, 2008).

Nesta fase, as alterações de comportamento, como impaciência e frustração, inquietude, e mesmo agressão física e verbal, acometem principalmente o cuidador, que está mais tempo em contato íntimo com o idoso. Um cuidador inexperiente pode ser acometido de sentimentos diversos e reagir aos ataques com carícias negativas, ao responder de maneira ríspida ou mesmo agredir o idoso fisicamente, tornando o ambiente ainda mais hostil. As agressões observadas fazem parte da mudança de comportamento e personalidade que o doente atravessa.

Neste momento da doença pode existir o comprometimento na área da comunicação, sendo um período em que a afasia, ou seja, perda da expressão da fala e

da compreensão pela palavra escrita ou verbalizada, está instalada; assim como a agnosia, que é a perda da capacidade de entender o que ouve, vê ou sente (DUARTE; DIOGO, 2000).

Percebendo todos esses avanços da doença, o cuidador deve ficar atento para que as carícias dispensadas ao doente sejam, em sua maioria, gestuais ou físicas, visto que a comunicação verbal já não surte tanto efeito, transmitindo pelos movimentos corporais ou faciais mensagens que tragam conforto.

Na fase avançada, a dependência do idoso é completa, e toda a autonomia e poder de decisão são perdidos. As funções cognitivas apresentam grave prejuízo, a fala é substituída por gritos ou grunhidos, caracterizando o mutismo (DUARTE; DIOGO, 2000). Começa-se a viver em estado quase vegetativo, sem sinais de expressão ou sentimentos (MORAES, 2008).

Mesmo neste momento de grande fragilidade em que a capacidade de falar, compreender e de se comunicar de forma consciente é perdida, a pessoa ainda tem a necessidade de ser tocada e reconhecida. Como as emoções e percepções de estímulos afetivos são um campo pouco estudado, ainda não se sabe o quanto é preservado da parte emocional do paciente. Entretanto, o neurologista Martinez-Lage (apud FERRADO, [2008?]) afirma que os pacientes diagnosticados com Alzheimer possuem uma vida afetiva que não é demonstrada na mesma proporção em que se é sentida, comprovando que as estruturas cerebrais responsáveis pela parte emocional são as que mais demoram a se deteriorar.

Além disso, não é raro ouvir cuidadores relatarem que percebem que a pessoa cuidada é capaz de reagir aos afagos de pessoas próximas a ela. Percebe-se isso no aperto de mão, nas lágrimas que escorrem do rosto, ao se acalmarem se estavam agitados, ao conseguirem dormir ou se tranquilizar após receberem as Carícias. Independente dessas sensações, mesmo que o paciente esteja acamado, ele tem a necessidade de ser reconhecido, sentindo-se parte do meio a sua volta, mesmo que não consiga expressar o que sente. Levando ainda em consideração a teoria da Análise Transacional, que diz que “toda pessoa tem a necessidade de ser tocada e reconhecida por outras pessoas” (JAMES; JONGEWARD, 1975, p.56), podemos crer com alguma confiança que, como ser humano, o doente de Alzheimer em estado avançado ainda precisa receber este tipo de estímulo, sendo as Carícias físicas as mais prováveis de ocasionar alguma sensação para o idoso.

Em todos os estágios da doença, observamos o quanto é fundamental para o enfermo receber Carícias. Entretanto, mesmo reconhecendo que a falta de Carícias pode ser mais prejudicial do que a obtenção de Carícias negativas, e que isso pode acabar ocorrendo em algumas circunstâncias, devido ao estresse do cuidador, é importante lembrar que este não é um padrão de troca aceitável, e o mais saudável é fornecer Carícias positivas em todos os estágios, visando aumentar o bem-estar físico e psicológico do paciente.

O cuidador vive uma experiência ininterrupta de aprendizado e dedicação junto ao idoso cuidado, estabelecendo com ele uma relação de intimidade. Em meio às suas diversas funções, cabe ao cuidador estabelecer as trocas de Carícias, as quais podem ser grandes aliadas para a sobrevivência do enfermo. As Carícias são, assim, uma forma de reconhecimento da existência do idoso até o último momento de sua vida, sendo muito importantes para o doente, pois a capacidade de reagir às Carícias é a última coisa que o paciente perde, por representar a essência do viver humano.

Considerações finais

O homem é essencialmente um ser que cuida e é cuidado. Com a progressão da doença de Alzheimer, o paciente perde, progressivamente, a capacidade de cuidar de si mesmo. Assim, o papel do cuidador é fundamental para conforto e cuidado físico e emocional do enfermo, servindo inclusive para que o doente seja saciado nas suas fomes de Carícias. Com a compreensão de que as Carícias são algo tão importante quanto os cuidados fisiológicos, este artigo visa chamar a atenção para o modo como o cuidador pode ajudar emocionalmente o paciente nas diversas fases da doença, utilizando-se de Carícias adequadas que possam ser sentidas e percebidas pelo demenciado.

Buscando ir além da separação criada entre o corpo e a mente observada em muitos estudos sobre a DA, que tendem a privilegiar o entendimento da biologia da doença, enfatizamos a compreensão do cuidado relacionado a esta enfermidade como um espaço importante para a produção de bem-estar e qualidade de vida tanto para o doente quanto para o cuidador, especialmente em se tratando de como as Carícias e as trocas intrínsecas a esta relação podem ser um caminho para estes objetivos.

É importante ressaltar que este artigo contemplou especificamente reflexões sobre o cuidador familiar. Seria interessante pensar futuramente sobre como o conceito de Carícias poderia ajudar também na compreensão sobre as práticas de cuidado de profissionais de saúde junto à DA, buscando ampliar cada vez mais as possibilidades de

saúde, atenção e cuidado relacionados a uma enfermidade que atinge muitas pessoas e contextos ao seu redor.

BRUNO, R. S. (1998). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 1998.

BRUNO, R. S. (2000). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2000.

BRUNO, R. S. (2001). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2001.

BRUNO, R. S. (2002). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2002.

BRUNO, R. S. (2003). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2003.

BRUNO, R. S. (2004). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2004.

BRUNO, R. S. (2005). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2005.

BRUNO, R. S. (2006). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2006.

BRUNO, R. S. (2007). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2007.

BRUNO, R. S. (2008). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2008.

BRUNO, R. S. (2009). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2009.

BRUNO, R. S. (2010). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2010.

BRUNO, R. S. (2011). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2011.

BRUNO, R. S. (2012). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2012.

BRUNO, R. S. (2013). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2013.

BRUNO, R. S. (2014). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2014.

BRUNO, R. S. (2015). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2015.

BRUNO, R. S. (2016). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2016.

BRUNO, R. S. (2017). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2017.

BRUNO, R. S. (2018). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2018.

BRUNO, R. S. (2019). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2019.

BRUNO, R. S. (2020). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2020.

BRUNO, R. S. (2021). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2021.

BRUNO, R. S. (2022). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2022.

BRUNO, R. S. (2023). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2023.

BRUNO, R. S. (2024). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2024.

BRUNO, R. S. (2025). *Qualidade de vida em doenças crônicas: uma abordagem teórica e metodológica*. São Paulo: Editora Manole, 2025.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEAUVOIR, S. **A velhice**. Tradução: Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BERNE, E. **O que você diz depois de dizer olá?** Tradução: Rosa R. Krausz. São Paulo: Nobel, 2007.

_____. **Os jogos da vida: análise transacional e o relacionamento entre as pessoas**. Tradução: E. Artens. São Paulo: Nobel, 1995.

_____. **Principles of Group Treatment**. New York: Oxford University Press, 1964.

_____. **The structure and dynamics of organizations and groups**. Philadelphia: J.P. Lippincott, 1963.

BERTOLUCCI, P. **Doença de Alzheimer: manual do cuidador**. São Paulo: Biosintética, 1996.

BERTOLUCCI, P. Perda de memória, envelhecimento e demência. **Revista Brasileira de Alzheimer**, São Paulo, n. 1, p. 7-8, 1997. Quadrimestral.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano - compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 2003.

ERSKINE, R. G. Ser e Pertencer. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ANÁLISE TRANSACIONAL, 16, 1997, Belo Horizonte. **Ser e Pertencer**. Belo Horizonte: CONBRAT, 1997.

FEICHAS, N. M. L.; HEUFEMANN, N. E. C. O cuidado ao idoso com demência na atenção primária à saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **PROMEF: Programa de Atuação em Medicina de Família e Comunidade**. Rio de Janeiro: Artmed, 2007. p. 137-178.

FUENTES, D. et al. **Neuropsicologia: teoria e prática**. Porto Alegre: Atmed, 2008.

JAMES, M.; JONGEWARD, D. **Nascido para vencer: Análise Transacional com experiências Gestat**. Tradução: Maria Eunice Paiva. São Paulo: Brasiliense, 1975.

LEITÃO, G.; ALMEIDA, D.T. de. O cuidador e sua qualidade de vida. **Acta Paul Enf.**, São Paulo, v. 13, n.1, p.80-85, 2000.

LUZARDO, A. R.; GORINI, M.; SILVA, A. Características de idosos com doença de alzheimer e seus cuidadores: uma série de casos em um serviço de geriatria. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 4, p.587-594, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0104-070720060004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 23 abr. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Cuidador**. Brasília, DF: [s.n.], 2008.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Classificação Brasileira de Ocupações**. Disponível em: <<http://www.mtecbo.gov.br/cbosite/pages/pesquisas/BuscaPorTituloResultado.jsf>>. Acesso em: 26 jul. 2011.

FERRADO, Mónica L. **As relações afetivas são necessárias para os doentes de Alzheimer**. [2008?]. Disponível em: <<http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/as-relacoes-afetivas-sao-necessarias-para-os-doentes-de-alzheimer.html>>. Acesso em: 14 jun. 2011.

MORAES, E.; SANTOS, R. Demências irreversíveis. In: MORAES, Edgar Nunes de. **Princípios Básicos de Geriatria e Gerontologia**. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

SAVONITTI, B. Cuidando do idoso com demência. In: DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento Domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2000. p. 421-445.

SEGURO, A. et al. O cuidar: a dimensão de uma palavra que tem como significado uma profissão. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p.1-14, 2008.

SHINYASHIKI, R. **A Carícia Essencial: Uma Psicologia de Afeto**. São Paulo: Gente, 1985.

SPITZ, R. **O primeiro ano de vida**. Tradução: E. M. B. Rocha. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

STEINER, C. M. **A economia de carências**. TAJ, v.1, Jul, 1971.

STEINER, C. **Educação Emocional: um programa personalizado para desenvolver sua inteligência emocional**. Tradução: Terezinha Batista dos Santos. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.