

MARIANA VIVIANE FERREIRA PIPINO

Alzheimer, psicologias, discursos: alguns apontamentos

Uberlândia

2022

MARIANA VIVIANE FERREIRA PIPINO

Alzheimer, psicologia, discursos: alguns apontamentos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia Orientadora:
Profa. Dra. Lígia Ferreira Galvão

Uberlândia

2022

MARIANA VIVIANE FERREIRA PIPINO

Alzheimer, psicologia, discursos: alguns apontamentos

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto de Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia, como requisito parcial à obtenção do Título de Bacharel em Psicologia Orientadora: Profa. Dra. Lígia Ferreira Galvão.

Banca Examinadora

Uberlândia, ____ de ____ de _____

ORIENTADORA

Prof.^a Dra. Lígia Ferreira Galvão
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

EXAMINADOR

Prof. Dr. Ricardo Wagner Machado da Silveira
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

EXAMINADOR

Prof.^a Dra. Tatiana Benevides Magalhães Braga
Universidade Federal de Uberlândia – Uberlândia, MG

Uberlândia – MG
2022

Resumo

O objetivo deste estudo foi mapear o discurso sobre o Alzheimer, na produção científico-acadêmica relativa da psicologia, buscando-se identificar e analisar as propostas que têm sido apresentadas e as concepções que as fundamentam, a partir dos princípios do método de análise institucional do discurso. Para coleta do material, realizou-se um levantamento bibliográfico de artigos publicados entre 2015 e 2020, em português, no campo da psicologia, em bases eletrônicas de dados. Cinco artigos foram selecionados para análise, primeiramente um a um e, posteriormente, de modo transversal, destacando-se as recorrências, os destaques, as convergências e dissonâncias entre eles. Como principais recorrências, é de se apontar a assimilação de conceituações advindas de outros campos, especialmente o médico e a escassez de trabalhos sobre o tema. No discurso, os tratamentos psicológicos são apontados como coadjuvantes ao medicamentoso, tidos como abordagem central. Há um forte enfoque no trabalho dos aspectos cognitivos e no trabalho psicológico com familiares e cuidadores que sobre a pessoa com Alzheimer. Deixa-se a hipótese de que a afetação das faculdades mnemônicas estaria sendo entendida como perda na condição de sujeito psíquico e que, portanto, não pode ser objeto da intervenção psicológica. Outra hipótese é que esse apagamento do sujeito estaria vinculado a um discurso sociocultural de desvalorização do velho. Dessa forma, apontamos para a necessidade de maiores estudos no campo da psicologia, não somente em relação ao Alzheimer, mas também a velhice e para uma conceituação mais própria em termos próprios do campo a respeito do tema.

Palavras-Chave: Alzheimer; Psicologia; Análise Institucional do Discurso.

Abstract

The objective of this study was to map the discourse on Alzheimer's, in the scientific-academic production related to psychology, seeking to identify and analyze the proposals that have been presented and the concepts that underlie them, based on the principles of the institutional analysis of discourse. To collect the material, a bibliographic survey was done, embracing articles published between 2015 and 2020, in Portuguese, in the field of psychology, in electronic databases. Five articles were selected for analysis, at first one by one and, later, transversally, highlighting the recurrences, highlights, convergences, and dissonances between them. As main recurrences, it is worth mentioning the assimilation of concepts from other fields, especially the medical field, and the scarcity of works on the subject. In the discourse, psychological treatments are pointed out as adjuncts to medication, taken as a central approach. There is a strong focus on working on cognitive aspects and on psychological work with family members and caregivers instead of the person with Alzheimer's. One hypothesis left is that the affectation of the mnemonic faculties would be understood as a loss in the condition of psychic subject and that, therefore, one cannot be the object of psychological intervention. Another hypothesis is that this erasing of the subject would be linked to a sociocultural discourse of devaluation of the elderly. In this way, we point to the need for further studies in the field of psychology, not only in relation to Alzheimer's, but also the elderly and for a more specific conceptualization in terms of the field on the subject.

Keywords: Psychology; Alzheimer's Disease; Institutional Analysis of Discourse.

Sumário

1 Introdução	7
2 Método	16
2.1 Procedimento	18
<i>2.1.2 Levantamento bibliográfico</i>	18
3 Análise	21
3.1 Tratamentos não-farmacológicos	21
3.3 Discursos de outros campos	25
3.4 Familiares e cuidadores	28
3.5 Outras recorrências	29
<i>3.5.1 Poucos estudos</i>	29
<i>3.5.2 Velhice</i>	30
4 Discussão	Erro! Indicador não definido.
5 Conclusões	Erro! Indicador não definido.
Referências	38
Apêndice	41
Tabelas	76

1 Introdução

Estudos demográficos da população brasileira têm apontado para o crescente envelhecimento de nossa população (Flores, 2015). Por envelhecimento pode-se entender o aumento na concentração da população de idosos, que, segundo a classificação utilizada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2006), é constituída por todas as pessoas que possuem 60 anos de idade ou mais. Esse processo pode ser observado na evolução das pirâmides etárias brasileiras e se caracteriza por um aumento na largura do topo piramidal, onde se encontra a população idosa, enquanto, ao mesmo tempo, ocorre a estabilização de pessoas no corpo da pirâmide, que concentra a população com idade entre os 18 e 59 anos.

De acordo com pesquisadores como Brasil (2006), Flores (2015), Santos, Bessa e Xavier (2020), o envelhecimento populacional brasileiro se deve a uma combinação da diminuição da taxa de natalidade com o aumento da expectativa de vida. Segundo esses mesmos estudiosos, as mudanças demográficas ocasionadas por esse fenômeno acontecerão rapidamente. Santos, Bessa e Xavier (2020) apontam para uma projeção de que, por volta de 2040, a população idosa irá representar um quarto do total de habitantes (quase 25%). O estatístico Flores (2015, pp. 93-95), estima que, até 2060, a população de idosos duplicará em número, chegando aos 60 milhões, ao passo que a população com 59 anos ou menos, tenderá a diminuir em número, de 2030 até 2060.

Para visualizarmos melhor essa mudança, convém observarmos um estudo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE (Brasil, 2017), que mostra que o Brasil contava, em 2017, com cerca de 30,3 milhões de idosos, que correspondiam a aproximadamente 14,6% da população. Se as projeções apontadas por Flores (2015, p. 98) se concretizarem, o número de idosos chegará a 70,5 milhões em 2060, resultando em um aumento de mais de 100%, em apenas 40 anos. Isso sem considerar possíveis inovações na área da saúde que possam aumentar ainda mais a qualidade e a expectativa de vida.

Com esses dados é possível compreendermos que uma mudança significativa vem ocorrendo no perfil demográfico do brasileiro e esse fenômeno pode levar a uma modificação nas demandas predominantes na sociedade, já que os diferentes estágios do desenvolvimento humano englobam necessidades específicas.

Flores (2015, p. 98), aponta para a necessidade de avaliar os impactos do envelhecimento na previdência social, já que haveria uma expectativa de aumento na demanda por pensões de aposentadoria. A saúde pública também pode demandar maiores investimentos, já que alguns estudos indicam que pessoas acima de 60 (sessenta) anos podem estar mais suscetíveis ao desenvolvimento de condições crônicas de saúde.

Outra constatação importante é que é possível que essa mudança no perfil etário brasileiro possa ter chamado a atenção da comunidade científica em geral, que estaria demonstrando maior interesse por pesquisas em relação aos idosos, (aqui, pessoas maiores de 60 anos, conforme definição do Ministério da Saúde em Brasil, 2017). É o que indica Ribeiro (2015, p. 271), em seu artigo, no qual aponta para um aumento nas produções acadêmicas sobre o envelhecimento, fato que vê como “um esforço crescente, da sociedade e do meio acadêmico, por descobertas voltadas para a manutenção da funcionalidade da população mais velha e pela superação de atitudes negativas acerca da velhice” (Ribeiro, 2015, p. 271).

Mesmo que um possível aumento na produção de trabalhos sobre pessoas com mais de sessenta anos seja uma constatação a se investigar, é interessante observamos que os discursos acerca da “velhice” sofreram modificações com o passar dos anos, mais especificamente, no decorrer do século XX.

Em seu artigo, Ribeiro (2015, p. 270) apresenta um breve percurso histórico das concepções acerca dos *indivíduos nas faixas etárias mais velhas*, assim como definidos por ela, em algumas áreas do conhecimento.

Essa autora (Ribeiro, 2015, pp. 271-273) inicia seu texto nos contando que, no início do século XX, os estudos sobre a velhice eram fortemente atravessados pelo que ela aponta como um reducionismo homogeneizante (p. 275) e que atribuía ao idoso uma posição de passividade, ausências – de saúde, de trabalho, de controle sobre a própria vida – e intervenção médica. No entanto, com o gradual aumento da expectativa de vida, esse discurso parece ter se mostrado insuficiente, o que motivou a busca pela elaboração de novos saberes e propostas sobre essas pessoas (Ribeiro, 2015).

Para a pesquisadora, no campo da gerontologia (área do conhecimento voltado ao estudo do envelhecimento humano, de acordo com o dicionário Michaelis, 2022) o processo histórico de formulação de novos discursos acerca do idoso levou a uma bifurcação entre duas correntes ideológicas perceptíveis – aquela nas quais a velhice era percebida predominantemente como uma fase de perdas e decréscimos, justificando a necessidade de enfoque em intervenções assistenciais e uma outra, em ascensão, que procurava construir saberes de que essa fase da vida poderia ser vivenciada de maneira saudável e com um engajamento ativo na vida, requerendo políticas de prevenção e promoção da saúde em primeiro lugar (Ribeiro, 2015). Ainda no mesmo artigo, ela busca fazer um apanhado histórico da evolução dos conceitos acerca da *velhice* no contexto da psicologia (Ribeiro, 2015, p. 275) e observa, que diferentes abordagens desse campo do conhecimento discursaram de ambas as formas sobre o envelhecimento.

Assim, se analisarmos alguns trabalhos produzidos pela psicologia no decorrer do século XX, é possível observar que alguns apresentam um discurso que enfoca as perdas dessa fase, enquanto outros buscam uma visão integrativa e potencializadora do idoso (Ribeiro, 2015, pp. 275-277). No entanto, de acordo com este estudo, a segunda visão passou a ser predominante nos trabalhos produzidos pela psicologia, a partir da década de 1950 (Ribeiro, 2015, p. 275).

A autora cita os estudos de Lindenberger e Staudinger (2006, conforme citados por Ribeiro, 2015, p. 275) como um fator de influência para isso, por terem demonstrado, em seu estudo longitudinal com idosos, que a idade e a genética não eram os únicos fatores determinantes das condições de saúde apresentadas na velhice, mas que também os fatores psicológicos pareciam exercer grande influência. (Ribeiro, 2015, p. 276).

Em outro trabalho, as autoras Barros e Queiróz (2009) afirmam que essa mudança de paradigmas realçou a necessidade de dar mais atenção a esfera psicoemocional do idoso, que até então era sobreposta pela ênfase no atendimento assistencial. Para elas (Barros & Queiróz, 2009, p. 82) essa fase da vida necessitaria de um trabalho psicológico específico, focado nas particularidades que essa fase da vida pode apresentar e que podem ser encaradas como diversos processos de luto a serem elaborados.

Para Santos, Santos, Abino, Silveira e Nardelli (2019) a passagem para a velhice pode vir acompanhada de processos de perda que dificilmente se observam em outras fases da vida, como a passagem pela aposentadoria, a morte de familiares, o início de possíveis limitações físicas e experiências de isolamento social. Como outros fatores, Altman (2011), aponta que a pessoa idosa pode se sentir mais fortemente confrontada pela percepção da finitude da vida e iminência da morte, de onde podem emergir sentimentos de melancolia.

Goldfarb (2004) aponta que o conjunto de circunstâncias da velhice pode levar os sujeitos a se refugiarem no esquecimento e na rememoração de experiências passadas como um mecanismo de defesa contra o processo depressivo. A partir disso, segundo a autora, é possível pensar que esses diversos atravessamentos possam desempenhar algum papel na incidência de condições de saúde – como as demências, condição cujo número de diagnósticos tem aumentado expressivamente. Barros e Queiróz (2009, pp. 83-84) também tecem uma relação entre a demenciação e a falha no processo de recalque, manifestadas na erupção de comportamentos hostis e vivências sem linearidade de tempo, pois “ante as

possibilidades limitadas de regular as ligações do aparelho psíquico, vê-se enfraquecido para exercer sua ação repressora, resultando, daí, a irrupção de conteúdos recalçados” (Barros & Queiróz, 2009, p.84).

Como demência, Henriques-Calado e Duarte-Silva (2019) entendem o conjunto de manifestações clínicas de causas pouco conhecidas, que aparecem na forma de déficits cognitivos – como lapsos de memória, desorientação, dificuldade no raciocínio, na psicomotricidade e na fala – e alterações na personalidade, no humor e comportamento. Segundo eles, pela variabilidade de sintomas que abrangem, as demências podem ser classificadas em diversos tipos, sendo que o diagnóstico de demência do tipo Alzheimer é o que mais aparece, em cerca de 70% dos casos. No mesmo artigo, os autores destacam que a demência tipo Alzheimer é marcada por um prejuízo gradual no processamento da memória, culminando em esquecimentos repetitivos, perda da memória de curto prazo e desorientação, que ficam marcados no conhecimento popular como sendo sintomas “típicos” desse quadro, embora seu diagnóstico possa ser bastante complexo e envolver uma gama de avaliações.

Para Sá, Silva, Bigongiari, e Machado-Lima, (2019), a dificuldade de estabelecer interconexão entre as memórias, nas demências, podem, adicionalmente, culminar em dificuldades de linguagem – como se lembrar de palavras, seus significados, pronúncia e ortografia – e de reconhecimento visual e espacial – reconhecer pessoas, objetos e lugares. Somado à dificuldade de acessar memórias recentes, esse conjunto de manifestações pode causar desorientação, levando muitos idosos a se perderem do caminho para casa, por exemplo.

Um fator que chama a atenção, salientado em pesquisas (Ribeiro, 2015, p. 278; Sá, Silva, Gigongiari & Machado-Lima, 2019, p. 154; Santos, Bessa & Xavier, 2020, p. 604), diz respeito a um grande aumento no número de diagnósticos de pessoas com Alzheimer.

De acordo com estudos realizados entre 2018 e 2020 (Ribeiro et. al., 2020; Sá, Silva, Bigongiari & Machado-Lima, 2019), as demências têm atingido cerca de 50 milhões de pessoas em todo o mundo e sua incidência tende a aumentar. Projeções afirmam que, até 2050, cerca de 152 milhões de pessoas sejam diagnosticadas com alguma demência (Ribeiro et. al., 2020; Sá, Silva, Bigongiari & Machado-Lima, 2019).

No Brasil, a Associação Brasileira de Alzheimer – Abraz, entidade de referência no estudo do Alzheimer, estima que, em 2019, pelo menos 1,2 milhões de idosos tinham o diagnóstico de alguma demência, o que correspondia a cerca de 11,5% do total de idosos no país naquele ano (Associação Brasileira de Alzheimer, 2019).

Para Sá, Silva, Bigongiari & Machado-Lima (2019), as expectativas de aumento na incidência de Alzheimer justificam a necessidade de novos estudos e a elaboração de propostas multidisciplinares de trabalho, visando abranger diferentes aspectos da vida das pessoas com Alzheimer. Pensar em uma abordagem multidisciplinar de trabalho com pessoas com Alzheimer, significa elaborar propostas que envolvam os mais diversos campos do conhecimento e do estudo. Dentre estes, inclui-se a psicologia, e a partir disso, pode-se pensar sobre o que tem sido produzido por esse campo em relação ao Alzheimer.

Em seu artigo intitulado “Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso?”, Lima (2006), defende que a psicologia teria um papel de ajudar familiares e cuidadores na aceitação da irreversibilidade da *doença* (em termos do próprio autor), oferecendo alternativas para “retardar seus efeitos” (p. 475) e proporcionar mais qualidade de vida a “todos envolvidos nesse processo” (p. 475). Outros trabalhos apresentam enfoque semelhante, como os de Cruz e Hamdan (2008), Engelhardt, Dourado e Laks (2005), Falcão e Bucher-Maluschke (2009), Mattos e Kovács (2020) e Neumann e Dias (2013).

Para Neumann e Dias (2013, p. 11), a necessidade de trabalho psicológico com os cuidadores se justificaria pelos impactos causados em sua saúde emocional, que, por sua vez, é determinante na qualidade do cuidado prestado à pessoa com Alzheimer. De acordo com as autoras, o cuidado de uma pessoa com Alzheimer pode gerar sobrecarga por demandar a dedicação de muitas horas por dia, culminando em estresse e prejuízos ao bem-estar do cuidador. Esse cuidado, na maioria das vezes se refere a uma familiar do sexo feminino, para quem tal papel não foi opcional, mas subentendido como “predeterminado” (p. 11). Além disso, as autoras apontam, como outro fator preocupante à saúde mental do cuidador, os sentimentos de luto relacionados à “perda” do familiar e de sua identidade, as possíveis frustrações e sentimentos de impotência gerados pelo percurso progressivo da doença e a convivência com comportamentos hostis que podem surgir em decorrência da doença (Neumann & Dias, 2013, p. 13).

Como outro possível enfoque do trabalho psicológico com o Alzheimer, Lima (2006) cita as “intervenções neuropsicológicas” (p. 476) que seriam exercícios de trabalho cognitivo voltados ao estímulo da memória e das demais funções mentais, além da reinserção psicossocial (Lima, 2006, p. 477). Outros autores (Brotti et al., 2020; Konflanz, Costa & Mendes, 2016; Silva & Souza, 2018; Silva, Lima & Silva, 2020) também destacam a participação da reabilitação neuropsicológica e da realização dos exercícios cognitivos como formas de preservar, estimular e fortalecer as funções cognitivas da pessoa com Alzheimer, promovendo melhorias em sua qualidade de vida, na realização de tarefas diárias e em sua autonomia.

Goldfarb (2004), em seu livro *Demências* (2004), fruto de um longo percurso de doutorado atendendo pessoas com Alzheimer e seus familiares em um ambulatório hospitalar, chama a atenção para o fato de que a em sua maioria, “o processo demencial iniciava-se logo após um fato extremamente doloroso” (p. 12), sendo importante promover um trabalho de

escuta qualificada que auxiliasse a travessia pelos processos de depressão e elaboração de lutos, das perdas sentidas pelo idoso. Dentro do processo de análise, seria especialmente importante se trabalhar a substituição de objetos de investimento libidinal perdidos pelo idoso e a reestruturação do ego e dos desejos, aliviando, assim, possíveis angústias (advindas do medo pela dissolução do *eu*). Para a autora, uma falha nessa tentativa de elaboração poderia ser a responsável por repercutir no esquecimento como forma de defesa contra os conteúdos que a pessoa com Alzheimer não conseguiu ter representados simbolicamente.

Para essa autora, a psicologia ainda teria caminhado pouco, no sentido de elaborar propostas de trabalho amplas (transdisciplinares) em relação ao Alzheimer e, assim, “encontramo-nos ante um novo campo clínico que se constitui como um verdadeiro ‘deserto metodológico’” (Goldfarb, 2004, p. 228). Na visão de Goldfarb (2004, pp. 225-228), não se deve tratar a memória, componente profundamente atravessado pelo Alzheimer, como um processo meramente neurológico, pois isso culminaria na apresentação de propostas parciais e reducionistas de trabalho, mas entendê-la como função construtora da história do sujeito, e, portanto, essência da subjetividade humana.

Considerando as modificações demográficas que o Brasil vem atravessando, com o aumento da expectativa de vida e do número de pessoas com mais de 60 anos, a incidência cada vez maior no número de pessoas identificadas com Alzheimer, e a tendência de aumento expressivo desses números - o que permite considerá-lo uma questão de saúde pública, pode-se supor relevante que se estude o esse fenômeno no contexto da psicologia. Por ser um fenômeno que promove impacto em diversas esferas – na saúde pública, na pessoa com Alzheimer, em seus familiares e cuidadores, na previdência social – faz-se necessário considerar se manter um enfoque multidisciplinar da pessoa com Alzheimer e as manifestações daí decorrentes.

Por isso, considerando a psicologia como o âmbito ao qual nossa pesquisa se vincula, visou-se compreender o que tem sido produzido sobre o Alzheimer nesse contexto específico, por meio da análise do discurso de seus atores – aqui também autores. Assim, considerando que, no levantamento prévio que realizamos, para começar a compor nosso material de estudo, constatamos haver muitos trabalhos bastante referidos aos aspectos fisiológicos e/ou orgânicos implicados no fenômeno, passamos a nos indagar sobre outros aspectos, igualmente importantes, referidos a um sujeito dotado de um psiquismo que não se reduz às determinações ou definições orgânicas. Assim, perguntas como: a) o que tem sido produzido, em psicologia, sobre e para a pessoa com Alzheimer? b) nas manifestações do Alzheimer, onde se encontra esse sujeito da psicologia/sujeito da psicologia? e c) a ocorrência do Alzheimer se sobreporia ao sujeito, ocultando-o, aniquilando-o?

Visando responder a essas perguntas, o objetivo geral de nosso trabalho foi investigar o discurso da Psicologia em relação ao tema do Alzheimer, por meio do estudo e análise da produção acadêmica nesse campo, buscando identificar, a partir dos modos específicos de construir esse discurso, tanto as recorrências quanto as singularidades, buscando identificar, assim, que concepções/práticas se enunciam.

2 Método

Elegeram-se como aporte teórico-metodológico para a realização deste trabalho o instrumental analítico da análise institucional do discurso (a que nos referiremos como *aid*, a partir deste ponto), proposto por Marlene Guirado (2009). Conforme essa proposição, não devemos pensar o método como processo, mas como estratégia de pensamento, orientação no modo de construção da lógica analítica.

Para entender do que se trata a análise institucional do discurso (*aid*), é necessário antes, compreendermos alguns conceitos com os quais Guirado (2009) estruturou seu pensamento.

Como *instituição*, Guirado se vale do conceito proposto por Guilhon Albuquerque (1978, como citado por Guirado, 2009 p. 36), segundo o qual esta compreenderia: “o conjunto de relações sociais que se repetem e nessa repetição, legitimam-se”. De acordo com esse referencial, a instituição se concretiza ao mesmo tempo em que acontece e se dá pela naturalização de práticas e relações sociais – que passam a ser entendidas como pressupostas ou naturais – e pelo desconhecimento (ou não reconhecimento) da relatividade dessas “verdades” pré-estabelecidas. Assim, Guilhon (1978, como citado por Guirado, 2009 p. 37) não pensa na *instituição* como um constructo teórico separado da realidade, tampouco como um lugar físico e palpável, mas como prática, tendo em vista que é por meio dela (nossa ação cotidiana, automática, do dia a dia) que a instituição se concretiza.

Essas instituições foram objetos de estudo e intervenção, em um outro momento, pela Psicologia Institucional de Bleger (1981, como citado por Guirado, 2009 p. 29), que as tomou como alvos de intervenção psicanalítica e abriu os horizontes de atuação do campo da psicologia para além da clínica terapêutica.

Uma característica indissociável da *instituição*, é que ela sempre constitui para si um *objeto institucional*, que pode ser compreendido como aquilo *em nome de que* a instituição se

faz e sobre o qual assume o monopólio do escopo de prática para si (Guirado, 2009 p. 37). Por sua vez, a existência do objeto institucional pressupõe a existência de uma relação, alcunhada pelos autores de *relação de clientela* (Guirado, 2009 p. 37), já que a instituição se presta a alguém (que é a clientela) e é concretizada por outro alguém (agente institucional), tecendo uma relação em que um jogo de poderes pode emergir.

A partir disso, já se torna possível compreender a noção de *discurso*, a qual Marlene se empresta de Foucault (1985, conforme citado por Guirado, 2009, pp. 37-38). Para o autor (Foucault, 1985 conforme citado por Guirado, 2009, p. 38) o discurso pode ser entendido não somente no nível da palavra (que nomeia), mas como *ato*, que é historicamente determinado, ao mesmo tempo em que determina “as regras da enunciação” (p. 37). Essa determinação delimita o escopo de possibilidades de enunciação, a depender da posição que o sujeito ocupa nas relações, configurando uma maneira de construir a realidade e o conhecimento.

É esse discurso que se torna objeto de análise, possibilitando a compreensão das formas não explícitas de construir sentidos, entender práticas, reconhecer papéis, posições e relações. É também dele que surgem *regramentos implícitos* que regem o sentimento de pertencimento a uma dada *comunidade discursiva*, ou seja, grupo que compartilha das mesmas práticas, saberes, ou ocupam os lugares da cena institucional (Guirado, 2009, p. 39). Aqui, a análise pode ser compreendida como estratégia de organização do pensamento, para compreensão do objeto. Em um plano mais amplo, ela busca investigar as relações entre as formações discursivas e seus efeitos sobre práticas sociais (Pugliese, 2010).

Nesse sentido, elegemos a *aid* como essa estratégia de pensamento, seguindo a concepção de Guirado (2009, p. 35), que entende a Psicologia como instituição. Instituição porque produz e reproduz práticas que se tornam historicamente naturalizadas como *o fazer e o saber* da psicologia. Estas, por sua vez, estão enunciadas nos discursos de seus agentes institucionais, aos quais nos interessam investigar.

2.1 Procedimento

Visando reunir um material que contemplasse os objetivos desse estudo, realizou-se um levantamento bibliográfico de produções, no âmbito da psicologia, nas bases eletrônicas de dados Scientific Electronic Library Online (SciELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC).

Com isso, nossa metodologia de trabalho se dividiu em dois momentos: na compilação de um arcabouço de trabalhos e posterior exercício do método da análise institucional do discurso em relação ao material coletado.

Como critérios para a seleção de trabalhos, foi incluída a produção científica brasileira de artigos publicados em revistas, periódicos e fontes eletrônicas, de 2015 a 2020, exclusivamente em língua portuguesa, que pertencessem à área da psicologia e tivessem a pessoa com Alzheimer como tema central.

2.1.2 Levantamento bibliográfico

As etapas de realização do presente levantamento bibliográfico foram organizadas em tabelas que se encontram disponíveis no apêndice (tabelas de 1 a 13).

Para a realização das pesquisas dentro das plataformas virtuais, definimos palavras-chave, envolvendo o tema pesquisado (*Alzheimer*) e área dentro da qual buscávamos o resultado dos trabalhos (psicologia, abordagem psicológica e afins).

Na realização do primeiro levantamento, as palavras-chave utilizadas foram *Alzheimer e Psicologia*, com filtro no ano de publicação (2015 a 2020) e no idioma (somente trabalhos em português). Essa pesquisa foi repetida com os mesmos critérios nas quatro bases de dados que utilizamos para o trabalho (SciELO, LILACS, BVS e PEPSIC). A partir desta, foram encontrados 14 (catorze) trabalhos com duas repetições, totalizando 12 (doze) diferentes

trabalhos encontrados. As tabelas constando os resultados encontrados, encontram-se no apêndice (Tabela 1 a 5).

Após esses resultados, realizamos uma nova pesquisa, nas mesmas bases de dados, com os descritores *Psicoterapia e Alzheimer*. Somente um resultado foi encontrado, o trabalho de Fronza e Pillatt (2018). Vide no apêndice (Tabela 5). Voltamos a realizar a pesquisa com os descritores *Avaliação Psicológica e Alzheimer* e encontramos somente um resultado, o trabalho de Henriques-Calado e Duarte-Silva (2019), que vide em apêndice (Tabela 6). Com as palavras-chave *Abordagem psicológica e Alzheimer*, a única base de dados a apresentar resultados foi o SciELO, que nos remeteu ao mesmo trabalho da pesquisa anterior (vide em apêndice, na Tabela 7). Posteriormente nos utilizamos das palavras-chave *Tratamento Psicológico e Alzheimer* e o resultado foi remetido por apenas uma base de dados, a BVS. O único artigo retornado foi o de Engel (2017). Vide na Tabela 8, em apêndice.

Com as palavras-chaves *Reabilitação e Alzheimer*, três resultados surgiram no SciELO: Sá, Silva, Bigongiari e Machado-Lima (2019); Madureira et al. (2018); Carvalho, Magalhães e Pedroso (2016). No banco de dados BVS, surgiram sete resultados (Goyanna et al., 2018; Dainez, 2017; Assis & Camacho, 2016; Rosso et al., 2015) dos quais três foram mostrados anteriormente pelo ScieELO. Os resultados constam nas Tabela 9 e Tabela 10, em apêndice.

Totalizando todas as buscas, foram encontrados 28 (vinte e oito) artigos. Todavia, como podemos observar, algumas pesquisas com diferentes descritores remeteram aos mesmos resultados. Dessa forma, foi necessário excluir os 7 (sete) resultados repetidos. A partir desse procedimento, restaram 21 (vinte e um) artigos encontrados. No apêndice, consta a relação dos artigos excluídos por repetição, expressos por meio de tabela (Tabela 11).

A partir dessa filtragem, fez-se a leitura dos trabalhos encontrados e aplicou-se sobre os 21 (vinte e um) artigos finais, os critérios de inclusão: pertencimento a área da psicologia; tratar a pessoa com Alzheimer como tema central.

Nessa etapa, encontramos diversos trabalhos que traziam os familiares e cuidadores de pessoas com Alzheimer como tema central e alguns trabalhos que não se referiam à área da psicologia embora fizessem alguma referência à área, os quais foram excluídos por não atenderem aos critérios.

No total, 16 (dezesesseis) trabalhos foram excluídos e 5 (cinco) incluídos. A relação dos trabalhos excluídos e o motivo para sua retirada constam em apêndice (tabela 12).

A partir disso, restaram apenas 5 (cinco) trabalhos incluídos, a serem analisados, conforme constado na Tabela 13, em apêndice.

Os artigos encontrados como resultado desse levantamento foram tomados como produções discursivas a serem analisadas, por se tratar de trabalhos produzidos por *agentes institucionais (psicólogos)* da *instituição* que é objeto de interesse de pesquisa (*psicologia*). No jogo de relações enunciados pelo discurso, entende-se que os sujeitos institucionais se autorizam a falar em nome da instituição que representam (psicologia) e dessa forma, seus discursos possibilitam a reprodução de práticas e saberes entendidos como sendo *da psicologia*, (Guirado, 2009, p. 35) objeto de interesse do presente estudo.

A análise individual dos trabalhos se encontra no Apêndice. Cada um deles recebeu um título genérico, abreviado (ART, como abreviação de artigo), seguido de uma numeração sequencial, para indicar os parágrafos (ART01, ART02, ART03...).

A partir de todas as análises individuais, buscou-se identificar recorrências, categorizá-las e analisá-las, visando responder nossa pergunta de pesquisa e tecer reflexões. Estas análises cruzadas e as categorias originadas delas, são apresentadas na sessão seguinte.

3 Análise

O presente capítulo traz o resultado do trabalho de análise realizado.

Primeiramente, os artigos foram analisados um a um, constituindo uma análise individual (vide, cada qual, nos apêndices) e posteriormente realizou-se uma análise transversal da totalidade de artigos incluídos. A partir dessa análise transversal, foi possível identificar recorrências discursivas e aspectos de destaque, apresentados nos subcapítulos que se seguem.

3.1 Tratamentos não-farmacológicos

Grande parte dos trabalhos analisados, se preocupam em pesquisar propostas de trabalho (tratamentos) da psicologia em relação ao Alzheimer.

A partir disso, uma das principais recorrências observadas no discurso dos artigos analisados, é a definição dos tratamentos psicológicos por aquilo que eles não são (farmacológicos). Esse recurso, acaba por dar destaque ao aspecto negado pela partícula negativa *não* e atribui relevância a conceituação ausente, já que parece se tornar importante dizer aquilo que os tratamentos psicológicos *não são*.

Essa conceituação acaba por criar pelo menos duas categorias de tratamentos ao Alzheimer: se há aqueles (tratamentos) que são *não-farmacológicos*, pressupomos que existam aqueles que o são – os *farmacológicos* e isso atribui atenção ao aspecto utilizado como critério de categorização – a utilização (ou não) de fármacos, isto é, medicamentos.

Se pensarmos que a utilização de fármacos constitui uma práxis profissional restrita ao campo da medicina, em última instância, forma-se uma divisão entre os tratamentos que são médicos e aqueles que não são, o que pode indicar uma tendência de salientar a abordagem médica e apontá-la como a abordagem primordial.

Essa tendência é observada em alguns artigos, que colocam o tratamento farmacológico como *clássico* [ART05-15], *um tratamento seguro para a DA* [ART02-64], e o

não-farmacológico como aquele a ser utilizado *em combinação com métodos farmacoterápicos* [ART02-14], *alternativos aos medicamentosos* [ART05-23], *a combinação da medicação* [ART05-22].

Nesse sentido, além do clássico tratamento farmacológico, estratégias não farmacológicas de tratamento devem também ser utilizadas com os medicamentos na tentativa tanto de diminuir a utilização e/ou dose destes e, conseqüentemente, seus efeitos colaterais, como também de aumentar a QV dos pacientes com DA, uma vez que tais estratégias melhoram os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (BPSDs do inglês Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). [ART05-15]

Embora haja divergências sobre a efetividade de tratamentos não farmacológicos na DA, acredita-se que o tratamento mais adequado para a melhora dos sintomas da doença seja a combinação da medicação com estratégias não medicamentosas, visto que há grande variedade de sintomas psicológicos, comportamentais e cognitivos que não respondem às medicações comumente utilizadas. [ART05-22]

Posteriormente, sejam os tratamentos não-farmacológicos utilizados unicamente, seja em combinação com métodos farmacoterapêuticos, é importante considerar que o seu objetivo principal é a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência, mesmo sendo a eficácia clínica das terapias não farmacológicas ainda questionadas e avaliadas. [ART02-14]

A complexidade dos sintomas na DA faz tornarem-se necessários tratamentos alternativos aos medicamentosos, visto que os sintomas comportamentais e psicológicos da demência tornam-se difíceis de manejar apenas com farmacoterapia. [ART05-23]

Ao colocar o tratamento psicológico como aquele que deve sempre acompanhar o tratamento médico, atribui-se um papel central ao tratamento medicamentoso e coadjuvante a intervenção psicológica que passa a ser um acompanhante, complementar.

Dessa forma, pode-se intuir que a combinação entre o tratamento farmacológico e o não farmacológico pode promover uma maximização dos benefícios ao paciente e, conseqüentemente, viabilizar uma maior lentificação em relação ao avanço da doença. [RES03-20]

Já a reabilitação cognitiva, subcategoria da reabilitação neuropsicológica, é caracterizada como um tipo de intervenção que ocorre no contexto real do paciente, visando estimular funções cognitivas por meio de exercícios que reproduzam situações do cotidiano, com a utilização de estratégias compensatórias para proporcionar um melhor aproveitamento de funções ainda preservadas [RES03-04]

Este trabalho tem como objetivo expor os tratamentos não farmacológicos mais utilizados para melhorar a QV do idoso com DA por meio de uma revisão sistemática da literatura. [ART05-08]

Os tratamentos não farmacológicos mais utilizados nos últimos dez anos para a melhora da QV de idosos com DA, de acordo com esta revisão, foram a reabilitação cognitiva/neuropsicológica. [ART05-23]

Nesse sentido, além do clássico tratamento farmacológico, estratégias não farmacológicas de tratamento devem também ser utilizadas com os

medicamentos na tentativa tanto de diminuir a utilização e/ou dose destes e, conseqüentemente, seus efeitos colaterais, como também de aumentar a QV dos pacientes com DA, uma vez que tais estratégias melhoram os sintomas comportamentais e psicológicos da demência (BPSDs do inglês Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia). [ART05-15]

Mesmo sendo incurável, existem tratamentos farmacológicos e não farmacológicos que visam aliviar os sintomas e retardar o avanço da doença de Alzheimer. O tratamento não farmacológico deve ser pensado em âmbito multidisciplinar, visando à compensação das áreas cerebrais afetadas, bem como à estimulação biopsicossocial do paciente e de seus familiares. [ART03-03]

Os resultados desta pesquisa mostram que os tratamentos psicológicos de idosos com DA podem contribuir para melhorias em aspectos do bem-estar, como a qualidade de vida, a autoestima, o humor, a tomada de decisão e o conhecimento pessoal; aspectos cognitivos, como memória autobiográfica, conhecimento semântico, atenção, funções executivas, memória episódica verbal, habilidades de linguagem e capacidade cognitiva geral; e alguns aspectos que envolvem sintomas neuropsiquiátricos, como ansiedade e depressão. [ART01-14]

Os achados desta revisão coincidem com os resultados do estudo de Olazarán et al., que, por meio de uma revisão e categorização de todas as intervenções não farmacológicas existentes para o tratamento de pacientes com doença de Alzheimer, identificou a reabilitação cognitiva como intervenção mais eficaz para o retardo do avanço da doença, apesar da constatação da existência de poucos artigos sobre o tema. [ART03-22]

Além do tratamento farmacológico, é recomendado também que o idoso receba tratamentos não farmacológicos, uma vez que a DA é difícil de manejar apenas com o uso de medicação. [ART05-07]

A estimulação constante do idoso com DA com atividades físicas e mentais, participação em atividades sociais com outras pessoas, exercícios de memória e mesmo afazeres domésticos são estratégias relevantes na melhora de sua QV10. Uma vez que a DA acarreta alterações de humor, dificuldade no desempenho das atividades de vida diária (AVDs), perda de autonomia e independência, distúrbios comportamentais e sobrecarga ao cuidador, técnicas voltadas para minimizar essas alterações tornam-se necessárias para uma boa QV tanto do idoso quanto de sua família e cuidadores. [ART05-07]

Nesse sentido, considerando o exposto acima e ponderando que os sintomas neuropsiquiátricos estão entre os principais motivos para institucionalização, uso de medicamentos, aumento dos gastos com o cuidado e o peso que eles implicam para a família (Chaves et al., 2011) e ainda que a medicação geralmente usada para tratar pacientes com DA não apresenta efeito claro sobre o humor (Almeida et al., 2014) é importante investigar a respeito de tratamentos não-farmacológicos que visem a redução de tais sintomas. Tendo isso em vista, o objetivo deste trabalho foi identificar os efeitos dos tratamentos psicológicos para idosos com DA. [ART01-07]

A premência dos métodos diagnósticos tradicionais, tais como os exames de neuroimagem e os testes laboratoriais, embora imprescindíveis para o diagnóstico e o valioso auxílio na definição de um tratamento seguro para a DA, (...) não dão conta dos pensamentos, dos afetos, das emoções, dos conteúdos das lembranças, dos lutos impossíveis e, fundamentalmente, da especial significação dos esquecimentos e das repetições [grifo nosso]. Só podem detectar perturbações morfológicas e funcionais no substrato material destas funções psíquicas tão imateriais. (Goldfarb, 2004, pp.59-60) [ART02-64]

Esse caráter complementar atribuído ao tratamento psicológico parece se manifestar também na forma dos resultados que são apontados pelos artigos como surtidos dos tratamentos psicológicos, constantemente caracterizados por a-) adjetivos de melhoria, como *maximização dos benefícios* [ART03-20], *melhora do aproveitamento de habilidades* [ART03-04], *melhor aproveitamento de funções ainda preservadas* [ART03-04], *melhorar a QV do idoso* [ART05-08], *melhoria da qualidade de vida* [ART02-14], *melhora da QV de idosos com DA* [ART05-23], *aumentar a QV desses pacientes* [ART05-15], *aliviar sintomas* [ART03-03], *melhorias em aspectos do bem-estar* [ART01-14], *melhoram os sintomas comportamentais e psicológicos* [ART05-15], *visando a compensação de áreas cerebrais afetadas* [ART03-03]; b-) e/ou também na diminuição ou postergação de sintomas, como em *lentificação em relação ao avanço da doença* [ART03-20], *retardo do avanço da doença* [ART03-22], *minimizar essas alterações* [ART05-07], *retardar o avanço da doença de Alzheimer* [ART03-03], *retardo de comorbidades* [ART01-26]; c-) como atuantes onde o efeito dos medicamentos não parece eficaz, *a DA é difícil de manejar apenas com o uso de medicação* [ART05-07], *e ainda que a medicação geralmente usada para tratar pacientes com DA não apresenta efeito claro sobre o humor* [ART01-07].

Essa divisão entre os tratamentos farmacológicos e os não farmacológicos aparece também relacionada ao estágio em que o Alzheimer se encontra, de maneira que no discurso, as abordagens medicamentosas são mais recomendadas aos estágios graves, enquanto as demais, aos estágios leves e moderados. Ao que nos parece, essa diferenciação se deva ao fato da prática da clínica psicológica se valer em muito da memória e do discurso dos sujeitos, fatores que podem estar amplamente comprometidos nos estágios mais avançados do Alzheimer, o que *não permite o trabalho elaborativo sobre o que é dito* [ART02-55].

O intenso abalo sobre o psiquismo, especialmente nas fases moderada e avançada da DA, provocado pelo trauma de sucessivas perdas neuronais, não permite o trabalho elaborativo sobre o que é dito e (re) vivido, tal como acontece por meio do laço transferencial. No entanto, a repetição, nos casos neurodegenerativos, poderia ser tida como uma última e desesperada tentativa da pulsão de vida para conservar

a identidade subjetiva (Goldfarb, 1998), mesmo à custa das forças desvinculantes que acompanham a evolução natural da doença. [ART02-55]

Kálmán, Kálmán e Pákási (2008) orientam que após o reconhecimento da etiologia potencial da doença, intervenções não farmacológicas para os sintomas psicológicos e comportamentais da demência, em estágio leve a moderado, são tidas como tratamento de primeira escolha. Para o tratamento de sintomas do estágio grave são recomendadas abordagens farmacêuticas. [ART01-22]

Isso remontaria à necessidade de se pensar em intervenções especialmente com os idosos na fase inicial da doença, em uma tentativa de mantê-los integrados ao esquema de si por maior tempo, além de mantê-los vinculados a uma sociabilidade que lhes seja o mais razoável possível, o que provavelmente surtiria efeitos satisfatórios sobre o estado emocional dos familiares e cuidadores desses idosos. [ART02-58]

3.3 Discursos de outros campos

Em matéria de terminologia, o discurso parece, por diversas vezes emprestar de conceitos, nomeações e modos de dizer que se não soam estranhos ao campo da(s) psicologia(s), ao menos guardam pouca relação com a sua práxis profissional.

De maneira recorrente, o Alzheimer é definido em termos de patologia, como *doença neurodegenerativa progressiva* [ART 05-06], *integrante do quadro das patologias crônicas* [ART01-03], *patologia crônico-degenerativa* [RES01], *acometimentos neurológicos* [ART05] e aparece, com frequência, sob a denominação de *Doença de Alzheimer (DA)* [ART02-02]. Também é recorrente a sua definição em termos de sintomas e conceituações do campo da neurologia e da psiquiatria, como em *manifestações neuropsiquiátricas* [ART02-02], *aspectos neuropsiquiátricos* [RES01] *alterações neurofisiológicas* [ART02-17], *em âmbito fisiopatológico* [ART03-02].

Presentes em cerca de 90% dos quadros demenciais, os BPSD ¹se correlacionam com o prognóstico desfavorável da doença, o alto risco da perda da funcionalidade, a expressiva sobrecarga emocional dos familiares e/ou cuidadores e com o aumento da incidência de institucionalização (Moraes & Moraes, 2010). Na DA, os principais BPSD demonstram ser: apatia, disforia, irritabilidade, agitação/agressividade, ansiedade, alterações do sono e a depressão, segundo estudos de Hwang et al. (2004) e de Geda et al. (2004), apresentados em conferência clínica por Caramelli e Bottino (2007). Além dessas expressões clínicas, os comportamentos repetitivos estão entre os mais comuns e onerosos BPSD na DA e em outras síndromes demenciais (Cullen et al., 2005). Apesar desse dado, poucos são os estudos que se debruçam especificamente sobre o fenômeno da

¹ Do inglês *Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia*, em tradução Sintomas Psicológicos e Comportamentais da Demência.

repetição nas demências buscando compreender suas causas e correlatos. [ART02-03]

A DA, por ser uma doença neurodegenerativa progressiva, traz ao indivíduo uma gama de modificações tanto neurológicas quanto cognitivas e comportamentais. Uma vez que a doença é diagnosticada, o tratamento farmacológico é iniciado na tentativa de melhorar seus sinais e sintomas. Atualmente, o tratamento farmacológico padrão tem sido a prescrição de drogas inibidoras da acetilcolinesterase que atuam diminuindo o processo de envelhecimento celular, retardando, assim, a evolução da doença. [ART05-06]

Como parte integrante do quadro das patologias crônicas está a Doença de Alzheimer (DA). Segundo a Alzheimer's Association (2016), mais de cinco milhões de americanos já apresentam a doença, que é a forma mais comum de demência, representando de 60 a 80% dos casos. Essa taxa compreende 11% dos idosos com mais de 65 anos ou mais e cerca de um terço daqueles com 85 anos ou mais. No Brasil, a partir de dado divulgado pela Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ, 2017), existe cerca de 1,2 milhão de pessoas com essa doença, mas a maioria dos casos ainda está sem diagnóstico. [ART01-03]

O trabalho com os pacientes idosos acometidos pela doença de Alzheimer (DA), em seus diferentes níveis de estadiamento, lança os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde ao desafiante manejo, em sua prática clínica, das manifestações neuropsiquiátricas da demência (Caramelli & Bottino, 2007), popularmente denominadas sintomas comportamentais e psicológicos da demência (em inglês, BPSD). As principais definições para os BPSD incluem o conjunto de sinais e sintomas referentes às mudanças em torno da percepção, do pensamento, do humor ou do comportamento dos pacientes (Finkel, Silva, Cohen, Miller, & Sartorius, 1996). [ART02-02]

O tratamento da DA é essencialmente multidisciplinar, pois mesmo sendo as demandas, por sua natureza, médicas, tais como as alterações neurofisiológicas, elas podem vir acompanhadas por outros sinais e sintomas, exigindo a intervenção e/ou a reabilitação com outros profissionais da área da saúde. Tendo como foco, neste trabalho, as vicissitudes subjetivas relacionadas ao discurso repetitivo do idoso com DA, torna-se imprescindível tomar os aspectos neurocognitivos atrelados ao fenômeno da repetição, considerando que a proposta dessa complexa interlocução entre os saberes médico e psicanalítico possa contribuir para um entendimento mais integrativo e menos dicotômico do tema. [ART02-17]

Após a busca de dados, sete artigos foram incluídos na pesquisa, os quais evidenciam as contribuições dos tratamentos psicológicos para os idosos nos âmbitos do bem-estar, como melhorias da qualidade de vida e do humor; da capacidade cognitiva, com ganhos para a memória autobiográfica, conhecimento semântico, atenção, entre outros; e de aspectos neuropsiquiátricos, como redução de sintomas depressivos e de ansiedade. [RES01]

Em âmbito fisiopatológico, a doença de Alzheimer está relacionada com a presença de placas extracelulares, as quais se consistem em um depósito da proteína β -amiloide e de emaranhados neurofibrilares que resultam da hiperfosforilação anormal da proteína tau5,6. Tais emaranhados conduzem, gradativamente, à morte neuronal. [RES03-02]

Quando se trata de idosos que possuem algum acometimento neurológico, como é o caso das demências, a avaliação da QV é de fundamental importância, uma vez que fornece dados que auxiliam a identificar quais as demandas do idoso e, de posse disso, a equipe de saúde e cuidadores/familiares possam programar e implementar práticas que promovam a QV desses idosos. [ART05-05]

Em alguns momentos essas terminologias se misturam e conceitos diversos como *neuropsiquiátrico, psicopatológico, neurológico e psicológico* são colocados no mesmo plano

do texto, como se fossem sinônimos, embora pertençam a áreas distintas do conhecimento, com práxis e epistemologias igualmente diferentes. Esse emaranhado conceitual a que se vinculam os discursos, parecem revelar a apropriação de conhecimentos e práticas de diversas áreas e acabam por se refletir por uma grande variabilidade de propostas de trabalho apresentadas, envolvendo aspectos diversos.

Outra tendência recorrente se deu pelo destaque de aspectos biológicos envolvidos no Alzheimer, que ganharam ênfase em diversos momentos dos textos e integraram partes das conceituações utilizadas sobre o Alzheimer. Para esse discurso, por algum motivo, seria importante levar-se em conta os aspectos *fisiológicos e cognitivos* [ART02-21], mesmo que não fique claro os modos e possibilidades de atuação das intervenções psicológicas sobre eles.

A intervenção de base psicanalítica com os pacientes neurológicos se pauta pela investigação dos processos psíquicos e se situa como uma forma de tratamento das afecções psíquicas, privilegiando a relação que o sujeito estabelece com a doença que lhe afeta, sem com isso negligenciar os aspectos fisiológicos e cognitivos envolvidos no franco processo de adoecimento (Winograd et al., 2008). [ART02-21]

Ao iniciar a reabilitação, o paciente exibia comprometimento grave da memória episódica, agrafia e acalculia pronunciadas, e alexia inicial; contudo, a fluência verbal e o discurso estavam relativamente preservados. [ART04-07]

Tendo como foco, neste trabalho, as vicissitudes subjetivas relacionadas ao discurso repetitivo do idoso com DA, torna-se imprescindível tomar os aspectos neurocognitivos atrelados ao fenômeno da repetição, considerando que a proposta dessa complexa interlocução entre os saberes médico e psicanalítico possa contribuir para um entendimento mais integrativo e menos dicotômico do tema. [ART02-17]

A doença é caracterizada, principalmente, pela deterioração gradativa de funções cognitivas, com fases que evoluem em conformidade com a área cerebral afetada, estendendo-se também às funções motoras e com evolução variável^{3,4}. Em âmbito fisiopatológico, a doença de Alzheimer está relacionada com a presença de placas extracelulares, as quais se consistem em um depósito da proteína β -amiloide e de emaranhados neurofibrilares que resultam da hiperfosforilação anormal da proteína tau^{5,6}. Tais emaranhados conduzem, gradativamente, à morte neuronal. [RES03-02]

A DA, por ser uma doença neurodegenerativa progressiva, traz ao indivíduo uma gama de modificações tanto neurológicas quanto cognitivas e comportamentais. Uma vez que a doença é diagnosticada, o tratamento farmacológico é iniciado na tentativa de melhorar seus sinais e sintomas. Atualmente, o tratamento farmacológico padrão tem sido a prescrição de drogas inibidoras da acetilcolinesterase que atuam diminuindo o processo de envelhecimento celular, retardando, assim, a evolução da doença. [ART05-06]

Uma interlocução entre a Psicanálise e as Neurociências é proposta, a fim de considerar a relação que o sujeito estabelece com sua doença, sem com isso negligenciar os aspectos fisiológicos e cognitivos caros ao processo de demenciação na DA. [RES02-01]

3.4 Familiares e cuidadores

Uma recorrência enunciada em todos os trabalhos, se dá pelo enfoque na experiência de terceiros (familiares, equipe multidisciplinar, cuidadores, sociedade, médicos) em relação ao Alzheimer, que muitas das vezes é sobreposta à experiência da pessoa com Alzheimer em si. Esta última, pouco apontada pelos estudos, é muitas vezes limitada ao plano da progressão de sintomas e da perda de independência e autonomia.

[...] é imprescindível dizer que a DA provoca um grande abalo médico, social e econômico para as famílias e para a sociedade. Para o indivíduo acometido, a doença resultará principalmente, além do citado, em deterioração cognitiva e de memória, comprometimento em atividades neuropsiquiátricas (Forstmeier, Maercker, Savaskan & Roth, 2015) e sintomas comportamentais e psicológicos que podem incluir ansiedade, depressão, apatia, desinibição, irritabilidade, delírios e alucinações (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). [ART01-04]

Isso remontaria à necessidade de se pensar em intervenções especialmente com os idosos na fase inicial da doença, em uma tentativa de mantê-los integrados ao esquema de si por maior tempo, além de mantê-los vinculados a uma sociabilidade que lhes seja o mais razoável possível, o que provavelmente surtiria efeitos satisfatórios sobre o estado emocional dos familiares e cuidadores desses idosos. [ART02-58]

Presentes em cerca de 90% dos quadros demenciais, os BPSD se correlacionam com o prognóstico desfavorável da doença, o alto risco da perda da funcionalidade, a expressiva sobrecarga emocional dos familiares e/ou cuidadores e com o aumento da incidência de institucionalização (Moraes & Moraes, 2010). [ART02-03]

Tal medida pode auxiliar a família na aceitação da doença e na reconstrução do significado de ter um membro familiar com uma doença neurodegenerativa, o que traz repercussões profundas na dinâmica familiar em vários âmbitos: afetivo, financeiro e de trocas de papeis. A inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar é importante nesse trabalho de escuta com a família, acolhendo os afetos ambivalentes que permeiam o cuidado (raiva, esperança pela cura, cansaço físico e sobrecarga emocional, culpa, desesperança, compaixão). O cuidado ao cuidador é imprescindível, pois dele dependerá a escuta adequada e acolhedora do idoso com DA no cotidiano de cuidados. [ART02-59]

Além disso, é de conhecimento dos profissionais de reabilitação que, quando um membro da família adquire a DA, os demais membros dessa família adoecem juntos, visto que os prejuízos cognitivos e comportamentais do paciente precisam ser supridos pelos familiares. Logo, em RN e TCC é preciso de a participação e de o engajamento de todos os envolvidos, sendo estes o paciente, no mínimo um familiar/cuidador e o psicoterapeuta. [ART04-31]

Porém, essa função desgasta o familiar, ainda mais quando este não apresenta o equilíbrio emocional adequado exigido para essa situação, além de deter poucos conhecimentos sobre a doença e sobre os prejuízos que essa causa ao paciente. [ART04-32]

Diante dessa situação, está o psicoterapeuta, com o desafio de reabilitar neuropsicologicamente e de intervir cognitivo-afetivo-comportamentalmente no

idoso com DA, elaborando um plano de tratamento individualizado que empregue diversas técnicas da RN ²e da TCC ³com o intuito de manter por mais tempo possível as habilidades cognitivas e funcionais desse indivíduo, estabilizar o seu estado emocional e comportamental alterado pela doença, além de dar suporte psicológico e psicoeducacional ao familiar, para que este possa tolerar o aumento de sua demanda que acompanha a tendência de declínio cognitivo contínuo do paciente. [ART04-33]

Nesses discursos, com recorrência, os familiares e cuidadores são colocados como os alvos das intervenções psicológicas que devem ocorrer e tal necessidade é muitas vezes utilizada como fator que justifica a importância de maiores estudos sobre o tema. No discurso, o familiar aparece de duas formas: a) como aquele que ocupa direta ou indiretamente o papel de *cuidador*, seja de maneira deliberada ou não e b) que, conseqüentemente, por sua proximidade com as manifestações do Alzheimer e a pessoa que as atravessa, sofrem impactos psicológicos, precisando de intervenções para lidar com estes.

Já em relação as pessoas com Alzheimer, o maior destaque se dá para intervenções focadas em treinos cognitivos e em tarefas funcionais, que procurem preservar, pelo maior tempo possível (já que a progressão do Alzheimer é dada como fatídica), sua independência e funções mentais. Aqui, é de se pensar se o enfoque em atividades que estimulem a autonomia do velho(a), não seja, de maneira indireta, de interesse desses *cuidadores e familiares*, que estariam, pelo discurso, *sobrecarregados* com os cuidados que precisam desempenhar.

3.5 Outras recorrências

3.5.1 Poucos estudos

Um fator apontado por todos os estudos analisados, diz respeito a escassez de trabalhos encontrados no campo da psicologia, em relação ao Alzheimer. Consideramos importante apontar essa recorrência, pois pode ser de relevância para a discussão do tema, mais a frente, além de nos apontar uma possível lacuna de estudos dentro do campo, apontado caminhos para futuras pesquisas. A seguir, alguns dos trechos que se referem a essa falta.

² Reabilitação neuropsicológica.

³ Terapia Cognitivo-Comportamental

Apesar desse dado, poucos são os estudos que se debruçam especificamente sobre o fenômeno da repetição nas demências buscando compreender suas causas e correlatos. [ART02-04]

Poucos foram os estudos encontrados que relacionavam a Psicanálise e a DA. [ART02-08]

Os achados desta revisão coincidem com os resultados do estudo de Olazarán et al.24, que, por meio de uma revisão e categorização de todas as intervenções não farmacológicas existentes para o tratamento de pacientes com doença de Alzheimer, identificou a reabilitação cognitiva como intervenção mais eficaz para o retardo do avanço da doença, apesar da constatação da existência de poucos artigos sobre o tema. [RES03-22]

Outro ponto limitante para esta revisão refere-se à existência de poucos ensaios clínicos randomizados sobre a presente temática, assim como observado por Olazarán et al.24. Além disso, notou-se que a maior parte dos artigos encontrados utilizou uma amostra consideravelmente pequena para a aplicação da intervenção, limitando a viabilização de generalizações quanto aos benefícios da reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. [RES03-26]

Não foi encontrada uma ampla variedade de estudos investigando tratamentos não farmacológicos eficientes em melhorar a QV de idosos com DA, e uma justificativa plausível para o baixo número de artigos incluídos nesta revisão é que a maioria dos estudos encontrados (nesta e em outras revisões realizadas pela pesquisadora), investigando o papel de intervenções não farmacológicas sobre a QV, foram estudos que não mensuraram diretamente essa variável, fazendo-o por meio de instrumentos como o MEEM, as Escalas de Avaliação de Sintomas Depressivos e de AVDs, entre outros. [ART05-20]

3.5.2 Velhice

Outra recorrência observada no discurso, é que este situa o Alzheimer como um tema relativo aos velhos(as), no campo da velhice.

De maneira recorrente, os sujeitos são definidos como *idosos com Alzheimer* e na introdução da maioria dos trabalhos são apontadas estatísticas relativas ao envelhecimento.

Em um dos artigos, a limitação de Freud em relação a análise com idosos é explorada como argumento para a rarefação de trabalhos sobre o envelhecimento no campo, colocando mais uma vez o Alzheimer no campo da velhice.

Isso nos aponta para os rumos de que para além da investigação do Alzheimer, estes trabalhos estariam também vinculados, em uma instância mais ampla, dentro do campo da psicologia do idoso.

TRATAMENTOS PSICOLÓGICOS PARA IDOSOS COM DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REVISÃO NARRATIVA [TIT01]

O trabalho com os pacientes idosos acometidos pela doença de Alzheimer (DA), em seus diferentes níveis de estadiamento, lança os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde ao desafiante manejo, em sua prática clínica, das manifestações neuropsiquiátricas da demência (...). [ART02-02]

A doença de Alzheimer prejudica a cognição, a emoção, o comportamento, o desempenho funcional e o vínculo sociofamiliar dos idosos. [ART04-01]

Geralmente, os idosos com diagnóstico de DA apresentam muitas dificuldades associadas ao comprometimento cognitivo que, por sua vez, interferem em seu estado de humor. Essas dificuldades precisam ser discutidas como parte da reabilitação neuropsicológica, visto que os fatores emocional-cognitivos são intrinsecamente relacionados. [ART04-03]

4 Discussão

Para Ieda Tucherman (2004), vivemos em uma era narcisista de hipervalorização da juventude que tenta, por diversos meios, relegar o envelhecimento ao esquecimento, como última e vã tentativa de negação de um aspecto inevitável da vida e ao qual poucos gostam de enfrentar – nossa finitude.

Com isso, integramos uma cultura onde o jovem se torna um *modelo social* (Peralva, 1997), aclamado pela mídia, idolatrado pela cultura, para quem e por quem se fazem as artes e ideal pelo qual a medicina luta, buscando reter, com cirurgias e substâncias que buscam pela estética evitar, reverter e/ou apagar quaisquer traços do (natural) envelhecimento.

Conforme apresentado na introdução deste trabalho, vimos que, ao longo da história da gerontologia, muitas correntes teóricas se vincularam a um discurso fatalista e pessimista em relação à velhice, ligando a ideia do envelhecimento a uma ideia de perdas e inatividade.

Considerando a análise apresentada, é de se pensar se resquícios desse discurso não continuam fortes e presentes no campo da psicologia, manifestados pela baixa produção de saberes em relação ao universo subjetivo do velho(a), constante enfoque sobre a experiência de terceiros em relação às demandas da velhice e pela interrelação que é feita entre essa fase da vida e ausências – de saúde, autonomia, dizeres...

Além disso, uma hipótese a se analisar é se a assimilação de conceitos e perspectivas teóricas advindas de outros campos, sem maiores questionamentos, pode ser o reflexo da ausência ou, ao menos, dificuldade, de se construir um saber, no âmbito específico da psicologia, sobre os fenômenos do Alzheimer e da velhice em si.

É de se questionar, aqui, se a escassa produção sobre a relação Alzheimer- psicologia, apontada em todos os trabalhos analisados, se deva a uma ausência de demanda, por parte das pessoas com Alzheimer, ou como um reflexo da falta de interesse social, denunciada pela *cultura da selfie* (Costa, 2015), em se estudar e querer acolher “o velho”.

Tal fator se manifesta nas entrelinhas do discurso, por um apagamento do velho(a) enquanto sujeito de histórias, vontades, memórias e, conseqüentemente... subjetividades. Isso porque em todo o universo de intervenções e propostas apresentadas, o velho(a), com Alzheimer, parece desaparecer diante de fatores que se superpõem a ele – a “doença”, os familiares, os “sintomas”. São apresentadas diversas propostas ou ações que visam resgatar sua autonomia, conservar sua memória e funções cognitivas, mas pouco se fala sobre o “resgate” de sua subjetividade, experiências, vivências, mesmo que nos “casos leves a moderados”.

Outra hipótese a se levantar, é se o discurso da psicologia não estaria assumindo um caráter fatalista em relação ao Alzheimer, colocando-o como irreversível (*não há cura nem modos de regredir a doença* [ART05-21]), e, portanto, limitando as possibilidades do trabalho psicológico a uma ação postergadora – que, no máximo, tornaria o processo de ‘perdas’ mais lento – e coadjuvante em um tipo de tratamento, o farmacológico, cuja eficácia tampouco é questionada.

Pensando nisso, tal rarefação permite que nos perguntemos, se, dada a diminuição das faculdades mnemônicas de sujeitos com Alzheimer, estes não estariam sendo vistos em uma posição de perda da condição de sujeitos psíquicos, não podendo, portanto, ser objetos de qualquer intervenção psicológica para além do treinamento cognitivo, citado pela maioria dos trabalhos, como possibilidade de “tratamento”.

Conforme afirma Goldfarb (2004), devemos ter em mente que a memória não é apenas um dispositivo neurológico de armazenamento de informações, mas tem uma função historiadora e social, já que compõe a história e a identidade dos sujeitos. Nossas origens, relações e os acontecimentos que vivenciamos ao longo da vida, nós as armazenamos como experiências e estas se tornam determinantes na constituição de nossas personalidades; aquilo que somos, construímos e representamos socialmente.

Na pessoa com Alzheimer a função historiadora da memória fica bastante evidenciada, já que eclodem conflitos de identidade a partir das frequentes confusões mnemônicas que ocorrem, sejam na ordem cronológica das lembranças, nos cenários ou na identificação dos indivíduos e papéis sociais. E é essa memória que não aparece sendo discutida nos trabalhos analisados; estes focalizam suas intervenções em treinos dirigidos à memória cognitiva, do dia a dia, aquela memória que nos faz memorizar um número de telefone ou um endereço, mas pouco se fala das implicações sobre o psiquismo do sujeito velho(a), de atravessar o processo de envelhecimento e suas implicações, em uma sociedade que pouco discute, observa ou valoriza o “velho”.

Após um longo período de trabalho atendendo pessoas com Alzheimer e suas famílias em um ambulatório de um hospital universitário, Goldfarb (1998) constatou que a grande maioria dos casos de demência (assim denominados pela própria autora) surgiam após um episódio depressivo ou uma perda muito significativa na vida do velho(a). Para ela, os esquecimentos mnemônicos característicos do Alzheimer e que muitas das vezes não estavam associados a nenhuma evidência de comprometimento neuronal, surgiam como uma tentativa de defesa contra um trabalho de luto que não consegue se concretizar, pela falta de objetos de investimento libidinal substitutos àquele que foi perdido. Aqui, é de se pensar sobre as influências que a cultura e o trabalho de escuta qualificada podem exercer sobre esse quadro.

A passagem para a velhice, assim como a transição para qualquer outra fase da vida, é permeada por desafios, ganhos e perdas, conseqüentes ao processo natural de amadurecimento e fortemente influenciadas por concepções históricas, culturais e sociais nas quais nos encontramos mergulhados. Em muitas culturas, a chegada da velhice é marcada por rituais de passagem que associam aos mais velhos ideais como as de sabedoria, experiência e respeito ao conhecimento acumulado por aquele que já viveu muitos anos e situações na vida.

Entretanto, em uma cultura em que o velho(a) é comumente associado à inatividade, incentivado à reclusão e muitas vezes relegado ao isolamento social, ficam cada vez mais indisponíveis objetos para investimento libidinal e conseqüente elaboração dos lutos sofridos, sejam estes (lutos) frutos do processo de envelhecimento ou de situações vivenciadas anteriormente e que agora encontram o momento de ecoarem na memória. O velho, muitas das vezes, tem poucas atividades de estímulo disponíveis, opções limitadas de lazer e passeio, relações cada vez mais restritas, quando não limitadas às dos seus familiares e pode, ainda, sofrer de prejuízos em sua autonomia, quando colocado em um lugar de quem perde a capacidade de se reger (ainda que, muitas das vezes, esteja em total condição de fazê-lo) e a partir de onde suas vontades deixam de encontrar eco.

Nesse sentido, e conforme apontado por Goldfarb (1998), um trabalho de escuta qualificada pode ajudar o sujeito a articular os seus desejos e encontrar na reminiscência uma nomeação para estes. Situando-o na realidade, pode colaborar na manutenção do ego, dando sustentação à sua identidade e aliviando-o de uma possível angústia existencial, frente ao confronto inevitável com a finitude da vida. Por meio da escuta e do estímulo à reminiscência, também seria possível encontrar os momentos que demandaram a necessidade de esquecimento e os trabalhar, podendo assim, manejar as manifestações depressivas e demenciais originadas.

Entretanto, faz-se urgente que nossa sociedade reestruture seus olhares, conceitos e cuidados para com o velho(a), visando abranger uma visão cada vez mais integral desse período, se atentando em ouvir e acolher as necessidades que partem deles, buscando novas maneiras de atender a suas demandas e procurando promover uma visão mais positiva e que agregue valor àqueles que nos deixaram todo esse mundo de herança.

3 Conclusões

Nosso estudo partiu do genuíno interesse em investigar o que se tem produzido, no campo da psicologia, em relação ao Alzheimer, um fenômeno de crescente debate na atualidade e que, mesmo assim, pouco aparece nas produções mais recentes na área mencionada.

Para a realização do trabalho, nos utilizamos de um levantamento bibliográfico, que nos permitiu ter uma visão generalista, tanto quantitativa quanto qualitativa dessas produções e, por meio do instrumental da análise institucional do discurso, foi possível identificar recorrências que revelaram práticas institucionais muitas das vezes despercebidas por aqueles que as praticam.

Por meio das análises, foi possível perceber que a psicologia ainda toma de empréstimo terminologias, conceitos (discursos, portanto) de outras áreas, principalmente a médica, que é tomada como a referência do tratamento tradicional e cuja efetividade é tampouco questionada ou analisada.

Há uma ausência, nesses estudos, de intervenções que se proponham ao trabalho psicoterapêutico com as pessoas com Alzheimer e pouca ênfase sobre seus aspectos subjetivos, apagados, entretanto, pelos correlatos cognitivos e até mesmo neurais desses processos.

A partir disso, é dada uma ênfase em intervenções que visem o treinamento de funções mentais e a prolongação da independência/autonomia da pessoa com Alzheimer, com ênfase na reabilitação cognitiva que, no entanto, se limita a promover melhorias em alguns aspectos específicos (como a qualidade de vida, realização de atividades diárias e memória).

Outro aspecto observado em todos os trabalhos, foi que o enfoque da intervenção psicológica acaba, hora ou outra, por recair sobre os familiares e cuidadores, em vez de sobre a pessoa com Alzheimer.

É possível que essa tendência estaria vinculada a um discurso presente em nossa sociedade e cultura, de desvalorização do envelhecimento e falta de interesse pelo universo no velho(a), ou a ideia de que este perde a capacidade de autogovernar-se e que, portanto, precisa que terceiros intermedeiem suas necessidades.

Dessa forma, os resultados do nosso estudo apontam para a necessidade de mais produções, no campo da psicologia, em relação ao Alzheimer e a construção de propostas de trabalho que possam abranger, de maneira mais integral, os aspectos subjetivos desses sujeitos. Junto com isso, é preciso também, maior empenho na construção de uma conceituação mais própria em termos do campo a respeito do tema.

Pensando no atravessamento que a temática do Alzheimer tem com o envelhecimento humano, em conjunto com a produção de conhecimentos, é importante que se busque trazer ao debate os conceitos relativos ao velho(a), que ainda vigoram em nossa sociedade e cultura, buscando desconstruí-los e analisá-los criticamente, compreendendo os impactos que esses discursos exercem sobre as práticas e conceitos que se tecem nos campos profissionais em relação aos velhos.

Referências

- Altman, M. (2011). O envelhecimento à luz da psicanálise. *Jornal de Psicanálise*, 44(80), pp. 193-206.
- Association, A. P. (2014). Em *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed.
- Barros, N., & Queiróz, E. (2009). Do corpo à subjetividade: um olhar psicanalítico sobre a doença de Alzheimer. *Revista Kairós: Gerontologia*, 12(5). Fonte: <https://revistas.pucsp.br/kairos/article/view/2667>
- Brotti, B. d., & Vendrametto, D. C. (jan./jun. de 2020). Psicologia e alzheimer: contribuições do psicólogo no tratamento de idosos. *Terra & Cultura: cadernos de ensino e pesquisa*, 36(70), 111-116.
- Brotti, B. D., Vendrametto, D. C., Silva, F. A., Assunção, H. H., & Santos, M. M. (2020). CONTRIBUIÇÕES DO PSICÓLOGO NO TRATAMENTO DE IDOSOS. *Revista Terra & Cultura*, 36(70), 112-116.
- Campos, C. C. (Julho de 2016). Dimensões implicadas na prevenção e no tratamento da demência: a percepção dos psicólogos. Porto.
- Costa, C. (2015). A cultura do selfie e a desmaterialização da imagem. 3º Seminário de comunicação, cultura e sociedade do espetáculo, São Paulo, SP, Brasil.
- Cardoso, S., & Neto, O. D. (2016). Considerações sobre a repetição da linguagem no idoso com Alzheimer: uma perspectiva psicanalítica. *Subjetividades*, 16(13), 59-69.
- Carvalho, P. D., Magalhães, C. M., & Pedroso, J. D. (2016). Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 334-339.
- Corrêa, L., Caparrol, A. J., Martins, G., Pavarini, S. C., & Gratão, A. C. (2020). Efeitos da música nas expressões corporais e faciais e nos sintomas psicológicos e comportamentais de idosos. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*, 28(2), 539-553. doi:10.4322/2526-8910.ctoao1889
- Dainez, E. C. (2017). Reabilitação neuropsicológica e terapia cognitivo-comportamental aplicadas a paciente com doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 146-154.
- Falcão, D. V., & Bucher-Maluschke, J. S. (2009). CUIDAR DE FAMILIARES IDOSOS COM A DOENÇA DE ALZHEIMER: UMA REFLEXÃO SOBRE ASPECTOS PSICOSSOCIAIS. *Psicologia em Estudo*, 14(4), 777-786.
- Flores, L. P. (jan. - jun. de 2015). O envelhecimento da população brasileira. *Redeca PUC-SP*, 2(1), 86-100. doi:10.23925/2446-9513.2015v2i1p86-100
- Fronza, J. L., & Pillatt, A. P. (dez de 2018). Tratamentos psicológicos para idosos com doença de alzheimer: uma revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(3), 1-12. doi:10.15309/18psd190323
- Galvão, L. F. (2011). Que(m) nomeia a deficiência? (Tese de doutorado). *Universidade de São Paulo*. São Paulo, SP, Brasil. doi:10.11606/T.47.2011.tde-30112011-111315
- Gil, A. C. (2010). Como classificar as pesquisas. Em A. C. Gil, *Como Elaborar Projetos de Pesquisa* (4ª ed., pp. 41-60). São Paulo : Atlas.

- Goldfarb, D. C. (2004). *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo : Casa do Psicólogo.
- Goldfarb, D. C. (2004). *Demências*. São Paulo : Casa do Psicólogo.
- Gonçalves, M. J. (2019). Como fazer um projeto de pesquisa de um artigo de revisão de literatura. *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, 2(5), pp. 02-28. Fonte: <http://www.revistajrg.com/index.php/jrg/article/view/62>
- Guirado, M. (2009). *A análise institucional do discurso como analítica da subjetividade*. [Tese para obtenção do título de Livre-Docente, Universidade de São Paulo]. <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/livredocencia/47/tde-24082009-094342/pt-br.php>
- Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E. (dezembro de 2019). Alterações da personalidade na demência: Uma revisão. *Análise Psicológica*, 37(4), pp. 417-430. Fonte: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-82312019000400001&lang=pt
- Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E. (dezembro de 2019). Alterações da personalidade na demência: Uma revisão. *Análise Psicológica*, 37(4), 417-430. doi:10.14417/ap.1472
- Huang, J. (15 de nov de 2020). Fonte: MDS Manuals: <https://www.msmanuals.com/pt-br/profissional/dist%C3%BArbios-neuro%C3%B3gicos/delirium-e-dem%C3%Aancia/dem%C3%Aancia?query=demencia>
- Konflanz, F., Costa, K. d., & Mendes, T. (2016). A NEUROPSICOLOGIA DO ENVELHECER: AS “FALTAS” E “FALHAS” DO CÉREBRO E DO PROCESSO COGNITIVO QUE PODEM SURTIR NA VELHICE. *Psicologia PT: o portal dos psicólogos*, 1-6.
- Lima, J. S. (2006). Envelhecimento, demência e doença de Alzheimer: o que a psicologia tem a ver com isso? *Revista de Ciências Humanas*, n. 40, 469-489.
- Mattos, E. B., & Kovacs, M. J. (2020). Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares. *Psicologia USP*, 31, 1-11.
- Mendes, K. D., Silveira, R. C., & Galvão, C. M. (2008). REVISÃO INTEGRATIVA: MÉTODO DE PESQUISA PARA A INCORPORAÇÃO DE EVIDÊNCIAS NA SAÚDE E NA ENFERMAGEM. 17(4), pp. 758-764.
- Moniz-Cook, E. (2006). Cognitive stimulation and dementia. *Aging & mental health*, 10(3), 207-210.
- Neumann, S. M., & Dias, C. M. (2013). Doença de Alzheimer: o que muda na vida do familiar cuidador? *Revista Psicologia e Saúde*, 5(1), 10-17.
- Oliveira, D. E., Esteves, G. M., Toral, B. d., Bocado, B. C., Adriano, H. H., Pedrosa, J. S., & Pereira, T. F. (2021). Possíveis aportes da Psicologia para o Tratamento da Doença de Alzheimer. *Journal of Research in Humanities and Social Sciences*, 8, pp. 16-24.
- Peralva, A. (1997). O jovem como modelo cultural. *Revista Brasileira de Educação*, n. 5, pp.15-24.
- Pugliese, A. (out. de 2010). Comunicação: reflexões sobre a mídia e a linguagem. *I Encontro de História da Mídia da Região Norte*. Palmas, TO, Brasil: UFTO. Fonte: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/57929614/Comunicacao_reflexoes_sobre_a_midia_e_a_linguagem.pdf?1544019711=&response-content-

disposition=inline%3B+filename%3DAlcar_Associacao_Brasileira_de_Pesquisad.pdf
&Expires=1605298559&Signature=SORFRcQAGyLwQicf9V

- Ribeiro, P. C. (2015). A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. *Revista Institucional de Psicologia*, 8(2), 269-283.
- Sá, C. C., Silva, D. F., Bigongiari, A., & Machado-Lima, A. (agosto de 2019). Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(3), pp. 153-160. doi:10.1590/0047-2085000000241
- Santos, Á. d., Santos, V. d., Albino, A., Silveira, R. E., & Nardelli, G. G. (2019). Sobre a Psicanálise e o Envelhecimento: Focalizando a Produção Científica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 35, 1-6. doi:10.1590/0102.3772e35423
- Santos, C. S., Bessa, T. A., & Xavier, A. J. (2020). Fatores associados à demência em idosos. *Temas Livres*, 25(2), 603-611.
- Saúde, M. d. (2009). *Ministério da Saúde*. Fonte: Estatuto do Idoso: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf
- Sem Autoria. (16 de nov. de 2020). *March*. Fonte: Envelhecimento da População: Novo Perfil Demográfico: <https://www.marsh.com/br/insights/research/envelhecimento-da-populacao--novo-perfil-demografico.html#:~:text=O%20Instituto%20Brasileiro%20de%20Geografia,idade%20superior%20a%2080%20anos>.
- Silva, L. B., & Sousa, M. F. (2018). OS TRANSTORNOS NEUROPSICOLÓGICOS E COGNITIVOS DA DOENÇA DE ALZHEIMER: A PSICOTERAPIA E A REABILITAÇÃO NEUROPSICOLÓGICA COMO TRATAMENTOS ALTERNATIVOS. *Pretextos*, 467-484.
- Silva, P. N., Lima, R. K., & Silva, C. P. (2020). Reabilitação Cognitiva em Pacientes com a Doença de Alzheimer: Revisão Sistemática. *Revista Multidisciplinar de Psicologia*, 14(50), 1043-1059.
- Sousa, L. M., Marques-Vieira, C. M., Severino, S. S., & Antunes, A. V. (2017). A METODOLOGIA DE REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA EM ENFERMAGEM. *Investigação em Enfermagem*, 21, pp. 17-26. Fonte: <https://www.sinaisvitalis.pt/images/stories/Rie/RIE21.pdf#page=17>
- Tucherman, I. A juventude como valor contemporâneo: Forever young. (2004). *Logos* 21: Comunicação e religiosidades. 11(21), pp. 134-150.
- Viaro, R. V., & Valore, L. A. (2011). Método, análise e verdade em Psicologia: sobre uma análise institucional do discurso. *Psicologia ciência profissão*, 31(4). doi:<https://doi.org/10.1590/S1414-98932011000400005>

APÊNDICE

Este Apêndice contém a análise individual de cada um dos cinco artigos com que trabalhamos, bem como as Tabelas que produzimos, ao longo da pesquisa.

Quanto à análise, ela se apoiou nos princípios do método da análise institucional do discurso, como já vimos no texto principal, na seção sobre o Método. Cada artigo recebeu uma nomenclatura geral, que é composta por ART e seguida de uma numeração sequencial (01, 02...). Para a realização das análises, separamos os artigos em parágrafos e cada trecho recebeu uma numeração sequencial, que vem indicada logo após a nomenclatura do artigo.

Considerando a extensão do material, caso fosse apresentado aqui, na íntegra, optamos pela identificação de cada artigo segundo a nomenclatura com a qual o relacionamos; e esta, por sua vez, foi associada a um link para o texto na íntegra, disponível na internet.

1. Análise [ART01](#)⁴

O presente segmento discursivo se trata de uma revisão narrativa que levantou em bases eletrônicas da literatura (Medline, Pubmed, Scielo e Lilacs), trabalhos que abordassem os efeitos dos tratamentos psicológicos em pessoas com Alzheimer, entre 2011 e 2016. A partir dos trabalhos encontrados, sete se enquadraram nos critérios de inclusão e a leitura e tabulação de seus resultados levou os autores a concluir que os *tratamentos psicológicos* possibilitaram melhorias nos âmbitos do bem-estar, da capacidade cognitiva e de *aspectos neuropsiquiátricos*, mesmo que aplicados em uma baixa frequência semanal.

A partir do título do trabalho (*Tratamentos Psicológicos para idosos com doença de Alzheimer: uma revisão narrativa*) algumas enunciações importantes se fazem: a-) o Alzheimer é tomado como uma doença; b-) está pressuposta existência de tratamentos psicológicos ao Alzheimer e aqui, se existem os *tratamentos*, pode-se pensar na existência também de uma demanda; c-) já que há um tratamento no âmbito psicológico para tal, entende-se que o Alzheimer envolve questões psicológicas e que estas não estão bem, estão “doente”, já que requerem *tratamento*.

⁴ Fronza, J. L., & Pillatt, A. P. (dez de 2018). Tratamentos psicológicos para idosos com doença de alzheimer: uma revisão narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19 (3), 1-12. doi:10.15309/18psd190323

Há um enfoque nos supostos aspectos psicológicos atravessados pelo Alzheimer, talvez como maneira de justificar o tema. Estes, por sua vez, são assumidos por denominações diversas e distintas em significado (*sintomas neuropsiquiátricos; sintomas comportamentais e psicológicos; alterações psicopatológicas*) e convém analisarmos uma a uma.

De acordo com o dicionário Michaelis (2022), *neuropsiquiátrico* é aquilo pertencente a neuropsiquiatria, que por sua vez é um campo de estudo do ramo médico, que conjuga elementos da neurologia com os da psiquiatria. O presente discurso pretende analisar o efeito de tratamentos *psicológicos* sobre *sintomas neuropsiquiátricos*, colocando no mesmo plano a atuação e a terminologia de dois campos distintos do conhecimento.

A utilização da expressão *sintomas comportamentais e psicológicos*, nos chama a atenção por colocar comportamento e psicologia em planos distintos.

Por fim, a expressão *alterações psicopatológicas* posiciona a sintomatologia sugerida pelos autores dentro do campo da psicopatologia, ou seja, ficam sugeridas implicações na saúde mental do idoso.

Considerando estimativas divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2015), uma criança nascida no Brasil, no ano de 2015, tem uma perspectiva de viver 20 anos mais do que uma que nasceria 50 anos antes. E este não é um privilégio do povo brasileiro, visto que tal mudança tem sido sentida mundialmente, em decorrência da combinação de quedas nas taxas de fertilidade e aumento da expectativa de vida (OMS, 2015). Para esta entidade, o fenômeno do envelhecimento populacional ao mesmo passo que pede olhares urgentes também se configura como recurso valioso ao ampliar oportunidades às pessoas, contudo, tal amplitude gerada pela longevidade se encontra suscetível a um fator determinante: a saúde.
[ART01 - 01]

Como as maneiras de se iniciar um discurso desempenham um papel importante nas enunciações seguintes, é de se pensar sobre os motivos que levam os autores a destacarem inicialmente o envelhecimento populacional como tema. A partir disso, pode-se pensar que o discurso relaciona o envelhecimento ao tema proposto pelo título: *idosos com doença de Alzheimer*. Aqui, esse fenômeno é apresentado como tendo dois lados, ideia marcada pela locução conjuntiva *ao passo que*, o que dá a ideia de pontos contrapostos entre si. Dentro disso, o ponto adverso, apresentado em seguida à locução, seria a necessidade de *olhares urgentes* ao envelhecimento, o que pode nos levar a pensar que há alguma coisa no envelhecimento que requer atenção urgente, embora o discurso não explicita o quê ou por que

em um primeiro momento. Já o ponto não adverso seria o de *ampliar oportunidades às pessoas*, oportunidades as quais não ficam esclarecidas, mas que transmitem a ideia de um aspecto positivo (do envelhecimento), por meio do substantivo *oportunidades*. Aqui, no entanto, a conjunção adversativa *contudo* nos adverte de que uma condição será apresentada: para que o envelhecimento possa ser caracterizado como um *recurso valioso* que *amplia oportunidades*, deve estar condicionado à saúde, caso contrário, demandará os *olhares urgentes*. Assim, pode-se depreender que o discurso terá como ponto central, a contraposição entre o envelhecimento saudável e o não saudável, sendo, este último, o ponto adversativo apresentado anteriormente, já que tendo em vista a expressividade do envelhecimento populacional atual, é necessário dar destaque às implicações que isso tem.

Embora o processo de envelhecimento possa ser vivenciado de forma natural e positiva, o conseqüente declínio das reservas fisiológicas do indivíduo traz consigo o aumento do risco de contrair diversas doenças, à medida que está associado a diversas alterações estruturais e funcionais nos principais sistemas fisiológicos (Moraes, 2012). Sobre este aspecto, Mendes (2011) explica que há uma correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica e, dessa forma, o envelhecimento populacional leva ao incremento das condições crônicas de saúde. [ART01- 02]

No trecho discursivo seguinte, expressa por meio da conjunção adversativa *embora*, essa contraposição está dita: Se o envelhecimento pode, por um lado, *ser vivenciado de forma natural, positiva* e portanto, como dito anteriormente, ser um *recurso valioso* por estar condicionado à saúde (ou seja, ser um envelhecimento saudável), por outro lado, deve-se pensar de que envelhecimento *traz consigo o aumento do risco de contrair diversas doenças e o incremento das condições crônicas de saúde*, podendo não ser saudável, e portanto, não trazer *oportunidades às pessoas*. Aqui, o discurso se vale da reprodução do discurso de outros autores (Moraes, 2012; Mendes, 2011), para fortalecer uma argumentação que de certa forma associa o envelhecimento ao declínio nas condições de saúde, naturalizando essa relação a partir de um argumento biológico (*conseqüente declínio das reservas fisiológicas*) e um estatístico (*correlação direta entre os processos de transição demográfica e epidemiológica*). Assim, é de se pensar, que se o *risco de contrair diversas doenças* é colocado como inerente às *diversas alterações estruturais e funcionais* da velhice, as possibilidades de envelhecer de forma *natural e positiva* são mais remotas e a isso se destina a necessidade de *olhares urgentes* inicialmente apresentada. A partir disso, pode-se perceber que o discurso não se

desenvolve em relação à saúde do idoso, que é posta apenas como uma possibilidade, mas da falta dela, naturalizada na reprodução dos discursos de outros dois autores, um odontologista e um médico.

Como parte integrante do quadro das patologias crônicas está a Doença de Alzheimer (DA). Segundo a Alzheimer's Association (2016), mais de cinco milhões de americanos já apresentam a doença, que é a forma mais comum de demência, representando de 60 a 80% dos casos. [ART01 - 03]

A partir do momento em que se estabelece uma relação entre a velhice e as *condições crônicas de saúde*, o discurso destaca o Alzheimer e o situa no campo das *patologias crônicas*. O uso de tal terminologia nos chama a atenção, por ser a *patologia* um ramo do conhecimento dedicado ao estudo das doenças, o que mais uma vez sugere a colocação do Alzheimer como uma doença. Aqui, outro aspecto é acrescentado, trata-se de não só de uma doença, mas que é também *crônica*, ou seja, que perdura, que se prolonga e pode sugerir-se irreversível.

Por se tratar de uma doença crônica neurodegenerativa que resulta em perda progressiva da capacidade funcional e declínio gradual de autonomia e independência (Nunes, Falcão, Cachioni & Forlenza, 2012) é imprescindível dizer que a DA provoca um grande abalo médico, social e econômico para as famílias e para a sociedade. Para o indivíduo acometido, a doença resultará principalmente, além do citado, em deterioração cognitiva e de memória, comprometimento em atividades neuropsiquiátricas (Forstmeier, Maercker, Savaskan & Roth, 2015) e sintomas comportamentais e psicológicos que podem incluir ansiedade, depressão, apatia, desinibição, irritabilidade, delírios e alucinações (Cerejeira, Lagarto & Mukaetova-Ladinska, 2012). Em seus estudos, os autores supracitados apontam que aproximadamente 90% dos sujeitos com demência são acometidos por estes sintomas. [ART01 -04]

Essa necessidade se torna ainda maior à medida que os prejuízos provocados pela DA se refletem em sobrecarga ao cuidador ou aos familiares (Cerejeira et al., 2012). Para Storti, Quintino, Silva, Kusumota e Marques (2016), as alterações psicopatológicas que surgem na DA podem levar sofrimento à pessoa afetada e morbidades aos cuidadores e suas famílias, influenciando, inclusive, no aumento dos gastos com os cuidados de saúde. [ART01-05]

Assim que é feito o recorte temático do discurso, busca-se nos trechos seguintes definir o Alzheimer, que é colocado como a) doença *crônica* b) *neurodegenerativa*, ambas

características de quadros patológicos progressivos (*perda progressiva, declínio gradual*). Após esse enunciado, é interessante notar que a definição do Alzheimer se dá em termos dos seus sintomas e não do fenômeno em si. Aqui, cabe-nos pensar os modos de produção de saber que fazem essa definição do fenômeno, que se assemelha mais com o discurso de outras áreas do saber, que da psicologia.

Outro ponto a se destacar, é a ênfase inicial dada aos aspectos da *perda da (...) capacidade funcional (...) autonomia e independência*, tendo, esses dois últimos termos, sentidos bastante semelhantes, se analisados semanticamente. Isso porque como se vê, de acordo com o dicionário Michaelis (2020), enquanto autonomia seria a “capacidade de autogovernar-se, dirigir-se por suas próprias leis ou vontade própria, soberania”; a independência seria a posse desta: “estado, condição ou característica daquele que goza de autonomia”. Se há uma perda de *independência*, uma posterior dependência a algo ou alguém se pressupõe, nos fazendo pensar que se o discurso chama a atenção para a impossibilidade de autogestão, implicará em pensar sobre a quem ela se decai. Essa pergunta é respondida nos excertos seguintes, pois o Alzheimer: *provoca um grande abalo médico, social e econômico para as famílias e para a sociedade*.

Com isso, podemos analisar que aqui, o enfoque do discurso não se dá sobre a vivência da pessoa com Alzheimer, mas ao fato de que suas *perdas* recaem sobre *as famílias e a sociedade*.

É interessante notar que para falar sobre a pessoa com Alzheimer um novo período frasal se inicia (*Para o indivíduo acometido*). Com isso, os impactos apontados sobre a pessoa com Alzheimer ficam marcadamente separados e diferenciados daqueles causados à *sociedade* e à *família*, o que pode sugerir que a maneira como a doença afeta o paciente e àqueles a sua volta é diferente. Já sobre a pessoa com Alzheimer, em que *a doença resultará* é definido em termos de sintomas (*e sintomas comportamentais e psicológicos*), na progressão da doença (*deterioração cognitiva e de memória [...] comprometimento em atividades neuropsiquiátricas*) e novamente, no que isso implica para outrem (*os prejuízos provocados pela DA se refletem em sobrecarga ao cuidador ou aos familiares [...] podem levar a morbidades aos cuidadores e suas famílias, influenciando, inclusive, no aumento dos gastos com os cuidados de saúde*). Com isso, o discurso presente aqui, sobre o Alzheimer, a-) assume um caráter descritivo e patológico, nos fazendo pensar a qual epistemologia esse modo de produção de saber se assemelha; b-) a pessoa com Alzheimer é sobreposta pelos aspectos da patologia e/ou pelos efeitos gerados sobre terceiros.

Nesse sentido, considerando o exposto acima e ponderando que os sintomas neuropsiquiátricos estão entre os principais motivos para institucionalização, uso de medicamentos, aumento dos gastos com o cuidado e o peso que eles implicam para a família (Chaves et al., 2011) e ainda que a medicação geralmente usada para tratar pacientes com DA não apresenta efeito claro sobre o humor (Almeida et al., 2014) é importante investigar a respeito de tratamentos não-farmacológicos que visem a redução de tais sintomas. Tendo isso em vista, o objetivo deste trabalho foi identificar os efeitos dos tratamentos psicológicos para idosos com DA. [ART01 - 06]

Esse discurso aparece de forma ainda mais marcante no trecho analítico seguinte, o último a integrar a introdução do trabalho analisado. Aqui, a necessidade de investigar *tratamentos não-farmacológicos* (no qual inclui-se a psicologia) que visem a redução de tais sintomas não é relacionada às necessidades da pessoa com Alzheimer (que não aparece nesse trecho discursivo), mas às necessidades (*peso*) geradas pelos *sintomas neuropsiquiátricos* à família. Isso porque esse conjunto de sintomas leva à *institucionalização, uso de medicamentos, aumento dos gastos com o cuidado e o peso que eles implicam para a família*. Nesse trecho, o uso do termo *peso* nos chama a atenção, por nos remeter a ideia de algo que é um fardo, pesado.

A partir disso, se propõe investigar os efeitos dos tratamentos psicológicos, situando-os como *tratamentos não-farmacológicos*, o que nos faz pensar que por sua vez, existem tratamentos-farmacológicos e que estes estariam fora do escopo de atuação da psicologia.

A investigação pelos tratamentos *não-farmacológicos* (onde lide-se psicológicos) visaria suprir uma lacuna deixada pelo tratamento farmacológico (*medicação*): a de não apresentar *efeito claro sobre o humor*. Isso nos transmite duas ideias: a-) os *tratamentos não-farmacológicos* entrariam como coadjuvantes aos medicamentosos, suprimindo os espaços não “clarificados” por estes; b-) fica subentendido aqui que o campo de atuação do *tratamento psicológico*, seriam por fim, sobre as alterações de humor do Alzheimer;

Finalizada a introdução, partimos para uma análise discursiva dos resultados.

Os resultados desta pesquisa mostram que os tratamentos psicológicos de idosos com DA podem contribuir para melhorias em aspectos do bem-estar, como a qualidade de vida, a autoestima, o humor, a tomada de decisão e o conhecimento pessoal; aspectos cognitivos, como memória autobiográfica, conhecimento semântico,

atenção, funções executivas, memória episódica verbal, habilidades de linguagem e capacidade cognitiva geral; e alguns aspectos que envolvem sintomas neuropsiquiátricos, como ansiedade e depressão.[ART01-07]

Aqui, o discurso já se inicia apresentando os resultados encontrados. Vale destacar que embora os *tratamentos psicológicos* sejam enunciados com frequência, não há uma explicação sobre a que se referem, ou a quais técnicas psicológicas abarcam, o que pode nos levar a pensar que está pressuposto que os leitores já tenham conhecimento do que se trata.

A partir disso pode-se ver que o discurso apresenta intervenções focadas, em maior parte, no controle de sintomas que na vivência dos pacientes com Alzheimer (*intervenção [...] para ansiedade; curso [...] de memória; treinamento cognitivo autobiográfico; treinamento de memória autobiográfica; treino de funções cognitivas; estimulação léxico-semântica; sintomas neuropsiquiátricos*) retomando o discurso inicial que sobrepõe a pessoa com Alzheimer pelas implicações da *doença*.

Com isso, o discurso deixa subentendido que os *tratamentos psicológicos*, e que, portanto, as intervenções da psicologia junto ao Alzheimer, focam nos aspectos sintomáticos e cognitivos.

Além disso, na discussão dos resultados, é recorrente o discurso de enfoque nas necessidades dos cuidadores do idoso com Alzheimer, o que nos leva a pensar sobre os motivos que levam a essa recorrência.

Um auxílio para que pessoas com DA em fase inicial e seus familiares possam gerenciar melhor os efeitos da doença em suas vidas. [ART01-15]

Contudo, ainda que aqueles que prestam cuidados à pessoa com DA estejam muito suscetíveis a doenças psiquiátricas e físicas (Heinrich et al., 2014), é imprescindível destacar a importância dos cuidados aos próprios idosos demenciados, visto que a melhora de sua qualidade de vida e bem-estar pode afetar também o bem-estar de seus cuidadores (National Collaborating Centre for Mental Health, 2007). [ART01-16]

A criação de estratégias que possibilitem tais resultados oferecem melhores condições de saúde não só aos idosos com DA como a seus familiares e/ou cuidadores [ART01-17]

Aqui, mesmo buscando argumentar contra essa tendência de enfoque nos cuidadores, o discurso justifica a importância de estudos envolvendo idosos com Alzheimer visto que podem *afetar também o bem-estar de seus cuidadores*. Com isso, pode ficar implícita a ideia

de que somente a produção de resultados sobre a saúde e o bem-estar do idoso com Alzheimer não é suficiente e cabe-nos pensar sobre os motivos implicados nesse não-dito.

Os resultados desta pesquisa mostram que os tratamentos psicológicos de idosos com DA podem contribuir para melhorias em aspectos do bem-estar (...) [ART01-07]

(...) oferecendo, desta forma, um auxílio para que pessoas com DA em fase inicial e seus familiares possam gerenciar melhor os efeitos da doença em suas vidas. [ART01-18]

Assim, no que tange ao tratamento psicológico, é imprescindível que seja estabelecido em fases iniciais da doença, visto que a deterioração cognitiva trazida pelo avanço da mesma inviabiliza resultados de intervenções nessa área. (...) intervenções não farmacológicas para os sintomas psicológicos e comportamentais da demência, em estágio leve a moderado, são tidas como tratamento de primeira escolha. Para o tratamento de sintomas do estágio grave são recomendadas abordagens farmacêuticas. [ART01-19]

Para Lalanne, Gallarda e Piolino (2014), à medida que problemas clínicos são detectados, o mais cedo possível, e que se oferece resposta imediata aos mesmos, pode-se alcançar desde recuperação até fortalecimento das capacidades neuropsicológicas do indivíduo. Para os autores estudados, tratamentos focados na capacidade cognitiva e no humor de idosos com DA leve a moderada trazem benefícios que propiciam ganhos em termos de qualidade de vida [ART01-20]

O número de participantes deprimidos diminuiu no GI. Alcançar a aceitação de sua doença e com isso renovar a esperança. As sessões duraram 75 minutos e ocorreram uma vez por semana. GC: receberam tratamento como de costume durante o período do ensaio. [ART01-20]

Outro aspecto observado nesse discurso, é o recorrente apontamento de uma atuação limitada às fases *inicial* e *moderada* do Alzheimer. Assim, pode-se pensar, que se há a necessidade de que *problemas clínicos* sejam detectados *o mais cedo possível* e intervenções de *resposta imediata aos mesmos* sejam dadas, isso coloca a atuação psicológica mais próxima do âmbito preventivo do Alzheimer do que do âmbito curativo. Já no *estágio grave*, não parece haver contribuições possíveis por parte da psicologia, *visto que a deterioração cognitiva trazida pelo avanço da mesma inviabiliza resultados de intervenções nessa área*, e, para tanto, *são recomendadas abordagens farmacêuticas*. Isso reforça a ideia apresentada anteriormente pelo discurso, que coloca a posição das intervenções psicológicas como

coadjuvantes às medicamentosas (farmacológicas), o que fica sugerido pelo uso constante de verbos sinônimos à contribuição (*contribuir para melhorias; oferecendo dessa forma um auxílio; propiciam ganhos*) e definição do tratamento farmacológico como (o) *de costume*. A partir disso podemos perceber que nesse discurso, o tratamento psicológico assume um papel de coadjuvante ao medicamentoso, tomado como o tradicional.

2. Análise [ART02]⁵

CONSIDERAÇÕES SOBRE A REPETIÇÃO DA LINGUAGEM NO IDOSO COM ALZHEIMER: UMA PERSPECTIVA PSICANALÍTICA [ART02-TIT]

O presente excerto trata, segundo o discurso dos próprios autores, de um artigo que busca analisar um recorte específico do Alzheimer – um suposto fenômeno de repetição de linguagem presente naqueles que eles denominam pacientes com Alzheimer – sob o alceire da abordagem psicanalítica e em conjunção com as neurociências. Para apresentarem suas conclusões, os autores, que são dois profissionais do campo da psicologia, se valem de um levantamento bibliográfico seguido da leitura dos trabalhos encontrados.

Se nos atentarmos ao título do trabalho (Considerações sobre a repetição da linguagem no idoso com Alzheimer: uma perspectiva psicanalítica) algumas ideias já se expressam. Por considerações (consideração, no singular) entendemos que estão sendo apresentadas algumas ideias, observações ou conclusões feitas (pensem na frase: “vou fazer algumas considerações”). Essas observações são feitas em referência a um fenômeno (o da repetição da linguagem) e sob uma leitura específica (uma perspectiva psicanalítica). Se são feitas considerações, entendemos que alguma coisa que se dá é observada e considerada. Por sua vez, se essas considerações são sobre um fenômeno, também fica subentendido que há (existe por certo) um fenômeno de repetição de linguagem e que é possível vê-lo sob o referencial da psicanálise. Aqui, a perspectiva deixa de ser dos autores que assumem o lugar de uma instituição: a perspectiva apresentada é da psicanálise. Esse recorte metodológico tem destaque na frase pelo recurso da dupla pontuação, nos fazendo perceber que para o presente discurso, é de especial importância a apresentação da perspectiva psicanalítica (nos resta pensar quem e para quem a faz). Já o Alzheimer, é delineado como um fenômeno ligado a um grupo específico da população – o idoso, em última instância, situando-o como ocorrência no campo da velhice.

O artigo propõe articular o fenômeno da repetição, em uma perspectiva psicanalítica, ao discurso repetitivo característico dos pacientes com doença de Alzheimer (DA), considerando os correlatos neurocognitivos desse processo.
[ART02- RES1].

⁵ Cardoso, S., & Neto, O. D. (2016). Considerações sobre a repetição da linguagem no idoso com Alzheimer: uma perspectiva psicanalítica. *Subjetividades*, 16(13), 59-69.

No primeiro período do resumo, há um afastamento dos autores das ideias apresentadas a partir de uma personificação do artigo, que assume dois verbos: o artigo faz uma proposta (propõe) de articulação (articular). Por tornar o substantivo (artigo) em sujeito (aquele que assume uma ação, um verbo), tornam, assim, o texto em uma entidade. A partir dessa disposição, o texto parece assumir maior proximidade com o gênero discursivo do ensaio, que de artigo, já que estes primeiros expõem ideias, enquanto os segundo, exploram relações.

Desde o início, é dada como existente uma possibilidade de leitura psicanalítica do fenômeno de interesse dos autores (sob referencial da psicanálise, campo de estudo que se aproxima, mas não é propriamente psicologia). Também já é subentendida a existência de um discurso repetitivo, que não somente existe, mas é também característico no Alzheimer, ou seja, se este lhe é distinto, faz parte de sua definição ou composição, é uma de suas características e, portanto, não estariam separados o Alzheimer e o discurso repetitivo. Aqui, uma vinculação discursiva se apresenta: a definição das pessoas com Alzheimer como pacientes com uma doença de Alzheimer.

Trata-se de um estudo teórico exploratório. Metodologicamente, realizou-se uma busca de artigos nas bases de dados PsycINFO (APA), SciELO e PePSIC com os seguintes descritores: Alzheimer e Psicanálise; Alzheimer e Psicodinâmica; Alzheimer e repetição à compulsão; e também em inglês (Alzheimer and psychoanalysis; Alzheimer and psychodynamic; e Alzheimer and repetition compulsion). [ART02- RES2]

Encontrou-se apenas sete artigos que se aproximaram do tema deste trabalho dentro dos critérios de inclusão: artigos disponibilizados na íntegra e gratuitamente na base de dados, e artigos escritos nos idiomas português ou inglês. [ART02- RES3]

Não foram encontrados artigos em português. [ART02- RES4]

Foram ainda consultadas obras consagradas da Psicanálise, especialmente da corrente teórica freudiana. [ART02- RES5].

Nos trechos que se seguem, a metodologia do trabalho proposto é apresentada. Esta, embora se assemelhe a uma revisão bibliográfica, amplamente empregada no gênero

discursivo de artigos científicos, não se trata por fim de uma revisão da literatura, já que os resultados buscaram apenas dar valia à articulação já previamente proposta pelos autores (a de que há uma leitura psicanalítica possível a um fenômeno de repetição de linguagem dado como característica do Alzheimer). Trata-se na verdade, de um estudo teórico exploratório, ou seja, um aprofundamento (estudo) que busca explorar alguma coisa (que não é especificada) no campo da teoria (que semanticamente parece se distanciar da “prática”). É de se destacar que na descrição dessa metodologia, não se apresenta uma pergunta de pesquisa e que não são utilizados verbos que caracterizem essa busca. Aqui, também é importante apontar que a metodologia destacada desde o título, a psicanálise, tampouco se utiliza dos mesmos métodos de pesquisa que os propostos modelo científico, como os aqui apresentados. Outro ponto que nos chama a atenção, é a escolha pela língua inglesa, tendo em vista que a maior parte das obras da corrente freudiana, como supostamente consideradas pelo autor, são em língua alemã.

Com isso, é de se pensar, se os autores não buscam, com a tentativa de apropriação dessa formatação, uma tentativa de conferir credibilidade científica às suas considerações. Essa recorrência ser observada adiante, a partir da utilização da expressão obras consagradas, que conferem um valor de prestígio (aquilo que é consagrado, é aclamado) aos trabalhos (obras) dos quais estes se valeram para embasarem suas propostas, constituindo um recurso apelativo afim de conferir credibilidade.

Uma interlocução entre a Psicanálise e as Neurociências é proposta, a fim de considerar a relação que o sujeito estabelece com sua doença, sem com isso negligenciar os aspectos fisiológicos e cognitivos caros ao processo de demenciação na DA. [ART02- RES6]

Como parte da metodologia, um adendo é proposto: além da utilização de artigos e obras consagradas da psicanálise, propõe-se ademais uma interlocução com outra área do conhecimento, as neurociências. Essa interlocução é feita com o intuito (a fim de) de considerar (ou melhor, não negligenciar) os aspectos fisiológicos e cognitivos da DA, ou seja, aqui o discurso sugere que pode haver uma negligência desses aspectos (fisiológicos e cognitivos) e que por algum motivo, seria importante considerá-los na análise proposta. Pela posição ocupada pelos termos no período (primeiramente Psicanálise e depois e as Neurociências) o discurso parece sugerir que essa negligência ocorra na Psicanálise, embora, por outro lado, esta possa considerar a relação que o sujeito (termo amplamente utilizado na

psicanálise) estabelece com sua doença (termo menos comum na área), relação esta que de aparenta ser considerada pelos autores em sua proposta, já que aparece citada.

Nesse trecho, se expressa uma vinculação discursiva que coloca o Alzheimer (DA) como uma demenciação progressiva (processo). É de se pensar, se essa vinculação pertence às neurociências, escopo evocado para trazer o apontamento dos aspectos fisiológicos e cognitivos, ou se a outro campo implícito no discurso, que dê destaque a esses aspectos, justificando a necessidade de seus apontamentos.

Mais adiante, a necessidade de invocar tais aspectos aparece na forma de um adjetivo que atribui valor – o fato de serem *caros* os aspectos fisiológicos e cognitivos ao processo. É recorrente aqui, como no primeiro período do texto (onde o artigo faz uma proposta), a personificação de um juízo de valor, atribuído a um processo, que assume o lugar de quem coloca os aspectos como caros. É de se pensar, se a utilização desse recurso não serve como substituição a um agente implícito nesse discurso, sujeito a quem servem verdadeiramente os verbos atribuídos.

Entende-se que o discurso repetitivo do idoso pode servir-lhe como uma tentativa de manutenção da identidade subjetiva ao longo do tempo. Impõe-se o desafio da sustentação de uma escuta que favoreça a preservação do sujeito demenciado nas funções socializante e libertadora da linguagem. [ART02- RES7]

Os trechos seguintes trazem as conclusões dos autores, que se iniciam marcadas pela conjugação pronominal entende-se, apontando para o alcance de uma concordância, que por sua neutralidade sugere unanimidade. O discurso repetitivo, antes associado especificamente ao idoso com Alzheimer, se liga agora ao idoso (também sem o Alzheimer), e o serve, posicionando-o como sujeito passivo da frase (e do discurso). A expressão de que essa repetitividade seria uma tentativa de manutenção, transmite a ideia de que de alguma forma a identidade subjetiva do idoso está em jogo e requer meios para se manter, ou seja, deixa dada a possibilidade de que esta, ao longo do tempo, se perca. Para que essa perda não ocorra, resta, ao(s) profissional(is), a desafiante alternativa da sustentação de uma escuta (qualificada, profissional) que favoreça as funções da linguagem, uma socializante, a outra, libertadora, sem que, no entanto, se esclareça a que essa liberdade se refere (a quem e para quem).

A restrição de estudos específicos sobre o fenômeno da repetição vinculada à discussão psicanalítica sobre o envelhecimento humano foi uma limitação para este

estudo. Aponta-se a necessidade de elaborações teóricas mais profundas, ancoradas em ensaios clínicos mais amplos acerca do tema. [ART02- RES8]

Por fim, é citada pelos autores a ausência de trabalhos, porém nos chama a atenção que se busque por trabalhos no recorte específico a que os próprios autores se dedicam propor. Nos atentarmos aos modos como um discurso se inicia, é especialmente importante, pois estes são decisivos na definição dos rumos que ele tomará em seu desenvolvimento.

Aqui, nos chama a atenção alguns aspectos de como o discurso se inicia.

Comumente, a introdução de um trabalho é um momento em que se esclarecem os termos, as definições e as perspectivas que serão trabalhadas em seu desenvolvimento, a fim de situar o leitor no conteúdo apresentado.

Entretanto, o presente fragmento não se inicia pela definição do Alzheimer, mas pela apresentação e definição dos seus sintomas, nomeados como *manifestações neuropsiquiátricas*, por estas constituírem um desafio à *equipe multidisciplinar* implicada. Aqui, pelo enfoque nos efeitos que os sintomas do Alzheimer têm sobre a equipe (*desafiante manejo*), fica expressa uma tendência do discurso em focalizar como a experiência do Alzheimer se dá sobre terceiros, e não sobre a pessoa com Alzheimer. Esse discurso se repete mais adiante, quando a descrição dos sintomas não leva em consideração os efeitos causados ao paciente, mas o fato de exercerem *expressiva sobrecarga emocional dos familiares e/ou cuidadores*.

Uma hipótese a ser pensada é de que os autores considerem que o assunto abordado (o Alzheimer) já seja do conhecimento de seus leitores, dispensando a necessidade de maiores definições. Por serem psicólogos, podemos pensar, aqui, que procuram se dirigir a outros psicólogos, que supostamente já tenham algum domínio sobre o tema.

Nos chama a atenção a escolha pelo adjetivo *desafiante* para caracterizar o *manejo* do Alzheimer. Nesse trecho, há um pressuposto de que o Alzheimer suponha um *trabalho* e demande um *manejo* por parte de uma *equipe* que é *multidisciplinar*, transmitindo a ideia de um trabalho a ser realizado em diversas áreas, e provavelmente, a julgar pela denominação *pacientes*, envolvendo diferentes profissionais da saúde. Aqui, um fator é interposto a esse trabalho – as *manifestações neuropsiquiátricas da demência* o tornariam desafiante. Por sua vez, essas *manifestações neuropsiquiátricas*, termo comumente utilizado pela área da neuropsiquiatria, um campo médico de estudo, são colocadas como sinônimos, isto é, no mesmo plano de *sintomas* nos níveis *comportamentais e psicológicos*. Estes sintomas, por sua

vez separados pela conjunção “e”, nos remetem a ideia de que nesse discurso, “comportamento” e “psicologia” são colocados em planos distintos.

Presentes em cerca de 90% dos quadros demenciais, os BPSD se correlacionam com o prognóstico desfavorável da doença, o alto risco da perda da funcionalidade, a expressiva sobrecarga emocional dos familiares e/ou cuidadores e com o aumento da incidência de institucionalização (Moraes & Moraes, 2010). [ART02 -03]

Na DA, os principais BPSD demonstram ser: apatia, disforia, irritabilidade, agitação/agressividade, ansiedade, alterações do sono e a depressão, segundo estudos de Hwang et al. (2004) e de Geda et al. (2004), apresentados em conferência clínica por Caramelli e Bottino (2007). Além dessas expressões clínicas, os comportamentos repetitivos estão entre os mais comuns e onerosos BPSD na DA e em outras síndromes demenciais (Cullen et al., 2005). Apesar desse dado, poucos são os estudos que se debruçam especificamente sobre o fenômeno da repetição nas demências buscando compreender suas causas e correlatos [ART02-04].

Além de desafiantes, o discurso aponta que as *manifestações neuropsiquiátricas* do Alzheimer seriam também *desfavoráveis*, não somente ao *paciente*, já que representariam um *prognóstico* negativo, mas também aos *familiares e/ou cuidadores*, por levarem à *sobrecarga emocional*. Com o realce de tais aspectos percebe-se que no presente discurso o Alzheimer carrega consigo uma conotação predominantemente focada nas perdas e aspectos negativos: seu manejo é desafiante à equipe de trabalho, seus sintomas são *desfavoráveis* ao paciente e causam *sobrecarga* à família. Esse aspecto é reforçado nos trechos que se seguem, em que as *expressões clínicas* do Alzheimer são definidas também como *onerosos*, adjetivo que segundo o dicionário Michaelis (2022): “impõe, envolve ou se sujeita à ônus, obrigações, impostos; que acarreta despesas e gastos, caro, custoso, dispendioso; que é opressor, molesto, vexatório, penoso” e que nos faz pensar que há aqui, uma atribuição de valor que se desvincula da neutralidade prezada pelo discurso científico.

No trecho [ART02-04], mais uma vez, a listagem das *expressões clínicas na DA* aparece como parte da conceituação do Alzheimer, reiterando o enfoque em sua definição por meio da apresentação de suas manifestações *sintomatológicas*. Nesse excerto, nos chama a atenção a disposição em que se configura o texto, com a enumeração de sintomas em lista e utilizando-se de uma terminologia técnica do campo da patologia.

Apesar desse dado, poucos são os estudos que se debruçam especificamente sobre o fenômeno da repetição nas demências buscando compreender suas causas e correlatos. Tal restrição também se observa no campo da psicanálise e a clínica do envelhecimento ainda constitui tema de poucas produções. O silêncio em torno da velhice e a não diferenciação dessa clínica na psicanálise constitui herança do próprio Freud (1932/1976) ao sinalizar que na velhice as defesas estariam por

demais acirradas e não haveria tempo suficiente para operação de mudanças ou retificações subjetivas [ART02-05].

Nos trechos seguintes, o discurso chama a atenção para a o fato de que *poucos são os estudos (...) no campo da psicanálise*, envolvendo a velhice. Isso pode nos levar a pensar que a pouca quantidade de trabalhos na área se deveria a uma limitação própria do campo. A partir disso, é de se pensar se a apropriação da linguagem de discursos de outros campos conforme observada, não se deva por essa falta de enfoque na velhice, naturalizada nesse discurso, por possíveis limites teóricos de *herança do próprio Freud*.

Nas demências, o que parece ocorrer, pela aceleração abrupta dos comprometimentos cognitivos e dos lutos impossíveis que os sucedem, é o progressivo desmoronamento do eu, compelido ao sofrimento não metabolizável ou não elaborável da própria finitude (Goldfarb, 2004). O presente artigo busca a articulação do fenômeno da repetição, na perspectiva da Psicanálise, ao discurso repetitivo encontrado nos pacientes com DA, propondo refletir sobre a possível interlocução entre a Psicanálise e as Neurociências e considerar os conflitos psíquicos que podem estar atrelados às perdas cognitivas do idoso [ART02-06].

Na prática clínica, usualmente encontra-se no discurso dos familiares o correlato entre o aparecimento dos sintomas e a vivência de um trauma (morte ou distanciamento de entes queridos, catástrofes ambientais ou de grande repercussão social, perda de recursos financeiros). Porém, o que ocorre é que tais eventos servem como marcadores para o início da percepção, pelos familiares e cuidadores, dos declínios cognitivos que provavelmente já eram antes apresentados pelo idoso, talvez de uma forma mais discreta (Grand et al., 2011) [ART02-07].

Apesar dessa possível limitação, o discurso reproduz uma interpretação do Alzheimer como consequência de um *desmoronamento do eu* advindo da dificuldade de elaboração *da própria finitude*, que na velhice estaria iminente, tendo em vista a possibilidade de morte natural decorrente da idade. Aqui, sugere que as *perdas cognitivas do idoso* poderiam então estar atreladas a *conflitos psíquicos*, sendo, estes últimos, explorados pela visão da psicanálise. Embasando esse ponto de vista, se valem do trabalho de outros autores, que abordam o Alzheimer de maneira multidisciplinar, segundo os quais o surgimento dos primeiros sintomas de Alzheimer usualmente ocorre após *a vivência de um trauma (morte ou distanciamento de entes queridos, catástrofes ambientais ou de grande repercussão social, perda de recursos financeiros)*.

Posteriormente, sejam os tratamentos não-farmacológicos utilizados unicamente, seja em combinação com métodos farmacoterapêuticos, é importante considerar que o seu objetivo principal é a melhoria da

qualidade de vida das pessoas com demência, mesmo sendo a eficácia clínica das terapias não farmacológicas ainda questionadas e avaliadas. Dentre os tratamentos não farmacológicos para a DA, as principais terapias são as de base cognitiva, com estratégias de atendimento que visam “incrementar ou melhorar a capacidade do indivíduo para processar e usar a informação, assim como permitir o funcionamento adequado da vida cotidiana” (Moraes, 2008, p. 366). Outros tratamentos não farmacológicos para a DA seriam as terapias psicossociais (individuais ou de grupo) e as atividades físicas (Grand et al., 2011) [ART02-08].

O tratamento da DA é essencialmente multidisciplinar, pois mesmo sendo as demandas, por sua natureza, médicas, tais como as alterações neurofisiológicas, elas podem vir acompanhadas por outros sinais e sintomas, exigindo a intervenção e/ou a reabilitação com outros profissionais da área da saúde. Tendo como foco, neste trabalho, as vicissitudes subjetivas relacionadas ao discurso repetitivo do idoso com DA, torna-se imprescindível tomar os aspectos neurocognitivos atrelados ao fenômeno da repetição, considerando que a proposta dessa complexa interlocução entre os saberes médico e psicanalítico possa contribuir para um entendimento mais integrativo e menos dicotômico do tema [ART02-09].

Apesar de apresentar uma possível interpretação psicanalítica ao fenômeno do Alzheimer, não fica claro por meio do discurso como essa abordagem poderia intervir sobre esses idosos, já que mostra que as opções de tratamentos mais utilizadas ainda seriam de *base cognitiva*, não enfocando os lutos ou o desmoronamento do self previamente apresentados, mas sim *o funcionamento adequado da vida cotidiana*, visando *a melhoria da qualidade de vida das pessoas com demência*. Mesmo buscando avaliar o Alzheimer sob uma perspectiva psicológica, salienta que a eficácia das terapias não medicamentosas no manejo do Alzheimer ainda são *questionadas e avaliadas*, o que nos faz pensar, que por outro lado, que o uso de terapias medicamentosas não é, sendo, portanto, um tratamento já consolidado. Aqui, o discurso coloca o tratamento do Alzheimer no campo das ciências médicas pela *natureza* de suas manifestações, deixando subentendido ser possível a esse campo (e não aos demais) intervir sobre as *alterações neurofisiológicas*. Já os demais campos de conhecimento, *outros profissionais da área da saúde*, parecem ser colocados por esse discurso como complementares a essa abordagem, intervindo sobre *outros sinais e sintomas* do quadro.

O intenso abalo sobre o psiquismo, especialmente nas fases moderada e avançada da DA, provocado pelo trauma de sucessivas perdas neuronais, não permite o trabalho elaborativo sobre o que é dito e (re) vivido, tal como acontece por meio do laço transferencial. [ART02-10].

Entretanto, a hipótese vislumbrada neste artigo é a de que, mesmo estando tolhidos em várias das suas capacidades cognitivas, funcionais e produtivas,

os pacientes com DA não se tornam completamente desapropriados em sua subjetividade [ART02-11].

Em primeiro lugar, os profissionais de saúde precisam estar aptos a identificar as principais referências familiares para o cuidado e cercá-las de conhecimento acerca da DA e sua evolução. Tal medida pode auxiliar a família na aceitação da doença e na reconstrução do significado de ter um membro familiar com uma doença neurodegenerativa, o que traz repercussões profundas na dinâmica familiar em vários âmbitos: afetivo, financeiro e de trocas de papéis. A inserção do psicólogo na equipe multidisciplinar é importante nesse trabalho de escuta com a família, acolhendo os afetos ambivalentes que permeiam o cuidado (raiva, esperança pela cura, cansaço físico e sobrecarga emocional, culpa, desesperança, compaixão). O cuidado ao cuidador é imprescindível, pois dele dependerá a escuta adequada e acolhedora do idoso com DA no cotidiano de cuidados [ART02-12].

Mesmo diante da possibilidade de uma intervenção não medicamentosa e no entendimento, nesse discurso, de que pessoas com Alzheimer não estariam *desapropriados em sua subjetividade*, nos chama a atenção o fato de o discurso focar um trabalho psicológico apenas com familiares e cuidadores. Aqui, parece haver, no próprio discurso, uma dificuldade de apresentar as possibilidades do trabalho psicanalítico com o idoso, já que o quadro demencial *não permite o trabalho elaborativo sobre o que é dito*. Isso porque parece haver a ideia, no discurso, da necessidade da manutenção da memória como pré-requisito para a existência da subjetividade, daí a necessidade de *intervenções de estímulo à memória (...)* como estratégias para a manutenção da sua subjetividade.

Nos estágios iniciais da DA, o idoso pode ainda apresentar vigor físico e boa capacidade para manter uma conversa social (Coelho & Alvim, 2004). Desde os anos iniciais da doença, intervenções de estímulo à memória, respeitando as preferências do idoso, já se apresentam como estratégias para a manutenção da sua subjetividade e da sua participação interpessoal por meio da reminiscência elaborativa [ART02-13].

Por fim, nesse discurso, o trabalho de *reminiscência elaborativa* surge como estratégia de intervenção possível de ser utilizada pelo psicólogo, porém restrita aos *estágios iniciais da DA* pela imposição dos limites da linguagem que se constituem no quadro.

3. Análise [ART03]⁶

Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura. [Artigo3-TIT]

O terceiro excerto analisado se trata de um artigo que buscou avaliar os efeitos – o grau de melhoria e o grau de manutenção – de um tipo de intervenção psicológica – a reabilitação cognitiva – sobre um aspecto de *pacientes com doença de Alzheimer*, o desempenho de atividades de vida diária. O trabalho foi produzido por dois profissionais da psicologia, um nutricionista e um fisioterapeuta e para chegarem às suas conclusões, se valeram de um levantamento bibliográfico e posterior leitura de artigos.

O título do presente trabalho já traz pressuposta a existência de uma eficácia da reabilitação cognitiva, no sentido de trazer melhorias e a manutenção das atividades de vida diária em pessoas com Alzheimer. A partir disso, é possível pensar que de alguma forma essas atividades diárias são afetadas ao Alzheimer, que coloca em jogo sua manutenção e se faz apresentar uma necessidade de aperfeiçoamento (melhoria). Aqui, o texto também demonstra uma vinculação discursiva que toma o Alzheimer enquanto *doença* e aqueles que o tem, como *pacientes*.

Objetivo: Avaliar a eficácia da reabilitação cognitiva em pacientes com a doença de Alzheimer em estágio leve a moderado por meio de uma revisão sistemática. [ART03-RES1].

Métodos: O levantamento de artigos se deu pelas bases de dados MEDLINE (acessado via PubMed), EMBASE e LILACS, seguindo a Colaboração Cochrane e a recomendação PRISMA, por meio dos critérios de elegibilidade: ensaios clínicos randomizados e que apresentaram o uso da reabilitação cognitiva como intervenção não farmacológica em pacientes com a doença de Alzheimer em estágio leve a moderado, devendo haver pelo menos um grupo de intervenção e um grupo de comparação. [ART03-RES2]

Nos trechos seguintes, mais uma característica do Alzheimer se apresenta – o entendimento de que este é uma *doença* prosequiva, já que apresenta *estágios* que parecem variar em grau de intensidade – do *leve, moderado*, em diante. Aqui, a partir do objetivo de avaliar a eficácia da reabilitação cognitiva especificamente em casos de Alzheimer *leve a moderado*, o

⁶ Sá, C. C., Silva, D. F., Bigongiari, A., & Machado-Lima, A. (agosto de 2019). Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 68(3), pp. 153-160.

discurso deixa pressuposto os limites de atuação dessa proposta de intervenção aos estágios iniciais da *doença*, sendo que estes (limites) não aparecem como pergunta de pesquisa, mas como dado pré-estabelecido.

Outro aspecto se destaca no(s) método(s), que define, por fim, a reabilitação cognitiva como proposta de *intervenção não farmacológica*, ou seja, uma abordagem de trabalho com o Alzheimer que não se vale do uso de medicamentos. A partir disso, fica pressuposta a ideia de que o Alzheimer requer algum tipo de *intervenção*. Estas, por sua vez, se dividem em pelo menos dois tipos, já que a existência daquelas que não utilizam remédios em sua forma de trabalho (não-farmacológicas) supõem a existência de um tipo de intervenção onde esse uso exista (as farmacológicas).

Se levarmos em consideração de que a abordagem farmacológica é um tipo de intervenção típica do meio médico, cuja prescrição de medicamentos é prática autorizada, isso nos leva a pensar que as *não-farmacológicas* abrangeriam as formas de trabalho de demais campos de atuação, onde inclui-se, também, a psicologia.

A partir disso, se tomarmos a reabilitação cognitiva como instrumento de intervenção psicológica, e, portanto, realizável por psicólogos, situa-se o escopo de atuação da psicologia com o Alzheimer no campo dos casos leves e moderados.

Resultados: *Foram selecionados seis ensaios clínicos randomizados para a realização desta revisão. Em todos os estudos analisados, foi observada melhora no desempenho dos pacientes nos instrumentos de avaliação, principalmente no que diz respeito à realização de atividades da vida diária.* [ART03-RES3]

Conclusão: *A reabilitação cognitiva é capaz de prolongar a independência do paciente na realização de atividades da vida diária e de gerar alterações funcionais e estruturais.* [ART03-RES4]

Como consequência da constatação de poucos trabalhos que atingiram os critérios de elegibilidade, também se constatou a necessidade de se realizarem mais estudos controlados e com maior controle de aplicação, considerando o alto risco de viés nos estudos utilizados. [ART03-RES5]

Nas conclusões, os autores trazem dois efeitos da reabilitação cognitiva observados em estudo: melhoras em relação à realização de atividades da vida diária e a possibilidade *prolongar a independência do paciente*, o que sugere que a duração desta estaria em jogo.

Isso coloca escopo de atuação da reabilitação em aspectos específicos da *doença*, como a manutenção de atividades de vida dessas pessoas, que em última instância, têm relação com o desempenho de tarefas no dia a dia, e, portanto, relativas à autonomia do *paciente*.

O presente fragmento discursivo trata-se de uma revisão bibliográfica da literatura, que buscou investigar os efeitos da reabilitação cognitiva em pacientes com Alzheimer. Para isso, realizou-se uma busca em bases eletrônicas de dados, de ensaios clínicos randomizados envolvendo a aplicação da reabilitação cognitiva em pacientes com Alzheimer. A partir disso, foram encontrados seis ensaios, cujos resultados mostraram melhorias no desempenho em testes e nas atividades diárias dos pacientes que passaram pela reabilitação cognitiva.

Entre os tipos de demência existentes, a doença de Alzheimer é atualmente a mais comum, representando cerca de 60% a 70% dos casos de demência no mundo. A doença é caracterizada, principalmente, pela deterioração gradativa de funções cognitivas, com fases que evoluem em conformidade com a área cerebral afetada, estendendo-se também às funções motoras e com evolução variável. Em âmbito fisiopatológico, a doença de Alzheimer está relacionada com a presença de placas extracelulares, as quais se consistem em um depósito da proteína β -amilóide e de emaranhados neurofibrilares que resultam da hiperfosforilação anormal da proteína tau. Tais emaranhados conduzem, gradativamente, à morte neuronal. Mesmo sendo incurável, existem tratamentos farmacológicos e não farmacológicos que visam aliviar os sintomas e retardar o avanço da doença de Alzheimer. O tratamento não farmacológico deve ser pensado em âmbito multidisciplinar, visando à compensação das áreas cerebrais afetadas, bem como à estimulação biopsicossocial do paciente e de seus familiares. A escolha da terapia deve estar de acordo, principalmente, com a atual condição do paciente e com suas preferências individuais [ART03-01].

O trabalho se inicia trazendo números estatísticos sobre a incidência do Alzheimer, possivelmente como maneira de demonstrar a relevância do assunto. Em seguida, para conceituar esse fenômeno, inicia com a descrição de seus efeitos, todos dados a nível neural (*A doença é caracterizada, principalmente, pela deterioração gradativa de funções cognitivas, com fases que evoluem em conformidade com a área cerebral afetada, estendendo-se também às funções motoras e com evolução variável*) e somente em terceiro lugar, uma possível causa para o fenômeno é apresentada, definida em termos de patologia e fisiopatologia (*Em âmbito fisiopatológico, a doença de Alzheimer está relacionada com a presença de placas extracelulares, as quais se consistem em um depósito da proteína β -amilóide e de emaranhados neurofibrilares que resultam da hiperfosforilação anormal da proteína tau.*). É de se pensar, a partir disso, sobre os motivos que levaram a escolha por essa abordagem patológica do fenômeno e se essa seria condizente com os objetivos do trabalho, tendo em vista que a reabilitação cognitiva não atinge os níveis microscópicos da matéria apresentados na definição, como os *emaranhados neurofibrilares* do cérebro humano.

Após essa apresentação, o Alzheimer é, nesse discurso, situado não somente como uma doença a nível cortical [...] *que evoluem em conformidade com a área cerebral afetada...*, mas também como doença caracterizada por ser *incurável*. A partir dessa definição, fica entendido ao leitor, que ao se pensar sobre Alzheimer, deve-se levar em conta que a possibilidade de cura inexistente... então, o que poderia ser feito por esses pacientes? Essa questão é esclarecida seguidamente, em que outra possibilidade (que não a cura) é apresentada aos tratamentos farmacológicos ou não-farmacológicos: *aliviar os sintomas e retardar o avanço da doença*. Para os tratamentos não-farmacológicos, outras ações restariam: *a compensação de áreas cerebrais afetadas* e *a estimulação biopsicossocial*, sendo que esta última não se limita à pessoa com Alzheimer, mas envolve também *seus familiares*, deixando subentendido o envolvimento, de alguma forma, dos familiares de pessoas com Alzheimer no quadro. Ainda nesse trecho, um ponto que nos chama a atenção é a categorização dos tratamentos em dois grupos, divididos entre aqueles que utilizam fármacos (*farmacológicos*) e aqueles não (*não-farmacológicos*), o que pode nos contar um pouco sobre as formas de produção desse discurso, em que a aplicação de medicamentos é um critério de inclusão ou exclusão e, portanto, de destaque. Um ponto que explicita essa divisão é que, embora ambas as categorias visem *aliviar e retardar o avanço da doença*, as que são não-farmacológicas precisam ser pensadas com uma maneira *multidisciplinar*, ao passo em que a maneira de se dirigir dos tratamentos *farmacológicos* não é especificada, possivelmente por ser dada como subentendida.

Entre os tratamentos não farmacológicos, há a reabilitação neuropsicológica, que visa à melhora do aproveitamento de habilidades cognitivas ainda preservadas, bem como reabilitar as que estão em declínio, envolvendo o paciente e todos que convivem com ele. Já a reabilitação cognitiva, subcategoria da reabilitação neuropsicológica, é caracterizada como um tipo de intervenção que ocorre no contexto real do paciente, visando estimular funções cognitivas por meio de exercícios que reproduzam situações do cotidiano, com a utilização de estratégias compensatórias para proporcionar um melhor aproveitamento de funções ainda preservadas [ART03- 02].

Após introduzir a divisão categórica dos tratamentos, o discurso apresenta a *reabilitação neuropsicológica* como situada no grupo dos *tratamentos não farmacológicos*. Esta, por sua vez, poderia ser uma intervenção que apresentaria dois efeitos possíveis sobre as *habilidades cognitivas*: o *aproveitamento* daquelas que ainda estejam *preservadas*, e das que estão em declínio, a *reabilitação* (*reabilitar as que estão em declínio*). Como as *habilidades* já

comprometidas não são citadas, subentende-se que sobre estas a reabilitação cognitiva provavelmente não tenha efeitos, o que a situa em um plano de prevenção e manutenção cognitiva. Em seguida, o discurso apresenta a conceituação de *reabilitação cognitiva* como uma subcategoria desta, ou seja, inserida na *reabilitação neuropsicológica*, e que teria como característica diferencial, o uso de *exercícios que reproduzem situações do cotidiano* para um *aproveitamento de funções [cognitivas] ainda preservadas*. A partir disso, podemos perceber que nesse discurso, a atuação da psicologia aparece ligada à preservação e ao exercício de capacidades cognitivas que ainda não estejam severamente comprometidas, o que tem ligação com a abordagem conceitual esse discurso faz do fenômeno, conectando a manifestação de sintomas ao comprometimento de regiões cerebrais e, portanto, das atividades cerebrais, ou seja, cognitivas.

A seguir (Quadro 2), serão apresentados os seis ensaios clínicos selecionados para a realização desta revisão, incluindo os resultados observados nos grupos intervenção após o uso da reabilitação cognitiva como método interventivo em pacientes com a doença de Alzheimer em estágio leve a moderado. Dos seis estudos analisados, três realizaram a ministração de inibidores da acetilcolinesterase nos grupos controle e de intervenção [ART03- 03].

Com relação às intervenções aplicadas nos participantes alocados no grupo intervenção, cabe salientar que, na maioria dos estudos selecionados, o programa de reabilitação cognitiva foi composto por atividades orientadas às metas individuais de cada paciente. Entre as estratégias e atividades utilizadas, pode-se citar a aprendizagem sem erro, recuperação espaçada, mnemônicos verbais e visuais, treino para o aprendizado ou reaprendizado de atividades da vida diária, gerenciamento de estresse, bem como a utilização de estratégias compensatórias, por meio do uso de calendários e diários [ART03- 04].

Dessa forma, pode-se intuir que a combinação entre o tratamento farmacológico e o não farmacológico pode promover uma maximização dos benefícios ao paciente e, conseqüentemente, viabilizar uma maior lentificação em relação ao avanço da doença [ART03- 05].

Dentro disso, as estratégias de trabalho psicológico mais utilizadas foram *aprendizagem sem erro, recuperação espaçada, mnemônicos verbais e visuais, treino para o aprendizado ou reaprendizado de atividades da vida diária, gerenciamento de estresse, bem como a utilização de estratégias compensatórias*. Como se pode observar, essas intervenções são, em sua maioria, exercícios para aprimoramento da memória e treinos para a realização de atividades diárias, não sendo apresentada nenhuma proposta de trabalho psicoterapêutico centrada nas elaborações subjetivas do idoso. A utilização dessa proposta interventiva pode

encontrar o seu sentido lógico quando se coloca como objetivo associado ao trabalho psicológico o de *lentificação em relação ao avanço da doença*, o que transmite a ideia de inevitabilidade em relação ao agravamento do quadro e que, portanto, justificaria um enfoque em treinamentos funcionais.

Outro ponto a se destacar é que em metade dos trabalhos explorados por esse estudo (*dos seis estudos analisados, três*), o uso de medicamentos *inibidores da acetilcolinesterase* foi utilizado tanto nos grupos controle, quanto nos grupos de intervenção de pessoas com Alzheimer, sendo os efeitos da *reabilitação cognitiva* avaliados como um diferencial a um tratamento já estabelecido - o medicamentoso. Isso pode nos mostrar uma tendência já antes observada de os discursos posicionarem os tratamentos psicológicos ao Alzheimer como coadjuvantes aos medicamentosos, que são tomados como estratégia de tratamento tradicional.

Levando em consideração o tamanho da amostra do estudo de Amieva et al., juntamente com os resultados observados em seu estudo e no de Clare et al., nota-se um forte indício de que a reabilitação cognitiva em formato individual e orientado para as metas do paciente é eficaz para a promoção de melhoras funcionais, além de se mostrar como uma forma de engajar o paciente em seu tratamento, visto que ele terá maior participação e consciência do processo de intervenção como um todo [ART03- 05].

No entanto, ainda nesse estudo, foi observada melhora significativa no reaprendizado de atividades instrumentais da vida diária, indicando a associação da reabilitação cognitiva a prováveis benefícios ao paciente com doença de Alzheimer, principalmente no que se refere à prolongação de sua independência na realização de atividades da vida diária [ART03- 06].

A maneira de avaliar a eficácia das intervenções em pessoas com Alzheimer é outro ponto de destaque, tendo em vista que esse fator é analisado, na maioria dos casos, em relação a *melhoras funcionais* e acertos em testes de memória. Assim, vemos que na maioria dos estudos apresentados a experiência da pessoa com Alzheimer não é tomada sob o ponto de vista subjetivo, mas funcional, enfocados na *prolongação de sua independência na realização de atividades da vida diária*. Aqui, é de se pensar sobre os motivos que levaram o método a focar nesses âmbitos de avaliação e as maneiras de pensar que constituíram esse aspecto do discurso.

4. Análise [ART04]⁷

O presente trecho analítico se trata de um artigo científico que descreve um processo de intervenção com idosos com Alzheimer, durante o período de um ano, utilizando duas técnicas psicológicas: a terapia cognitivo-comportamental (TCC) e a reabilitação neuropsicológica (RN). Cada técnica foi aplicada continuamente durante seis meses cada e os idosos foram avaliados com uma bateria de testes nos momentos anteriores e posteriores às intervenções. Como resultados, observou-se que foram obtidos melhores escores nos testes aplicados após as intervenções, o que levou à conclusão de que a TCC e a RN podem ter efeitos benéficos sobre a cognição, o humor e a realização de tarefas das pessoas com Alzheimer.

Há um consenso, entre os profissionais que reabilitam pacientes com doença de Alzheimer (DA), que idosos sem atividades cognitivas, ocupacionais, físicas e de lazer perdem mais rapidamente algumas de suas capacidades intelectuais e funcionais. Dentro desse foco, a reabilitação neuropsicológica (RN) tem a finalidade de proporcionar ao indivíduo com DA o seu ótimo funcionamento cognitivo, psíquico, físico e social, por meio de técnicas que possibilitam estímulos diversos e reorganize a vida do paciente (Ávila, 2004; Ávila & Miotto, 2003; Clare, 2003) [ART04 - 01].

Das psicoterapias empregadas, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) está sendo utilizada cada vez mais na reabilitação de indivíduos com desordens cognitivas (Wilson, 2003). Isto ocorre devido à sessão de terapia da TCC ser estruturada e atuar especificamente sobre as funções executivas e a emoção. Ademais, a TCC pode ajudar o idoso com demência e seu familiar a se organizarem no dia-a-dia, fornecendo instrumentos para as dificuldades apresentadas – [ART04-02].

O discurso se inicia apontando para um suposto *consenso* entre profissionais que trabalham com pessoas com *doença de Alzheimer (DA)* - como denominada - de que idosos *sem atividades* nos níveis cognitivo, ocupacional e físico sofreriam *mais rapidamente* uma perda em suas capacidades *intelectuais e funcionais*. Todavia, não há nenhuma referência

⁷ Dainez, E. C. (2017). Reabilitação neuropsicológica e terapia cognitivo-comportamental aplicadas a paciente com doença de Alzheimer. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 146-154.

bibliográfica que aponte a origem ou a comprovação desse *consenso*, o que nos leva a pensar que o discurso o coloca como um pressuposto. Outro aspecto apontado no início do discurso, é a denominação do Alzheimer enquanto *doença de Alzheimer (DA)* que acarreta, como apontado em subsequência, na perda de *capacidades intelectuais e funcionais*, que podem acontecer mais ou menos *rapidamente*, a depender da quantidade de estímulos a que o idoso é submetido, o que coloca a estimulação como fator determinante no progresso ou retardamento do quadro. Aqui, nos chama a atenção a caracterização do idoso sem estimulação, como idoso *sem atividades*, o que pode nos levar a pensar que nesse discurso a capacidade pessoa com Alzheimer é ligada a ideia de inatividade se não condicionada por um outro que o estimule e sua vida definida como desorganizada, já que é necessária uma intervenção que *reorganize a vida do paciente*. Mais adiante, é atribuído à *reabilitação neuropsicológica (RN)* o papel de ser um conjunto de técnicas *que possibilitam estímulos diversos*, o que pode nos levar a pensar que se o psicólogo é o profissional que realiza a reabilitação neuropsicológica, o papel atribuído a ele é o de promover a estimulação e a organização da vida da pessoa com Alzheimer.

Nos trechos seguintes, podemos observar que embora sejam abordados conceitos como *doença de Alzheimer (DA)*, *terapia cognitivo-comportamental (TCC)* e *a reabilitação neuropsicológica*, estes não são conceituados ou explicados no decorrer da introdução. Entretanto, se por um lado a concepção dos conceitos não é apresentada, a aplicação destes é salientada (*finalidade de proporcionar ao indivíduo [...] ótimo funcionamento cognitivo, psíquico, físico e social, por meio de técnicas que possibilitam estímulos diversos e reorganize a vida do paciente [...] ajudar o idoso com demência e seu familiar a se organizarem no dia-a-dia, fornecendo instrumentos para as dificuldades apresentadas*), o que pode deixar subentendido que nesse discurso espera-se que leitores conheçam sobre o que se tratam esses conceitos.

Ao tratar *das psicoterapias empregadas* em pessoas com Alzheimer, aqui caracterizado como parte de *desordens cognitivas*, a *terapia cognitivo-comportamental (TCC)* é colocada em destaque por estar sendo *utilizada cada vez mais*, supostamente por apresentar duas características que a diferenciam dos demais tipos de psicoterapias: o fato de ser *estruturada*; e por ter um foco específico (*especificamente*) nas *funções executivas e a emoção*, o que deixa subentendido que os demais tipos de psicoterapia não os são.

Desse modo, para atender a demanda de paciente com DA, as sessões de RN e de TCC são organizadas de modo que o paciente, o familiar/cuidador e o psicoterapeuta trabalhem como uma equipe de tratamento, identificando juntos os principais problemas, traçando metas, para, assim, resolver ou

contornar as dificuldades provocadas pelos prejuízos cognitivos, funcionais e emocionais do idoso [ART04 - 03].

Quanto aos trabalhos realizados por meio da RN e de TCC, são apresentados como sendo grupais, compostos por *paciente, o familiar/cuidador e o psicoterapeuta*, onde se busca resolver ou contornar as dificuldades provocadas pelos prejuízos cognitivos, funcionais e emocionais do idoso. Nos chama a atenção a necessidade da inclusão dos familiares como parte da *equipe de tratamento*, o que pode ser um indicador de que a demanda não parte exclusivamente da pessoa com Alzheimer ou também de que esse *paciente* não é colocado no lugar de quem possui autonomia para conduzir o próprio tratamento, necessitando de outrem para que *identifiquem juntos os principais problemas*. É de se pensar também de quem seriam os *problemas* identificados, tendo em vista que se estes são identificados por um outro, que não o próprio paciente, é porque também pertencem a outrem.

Além disso, é de conhecimento dos profissionais de reabilitação que, quando um membro da família adquire a DA, os demais membros dessa família adoecem juntos, visto que os prejuízos cognitivos e comportamentais do paciente precisam ser supridos pelos familiares. Logo, em Artigo 4 é preciso de a participação e de o engajamento de todos os envolvidos, sendo estes o paciente, no mínimo um familiar/cuidador e o psicoterapeuta [ART04 -04].

Diante dessa situação, está o psicoterapeuta, com o desafio de reabilitar neuropsicologicamente e de intervir cognitivo-afetivo-comportamentalmente no idoso com DA, elaborando um plano de tratamento individualizado que empregue diversas técnicas da RN e da TCC com o intuito de manter por mais tempo possível as habilidades cognitivas e funcionais desse indivíduo, estabilizar o seu estado emocional e comportamental alterado pela doença, além de dar suporte psicológico e psicoeducacional ao familiar, para que este possa tolerar o aumento de sua demanda que acompanha a tendência de declínio cognitivo contínuo do paciente [ART04 -05].

A necessidade da presença familiar no tratamento é explicada mais adiante e se deve ao fato de ser necessário *dar suporte psicológico e psicoeducacional ao familiar, para que este possa tolerar o aumento de sua demanda*. Assim, podemos ver que nesse discurso o cuidado da pessoa com Alzheimer é colocado como adoeceador (*os demais membros dessa família adoecem juntos*) e que gera uma sobrecarga (*aumento de sua demanda*) em virtude de o paciente não poder mais suprir certas demandas por si, necessitando da ajuda dos familiares (*os prejuízos cognitivos e comportamentais do paciente precisam ser supridos pelos familiares*). Assim, o discurso coloca como uma possível linha de intervenção da psicologia, a atuação junto aos familiares de pessoas com Alzheimer, fornecendo *suporte psicológico e psicoeducacional*.

Assim como, ao realizar a técnica de identificação (dados pessoais) por meio de questionamento feito pela psicoterapeuta, PGD demonstrava dificuldades em recuperar informações como: a sua idade, o seu endereço, entre outros. Para auxiliá-lo, foram impressos esses dados em uma folha, de modo que o paciente pudesse ler na dúvida ou no esquecimento. Ademais, foram usadas outras dicas da aprendizagem sem erro, como a emissão do som da palavra, quando o idoso não conseguia ler adequadamente devido à alexia que estava se instalando. A técnica de orientação foi realizada em toda a sessão empregando calendário e relógio de ponteiros, provendo dicas de acordo com a técnica de aprendizado sem erro. Contudo, o paciente já vinha tendo, há cinco anos, dificuldades para determinar a data atual e durante a terapia expressou muita dificuldade para com essa atividade. Ao contrário, a leitura das horas no relógio de ponteiros realizava bem no início da reabilitação, mas após seis meses já não [ART04-06].

Já com os idosos, as possibilidades de intervenção psicológica seriam a de reabilitação e intervenção cognitiva, visando *manter por mais tempo possível as habilidades cognitivas e funcionais* destes. Para isso, o discurso apresenta a *técnica de identificação*, que consiste em fazer questionamentos sobre dados pessoais do entrevistado; a *técnica da aprendizagem sem erro*, em que se realiza a *emissão do som da palavra* que o idoso não conseguir pronunciar; a *orientação espacial*, na qual o idoso é convidado a descrever em detalhes o local em que se encontra, visando reconhecê-lo; e um trabalho de *reconhecimento de objetos*, na qual o idoso deve buscar nomear itens que lhe são apresentados. Também foi feito uso de jogos, como o de *dominó*, como parte das atividades da reabilitação.

Em vista do comprometimento cognitivo e da tríade negativista do paciente, selecionou-se como primeiro passo da TCC a intervenção comportamental, visto que é a mais simples de ser realizada e, em geral, é aceita mais facilmente do que as intervenções cognitivas, o que promove o engajamento do paciente e do familiar. Iniciou-se a intervenção pela identificação das atividades que o geronte costumava realizar na semana, para que assim pudessem ser agendadas atividades cognitivas, ocupacionais, exercícios físicos e de lazer; bem como, ocupar o tempo ocioso do idoso de modo que este não ficasse ruminando PA(s) de inutilidade e tendo sentimentos de tristeza, de irritabilidade e de culpa [ART04-06].

Como parte da aplicação da TCC e definida como uma *intervenção comportamental*, foi proposta a *identificação das atividades que o geronte costumava realizar na semana*, a fim de incluir *atividades cognitivas, ocupacionais, exercícios físicos e de lazer*. Aqui, é interessante notar que é estabelecida uma relação de causa e efeito entre o *tempo ocioso*, o *ruminar de PA(s)* (pensamentos automáticos) e *sentimentos de tristeza, de irritabilidade e de culpa*. Dessa forma, fica subentendido que a maneira de lidar com essas ocorrências é *ocupando o tempo ocioso* da pessoa com Alzheimer.

Dentro da metodologia de trabalho, outro ponto que nos chama a atenção é a maneira de mensurar os estados psicológicos dos idosos, que é majoritariamente feita pelo uso de testes, nos levando a pensar sobre os motivos por essa escolha instrumental.

Assim, nesse discurso, vemos uma díade de possibilidades de atuação da psicologia: uma, fornecendo suporte psicológico aos cuidadores e familiares de pessoas com Alzheimer, de maneira não especificada por esse discurso, mas a partir de uma pressuposta sobrecarga adoecedora. De outra, auxiliando pessoas com Alzheimer a manterem estáveis suas atividades funcionais e cognitivas (*em declínio*), por meio de atividades propostas durante as sessões de reabilitação e TCC.

5. Análise [ART05]⁸

Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática [ART05-TIT]

Encontra-se, aqui, um artigo compilado por três profissionais da psicologia, que visou avaliar os efeitos de tratamentos não medicamentosos em idosos com Alzheimer por meio do levantamento bibliográfico e leitura de artigos publicados entre 2006 e 2016.

Em seu título, alguns pressupostos já se encontram apresentadas. É expressa a ideia de que há (existem) *tratamentos a idosos com doença de Alzheimer* e que estes se apresentam em pelos menos dois grupos, pois a existência dos *não farmacológicos*, pressupõe a existência, por anulação, dos *farmacológicos*. Estes, por sua vez, *melhorariam* um aspecto específico desses *idosos* com Alzheimer, a sua *qualidade de vida*, que por ser melhorada, supõe algum grau de necessidade de aperfeiçoamento. A partir disso, o texto expressa vinculação a um discurso que define o Alzheimer enquanto uma *doença* e o situa no âmbito da velhice, já que este está interligado a um grupo específico da população – os *idosos*.

Objetivo: Realizar uma revisão sistemática sobre quais são os tratamentos não farmacológicos que ajudam a melhorar a qualidade de vida (QV) de idosos com doença de Alzheimer (DA) mais descritos na literatura nos últimos dez anos (2006-2016). [ART05-RES1]

Métodos: Revisão sistemática da literatura realizada nas três primeiras semanas de janeiro de 2016, nas bases: Capes, SciELO, Web of Science, PubMed, Lilacs e Scopus. [ART05-RES2]

Foram utilizadas duas combinações de termos: (1) predictors AND quality of life AND elderly AND Alzheimer's disease e (2) non- pharmacological treatment AND quality of life AND Alzheimer's disease. [ART05-RES3]

Foram encontrados 240 artigos e analisados o título e o resumo dos artigos e, quando necessário, o próprio texto. Do total de 240 artigos, apenas quatro trabalhos preencheram os critérios de inclusão e foram selecionados. [ART05-RES4]

Esse pressuposto é recorrente na descrição da metodologia, onde é novamente

⁸ Carvalho, P. D., Magalhães, C. M., & Pedroso, J. D. (2016). Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 65(4), 334-339.

apresentada como pressuposta a existência de tratamentos *não-farmacológicos* que possuem efeitos de melhoria na qualidade de vida de pessoas (*idosos*) com Alzheimer. Esse dado é observável porque a pesquisa parte da proposta de identificação de *quais são estes*, em um recorte mais específico: identificar os (tratamentos não farmacológicos) *mais descritos* na literatura científica, de 2006 a 2016, o que nos leva a entender que já se encontram descritos e que serão apenas compilados pelos autores a partir de uma *revisão sistemática*.

Resultados: Os resultados mostraram que os tratamentos não farmacológicos mais descritos, no referido período, visando melhorar a QV de idosos com DA, foi a reabilitação, tanto cognitiva quanto multidisciplinar. [ART05-RES5]

Conclusão: As técnicas de reabilitação mostraram-se capazes de melhorar a QV de idosos com doença de Alzheimer leve. [ART05-RES6]

Como resultados, os autores encontraram que os tratamentos não medicamentosos mais apontados pelos estudos foram a reabilitação cognitiva e a reabilitação multidisciplinar. No entanto, estas se limitariam a provocar melhoras na qualidade de vida de um grau específico do Alzheimer – o leve. Isso nos faz pensar que aqui, o Alzheimer é tomado como *doença* que apresenta diferentes graus e que melhorias na qualidade de vida dos casos mais graves não seriam tratáveis por intervenções não-farmacológicas, restando o cuidado destes ao tratamento com medicamentos.

Indo mais adiante, é de se pensar que se o tratamento farmacológico é aquele que envolve medicamentos, este está restrito ao exercício do campo médico, cuja práxis autoriza a prescrição de fármacos. Por outro lado, a utilização de tratamentos não farmacológicos, ou seja, aqueles que não se valem da prescrição de remédios, seria aquela empenhada por profissionais das demais áreas, onde inclui-se a psicologia. A partir disso, é possível posicionar a abordagem dos casos mais graves de Alzheimer no campo de atuação médica, enquanto os casos *leves*, teriam a possibilidade de trabalho dentro das demais áreas.

O presente excerto se trata de uma revisão bibliográfica, realizada entre os anos 2006 e 2016, sobre os efeitos de tratamentos não-medicamentosos na qualidade de vida de pessoas com Alzheimer. Foram encontrados 240 artigos, dos quais 4 foram incluídos. Os resultados dos trabalhos mostraram que a reabilitação cognitiva e a reabilitação multidisciplinar surtiram efeitos positivos na qualidade de vida dessas pessoas.

Em relação à QV do idoso, há uma falta de consenso sobre quais são os determinantes de um bom envelhecer, de um envelhecer com qualidade, sendo um importante fator para isso a heterogeneidade sobre a percepção que o próprio idoso tem do processo de envelhecimento. Apesar dessa falta de consenso, alguns fatores relevantes a serem considerados quando se fala em QV do idoso são de natureza psicológica, biológica e socioestrutural, como longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação com a vida, controle cognitivo, competência social, produtividade, eficácia cognitiva, status social, renda, continuidade de papéis familiares e das relações com amigos [ART05-01].

O trabalho se inicia abordando a concepção do constructo *qualidade de vida (QV)* se valendo do conceito multifatorial de uma organização de relevância (*OMS*), recurso que pode visar dar credibilidade ao discurso. Se valendo dessa concepção, destacam que em relação à velhice, ainda há pouco consenso sobre a *QV*, ou seja, pouco se sabe sobre os fatores que levariam a um *bom envelhecer*, que aqui é sinônimo de um envelhecimento com bons índices de qualidade de vida.

Apesar dessa *falta de consenso*, o discurso reproduz a ideia, segundo *alguns autores* (que não são especificados), que entre os possíveis fatores constituintes da qualidade de vida (*QV*) do idoso, teriam destaque dois que são fortemente afetados pelos *acometimentos neurológicos*, como é o caso das *demências*: a autonomia e a independência. Aqui, a reprodução dessa ideia de *alguns autores* pode estar sendo utilizada pelo discurso como recurso argumentativo de que o Alzheimer (que é uma *das demências*) afetaria a qualidade de vida do idoso, o que justificaria o intuito central do trabalho, de investigar *tratamentos (não farmacológicos)* que amorteçam esse acometimento.

Para ajudar nessa investigação, poderia ser utilizada a *Quality of life AD*, escala de avaliação do idoso com Alzheimer adaptada ao Brasil e que pode indicar para a *equipe de saúde e cuidadores/familiares* os pontos que podem ser ajustados para melhoria da qualidade de vida do idoso. Aqui, é interessante notar que o discurso coloca os familiares no mesmo plano cuidadores, o que pode nos fazer entender que os *familiares* estão necessariamente envolvidos nos cuidados com esse idoso, ou eles mesmos ocupam o lugar de cuidadores.

Quando se trata de idosos que possuem algum acometimento neurológico, como é o caso das demências, a avaliação da QV é de fundamental importância, uma vez que fornece dados que auxiliam a identificar quais as demandas do idoso e, de posse disso, a equipe de saúde e cuidadores/familiares possam programar e implementar práticas que promovam a QV desses idosos. Novelli^{7,8} traduziu, adaptou e validou para o Brasil a Quality of life-AD (QOL-AD), uma escala desenvolvida especificamente para avaliação de idosos com doença de Alzheimer (DA) por Logsdon et al. 9, mostrando a importância e a necessidade de ter disponível um instrumento

que avalie as especificidades da doença e as percepções tanto do idoso quanto do cuidador sobre ela [ART05-02].

Essa preocupação com os *familiares* é retomada nos trechos seguintes e justifica a necessidade de investigação de *tratamentos não farmacológicos*. Isso porque de acordo com o discurso, as *alterações* acarretadas pela DA seriam *difíceis de manejar apenas com o uso de medicação*, podendo causar *sobrecarga ao cuidador*. Aqui, é interessante observar que as alternativas não medicamentosas são recomendadas como opção *além do tratamento farmacológico*, ou seja, este é pressuposto como abordagem primordial (*uma vez que a doença é diagnosticada, o tratamento farmacológico é iniciado [...]; [...] além do clássico tratamento farmacológico*), enquanto as demais *estratégias não farmacológicas* assumem caráter complementar (*devem ser utilizadas com os medicamentos*), de mitigação (*diminuir a utilização destes e/ou dose destes e conseqüentemente seus efeitos colaterais*) e de aumentar a *QV dos pacientes com DA* através da melhoria de *sintomas comportamentais e psicológicos*.

A DA, por ser uma doença neurodegenerativa progressiva, traz ao indivíduo uma gama de modificações tanto neurológicas quanto cognitivas e comportamentais. Uma vez que a doença é diagnosticada, o tratamento farmacológico é iniciado na tentativa de melhorar seus sinais e sintomas. Atualmente, o tratamento farmacológico padrão tem sido a prescrição de drogas inibidoras da acetilcolinesterase que atuam diminuindo o processo de envelhecimento celular, retardando, assim, a evolução da doença¹⁰. Além do tratamento farmacológico, é recomendado também que o idoso receba tratamentos não farmacológicos, uma vez que a DA é difícil de manejar apenas com o uso de medicação¹¹. A estimulação constante do idoso com DA com atividades físicas e mentais, participação em atividades sociais com outras pessoas, exercícios de memória e mesmo afazeres domésticos são estratégias relevantes na melhora de sua QV¹⁰. Uma vez que a DA acarreta alterações de humor, dificuldade no desempenho das atividades de vida diária (AVDs), perda de autonomia e independência, distúrbios comportamentais e sobrecarga ao cuidador, técnicas voltadas para minimizar essas alterações tornam-se necessárias para uma boa QV tanto do idoso quanto de sua família e cuidadores [ART05-03].

São esses tratamentos complementares os investigados pela pesquisa, por meio de uma metodologia que se limitou à leitura do *título e o resumo dos artigos e, quando necessário, o próprio texto*, eliminando, assim, 236 dos 240 artigos encontrados. Vale atentarmos para a baixa amostra sustentada por essa metodologia, de apenas quatro trabalhos, das quais foram extraídas as conclusões apresentadas.

No estudo 115, empregou-se um programa de reminiscência em residentes de uma Instituição de Longa Permanência (ILP) com DA leve. Os idosos foram separados em três grupos: Grupo Intervenção, que recebeu a terapia de reminiscência em pares por meio de fotos, vídeos, recortes de jornais e era incentivado pelos coordenadores do grupo a compartilhar suas memórias com seus pares; Grupo Controle Ativo, que recebeu aconselhamentos e contatos sociais informais estruturados; e Grupo Controle Passivo, que recebeu contatos sociais não estruturados. As sessões, em todos os grupos, ocorreram duas vezes na semana por doze semanas. A avaliação da QV dos participantes foi mensurada antes, doze semanas e seis meses após a intervenção. O instrumento de avaliação da QV foi a Escala Autorreferida de Qualidade de Vida (SRQOL). Os resultados mostraram que houve diferença significativa entre os três grupos, e no Grupo Intervenção a QV aumentou tanto nos doze quanto nos seis meses após o tratamento com a técnica de reminiscência. O estudo 212 teve como objetivo apresentar o impacto de dois ensaios controlados de estimulação cognitiva sobre apatia, depressão, cognição, funções executivas e QV em idosos com DA leve, com quatro semanas de intervenção. Foram utilizados dois grupos: Grupo MSA (Mentally Stimulating Activity Program), que realizou tarefas focadas em atenção, orientação, concentração, memória de curto prazo e organização de pensamento; e Grupo SS (Structured Early-Stage Social Support Program), que recebeu psicoeducação informativa sobre saúde do cérebro, no qual havia discussões grupais e suporte emocional [ART05-04].

Como resultados, foi encontrada a *reabilitação tanto cognitiva quanto multidisciplinar* como método de intervenção não medicamentosa predominantemente empregado, que apareceu em três dos quatro trabalhos. No quarto trabalho, foi utilizada a *arteterapia*. Entre as técnicas utilizadas, houve a *terapia de reminiscência, aconselhamento, contatos sociais*, a aplicação de escalas de medida da *QV, estimulação cognitiva, tarefas focadas, psicoeducação, discussões grupais e suporte emocional, reabilitação multidisciplinar sobre cognição, arteterapia*.

Uma vez que não há cura nem modos de regredir a doença, a melhora do paciente é realizada por meio da medicação, da reabilitação cognitiva e da informação sobre a doença, bem como o suporte dado por familiares e cuidadores. Nesse sentido, os familiares sempre devem ser esclarecidos e encorajados a possibilitar o tratamento multidisciplinar do idoso com DA que oferece benefícios e melhoras no estado geral do paciente [ART05-05].

Por fim, o discurso conclui que a *tríade da reabilitação cognitiva e da informação sobre a doença, bem como o suporte dado por familiares e cuidadores* comporia o tratamento ideal, tendo em vista que *que não há cura nem modos de regredir a doença*, colocando tais tratamentos em um lugar de manutenção.

Tabelas

Tabela 1:
Psicologia e Alzheimer (SciELO)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares	2020	Mattos, E. B. T., & Kovács, M. J.	Psicologia da USP
As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica.	2016	Nascimento, M. V. N. D., & Oliveira, I. F. D.	Estudos de Psicologia
A resiliência em cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer: uma condição humana para superar a vulnerabilidade do cuidador.	2016	Fernández-Calvo, B., Castillo, I. C., Campos, F. R., Silva, J. C. D., & Torro-Alves, N.	Estudos de Psicologia
Percepção de Expressões Faciais Emocionais em Idosos com Doença de Alzheimer	2015	Ladislau, R., Guimarães, J. G., & Souza, W. C. D.	Psicologia: Reflexão e Crítica

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Psicologia e Alzheimer* na base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Tabela 2:
Psicologia e Alzheimer (BVS)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Validação da versão argentina do teste <i>Montreal Cognitive Assessment Test</i> (moca): um instrumento de triagem para comprometimento cognitivo leve e demência leve em idosos.	2020	Cerrano, C. M.	Dementia & Neuropsychologia
A resiliência em cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer: uma condição humana para superar a vulnerabilidade do cuidador.	2016	Fernández-Calvo, B., Castillo, I. C., Campos, F. R., Silva, J. C. D., & Torro-Alves, N.	Estudos de Psicologia
Validade e confiabilidade de uma versão "simplificada" da Figura complexa de Taylor para a avaliação dos idosos com baixa escolaridade.	2016	Paula, J. J. D., Costa, M. V., Andrade, G. D. F. D., Ávila, R. T., & Malloy-Diniz, L. F.	Dementia & Neuropsychologia
Estresse e reserva cognitiva como determinantes independentes para o desempenho neuropsicológico de idosos saudáveis.	2016	Cabral, J. C. C., Velda, G. W., Mazzoleni, M., Colares, E. P., Neiva-Silva, L., & Neves, V. T. D.	Ciência & Saúde Coletiva
Uma clínica possível com os doentes de Alzheimer.	2015	Fontela, C., & Darnaud, T.	Revista Latinoamericana De Psicopatologia Fundamental

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Psicologia e Alzheimer* na base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Tabela 3:
Psicologia e Alzheimer (LILACS)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Avaliação da qualidade de vida do idoso institucionalizado com sinais de demência	2019	da Silva, E. I., de Lacerda, T. T. B., de Souza, J. A., de Carvalho, P. F., de Cássia Horta, N., & de Souza, M. C. M. R.	Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento
A dívida e o cuidado no tempo vivido em família.	2017	Souza, Í. P. D., Araújo, L. F. S. D., & Bellato, R.	Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Online)
Idosos com doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família.	2017	Goyanna, N. F., Freitas, C. A. S. L., Brito, M. D. C. C., Netto, J. J. M., & Gomes, D. F.	Revista de Pesquisa (Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Online)
As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica.	2016	Nascimento, M. V. N. D., & Oliveira, I. F. D.	Estudos de Psicologia

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Psicologia e Alzheimer* na base de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS).

Tabela 4:
Psicologia e Alzheimer (PEPSIC)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Considerações sobre a ART02 no idoso com Alzheimer: uma perspectiva psicanalítica	2016	Cardoso, S., & Neto, O. D.	Revista Subjetividades

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Psicologia e Alzheimer* na base de dados Portal de Periódicos Eletrônicos em Psicologia (PEPSIC).

Tabela 5:
Psicoterapia e Alzheimer (SciELO)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Tratamentos psicológicos para idosos com doença de alzheimer: uma revisão narrativa	2018	Fronza, J. L., & Pillatt, A. P.	Psicologia, Saúde & Doenças.

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Psicoterapia e Alzheimer* na base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Tabela 6:
Avaliação Psicológica e Alzheimer (SciELO)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Alterações da personalidade na demência: uma revisão.	2019	Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E.	Psicologia Análise Psicológica.

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Avaliação Psicológica e Alzheimer* na base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

:

Tabela 7:
Abordagem psicológica e Alzheimer

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Alterações da personalidade na demência: uma revisão.	2019	Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E.	Psicologia Análise Psicológica.

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Abordagem psicológica e Alzheimer* na base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Tabela 8:
Tratamento psicológico e Alzheimer (BVS)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Doença de Alzheimer: o cuidado como potencial partilha de sofrimento.	2017	Engel, C. L.	Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Tratamento psicológico e Alzheimer* na base de dados: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS).

Tabela 9:
Reabilitação e Alzheimer (BVS)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura.	2019	Sá, C. D. C., Silva, D. F. D., Bigongiari, A., & Machado-Lima, A.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2018	Madureira, B. G., Pereira, M. G., Avelino, P. R., Costa, H. S., & Menezes, K. K. P. D.	Cadernos Saúde Coletiva
Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2016	Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. M. C., & Pedroso, J. D. S.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria

Nota: artigos procurados com as palavras-chave *Reabilitação e Alzheimer* na base de dados: Scientific Electronic Library Online (SciELO).

Tabela 10:
Reabilitação e Alzheimer (BVS)

Nome do trabalho	Ano	Autores	Revista
Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura.	2019	Sá, C. D. C., Silva, D. F. D., Bigongiari, A., & Machado-Lima, A.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2018	Madureira, B. G., Pereira, M. G., Avelino, P. R., Costa, H. S., & Menezes, K. K. P. D.	Cadernos Saúde Coletiva
Idosos com doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família.	2017	Goyanna, N. F., Freitas, C. A. S. L., Brito, M. D. C. C., Netto, J. J. M., & Gomes, D. F.	Rev. Pesqui. (Univ. Fed. Estado Rio J., Online)
Reabilitação neuropsicológica e terapia cognitivo-comportamental aplicadas a paciente com doença de Alzheimer	2017	Dainez, E. C. L..	Revista brasileira de terapia comportamental e cognitiva
Qualidade de vida dos idosos com doença de Alzheimer: uma revisão integrativa.	2016	Assis, C. R. D. C. D., & Camacho, A. C. L. F.	Rev. enferm. UFPE online
Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2016	Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. M. C., & Pedroso, J. D. S.	Jornal Brasileiro de Psiquiatria
Autonomia em idosos com doença de Alzheimer: contribuições do projeto estratégias de diagnóstico e reabilitação social de idosos dependentes e apoio psicossocial de cuidador domiciliar.	2015	de Rosso Krug, M., do Nascimento, K. B., Garces, S. B. B., Rosa, C. B., Brunelli, Â. V., & Hansen, D.	Estud. interdiscip. envelhec

Nota: artigos procurados com as palavras-chave Reabilitação e Alzheimer na base de dados: Biblioteca Virtual de Saúde (BVS).

Tabela 11:
Lista de resultados repetidos

Nome do trabalho	Ano	Autores	Descritor	Base de dados
As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica.	2016	Nascimento, M. V. N. D., & Oliveira, I. F. D.	<i>Alzheimer e Psicologia</i>	Scielo
As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica.	2016	Nascimento, M. V. N. D., & Oliveira, I. F. D.	<i>Alzheimer e Psicologia</i>	LILACS
A resiliência em cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer: uma condição humana para superar a vulnerabilidade do cuidador.	2016	Fernández-Calvo, B., Castillo, I. C., Campos, F. R., Silva, J. C. D., & Torro-Alves, N.	<i>Alzheimer e Psicologia</i>	Scielo
A resiliência em cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer: uma condição humana para superar a vulnerabilidade do cuidador.	2016	Fernández-Calvo, B., Castillo, I. C., Campos, F. R., Silva, J. C. D., & Torro-Alves, N.	<i>Alzheimer e Psicologia</i>	BVS
Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura.	2019	Camila de Carvalho Sá; Daiane Fuga da Silva; Aline Bigongiar; Adriana Machado-Lima	<i>Alzheimer reabilitação</i>	Scielo
Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura.	2019	Camila de Carvalho Sá; Daiane Fuga da Silva; Aline Bigongiar; Adriana Machado-Lima	<i>Alzheimer reabilitação</i>	BVS
Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2018	Madureira, B. G., Pereira, M. G., Avelino, P. R., Costa, H. S., & Menezes, K. K. P. D.	<i>Alzheimer reabilitação</i>	Scielo
Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2018	Madureira, B. G., Pereira, M. G., Avelino, P. R., Costa, H. S., & Menezes, K. K. P. D.	<i>Alzheimer reabilitação</i>	BVS
Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2016	Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. M. C., & Pedroso, J. D. S.	<i>Alzheimer reabilitação</i>	Scielo
Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2016	Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. M. C., & Pedroso, J. D. S.	<i>Alzheimer reabilitação</i>	BVS
Alterações da personalidade na demência: uma revisão.	2019	Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E.	<i>Avaliação Psicológica e Alzheimer</i>	Scielo
Alterações da personalidade na demência: uma revisão.	2019	Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E.	<i>Abordagem psicológica e Alzheimer</i>	Scielo

Tabela 12:
Lista de trabalhos excluídos

Título	Ano	Autores	Motivo Da Exclusão
Doença de Alzheimer: a experiência única de cuidadores familiares	2020	Mattos, E. B. T., & Kovács, M. J.	Não apresenta a pessoa com Alzheimer como tema central.
Validação da versão argentina do teste <i>Montreal Cognitive Assessment Test</i> (moca): um instrumento de triagem para comprometimento cognitivo leve e demência leve em idosos.	2020	Cerrano, C. M.	Não apresenta a pessoa com Alzheimer como tema central.
Avaliação da qualidade de vida do idoso institucionalizado com sinais de demência .	2019	da Silva, E. I., de Lacerda, T. T. B., de Souza, J. A., de Carvalho, P. F., de Cássia Horta, N., & de Souza, M. C. M. R.	Não apresenta o recorte específico da pessoa com Alzheimer como tema central. O estudo se refere a demências no geral.
A dádiva e o cuidado no tempo vivido em família.	2017	Souza, Í. P. D., Araújo, L. F. S. D., & Bellato, R.	Não apresenta a pessoa com Alzheimer como tema central.
Idosos com doença de Alzheimer: como vivem e percebem a atenção na estratégia saúde da família.	2017	Goyanna, N. F., Freitas, C. A. S. L., Brito, M. D. C. C., Netto, J. J. M., & Gomes, D. F.	Estudo promovido na área da enfermagem. Não pertence ao âmbito da psicologia.
As práticas integrativas e complementares grupais e sua inserção nos serviços de saúde da atenção básica.	2016	Nascimento, M. V. N. D., & Oliveira, I. F. D.	Não apresenta a pessoa com Alzheimer como tema central
A resiliência em cuidadores de pessoas com doença de Alzheimer: uma condição humana para superar a vulnerabilidade do cuidador.	2016	Fernández-Calvo, B., Castillo, I. C., Campos, F. R., Silva, J. C. D., & Torro-Alves, N.	Não apresenta a pessoa com Alzheimer como tema central
Validade e confiabilidade de uma versão "simplificada" da Figura complexa de Taylor para a avaliação dos idosos com baixa escolaridade.	2016	Paula, J. J. D., Costa, M. V., Andrade, G. D. F. D., Ávila, R. T., & Malloy-Diniz, L. F.	Não apresenta a pessoa com Alzheimer como tema central
Estresse e reserva cognitiva como determinantes independentes para o desempenho neuropsicológico de idosos saudáveis.	2016	Cabral, J. C. C., Veleda, G. W., Mazzoleni, M., Colares, E. P., Neiva-Silva, L., & Neves, V. T. D.	Não apresenta o recorte específico da pessoa com Alzheimer como tema central. O estudo se refere a idosos saudáveis.
Uma clínica possível com os doentes de Alzheimer.	2015	Fontela, C., & Darnaud, T.	Estudo publicado somente em língua francesa, apenas o resumo se encontra no idioma português. Não se trata de um estudo brasileiro.

Efeitos de programas de reabilitação multidisciplinar no tratamento de pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2018	Madureira, B. G., Pereira, M. G., Avelino, P. R., Costa, H. S., & Menezes, K. K. P. D.	Estudo promovido na área da enfermagem. Não pertence ao âmbito da psicologia.
Qualidade de vida dos idosos com doença de Alzheimer: uma revisão integrativa.	2016	Assis, C. R. D. C. D., & Camacho, A. C. L. F.	Estudo promovido na área da enfermagem. Não pertence ao âmbito da psicologia.
Autonomia em idosos com doença de Alzheimer: contribuições do projeto estratégias de diagnóstico e reabilitação social de idosos dependentes e apoio psicossocial de cuidador domiciliar.	2015	de Rosso Krug, M., do Nascimento, K. B., Garces, S. B. B., Rosa, C. B., Brunelli, Â. V., & Hansen, D.	Estudo promovido na área da educação física e fisioterapia. Não pertence ao âmbito da psicologia.
Alterações da personalidade na demência: uma revisão.	2019	Henriques-Calado, J., & Duarte-Silva, M. E.	Não se trata de um estudo brasileiro, mas português.
Doença de Alzheimer: o cuidado como potencial partilha de sofrimento.	2017	Engel, C. L.	Estudo promovido na área da antropologia. Não pertence ao âmbito da psicologia.
Percepção de Expressões Faciais Emocionais em Idosos com Doença de Alzheimer.	2015	Ladislau, R., Guimarães, J. G., & Souza, W. C. D.	Estudo promovido na área da neurologia. Não pertence ao âmbito da psicologia.

Tabela 13:

Lista de trabalhos incluídos

Título	Ano	Autores	Crítérios de inclusão
Considerações sobre a repetição da linguagem no idoso com Alzheimer: uma perspectiva psicanalítica.	2016	Cardoso, S., & Neto, O. D.	Trabalho brasileiro, em língua portuguesa, pertencente ao âmbito que possui a pessoa com Alzheimer como tema central.
Tratamentos não farmacológicos que melhoram a qualidade de vida de idosos com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática.	2016	Carvalho, P. D. P., Magalhães, C. M. C., & Pedroso, J. D. S.	Trabalho brasileiro, em língua portuguesa, pertencente ao âmbito que possui a pessoa com Alzheimer como tema central.
Eficácia da reabilitação cognitiva na melhoria e manutenção das atividades de vida diária em pacientes com doença de Alzheimer: uma revisão sistemática da literatura.	2019	Sá, C. D. C., Silva, D. F. D., Bigongiari, A., & Machado-Lima, A.	Trabalho brasileiro, em língua portuguesa, pertencente ao âmbito que possui a pessoa com Alzheimer como tema central.
Reabilitação neuropsicológica e terapia cognitivo-comportamental aplicadas a paciente com doença de Alzheimer.	2017	Dainez, E. C. L.	Trabalho brasileiro, em língua portuguesa, pertencente ao âmbito que possui a pessoa com Alzheimer como tema central.
Tratamentos psicológicos para idosos com doença de alzheimer: uma revisão narrativa.	2018	Fronza, J. L., & Pillatt, A. P.	Trabalho brasileiro, em língua portuguesa, pertencente ao âmbito que possui a pessoa com Alzheimer como tema central.