

O RENASCER DO PRAZER AFECTIVO AOS 83 ANOS COM *ALZHEIMER*. UM OLHAR DE DENTRO PARA FORA

(2010)

Gelci Nogueira

Psicóloga Clínica. Especialista em Psicologia do Trânsito e Psicopedagogia, Brasil.
Formação complementar em Geriatria e Gerontologia, Dinâmicas de Grupos.
Com 15 anos de experiências e vivências.
Equivalência e Licenciada em Portugal pela U.P.

Email:

gelcinogueira@hotmail.com

RESUMO

Este trabalho demonstra como uma doente de Alzheimer redescobre os poderosos sentimentos do prazer, do riso, de sentir-se bem consigo mesma e de estar junto da família, aos 83 anos. Têm como principais objectivos identificar as falhas familiares e profissionais ocorridas antes da doença e depois do diagnóstico médico confirmar a doença de Alzheimer. O método escolhido foi a pesquisa-acção qualitativa e exploratória, baseado em um estudo de caso, concretizado in loco. Foram realizadas sessões intensivas, com duas horas diárias de Terapias Corporais nos moldes de Alexander Lowen (1985), nos primeiros meses, complementadas com actividades Psicopedagógicas, Geriátricas e Nutricionais. Acompanhamento, observações e intervenções diárias, com seis horas de duração, cinco dias por semana, por dois anos e meio. Participou desse estudo uma idosa dos 81 aos 83 anos, com a doença de Alzheimer. Sofrera um AVC (Acidente Vascular Cerebral), com uma receita medicamentosa inicial, diária, de mais de dez medicamentos. Através desse estudo e das técnicas psicoterápicas, centradas na afectividade, pude perceber as mudanças atitudinais geradas nessa idosa, envolvendo seu entorno familiar. A partir dos seis meses de intervenção manifestou o primeiro sorriso, saindo de uma situação homeostática instável para uma acção heterostática envolvente, interagindo com os familiares. O embasamento teórico, que envolve este tema proposto, centraliza-se nos conceitos da Teoria Bioenergética, entre outros, enfocando a influência e os efeitos dos sentimentos que evocam desprazer, facilitando a liberação dos mesmos e, resgatando o prazer psico-orgânico, que mobiliza corpo e mente.

Palavras-chave: Prazer, Alzheimer, função afectiva, mudanças, reintegração familiar

INTRODUÇÃO

O prazer é fonte de satisfação, alegria, sensação corporal e psicológica, fluída e vibrante. Segundo Doron & Parot (2001), é afecto agradável que interessa a sensibilidade física (prazer corporal), e a sensibilidade «moral» (prazer de pensar), e põe o problema a sublimação (prazer estético), seria a origem necessária da actividade: à experiência da satisfação põe fim à excitação. Para Lowen (1985), o prazer de estar totalmente vivo fundamenta-se no estado vibratório do corpo, sendo percebido na expansão e contracção do organismo e em seus sistemas orgânicos componentes – respiratório, circulatório e digestivo. É sentido como sensações que fluem pelo corpo reflectindo o fluxo da excitação. É a doce sensação de amolecimento, no desejo sexual, a nítida rapidez da intuição, o anelo de aproximação e contacto.

De acordo com Irala (1967), os sintomas psíquicos de controle insuficiente na afectividade manifesta irritabilidade, temores ou desejos excessivos e persistentes. Segundo Ballone (2004), a afectividade é a parte psíquica responsável pelo significado sentimental de tudo aquilo que vivemos: agradáveis, prazerosas, sofríveis, angustiantes, medo ou pânico, satisfação, etc., todos esses valores são atribuídos pela nossa afectividade. Pode ser melhorada e adequada, com a utilização de medicamentos que atuam nos neurotransmissores e neuroreceptores cerebrais e, através de praticas psicoterápicas e psicopedagógicas de aperfeiçoamento da personalidade.

Atendendo pacientes portadores da doença de Alzheimer aprendi a atravessar o doloroso pântano escuro da dor silenciosa, sombria e corrupta, que rouba memórias, vivências, atenção e consciência, desenterrando os sentimentos de prazer. A disfunção da doente, clinicamente por mim atendida, por mais dois anos e meio, centraliza-se na presença da fonte afectiva doméstica (dentro de casa), sob o enfoque repetitivo depreciativo em palavras, gestos, olhares, toques, com sentimentos persecutórios de ameaças, exigências intimidatórias, imposições frustrantes seguidas de abuso de poder físico sexual. Dos 22 aos 75 anos, ininterruptamente.

Informações mais recentes em Alzheimer's Assocation (2010), imagens mostram um cérebro com Alzheimer, o córtex encolhe, danificando as regiões envolvidas com os pensamentos, planos e lembranças. Esse encolhimento é principalmente grave no hipocampo, uma região do córtex que exerce papel importante na formação de novas lembranças. O tecido com Alzheimer possui um número bem menor de células nervosas de sinapses do que um cérebro saudável. As pessoas perdem a capacidade de se comunicarem, de reconhecerem a família, as pessoas queridas e de cuidarem de si mesmas.

De acordo com o Instituto da Segurança Social Português (2005), a Doença de Alzheimer (DA), afecta 8 a 15% da população com mais de 65 anos, actualmente, existe no mundo 17 a 25% de pessoas com a DA, o que representa 70% do conjunto das doenças que afectam a população geriátrica. Em Portugal estima-se 60 mil o número de doentes com DA, sendo que de

1999 a 2000 teve um acréscimo de 24%. Segundo Corujando (2009), no Brasil são 15 milhões e em 2020, serão 32 milhões. Nos Países desenvolvidos a DA é a terceira causa de morte. A OMS – ONU, 2001, no seu relatório sobre saúde mental no mundo, refere que a DA já representa um encargo tremendo na sociedade, com custos directos e indirectos. Entender a Doença de Alzheimer é perceber que esta é um fenómeno multidimensional, ou seja, não há apenas um único factor explicativo da sua etiologia, mas sim vários. Como doença crónica, tem uma evolução, em média, de 2 a 10 anos. Não existe tratamento preventivo ou curativo para a DA. O objectivo do tratamento existente é apenas o de favorecer o controle dos sintomas mais incómodos.

Após a colecta dos dados com as técnicas psicoterápicas e psicopedagógicas utilizadas nas intervenções, os resultados obtidos com base nas teorias Bioenergética, buscou-se entender o sujeito oculto num corpo rígido, tenso e demente. Envolve numa névoa confusa, ansiosa, dominada pelas preocupações, aflições e apegos parentais, em sentimentos primários (vergonhas, medos, tristezas, raivas, ressentimentos, frustrações, etc.). O objectivo principal é lançar novas bases para a compreensão do doente de Alzheimer em vínculos afectivos familiares. Com objectivos específicos de: identificar os traços de carácter, estrutura de personalidade de fundo, percurso histórico-familiar-sócio-cultural e, despertar novos vínculos afectivos de proximidade familiar, capacidade para gerir o sono e o simples prazer do convívio diário em família.

MÉTODO

O método escolhido é a Pesquisa-ação que, segundo Valentim (2008), na Pesquisa-ação há sempre intervenção do pesquisador, de modo planeado. A Pesquisa-ação é focada na modificação e não no estudo da realidade, considerado como uma metodologia qualitativa de estudo. É uma investigação empírica que investiga um fenómeno contemporâneo dentro do seu contexto de vida real, em termos de limites entre o fenómeno e o contexto, quando estes não estão claramente definidos, cujas características principais são: análise profunda do objecto e, análise da situação no contexto real.

Participante

A participante é Maria, tem 83 anos, portadora da doença de Alzheimer, vive em casa própria com a empregada Malvina, nomes fictícios para preservar a identidade. Seu núcleo familiar é composto por três membros, esposo Expedito (falecido), e dois filhos adultos, cada um com três filhos: Paulo e Míriam. Foram realizadas: observações, entrevistas abertas,

levantamento de dados clínicos em exames médicos, num convívio diário, cinco dias por semana, com a duração, em média, 6 horas, distribuídos em actividades geriátricas (higiene), alimentação, exercícios físicos e mentais (Ludoterapia e Psicopedagogia), Exercícios de Bioenergética (Lowen) e, dois plantões noturnos com observações e intervenções alternativas (método japonês de meditação) obtendo o resgate do sono reparador e, com os filhos e netos, entrevistas abertas, visando resgate do histórico das vivências e vínculos afectivos parentais ao longo de toda pesquisa, de forma natural e espontânea, centrado na residência de Maria.

As intervenções psicoterápicas e psicopedagógicas e, as mudanças observadas, fizeram-se no âmbito da experiência clínica e reeducação afectiva, com sessões previamente reflectidas, segundo a disponibilidade psicológica de Maria. Centradas no enfoque teórico da Bioenergética que, segundo Lowen (1985), corpo e mente são funcionalmente idênticos, a nível de inconsciente, tanto o pensar como o sentir são condicionados por factores de energia e, na pedagogia de Freire (1992), mudar é difícil mas é possível. Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na acção e reflexão.

Nas intervenções corporais observou-se inter-relação mais qualitativa da doente consigo própria e, psicologicamente mais aberta, flexível, com seu ambiente físico e relações familiares. Houve um resgate considerável e valioso em termos de reaproximação familiar, dos vínculos afectivos espontâneos, serenidade nocturna, num modelo relaxante, que segundo Lowen (1985), representa um estado de expansão do organismo em contraste com a tensão, evidenciando a ansiedade de fundo, que segundo Varela (2007), é uma reacção emocional, pouco controlável por parte do indivíduo, que pode manifestar-se em três campos: pensamento, fisiologia e conduta.

Foi utilizado um termo de autorização com o Consentimento Informativo, de acordo com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, onde os responsáveis e participantes mostram-se cientes do objectivo da pesquisa. Os procedimentos realizados em forma de relatos clínicos, foram filtrados, mais informativos e de esclarecimentos aos familiares.

Procedimentos de Coleta e Análise

Meus serviços geriátricos, acompanhamento psicológicos e psicopedagógicos foram solicitados pelo filho Paulo, à Instituição, à qual eu prestava serviços domiciliários. A caminho da casa de sua mãe, pedi a Paulo que falasse dos hábitos e qual a gravidade de seu problema. Contou-me que havia sofrido um AVC, dois dias antes, viúva, sob os cuidados de uma empregada, mais de um ano. Na casa encontrei Maria na cama e, Malvina tensa, olhar desconfiado; Paulo repassou as recomendações necessárias. Posteriormente, com a presença de Míriam, realizou-se a fase social, onde tomei ciência de cada membro e dos dados biográficos da Maria e seu contexto relacional. De seguida passou-se a fase do levantamento do problema - ALZHEIMER, do conhecimento que cada um tinha e de como sentiam-se perante a doença.

De início foi imprescindível, intervir com os exercícios de Bioenergética, caminhadas nas proximidades onde residia, objectivando o resgate da mobilidade dos membros do lado esquerdo do corpo, expressão espontânea do choro e verbalizações que, segundo Lowen (1985), ajudam a respiração mais do que qualquer outro exercício. A medida que Maria interagia sua fluidez verbal emergiu em lamentos, queixas, medos, inseguranças.

Paralelamente, Malvina, informava-me como os sintomas foram evoluindo e as reacções atitudinais dentro e fora de casa, com sintomas cada vez mais fortes e frustrantes. Segundo Damásio (2004), nas primeiras fases mantém-se a consciência intacta; mas a medida que se agrava a doença, ocorre uma progressiva degradação da consciência.

Segundo I.P. (Instituto de Segurança Social -2005, PT), «À volta do Alzheimer» há ainda um silêncio desamparado. Maria, protagonista dessa história, com atitudes e comportamentos que são entendidos como resultantes das disfunções de seu sistema psíquico e orgânico, neste contexto presente, doente. Porém, enquanto mulher adulta, passou sua vida de consultório em consultório médico, massagistas entre outros, sem que, nenhum desses profissionais manifestasse uma sensibilidade mais apurada, com um encaminhamento psiquiátrico e psicológico. Auto-questiono-me: O que se esconde por detrás do fenómeno demencial de Maria?

Minha função foi proporcionar a doente e seus familiares compreensão, diálogo, elaboração e expressão dos sentimentos de fundo, primários (medos, culpas, tristezas, raiva, remorsos, etc.), inibidores das respostas afectivas funcionais. Meu maior desafio foi investigar e localizar referências de subsistemas afectivos e alimentares de apoio para uma possível mudança e nova adaptação frente a realidade presente: DA.

Efectuei mudanças nos hábitos diários de Maria como um diálogo neutro, objectivo e com orientações claras, uma maior qualidade na alimentação, eliminação gradativa de cafés (há literaturas correntes defendendo o café como um elemento preventivo à DA, o que neste estudo de caso, prova-se o contrário, Maria bebia café compulsivamente), chás pretos e derivados, troca de açúcar branco pelo mascavo, bolos doces por bolachas de água e sal. Introduzi: pão integral, sementes secas, mel, frutas variadas, mais legumes verdes, mais peixes e aves.

Vinho, em xarope - uma mistura de $\frac{1}{4}$ de água com metade de vinho fervido com mel e gengibre preventivamente no início do inverno e, um dente de alho batido com leite e maçã, no caso de resfriados (Maria manifestou sintomas de resfriado uma vez, no inverno de 2009 por negligência da empregada). Horários mais precisos para medicação diária, dormir, higiene com plena colaboração de Maria e, de acordo com os médicos diminuiu-se, o consumo diário de medicamentos, hoje 6.

As sucessivas fases devolutivas ocorriam de acordo com a manifestação afectiva da Maria e, aos familiares, sempre que a visitavam. Quanto à empregada, seguiu-se paralelamente, orientações, sugestões, confrontos, com apoio dos filhos.

Atenta às ressonâncias, convergências e divergências, entre a história da terapeuta, da empregada e a história da paciente, transformando-as em excelentes ferramentas de trabalho. Conhecimento, sensibilidade e autoconhecimento, em meio natural, com o objectivo de desmistificar o estigma da doença de Alzheimer, do doente e de quem presta os cuidados básicos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quem foi e, como é a Maria?

Segundo relato dos filhos, trabalhou a vida toda até reformar-se, da função pública, sofreu muito em casa. Natural do Conselho do Porto, seu pai era Ourives e sua mãe do lar, teve um irmão. Nas primeiras fases da infância e adolescência conviveu com os avós, paternos e maternos, com bom vínculos, com a mãe um apego muito forte. Casou-se aos 22 anos com Expedito, contabilista, morreu em 2002 com a doença de Parkinson, com quem teve os dois filhos. Paulo, o 1º filho, estudou até a escola secundária contabilista, 60 anos, pai de três filhos. O 2º é Míriam, cursou faculdade até o penúltimo ano, Gestora bancária, 57 anos, mãe de três filhos (2 F e 1 M) vivem na região do Porto.

O diagnóstico médico, comprovando a doença de Alzheimer, foi a 5 anos, porém o médico estima que Maria já sofre de Alzheimer a mais de 7 anos. Passei a atendê-la, desde 22 de junho de 2007, encontrei acamada com AVC, lado esquerdo do corpo comprometido, postura corporal curva para a frente, olhar semi-fosco, pele pálida, corpo rígido, tenso, escoriações do lado esquerdo do corpo, sem qualquer expressão vocal ou verbal.

História da doença no percurso da vida da Maria

Antecedentes Sociais-Culturais: nasceu em 1926, época da - Ditadura Militar à Democracia (1974), com eventos sociais e culturais marcados pelas ameaças, mortes, doenças, perseguições. Foi nesse ambiente psicossocial que cresceu e formou sua estrutura de personalidade. Na adolescência, marcada pela forte presença materna e distanciamento paterno, desencadeou profundos sentimentos de timidez relacional, fechou-se em si mesma. Ingressou cedo no mercado de trabalho. Quanto mais me aprofundava no contexto histórico-familiar de Maria, questionava-me: Se ela teve uma relação familiar tão feliz e harmoniosa na infância, então o que levou-a a desenvolver a doença de Alzheimer?

Podemos identificar os indícios nas vivências de casada: Porque casou, perguntei-lhe num de seus momentos lúcidos? Resposta espontânea: porque na época todos casavam. Era costume.

Maria já trabalhava quando conheceu Expedito, teve o 1º filho aos 23 anos. Viveu em casa dos familiares dele, no início, chegou a comentar que a sogra era uma pessoa muito difícil (muito má). Minha hipótese é que aqui tem início o sofrimento de Maria. Jovem, brilhante, alegre e sensível, casa-se com um jovem forte, rígido e ciumento.

Suas recordações de casada são traumáticas, dolorosas e, por vezes violenta, expressou que gostava da companhia dele, mas não de fazer certas coisas, tinha feitos que não gostava. Na vida familiar, enquanto os filhos eram menores, tudo foi calmo. Costumavam tirar férias, geralmente, para o campo. Em casa teve muitos problemas, com as atitudes do marido, era agressivo, dominador com relações extra-conjugais, breve separação do casal. Sua mãe foi viver em sua casa ao enfiar, cuidava da casa, de seus filhos e lhe fazia o almoço. Os filhos saíram de casa, na adolescência por discordarem das atitudes do pai. Houve uma quebra dos vínculos. Segundo o relato da filha, esta passou a apoiar a mãe e, o filho passou a apoiar o pai com a sedução do dinheiro. Estrutura de vínculos afectivos codependentes entre, Expedito dominador, Maria passiva física-emocional, desencadeando ansiedade mental. Afectivamente distante no contacto físico, de acordo com Míriam, não era de tocar, abraçar, porém muito próxima com os netos.

Teve poucas amizades fora do círculo da família, colegas de trabalho. Por influência de Expedito colocou a mãe numa lar de idosos, para ir visitá-la saía escondida, após o trabalho. Suas queixas eram de que ele não lhe permitia ir ver a mãe. Sofreu calada a morte da mãe, acumulou sentimentos de culpa, tristezas, suprimiu raivas, medos, angústias. Seus hábitos sociais eram frequentar clubes com casal de amigos e dançar com Expedito. Após a reforma dedicou-se a fazer cursos extras, escola de condução, pintura em tela (expôs e vendeu algumas), culinária em cozinha macrobiótica, ginásio, porém, acrescido de discussões e conflitos com Expedito que, segundo as netas, tinha ciúmes até do jornaleiro da esquina; ela não tinha liberdade para conversar com ninguém, ele escondia-se atrás das portas para escutar suas conversas com amigas, etc., não lhe comprava as comidas macrobióticas, discutiam por qualquer coisa. Quando Expedito adoeceu, sofreu muito, cuidou dele até morrer, 6 meses depois, com a doença de Parkinson.

Factores pré- dispostos dos distúrbios psicossomáticos de Maria. Com traços de personalidade introvertida numa estrutura de fundo obsessiva e traços de carácter obsessivos manifestos, centrada em seu mundo interno, mente ansiosa, sentimento persecutório (na vida adulta pelo marido), fortes habilidades intelectuais. De queixas generalizadas, de acordo com Cury (2004), que são os sintomas típicos depressivos: *insónia, falta de ar, aperto peito, tensões e colesterol altos, etc.* Frequentou muitos consultórios médicos, massagistas, mudou de religião, passou a ir com certa frequência ao encontro de grupos da religião espírita, trazia consigo fitas cassetes para ouvir em casa, lia muitos livros acerca de Alan Kardec, Chico Xavier, entre outros do mesmo assunto. Observem que suas atitudes quotidianas centravam-se no campo mental sem contacto físico emocional e, seu discurso com familiares e amigas centravam-se nas queixas acerca do comportamento de Expedito.

De estatura mediana, magra, com muitos distúrbios pisco-orgânicos, a vida toda, nas palavras da filha: *minha mãe sempre teve colesterol e tensões alta*. Medicada, durante toda a vida de adulta, entre laxantes, remédios para tensões, colesterol, ansiolíticos, psicotrópicos, etc., dores generalizadas, principalmente nas costas (até hoje, corpo hipersensível), dieta alimentar precária após a morte de Expedito. Segundo a filha, sua mãe nunca foi encaminhada ao Psiquiatra ou Psicólogo. Reprimiu sentimentos. Isolou-se afectivamente, não sorria (suas fotos, revelam-na, olhar fosco, postura rígida), não expressava qualquer sinal de sentimentos alegres, nem manifestava gestos físicos ou verbais de afecto ou elogios aos filhos.

Traços obsessivos: *lavar as mãos frequentemente, em situações tensas esfregar uma na outra, verificação constante, se portas e janelas estavam trancadas, na higiene pessoal e doméstica repetição do lavar, esfregar e secar o mesmo objecto*. Pensamento ansioso com a quotidiana aflição e preocupação com marido, filhos, netos, contas, empregada, médicos, entre outros.

Os filhos e nora aperceberam-se dos primeiros sinais da doença, quando passou a se perder na rua, a perder as chaves de casa, a falar com certos objectos pensando ser o cachorro. Contrataram uma empregada para morar com ela. Rejeitou a empregada violentamente, desprezando-a, trancando-a num quarto de um dia para, no que a filha interveio convencendo-a de que não havia outro jeito, passou a queixar-se à filha, de que a empregada era má, mas com atitude hostil, exigente e intimidatória, nas palavras da empregada. Nesta época, relata a Malvina (empregada), que a Maria ainda fazia tudo na casa, desde as compras, ir ao banco, entre outros passeios. Mas que por vezes, fazia-a andar o dia todo na rua com ela, perdida, andando de um lado para outro até cansar e sentar num banco de praça, em busca da casa da mãe dela. Malvina aprendeu a conhecer a cidade toda com ela.

Não elaborou seus lutos, perdas. Diagnosticado Alzheimer, oficialmente, em 2005 aos 79 anos, através de um médico neurologista, desde então, acompanha-a de dois em dois meses. Sofreu AVC em 21/06/2007. Os filhos, no mesmo dia(21), contactaram a instituição onde eu trabalhava, solicitando uma técnica especialista. No dia 22/06/2007, ao chegar, as 9:00, com Paulo, seu filho, que foi me buscar na instituição, encontro-a na cama, em péssimas condições de higiene. Quando a levei para o quarto de banho, vi seu corpo todo ferido, do lado esquerdo, desde o seio até a coxa. A empregada atribuiu tais ferimentos a uma queda no hospital. Reactivei a circulação do corpo com pequenos toques bioenergéticos e, na parte da tarde, com ajuda de Malvina, levei-a para caminhar, no fim do dia já manifestava-se mais presente, com um leve olhar envergonhado. O filho e a nora vieram vê-la, ficaram admirados por encontra-la sentada no sofá da sala e, mais surpresos, quando souberam que ela havia saído a rua e feito uma caminhada, nesta altura ela já não reconhecia mais os rostos familiares, mas foi capaz de reconhecer o filho, quando este lhe perguntou, quem era ele, no que ela responde: *és o meu filho*. Passei a observar, estimular, ouvir, interpretar e ajudá-la a compreender seus sentimentos, emoções, viabilizando-

lhe expressá-los livremente, mas acima de tudo atenta às atitudes negativas condicionantes de Malvina.

Dia 26/06/2007, acompanhei a Maria com Míriam, ao médico neurologista, este elogiou meu trabalho e reforçou dizendo que nesta fase minhas actividades de estimulação corporal e cognitiva era mais importante do que o trabalho dele. Foi uma conversa agradável. Comentou que ela apresenta dois problemas de saúde diferentes, que são: Alzheimer e uma Isquemia Cerebral, devíamos dobrar os cuidados. Míriam, ao observar na estante, um livro, igual ao que ela havia comprado para sua mãe, (Exercícios de Estimulação, 2007), comentou que sua mãe estava praticando aqueles exercícios, no que o médico reage dizendo: *aquele livro não é para sua mãe; ela não tem mais condições para fazer aqueles exercícios (já se encontrava em estágio avançado, era totalmente dependente)*. Eu, ao ouvir seu discurso negativo, manifestei-me: *como não! Ela já fez tudo o que tinha no livro 1, tem um bom domínio no hemisfério esquerdo*. Diante de minhas colocações, ele manifestou elogios.

Trabalhei seu corpo com técnicas psicoterapêuticas de base bioenergética, todos os dias. A medida que Maria foi sentindo-se segura, falava que tinha caído na rua. Passei a observar e a acompanhar tudo na casa. A parte mais difícil foi reajustar e mudar as atitudes rígidas e impositivas de Malvina que insistia em condicionar Maria à total dependência, dando comida na boca, triturando a carne, sentando ela num banquinho para dar-lhe banho, exigindo dos filhos a compra de Cadeira de Rodas (compraram a cadeira, mandei guardar, assim como as barras laterais para a cama), fraldas (essa consegui evitar), etc. Controlava tudo, era desconfiada, reagia com agressividade no gesto, nas palavras ásperas, manifestando no ambiente um clima tenso. Levei Maria ao dentista. Quanto ao banho, desde o 1º dia coloquei-a de pé e a estimulei a usar as mãos, a escovar os dentes e a comer. Eliminei velhos hábitos.

Passou por todas as fases críticas e limítrofe do desespero, como chorar falando que ia morrer, situação frustrante para os familiares. Andava desesperada pelos cantos da casa em busca da casa da mãe mobilizada por medos inconsciente, dizia que tinha um homem a perseguí-la. Solitária em mundo psíquico, manifestava-se com frequência, geralmente no início da tarde, com a iminência do ataque de pânico, com ansiedade, lamentos e gestos, *dói-me aqui (mão no peito), vou morrer, etc.* (antes e após minhas intervenções até março/2008), acompanhado de respiração ofegante, rubor facial, as vezes temperatura alta e, por vezes, contida com espasmos musculares, leves tremores, pele pálida, sudorese exagerada nas mãos e pés, choro incontido.

Manifestou os sentimentos de culpas em relação a perda da mãe, numa tarde, levantou-se da cama aos prantos falando em voz alta: *não tive culpa, não tive culpa*; peguei sua mão e perguntei: do que é que não teve culpa? Ela, com a mão no peito chorando, fala: *da minha mãe morrer lá no Lar do Comércio, eu fazia de tudo pra ir vê-la, mas ele não me deixava* – ele, quem? Meu marido. De pé parada diante de mim, chorou profundamente, até dar um suspiro e relaxar adormecendo em seguida. Dia seguinte bem dispostas, comunicativa. Eu desconhecia como a mãe dela havia morrido, confirmei com a filha, exactamente como Maria havia falado.

Noutro dia expressou-se em prantos deitada na cama pós-almoços , percebi-a inquieta, dizia que tinha de ir para casa, estava com medo do padrasto(não sei se teve padrasto), dizia que o padrasto era severo, que precisava estar com a mãe (sentimentos confusos persecutórios).

Perdas, tristezas, ansiedades, angústias profundas, lamentações, em diferentes atitudes e comportamentos reactivos, foi manifestando a cada intervenção bioenergética e psicopedagógica. Eu sentia no seu olhar sua dor e desespero, havia dias que era pesado demais, eu sai dali sentindo necessidade de correr na praia, caminhar no parque para descongestionar-me daquelas energias tóxicas e, no verão nadar no mar.

Esse comportamento quotidiano de Maria, provocou nos familiares, modificações instrumentais profundas, como o afastamento de todos. Identifiquei que os vínculos inter-relacionais, perante a energia tóxica de Maria, desencadeava sentimentos hostis, agressivos e de afastamento nas pessoas próximas, no caso da empregada, esta reagia com gesto e palavras agressivas repulsivas. Mas, a medida que Maria manifestava-se mais serena, receptiva e afectiva, reconquistou a reaproximação familiar.

Passou a manifestar gestos afectivos de atenção, carinho e agradecimento. Sorriso, pela primeira vez, no verão de 2007, quando a levei, com uma amiga e a empregada que ficou nas férias de Malvina, a um passeio na praia. Paralelo a tudo isso seguiu-se o tratamento medicamentoso: desde manhã até deitar-se mais de 12 medicamentos diários, com redução gradativa, ministradas pelos médicos.

Consultas habituais neurológicas de dois em dois meses, oftalmologia, cardiológicas e dentista, uma por ano. Acompanhei a Maria aos médicos, por vezes era somente eu que a levava. O médico de família, reforçou-me em minhas intervenções e, o cardiologista manifestou-se surpreso, comentando que Maria tinha um coração novo, demonstrando interesse em saber mais acerca de minha experiência profissional. No neurologista, Míriam, ao observar na estante, um livro, igual ao que ela havia comprado para sua mãe, (Exercícios de Estimulação, 2007), comentou que mãe estava praticando aqueles exercícios, no que o médico reage dizendo: *aquele livro não é para sua mãe; ela não tem mais condições para fazer aqueles exercícios (já se encontrava em estágio avançado da doença, era totalmente dependente)*. Eu, ao ouvir seu discurso negativo, manifestei-me: *como não! Ela já fez tudo o que tinha no livro 1, tem um bom domínio no hemisfério esquerdo*. Diante de minhas colocações, ele manifestou elogios e mostrou-se favorável na continuidade.

Identifiquei que os médicos, em geral, desconhecem os potenciais psicológicos dos seus pacientes e os conteúdos inconscientes, ignoram o poder e a influência dos mecanismos afectivos benéficos do toque, abraço, elogios. Pouco tempo depois levei parte do material de escritas e rabiscos grafológicos de Maria, expondo-lhe que era daquela forma que eu a ajudava a expressar raivas, angustias e tristezas.

Paralelo a isto, observei em casa, que a empregada não seguia as orientações médicas, ao dar os medicamentos à Maria, cuja filha a responsabilizou. As vezes esquecia, outras vezes deixava faltar medicamentos. Havia dias em que Maria reclamava de dores generalizadas pelo corpo, manifestava-se lenta, cambaleante, como se estivesse intoxicada ou embriagada, até abril/2008. Nesse percurso, ocorreu mais algumas negligências por parte de Malvina, em meus dias de folgas. Um dia a Maria saiu de casa após o almoço, sem a Malvina perceber (costumava deixar a porta sem chavar). Houve uma 2ª queda violenta, do mesmo lado (novembro/2007). Novamente a Maria teve escoriações do lado esquerdo de cima a baixo, mal podia andar. Malvina, mobilizada pelo seus medos, inseguranças e sentimentos de ameaças, defendeu-se dizendo não ter tido culpa. Partilhar o mesmo espaço físico de trabalho com Malvina tem sido um laboratório de estudo do comportamento explosivo ou dito em termos profissionais, na Psicologia das Organizações curto-circuito, segundo Bell & Smith (1991): *esta pessoa difícil aprendeu cedo que a maioria das pessoas prefere evitar confrontos altamente emocionais, podemos estabelecer limites e estratégias, não deixar que o Curto-Circuito conquiste vantagens especiais sob a ameaça de um ataque de cólera*. Somente com conhecimentos científicos me foi possível convier com Malvina fazê-la perceber que era ela que tinha que se adaptar às necessidades de Maria e, não o contrário.

Mudanças afectivas e instrumentais que envolveram a Maria, seu contexto e vínculos devido a doença de Alzheimer

Maria, aprisionada mundo psíquico, manifestava-se com frequência, geralmente no início da tarde, com a iminência do ataque de pânico, com ansiedade, lamentos e gestos: dói-me aqui (mão no peito), vou morrer, etc., acompanhado de respiração ofegante, rubor facial, as vezes temperatura alta e, por vezes, contida com espasmos musculares, leves tremores, pele pálida, sudorese exagerada nas mãos e pés, choro incontido.

Minhas intervenções iniciais foram mais de observação, silêncio, escuta, toques físicos e actividades psicopedagógicas, numa actuação lúdica, como ler poesias em voz alta, recitar versos, ela escutava-me, em silêncio e por vezes sorria, até que, um dia, no fim da tarde, ela pede-me: *gostava de ouvir aquelas suas cantigas outra vez*. Ao perceber seu interesse, motiva-a a cantarolar comigo, numa voz em tom musical, passei a dançar com ela cantarolando, ela a me imitar; aos poucos fui vasculhando suas gavetas e descobrindo seus gostos musicais e literários, com ajuda da filha. A partir do momento em que eu senti-me familiarizada com o contexto da empregada, sentava com ela e comentava os factos e o modo como contornar, que tudo se resolve dialogando e com total atenção presente, estimulando-a a caminhar, ler os manuais sobre a doença, fazer novas amizades, para que ela também se sentisse mais ambientada e calma, pois detectei que a instabilidade psicológica de Malvina desencadeava ansiedade em Maria.

Vivenciamos um natal magnífico com toda a família (2007). Acompanhei Maria à casa da filha, num jantar com mais pessoas da família. Ela manifestou um comportamento calmo, levemente inseguro, em olhares furtivos mas natural ao sentar-se à mesa, ainda com a mão esquerda, levemente fechada. No dia seguinte, almoçamos na casa do filho e os netos pequenos. Manifestou-se natural ao almoço, porém no fim da tarde, na presença de uma idosa amiga, relembrou o tempo em que ambas passeavam, apresentou a angústia recorrente, com choro, lamentações e alteração respiratória. Levei-a ao quarto, fiz massagem em seus pés, pernas e costas. Ao embarcarmos para casa já estava calma.

Na Páscoa, novamente as famílias reuniram-se. O domingo de Páscoa passamos com o filho, os netos, a família da nora. Este dia foi particularmente iluminado (23/03/2008). Após o almoço Maria sentou-se ao lado do neto, adulto, a conversar (seu jeito habitual que era queixar-se), mas em tom de voz calmo, ele com o computador ligado, deu-lhe atenção. O filho, Paulo, que estava à mesa, parou olhando a sua mãe e o seu filho a conversarem naturalmente, comentou: *como a mamã esta falante*, saindo de onde estava, foi sentar-se no tapete à frente dela, a olhar para ela, conversou alegremente, numa interacção afectiva familiar única. Ali houve um resgate dos bons momentos afectivos vividos em família. Neste dia ela manifestou um comportamento totalmente normal para sua idade de 81 anos e suas disfunções.

A empregada, com seu mundo marcado por maus tratos, aos poucos foi expressando sua dor, libertando seu peso sentimental, contribuindo com informações preciosas. Num momento de medo e baixa vigilância, comportamento diário persecutório, relata-me, que os medicamentos deixavam Maia mais doente, tomou a decisão de retirar alguns (*que na verdade levava Maria a apresentar comportamento mais agitado e instáveis*). Era esta atitude habitual da Malvina. Na madrugada do dia 30/04/2008, Maria amanheceu gravemente ferida na face, próximo ao olho direito, segundo Malvina, caiu ao sair da cama, perfurou o olho. Nesse dia, as 10:00 horas tínhamos hora marcada com o médico de família. Tratei da higiene, alimentei-a e fomos ao médico, este nos encaminhou para as urgências. Tudo aconteceu muito rápido.

Passei o dia todo dentro das urgências. Na comunicação dos resultados, tive a oportunidade de conversar com um médico neurologista Espanhol, mostrou-me no computador as imagens da TAC, onde via-se sinais de Alzheimer e um pequeno angioma, na lateral direita do cérebro, comentou, que pela de idade muito avançada, não poderia ser submetida a uma cirurgia, o angioma estava interferindo nos mecanismos da fala. Míriam foi ao hospital, na saída, enquanto foi pegar o carro, fui caminhando de mãos dadas com Maria, ela falando-me nestes termos: *Teu pai foi muito mau (como se eu fosse a filha), perguntei: como assim? Ela: ele me batia, tá vendo meu olho, dói*. Passei a reflectir o que levava Maria cair, junto de Malvina.

A verdade emergiu: *“Malvina, viajou num domingo cedo, no regresso recebeu dos comboios um formulário para preencher e ter direito a metade do valor da passagem, pelo atraso de mais de meia hora. Pediu-me para preencher o formulário, observei que o seu horário de embarque fora as 5:47, da manhã e, não as 8:00h, como dissera*. Percebi aí os problemas das

quedas frequentes Maria. Fui em busca de informação no médico de família. Este informou que qualquer alteração medicamentosa altera o comportamento. Numa reunião comuniquei aos filhos. O filho me expressa que não duvidava das minhas técnicas, pois resultaram, que tanto ele como a irmã confiavam e agradeciam. Ele foi firme com a Malvina pontuando-lhe as diferenças de funções e determinado à ela, seguir as minhas orientações no que dizia respeito ao tratamento de sua mãe. Paulo foi um mestre na articulação e ponderação das queixas da empregada. E quanto às quedas, desde 30/08/2008, não mais sofreu nenhum tipo de queda violenta.

Maria, tinha o hábito de acordar por volta da 2:00h para ir a casa de banho, isto após, eu ter trabalhado seus medos nocturnos, deambulava não dormia, cujas queixas da empregada eram exaustiva. Nas férias da empregada (2008, Agosto) eu ainda vinculada a instituição que passava por sérios problemas legais junto aos órgãos fiscais. Foi-nos encaminhado uma senhora, sem qualquer habilidade com portadores da doença de Alzheimer; na primeira semana, a Maria tratou de colocar ela para fora, ficara tensa, rígida, não dormido a noite; por sua vez a empregada ficou assustada, demitindo-se, a instituição não encontrou outra para substituir, pediu-me para cobrir o mês. Fiquei directo com a Maria 24 noites e 23 dias, treinei-a ajudando-a libertar os medos com meditação, oração e, expressão vocal dos medos. Em 26/12/2008, Maria, passou a dormir a noite toda. Havíamos passado a noite da Natal em casa de Míriam e seus convidados. Quando regressamos a sua casa, eu sentia-me cansada, necessitando de uma noite de sono sem interrupção. Sentei-me no sofá ao lado de Maria, com duas xícaras de chá, dei-lhe uma tomei a outra, após bebermos peguei em suas mãos dizendo-lhe como me sentia e que deseja dormir a noite toda e só acordar pela manhã, no que ela me responde: *sim senhora vamos dormir a noite toda*. De facto foi a 1ª noite que ela dormiu directo até o dia seguinte e, a partir desse dia normalizou seu sono.

Maria costumava ter momentos de profunda lucidez, como segue: *numa certa manhã entra a empregada na sala (estávamos a escrever, eu ditava e ela escrevia), e com atitude gestual e verbal expressas-se com palavras agressivas, manifestando suas insatisfações na actividade laboral e sai directo para a cozinha batendo a porta; eu, em silêncio fiquei a olhar, Maria olhando, expressa, com estas palavras: “Esta senhora não está preparada para trabalhar nesta casa”, olhei para ela admirada concordando.*

Para Chabot, (1998): personalidade e os traços de personalidade funcionam como um conjunto de padrões comportamentais que (incluindo os pensamentos e emoções) caracterizam a maneira de cada indivíduo se adaptar às situações de sua vida. Ele chama traço de personalidade a todo o aspecto particular de um indivíduo que o distingue dos outros. No caso de Maria, o traço que identifiquei dominante é o medo patológico, inconsciente e persecutório de pessoas fortes, que de alguma forma, nas memórias de sua estrutura física/emocional assemelhasse-se a estrutura física e psicológica do falecido marido, no caso da empresa, alta, forte e rígida, evocava seus medos profundos e inconscientes.

Para os filhos, netos, amigos e médicos as mudanças de comportamentos e atitudes de Maria eram evidentes, sem margem para dúvidas. João estimulava suas irmãs, principalmente a Ívena, mais tímida, a pegar na mão da vó, abraçá-la e sentar-se ao lado dela. Com tempo as netas reaproximaram, faziam visitas mais frequente. No aniversário de 2008, junho/17, levaram Maria para almoçar num restaurante próximo de casa, por vezes eu a levava a um café. No natal de 2008, fez sol e João nos levou ao parque da cidade. Chegou a páscoa de 2009, na casa da Míriam, passamos um dia festivo e alegre. Maria a dançar e a brincar com os netos alegremente à sorrir e a animar os convidados.

Reorganizei seu espaço diário com hábitos regulares, alimentação, higiene, lazer. Passou a ter dias felizes e alegre, produziu imenso, rabiscou, tentativa de pintar novamente, recordou alguns traçados, em cartolina, escrevia tudo o que eu ditava, dormia serenamente a noite toda, foi o melhor verão de sua vida presente. Paulo, com as dificuldades da instituição, tomou a decisão de contratar os meus serviços directamente, uma vez que eu actuava como profissional independente, aceitei. Com essa mudança de vínculo profissional senti-me mais tranquila, dedicando-me ao estudo da doença, escrevendo a história de Maria e, observando de perto o avanço da doença e de como ela reagia corajosamente, e, como minhas intervenções a mantinham activa, por vezes dizia-me: *eu quero viver, quero paz*. Nos domingos costumava levar ela a igreja, onde via-a prestar atenção, sentar e levantar conforme o ritual, rezar e cantar. Reconheço que todas estas intervenções, resgatando os hábitos saudáveis dela, contribuíram para serenar sua mente e melhorar sua qualidade de vida consigo mesma e a redescoberta de seus nobres sentimentos amorosos, contribuindo para a reaproximação familiar.

Passei a praticar as orientações de Holford (2006), acerca da prevenção do Alzheimer com Malvina, percebi que a instabilidade psicológica dela interferia no ambiente, alterando o comportamento nocturno de Maria. Malvina com 63 anos, divorciada, sem filhos, aceitou fazer o teste sugerido pelo autor, detectei algumas falhas de memória, sugeri algumas mudanças em seus hábitos, como beber muito café puro, viver isolada, sem qualquer amizade, sendo explorada financeiramente pelos irmãos e sobrinhos. Aceitou tomar um multi-vitamínico, chás de folha de maracujá, dormir durante o dia e, fazer novas amizades, passou a viajar com grupos de idosos.

Em 2009, Maria manifestou-se estabilizada emocionalmente. Porém foi manifestando outras questões, como recusar a tomar a medicação, já não engolia mais os comprimidos e cápsulas, a solução foi trocar as cápsulas por comprimidos e amassá-los. Nas férias de Malvina, os filhos contrataram os serviços de uma empresa, enviaram duas funcionárias, uma para as noites e outra para cobrir meus dias de folga. Na primeira semana tudo correu muito bem, Maria, estranhou a nova funcionária, porém esta foi calma e ponderada. Na minha folga entrou uma funcionária uma jovem, insegura. Maria reagiu negativamente, alterou completamente seus hábitos, manifestou comportamentos que eu ainda não havia presenciado, como negar-se à comer qualquer coisa, ir ao quarto de banho, tomar medicação, dormir, e um corpo tenso, rígido, com queixas generalizadas, protestos, ânsia de vômito, reter urina e fezes; passou quatro dias sem

defecar e um dia inteiro sem urinar, tivemos que contactar seus médicos, intervir com medicação. Foi o verão mais difícil de sua vida. Manifestou revolta, raiva, mágoas. Um domingo, pela manhã enquanto eu fazia o almoço, com ela sentada perto de mim, vejo-a chorando, agachei-me tocando seu joelho, perguntei-lhe o que sentia, no que ela fala: *nesta casa todos me mal tratam*, comentei que se alguma pessoa estava sendo mais duras com ela, não era com intensão de a mal tratar, mas porque estava com dificuldade de compreendê-la, no que ela responde: *eu sei que ninguém faz por mal, mas não gosto disso*. Após chorar respirou fundo, aliviada, relaxando e manifestando-se descontraída

No retorno de Malvina, após as férias de agosto/2009, esta encontra Maria, hiperactiva, sono alterado, não tolerou, e, sem qualquer autorização, retirou parte da medicação diária de Maria, esta reagiu apática, num completo mutismo e imobilizada por três dias, até que Malvina fala-me que havia retirado certos remédios, imediatamente contactei os filhos e, Malvina no auge de sua ansiedade e medo, passado quatro dias, retorna a dar os remédios todos à Maria que na hora do almoço (desse dia), em minha presença, força-lhe beber vinho, no que Maria de imediato apresenta sintomas de sudorese exagerados e desfalece inerte, socorri a tempo, evitando consequências mais graves. Na presença dos filhos Malvina assume o que fez comprometendo-se a não mais intervir. Após uma semana, Maria renasce alegre, sorridente e mais activa, partir daí retomou seu comportamento calmo, com leves momentos ansiosos, perante as atitudes de Malvina.

O que Maria escondia por detrás da doença de Alzheimer? Um estrutura de personalidade obsessiva. E do que passou a vida toda a esconder-se? Dos seus sentimentos acerca de suas necessidades sexuais obstruídas por crenças e valores religiosos. Identifiquei que chorar com a oportunidade de esclarecer os sentimentos primários, oportunizava-a à uma profunda reorganização psicológica e relaxamento corporal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na trajectória deste trabalho, tentei ser o mais fiel possível, dentro dos limites científicos, oportunizando um novo olhar sobre a doença de Alzheimer, o sujeito portador da doença e seu contexto histórico-social, que penso vir a ser muito útil a outros profissionais e famílias com doentes portadores dessa problemática.

Hoje Maria (83anos), é uma idosa de pele rosada, com lindos cabelos brancos, em paz com seus sentimentos e emoções, alegre e gentil. Sabe proferir palavras de agradecimento, gestos de carinho com filhos, netos, eu e a empregada. Dorme serenamente a noite toda. Tem controle dos esfíncteres. Levanta-se da cama e anda pela casa naturalmente. Usa suas mãos para escovar os dentes, banhar-se e alimentar-se, comigo ao seu lado coordenando a direcção, que por vezes não associa mão e boca. Já apresenta os sinais da fase bebé, explorando o ambiente com a boca,

como: passar a mão em tudo o que esta próximo e levar a boca, geralmente, antes das refeições, um indício de que sente fome ou sede, mas não sabe dizer.

Toda a literatura corrente sobre da doença de Alzheimer, apresenta um prognóstico bastante sombrio, tanto para os doentes como para os cuidadores. Ainda impregnados de ignorância acerca dos conteúdos psicológicos afectivos. Manifestam preocupações com os cuidadores, na âmbito da psicoterapia pessoal ou de grupo, mas não apontam as necessidades do doente portador da doença de Alzheimer necessitar de acompanhamento psicológico. Minha interrogação é: *será que todo doente portador dessa doença tem que definhar, no isolamento e, na mais profunda ignorância e carência afectiva? E, será que os profissionais da área médica vão continuar mantendo seus pacientes e familiares presos somente à farmacologia?* Minhas observações e estudos com esta doente me comprovaram que o maior benefício é servir-se de um vasto campo de conhecimentos, tendo como eixo central o acompanhamento psicológico de base corporal. Maria renasceu, reaprendeu a sorrir e a encantar, como uma linda criança que todos querem abraçar e brincar. Acrescido com minhas intervenções sensíveis, com conhecimentos e auto-conhecimento.

É imprescindível o acompanhamento psicológico aos doentes, assim que for confirmado o diagnóstico, pois geralmente, trata-se de pessoas sensíveis, emotivas e fechadas em seu mundo subjectivos. Damásio (2004), relata o sofrimento de um amigo com a doença de Alzheimer, era um grande filósofo e, Tina, perdeu um tio, um músico brilhante e educado, nas palavras dela e, sua sogra Maria, brilhante, genial, uma artista plástica em ascensão. O que todos eles tiveram em comum? Um traço afectivo, acentuadamente sensível, predominante em sujeitos com habilidades artísticas, filosóficas e musicais.

Reforço a necessidade de apoio psicológico a todos os envolvidos, cujas reacções e projecções são inadequadas, ignoram sua dimensão afectiva: *sentimentos e emoções*. Aprender a gerir sentimentos para saber expressar emoções e intervir com gestos, palavras e atitudes. A empregada, contratada para atender as necessidades de Maria, agia de forma a fazê-la adaptar-se à suas exigências sem discernimento acerca da doença. Queixava-se de modo agressivo, à Maria, suas frustrações trabalhista, comprometendo-a. O doente Alzheimer, em estágio avançado, manifesta-se na fixação oral (boca), que é a primeira zona de organização da libido (prazer), pós nascimento. Uma leitura atenta à teoria freudiana, é possível identificar todas as fases, desde a oral, anal, fálica até a genital. Deve-se agir firme na reeducação dos afectos e reorganização da libido do doente, canalizando para actividades prazerosas como dança, poesia, canto, riso, movimento, que são sensações do campo perceptivo, nas palavras de Lowen (1985), todo o sentir começa com o sentido de si próprio, estar em contacto (chão corpóreo) é estar atento ao que está acontecendo dentro de você e ao seu redor e, o prazer é uma resposta corporal.

Esse trabalho foi-me, sem dúvida, um de meus maiores desafios, dado sua contextualização, limitações, ferramentas, mas também foi um de meus maiores aprendizados profissionais, uma paixão a parte. Quando pensava que ela estava na recta final e eu cansada com

as atitudes impulsiva negativas da empregada, eis que ela surpreendia-me revitalizando-me e reconquistando-me. Deixo aqui algumas reflexões, que sem dúvida, estarei trabalhando em meu doutoramento: *Será a doença de Alzheimer, predominantemente afectiva doméstica, cujos indícios apontam, neste estudo de caso, envoltos pelos conteúdos psicológicos afectivos embotados, negativos, reprimidos e suprimidos?*

Em todo esse percurso, intersubjectivo, me vi como uma marinheira mergulhando nas profundezas de um oceano, em busca de um submarino naufragado. De volta à realidade, inspirando-me e parafraseando José Saramago (1999) *-Uma pesquisadora, aqui, é uma mulher como as outras: sonha. -Também dos escombros de um cérebro humano apagado pelo dito 'Alzheimer' pode-se resgatar, o que lá ainda restava dos resquícios de um tesouro roubado, como uma pedra preciosa, uma rara flor. Ou uma bandeira sinalizando um novo território. Por fim cá estou, outra vez a sonhar com um futuro melhor, onde todas as pessoas acima dos 70 anos, possam usufruir da saúde de suas memórias e experiências de vida passada e presente com alegria, prazer e serenidade contemplativa!*

ANEXO - 1: ESTIMATIVA APROXIMADA DAS DESPESAS ANUAIS DE MARIA, A PARTIR DE JULHO/2007.

Comparação com os dados estatísticos do Instituto de Segurança Social – 2005

	Máx. - I. P.	Méd. - I. P.	Maria/ Ano.2007	Maria/Ano	Maria/Ano	Sub-total
				2008	2009	
Medicamentos	1 000	133,27	680,00	1780,00*	1546,00*	4.006,00
Consultas médicas	600	80,56	285,00	545,00	455,00	1.285,00
Internamentos	1 100	393	250,00	1247,00*	XXXXXX	1.497,00
Análises médicas	200	36,16	65,00*	89,00*	XXXXXX	154,00
Exames médicos	350	59,33	79,50*	80,00*	XXXXXX	159,50
Ajuda técnica	1500	321,61	5.200,00*	14.700,00*	11.350,00	30.800,00
Empregada doméstica	1496	429,97	2800,00*	8.400,00*	8.400,00*	19.600,00
Alimentação	675	216,07	920,00*	3240,00*	3.560,00*	7.720,00
Fraldas	3150	91,06	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	
Serviços de reabilitação	500	148,37	XXXXXX	XXXXXXXX	XXXXXXXX	
Outras (Água, Luz, TV, Fone)	1500	195,61	1.046,00*	2.856,00*	3.008,00*	6.910,00
Condomínio e reforma na casa	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	650,00*	1.436,00*	5074,00*	1.160,00

Fonte: ISS, I.P., 2004 »Modelo adaptado « gasto anuais com a Maria*: Julho a Dez./2007, 2008 e 2009 anuais.

Os valores acima contabilizados tem início em 22/06/2007 até 30/12/2009, referem-se aos gasto globais que envolvem as despesas da casa, empregada, médicos, internamentos, análises/exames e técnica. Observem que, em 2009, apesar da doença ter evoluído, ouve uma considerável economia em medicamentos, despesas médicas, internamentos e materiais de uso pessoal. Até a presente data, a família não teve gastos com fraldas e serviços de reabilitação. Eles tem benefícios de restituição IRS de: Consultas médicas, Ajuda técnica a partir de novembro 2008, com meus recibos verdes, medicamentos parciais. Da parte da Instituição, até Outubro/2008, não tiveram direitos no IRS porque és ta estava ilegal no sistema, ficando com uma despesa sem retorno de mais treze mil euros. Todos os itens acima assinalados não são contemplados no IRS.

MEDICAMENTOS que Maria tomou até aqui, de 2007, 2008 até 2009 » Omeprazol; Jumex ; Norvasc ; Cozaar* ; Monoquet; Fólicil ;Aspirina*; Tromality ; Sinvastatina; Arycepty ;

Lexotan; Zolpidem; Kainever ;Arycept; Exelon*; . Eventuais: Vacinas anti-gripe no inverno e doze de vitaminas; Colírios para os olhos em 2008 e 2009. De 2008 à 2009, conseguimos reduzir a medicação habitual, passando a tomar: Omeprazol, Cozaar, Monoquet e Exelon pela manhã, ao meio dia Folicil e, a noite Kainever, num total de seis medicamentos diários. Toda esta medicação Maria já tomava quando passei a atendê-la, desde 22/06/2007, excepto: -
Observação*: Aspirina-2008; Exelon-2008; Cozaar,-2009.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALZHEIMER'S & Association. Viagem ao Cérebro. Disponível em: http://www.alz.org./brain_portuguese/10.asp. Acesso em: 04/02/2010.

ALZHEIMERMED. O jovem estudante de medicina. Alois Alzheimer (1854 – 1915). Disponível em: http://www.alzheimermed.com.br/m3.asp?cod_pagina=1035. Acesso em 19/02/2009.

BELL H., Arthur; SMITH M., Dayle. **Como lidar com pessoas difíceis**. Editora: Europa-América, 1991.

BLEGER, J. **Simbiose e Ambiguidade**. Rio de Janeiro. Livraria Francisco Alves Editora S.A., 1977.

BORIS, Cyrulnik. **Sob o signo do afecto**. Editora Instituto Piaget, 1989.

CORUJANDO. Incidência e distribuição da Doença de Alzheimer. Disponível em: <http://www.corujando.com.br/arquivo/alzheimer05.htm/>. Acesso em 10/07/2009.

DAMÁSIO, António. **O Sentimento de Si**. Portugal: Publicações Europa-América, 15ª Ed, 2004.

FREIRE, Paulo. **O Pensador**. Disponível em: [http:// www.opensador.com](http://www.opensador.com) . Acesso em 01/02/2010.

GLAT, Rosana. **Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental**. Rio de Janeiro: Editora Agir, 1989.

HABIB, Michel. **Bases neurológicas dos comportamentos**. CLIMEPSI Editores, 2003.

HOLFORD, Patrick. **Alzheimer: Plano de prevenção**. Portugal: Editora Academia do Livro, 2005.

I.P. **Situação Social dos Doentes de Alzheimer: Um estudo exploratório**. 2005. Disponível em: www.ip.pt. Acesso em: 07/Julho/2008.

LEITE da Silva, Maria Manuela. **Impacto da prestação de cuidados a um doente com Demência de Alzheimer.** Tese de Doutoramento, biblioteca da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Psicologia do Porto, 2006.

LOWEN, Alexander; LOWEN, Leslie. **Exercícios de Bioenergética:** O caminho para uma saúde vibrante. São Paulo, 6ª Ed. : Ágora, 1985.

MAYER, Canísio. **Dinâmicas para desenvolver o crescimento pessoal e colectivo.** Editora Vozes, 2006.

TULKU, Tarthang. **Gestos de Equilíbrio.** São Paulo, Ed. Pensamento, 1977.

VARELLA, Pilar. **Ansiosa-Mente.** Portugal, 3ª Ed, 2007.

YIN, R. K. **Estudo de caso:** planeamento e métodos. 3ª ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

VALENTIM, M.I.P. **Método de Pesquisa:** Estudo de Caso. UNESP- 2008. Disponível em: www.valentim.pro-br. Acesso em 04/02/2010.