

## PERSPECTIVAS ATUAIS DA DEMÊNCIA

“...um processo demencial é  
algo que nos lembra  
a angústia da nossa própria falência  
e mortalidade”  
(Dourado, 2000:35).

A demência é uma síndrome neuropsiquiátrica decorrente de inúmeras e diferentes causas que podem ser reversíveis ou não. Entre as irreversíveis encontram-se a doença de Alzheimer, a vascular, a demência por corpos de Lewy, a de Pick.

Entre os sintomas mais frequentes num quadro demencial estão a presença de diversos déficits cognitivos, desorientação e alterações do comportamento. Um comprometimento leve da memória – principalmente da memória recente - constitui-se como a primeira manifestação clínica. Entretanto, importa assinalar que o paciente e/ou a família tendem, muitas vezes, a arranjar justificativas para isso que, na maioria das vezes, é confundida com esquecimento decorrente de depressão ou formas similares de esquecimento não patológico.

Em virtude dos diferentes quadros demenciais existentes, o declínio das capacidades cognitivas constitui um instrumento relevante numa formulação diagnóstica para as demências que, segundo o DSM-IV (1995), é imprescindível que haja a presença de declínio da memória, seguida da manifestação de mais um dos itens abaixo relacionados:

- afasia – perturbação da linguagem, em que é possível perceber dificuldades na nomeação de objetos e pessoas, na compreensão ou expressão da linguagem falada e escrita;
- apraxia – dificuldade na realização de atividades motoras, mesmo que o aparelho motor se apresente funcionalmente intacto;
- agnosia – dificuldade de reconhecer ou identificar objetos, ainda que o funcionamento sensorial se mostre normal;

- perturbação do funcionamento executivo – atividades que envolvam a capacidade de planejamento, organização, discernimento, julgamento, abstração.

Os estudos epidemiológicos indicam que entre as demências, a do tipo Alzheimer vem se configurando como a doença de maior prevalência e incidência na população idosa. No entanto, não é raro encontrar casos iniciados antes dos 65 anos, casos esses considerados de início pré-senil e cuja atenção é menor em relação ao grupo idoso (Engelhardt et al., 2001). No Brasil, os estudos indicam aproximadamente um milhão de doentes e, devido a seu crescimento vertiginoso, está sendo considerada como a doença número um do século que se inicia (Correa, 1996).

Apesar de ser apontada como uma doença da atualidade, há relatos de que no século XIX, o psiquiatra francês Esquirol descreveu um caso de demência senil muito semelhante à descrição atual dos sintomas da demência de Alzheimer. Mas, até o início do século XX, a doença ganhou diferentes nomes - arterioesclerose, demência vascular, demência senil ou simplesmente velhice, muito embora os sintomas apresentados nem sempre tivessem relação com os fenômenos decorrentes do processo de envelhecimento (cf. Berrios, apud Leibing, 2001). Cabe assinalar que a doença não ficou sem atenção durante a sua descoberta e o retorno aos seus estudos. Apenas ficou em estado de latência e com outras nomeações para essa doença. Segundo Herskovits (1995), a retomada dos estudos da doença ocorre a partir da década de 60/70, graças a iniciativa de cientistas e pesquisadores norte-americanos. No Brasil, a investigação só veio acontecer a partir da década de 90 (Leibing, 2001). Esses estudos permitiram observar que tanto a demência de início pré-senil como a de início senil apresentam os mesmos tipos de lesões histológicas (Correa, 1996).

A primeira descrição oficial de que se tem conhecimento sobre a doença de Alzheimer data de 1907. O médico alemão Alois Alzheimer descreveu as modificações ocorridas no cérebro de uma paciente de 51 anos, que sofria de uma demência progressiva, apresentando comprometimento da linguagem, da memória e do comportamento. Seus achados apontavam para uma rara ocorrência de demência pré-senil, cuja afirmação só foi possível após cinco anos, quando da morte da paciente. Uma investigação histológica apontou a presença do que hoje é

conhecido como neurofibrilas e placas neuríticas no córtex e outras regiões do cérebro (Correa, 1996; Leibing, 2001)

O curso da doença de Alzheimer é lento, insidioso e sua investigação requer o afastamento de todas as possibilidades e evidências patológicas passíveis de serem encontradas nas demais demências. Sua evolução apresenta três estágios bem distintos, com comprometimentos a nível cognitivo e funcional bem delimitados.

No primeiro estágio (leve), surgem as primeiras queixas de memória, podendo ser observadas também certa distração, assim como uma diminuição das atividades laborativas e diárias; no segundo estágio (moderado), o comprometimento da memória se acentua e os distúrbios de linguagem ficam mais aparentes – o paciente começa a ter dificuldade em nomear os objetos e pessoas, em formar frases completas, em compreender a leitura e a escrita, além de apresentar desorientação temporal e espacial, bem como de se cuidar pessoalmente; no terceiro estágio (grave), a fase final da doença é marcada por comprometimento da memória de longo prazo, o paciente passa a apresentar dependência total nos cuidados higiênicos e atividades básicas da vida diária, inclusive já com presença de espasticidade e incontinência esfinteriana. As complicações clínicas advindas ao longo da doença geralmente acabam por levar o paciente à morte. Em todos os estágios, pode ou não haver presença de sintomas psiquiátricos como delírios, alucinações etc (Laks, 1993). A duração média do início dos sintomas até a morte é de aproximadamente 8 a 10 anos.

Se por um lado não se pode negar a existência de uma doença orgânica cerebral nas demências, por outro, também não se pode negar que o paciente percebe que algo de errado e estranho está acontecendo com ele e que isso interfere em suas relações com o mundo. Diante dessa percepção, Dourado (2000) investigou o impacto da demência sobre o psiquismo do paciente, lembrando que as pesquisas até então desenvolvidas visavam estudar o impacto da doença no ambiente familiar e nos cuidadores. Segundo a autora,

“...não há como negar que a doença ataque o que o sujeito tem de mais singular: sua consciência de si mesmo, pois não há mais a continuidade do experienciar-se.” (2000:63)

Continuando, observa que o senso de identidade e unidade encontra-se perturbado, desvanecido e fragmentado, acompanhado de medo e desespero nos quais o sujeito que demencia se vê despido de seus aspectos subjetivos. Esses aspectos podem aparecer de forma diferenciada, considerando o início da doença. Nos atenta para a advertência de Eisenberg quando ressalta as diferenças que caracterizam uma psiquiatria social “sem cérebro” de uma psiquiatria biológica “sem mente”, assinalando que, devido aos aparatos tecnológicos da atualidade nas investigações, pouco se pesquisa sobre os aspectos subjetivos, preferindo-se um discurso da não-pessoa, do não-identificado, como se o sujeito da demência não sentisse dor ou não sofresse.

## 2.1

### O Sujeito da Demência

Foucault (1987) observa que o nascimento da clínica inaugurou um espaço significativo na Medicina, apresentando contribuições imprescindíveis à compreensão do funcionamento fisiológico e orgânico do corpo humano. Entretanto, alertou que nem tudo podia ser tratado como um aparato orgânico tendo em vista a individualidade e a singularidade de cada um, através de seus aspectos psicológicos (1988).

Na própria evolução do homem e na concepção de saberes, o olhar centrado na doença e no sujeito sempre revelou faces distintas, acompanhando as diretrizes do pensamento que marcavam cada época. Dada a transição de um olhar voltado para os aspectos da natureza (objetivista e reducionista) para um olhar direcionado às questões subjetivas e da linguagem (construtivista), não se pode mais reduzir o homem a uma simples questão de organicidade visto que ele é reconhecido como sujeito pertencente a um meio – social e cultural - com suas qualidades e singularidades. E, como diz Foucault

“O *objeto* do discurso também pode ser um *sujeito*, sem que as figuras da objetividade sejam por isso alteradas. Foi esta reorganização *formal* e *em profundidade*, mais do que o abandono das teorias e dos velhos sistemas, que criou a possibilidade de uma *experiência clínica*: ela levantou a velha proibição aristotélica; poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica” (1987:XIII)

O discurso de alguns sobre Alzheimer tem-se mostrado assustador à medida em que o sujeito, ao ser diagnosticado, é como se nada mais lhe restasse a não ser esperar pela morte chegar, como se nada pudesse ser feito devido as metáforas construídas para essa doença como “um funeral sem fim”, “a perda do eu” e “morte antes das morte” (cf. Herskovits, 1995)

Seja na velhice ou na idade adulto-jovem é necessário reconhecer que os aspectos dessas metáforas podem ser aplicados em ambas as faixas etárias para aquilo que a doença vai acarretando em seu curso, principalmente, naquilo que o sujeito tem de mais precioso – sua identidade. Até encontrar uma cura ou uma atenuação, o estigma de Alzheimer ainda é assustador e traz a força de uma sentença de morte social. Produtividade, autonomia, controle de si mesmo, entre outros valores culturais, são ameaças para o fim do Eu. Neste sentido, pode-se pensar que os aspectos tempo, memória e Eu são instrumentos imprescindíveis no rearranjo da história do sujeito. Viver sem uma imagem de si, experimentar a sua fragmentação e desvanecimento, além de não dispor mais de recursos da relação para sustentá-la, significa emudecer e alienar-se.

Se o aspecto subjetivo do paciente pode ser reconstruído através dos relatos de suas experiências, experiências essas que marcaram passagens significativas em sua vida, e se o Eu permanece através dos tempos a partir da reconstrução desses relatos, como Dourado (2000) salienta, a subjetividade do paciente também pode e vai estar inserida em sua memória musical. E as músicas que são trazidas espontaneamente na própria voz do paciente ou até mesmo numa outra forma de expressar-se musicalmente no *setting* musicoterápico podem, sim, dar sentido à dor de quem está sofrendo com uma doença que impõe limites a sua condição de ser-estar no mundo.

Nessa perspectiva, a música do paciente, além de estar carregada de aspectos significativos relacionados a sua história de vida, pode representar um momento atual, pois a música está sendo cantada no aqui-agora. Quando Augusto<sup>2</sup> de 46 anos traz para o *setting* a música “*Construção*”<sup>3</sup> de Chico Buarque em cujos versos iniciais diz “amou daquela vez como se fosse a última...” e mais adiante “amou daquela vez como se fosse a única...” ou em “*Roda Viva*” também de

---

<sup>2</sup> Os nomes citados no texto são fictícios, visando preservar a identidade do paciente.

<sup>3</sup> as letras das músicas citadas no texto encontram-se no complemento “Anexo”

Chico Buarque: “tem dias que a gente se sente como quem partiu ou morreu...” parece apontar para situações e momentos que são únicos e últimos a cada dia que se vive a doença. Ou quando Clara, de 76 anos, traz “*E o destino desfolhou*” e Ivo, de 81 anos traz “*Boa noite amor*”, alguns dias após a internação de sua mulher. E o que dizer de “é preciso amar as pessoas como se não houvesse amanhã” versos de “*Pais e filhos*” de Dado Villa-Lobos, Renato Russo e Marcelo Bonfá, trazida na voz de Bernardo de 53 anos?

Cada uma dessas músicas ao serem re-cantadas representam um momento único e singular, podendo ainda, contextualizar não apenas uma situação individual como também grupal, na medida em que o trabalho se desenvolve em grupo visando à manutenção de laços afetivos e sociais que se encontram comprometidos nesses pacientes. Desta forma, é preciso considerar que o sofrimento psíquico que ocorre com a diminuição das funções anteriormente desenvolvidas é um fator que requer um cuidado maior na proporção em que se estende além da própria degeneração orgânica.

A dor sentida pelo sujeito é uma dor interna, pois observa que sua capacidade para a realização de tarefas, que lhe era tão comum, agora necessita de auxílio de terceiros, primeiro de forma parcial e, depois, de forma total. Esta doença parece tratar-se de uma “implosão” lenta e progressiva em que a presença ou não de sintomas psiquiátricos pode levar o sujeito a uma desorientação e confusão maior, com a manifestação de ansiedade e de agitação. E tal situação requer a construção de um campo de assistência na qual o cuidado não depende apenas de uma única especialidade ou apenas da medicalização para os sintomas advindos da doença.

Independente de ser caracterizada como a praga cinza ou o mal do século, compreender a doença de Alzheimer em seus aspectos orgânico, subjetivo, cultural e social poderá viabilizar um avanço na administração de terapêuticas - medicamentosas e não-medicamentosas, aptas a oferecerem subsídios que diminuam o sofrimento daqueles que convivem com a doença. Para tanto, faz-se necessário um trabalho que envolva uma equipe, atuando de forma compartilhada, que vise oferecer uma melhor qualidade de vida a todos os envolvidos no tratamento das demências – o paciente, seus familiares e cuidadores.

## 2.2

### **Tratamento não-medicamentoso da demência e equipe multidisciplinar**

A busca de tratamento que amenize o sofrimento do paciente, cuidando dele e de sua família, faz parte de um caminhar, às vezes árduo, que pode se configurar em termos de pesquisa e conhecimento a ser produzido. É possível encontrar referências quanto às diferentes possibilidades de intervenção terapêutica - medicamentosa ou não. Geralmente, o objetivo central reside em propiciar uma melhora na manutenção do desempenho cognitivo e da autonomia do paciente de forma a melhorar sua qualidade de vida e a de seu cuidador.

Dourado (2000) ressalta que o maior desafio da clínica psicanalítica especializada em pacientes com síndrome demencial está relacionado à posição do analista que funciona constantemente como um espelho. A imagem refletida, freqüentemente encontra-se embaçada ou não é passível de reconhecimento. Entretanto, discorda daqueles que argumentam de forma adversa ao uso de psicoterapia na demência, quando observa que o campo ainda é novo e promissor de modo que as técnicas e as modalidades da clínica necessitam de adaptação, a fim de que todos os recursos possam auxiliar a comunicação e a expressão dos afetos. O trabalho da autora se constitui como o registro vivo da busca e compreensão da subjetividade desses pacientes que, mesmo com sofrimento, partilham experiências reais de suas vidas.

Toseland et al (1997) examinam os efeitos da Terapia da Validação, uma espécie de terapia que tem sido largamente aplicada nos Estados Unidos e em outros países ocidentais. Trata-se de um método em que tanto a comunicação verbal como não verbal é empregada com pacientes idosos com Alzheimer e outras demências. Entre os objetivos do tratamento estão a redução da agitação, da ansiedade, da depressão e do estresse, além dos problemas de comportamento; melhora da auto-estima, da interação social e da comunicação; a estimulação da autonomia pelo maior tempo possível e a prevenção do estado de incapacidade total (vegetação). A parte preservada é utilizada no estabelecimento da comunicação interpessoal. A fundamentação do trabalho está alicerçada na tradição humanística da psicoterapia, na teoria de Erik Erikson e no trabalho clínico de Carl Rogers.

Mello & Abreu (2000) consideram de suma importância num trabalho de Terapia Ocupacional a observância de quatro dimensões do desempenho humano: a física, a percepto-cognitiva, a emocional e a social, ressaltando a existência de procedimentos peculiares a cada uma dessas dimensões. Segundo as autoras, o objetivo do trabalho é avaliar o atual status funcional do paciente e constatar o que pode ser reabilitado ou adaptado. Conhecer a história funcional do paciente, as conseqüências da doença e o desempenho das AVD (Atividades de Vida Diária) são fundamentais numa avaliação funcional e no direcionamento de um trabalho. As autoras apresentam um modelo de intervenção cognitiva em terapia ocupacional com base no modelo de desempenho de Allen (1992) cuja estrutura tem seis níveis hierárquicos de cognição e sugere níveis para o processamento sensório-motor da informação.

Bruck (1996) observa que os lares abrigados estão descobrindo os efeitos terapêuticos da arte-terapia, da musicoterapia e da terapia com a participação de animais, muito embora vejam essas atividades mais por seu caráter recreativo do que por se tratar de uma modalidade genuinamente terapêutica. A música, mais que qualquer outro recurso, é apontada como um dispositivo extraordinário e poderoso da memória, das emoções e dos sentidos, contendo um potencial terapêutico de amplo alcance. Enquanto a arte favorece a expressão de emoções, de significados, de forma não ameaçadora, a presença de animais no tratamento dos pacientes tem registrado efeitos terapêuticos como a diminuição da pressão sanguínea e do estresse.

Segundo Bottino et al. (2002), na parte farmacológica, um grande avanço ocorreu nesses últimos anos, após a introdução de medicamentos anti-colinesterásicos. Medicamentos como a Tacrina cuja tolerabilidade e eficácia apresentavam limitações, foram substituídos por outros de melhor eficácia como o donepezil, a rivastigmina e galantamina. Os autores consideram que hoje em dia a opção que o paciente e seus familiares encontram é a articulação entre o uso de medicamentos e o trabalho de uma equipe multidisciplinar.

Um trabalho de equipe multidisciplinar na assistência à demência vem sendo desenvolvido no Centro para Pessoas com Alzheimer e Outros Transtornos Mentais na Velhice do Instituto de Psiquiatria – CDA/IPUB- UFRJ, local onde este trabalho foi realizado e, que mantém um serviço de Centro-Dia cuja finalidade é dar atenção diária aos pacientes e seus familiares/cuidadores que



comparecem à instituição para seu tratamento e, ao final do dia, retornam a suas casas. Essa modalidade de assistência permite a convivência com a família, sem que haja ruptura com o seu meio social. Mas é preciso considerar que esse serviço poderá trazer algum benefício para as pessoas apenas durante determinado período da doença. A partir do momento em que o paciente começa a apresentar comprometimento maior em suas funções cognitivas e clínicas, seguido de uma deterioração acentuada com o avançar da doença, seu desligamento é inevitável, mas a orientação necessária continuará a ser dada à família.

A equipe que é formada por médico, psicólogo, terapeuta ocupacional, musicoterapeuta, enfermeira, assistente social, fisioterapeuta e alunos do Curso de Especialização em Psicogeriatría<sup>4</sup> atuam de forma que possam atenuar o comprometimento cognitivo e as alterações de comportamento no intuito de possibilitar uma melhora na qualidade de vida do paciente e de seu familiar e/ou cuidador além de procurar mantê-lo inserido em seu contexto social.

Para cada fase da doença, uma atenção cuidadosa é imprescindível e adaptações, tanto no ambiente terapêutico quanto no familiar, devem ser feitas. Acontecimentos do cotidiano, como as rotinas básicas do dia-a-dia, devem ser considerados os marcadores da passagem do tempo, de forma a dar consistência à experiência de cada um. Essas experiências, portanto, são singulares caracterizando o sujeito (Certeau, 1998) na medida em que a repetição das atividades dessa rotina permite a recriação permanente da vida social (Heller, 1995). O trabalho em equipe multi e interdisciplinar é fundamental para que se possa tecer uma rede de cuidados capaz de apreender e assistir o indivíduo e seu contexto de forma holística.

A evolução do quadro demencial varia no tempo em cada paciente, o que faz com que adaptações no decorrer do tratamento sejam feitas visando trabalhar ao máximo com a reserva cognitiva e a singularidade de cada um. O desenvolvimento da clínica tem-se voltado para duas modalidades de trabalho: o grupo terapêutico e a oficina terapêutica (na falta de uma definição mais clara e específica para essas modalidades de atendimento, a equipe orientou-se através da própria prática clínica para melhor compreensão).

---

<sup>4</sup> Curso oferecido pelo IPUB/UFRJ com duração de dois anos.

O grupo terapêutico caracteriza-se pela utilização de métodos, técnicas e objetivos próprios de determinado campo de intervenção, como a musicoterapia e a fisioterapia. É coordenado por dois terapeutas daquela área, que funcionam como facilitadores da relação entre eles e os integrantes do grupo, possibilitando a partilha de experiências, dificuldades, identidades culturais e de época. O trabalho em grupo com a técnica específica de cada área de conhecimento é relevante para a formulação e alcance de objetivos bem estruturados, à medida em que esses trabalhos desenvolvidos com pacientes apenas portadores de demência são muito pouco relatados.

As oficinas terapêuticas funcionam nos mesmos moldes do grupo terapêutico, mas se caracterizam pela utilização combinada de métodos e técnicas de duas áreas de saber com objetivos comuns: de um lado, a psicologia e a terapia ocupacional, de outro, a fisioterapia e a fonoaudiologia, por exemplo. A coordenação por dois terapeutas, um de cada campo, promove a interlocução de campos distintos orientados pelas necessidades e demandas dos pacientes. Aqui os saberes se articulam numa dinâmica interdisciplinar objetivando encontrar meios que possam ser utilizados de maneira a atender ao paciente e/ou seu familiar/cuidador. Oficina de culinária, da memória, de notícias, de jardinagem, de orientação e cuidados, além de outras, constituem alguns recursos oferecidos aos pacientes e/ou cuidadores.

Nigri et al. (2003) enfatizam que o mais importante são os resultados obtidos através da interlocução dos saberes e não no produto final que muitos esperam, sendo todas as oficinas planejadas de acordo com o nível cognitivo dos participantes, em que a preocupação precípua reside em não serem criadas situações que possam causar frustrações de porte maior para os pacientes. Assim, se um paciente não consegue mais realizar um movimento expressivo, seja motor ou com um material de tinta, por exemplo, ele pode ainda se beneficiar do convívio com os demais. Para os pacientes com demência, a intervenção deve se dar a partir daquilo que lhe é familiar, sendo seu cotidiano o pano de fundo, a linha de referência pela qual podemos nos orientar.

As propostas, sempre claras e bem definidas, obedecem a uma rotina que possa ser reconhecida pelos pacientes, estando agrupadas em cinco eixos: 1) atividades de vida diária; 2) estimulação cognitiva; 3) estimulação de habilidades

sensorio-motoras; 4) resgate e valorização das reminiscências e da identidade pessoal, 5) abordagem do cuidador.

Além desses aspectos, estão configuradas em oficinas que procuram despertar nos participantes uma atenção de forma global: 1) oficina para pacientes, visando à atenção específica ao paciente, levando-se em conta o grau de reserva cognitiva; 2) oficinas para pacientes com cuidadores, a fim de promover uma atitude terapêutica e de instrumentalização dos cuidadores para que o trabalho possa ter seguimento em casa (a continuidade de um trabalho de estimulação cognitiva é que pode possibilitar a estabilização do quadro e a manutenção de certas atividades do cotidiano) e 3) oficinas para cuidadores, com o objetivo de promover a saúde e sensibilização, considerando que o cuidador também sofre, tanto psíquica como fisicamente. Através da sensibilização, ele pode se colocar no lugar daquele que é cuidado, ser orientado no cuidado de si e de quem está cuidando. Aqui são apontados procedimentos de cuidados básicos e adaptações que viabilizem a manutenção da independência e da autonomia do paciente.

Paralelamente ao grupo terapêutico e as oficinas, existe o grupo de apoio e orientação para familiares e cuidadores. É um espaço destinado não apenas aos que se tratam na instituição; nele as orientações se concentram na assistência ao paciente e na economia de esforços para o cuidador. A preocupação é com a redução do sofrimento, se é possível, num ambiente de acolhimento e recomposição. Por isso se faz necessário mostrar os aspectos ainda saudáveis e preservados. Caracteriza-se por um espaço de escuta das dificuldades e angústias, do compartilhar opiniões e soluções, da reestruturação e da criação de vínculos, dos cuidados consigo mesmo, do lazer e da construção de projetos pessoais.

Além dos atendimentos grupais, as intervenções individuais com pacientes ou cuidadores podem ocorrer nos diversos campos que a equipe oferece, com o objetivo de acolher questões pessoais e estender sua permanência no serviço.

Desde que o paciente chega à instituição, um processo terapêutico já se encontra em funcionamento. O primeiro espaço que o paciente e seu familiar/cuidador encontram é o da convivência que promove a socialização e o compartilhamento entre pacientes, familiares, cuidadores e técnicos. Por ser um espaço informal, permite a observação de atitudes e reações, de comentários e obtenção de informações sobre o dia-a-dia, de forma que possibilita intervenções

sutis, naquele momento, no sentido do acolhimento e respeito ao paciente e ao cuidador.

O encontro entre pacientes, cuidadores, familiares e terapeutas constitui um dos dispositivos mais eficazes para o bem-estar de todos os envolvidos no processo demencial. Acolher, informar, ouvir, conversar, tratar, ajudar são preocupações da equipe que se propõe a um trabalho multi, inter e transdisciplinar. A noção de eficácia do tratamento vai além do paciente e do espaço institucional. Dependendo das condições da equipe devem ocorrer na família, em seu cotidiano e na comunidade possíveis mudanças capazes de propiciar acolhimento e a garantia da continuidade do tratamento no próprio domicílio.

## 2.3

### O lúdico e a criatividade na prática clínica

A busca por uma metodologia que viabilizasse os atendimentos do paciente com demência, levou a equipe do Centro-Dia a estruturar o seu trabalho mediante a utilização de alguns pressupostos teóricos básicos que permitam sustentar e orientar o próprio fazer clínico. A base principal está alicerçada no tripé: espaço terapêutico - criatividade – lúdico, no qual as propostas apresentam flexibilidade e são manejadas de forma a atingir os objetivos propostos, possibilitando que as capacidades e limitações de cada paciente sejam acolhidas, reconhecidas e interpretadas com os recursos de linguagem possíveis a cada um.

O termo brincar<sup>5</sup>, do português, é oriundo do latim *vinculum*, que significa laço, união. O brincar e o jogar são formas básicas da comunicação através das quais os indivíduos inventam o mundo e elaboram os impactos exercidos pela experiência e pelos outros. Apresenta uma finalidade autônoma na busca de satisfação ao realizar-se. Possui começo, meio e fim. É ordem e cria ordem. O brincar introduz na imperfeição do mundo e na confusão da vida uma perfeição temporária. É preciso lembrar que trabalhar com atividades lúdicas não é infantilizar e sim, recorrer a uma forma de manifestação do humano. Faz parte de todas as culturas. É possível observar até mesmo em Freud (1987 [1920]) que o

---

<sup>5</sup> Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa, 2ª edição revista e ampliada, Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1986: 286

lúdico aparece como um recurso utilizado pelas crianças muito pequenas, possibilitando o processo de diferenciação e subjetivação, de presença e ausência, o jogo do “*fort da*”<sup>6</sup>.

Winnicott (1975) assinala que o ato de brincar já era investigado desde os estudos de Melanie Klein, mas não como uma terapia em si. A partir de seu interesse, abre um espaço na psicanálise em que o brincar, além de ser uma aplicação imediata e universal, possibilita a expressão e a relação afetivas com quem brinca. Além disso, é caracterizado como uma experiência criativa e de continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver.

O espaço destinado a esse brincar é espaço terapêutico. E a importância do espaço terapêutico como um espaço potencial para o exercício da criatividade é apontada por Winnicott (1975) no qual se deve permitir o desenvolvimento a ocorrência do jogo, do brincar e da descoberta mútua. A criatividade está inserida na relação do indivíduo com a realidade externa. O espaço terapêutico e a criatividade se transformam em ferramentas na aplicação de recursos e adaptações técnicas.

Segundo Ostrower (1983), a criatividade é inerente à condição humana. Pode ser entendida como um processo de construção do conhecimento, um exercício constante de revisão de pensamentos, afetos e comportamentos, levando-se em conta uma multiplicidade de potenciais e limites que fazem parte da vida do indivíduo e do mundo a seu redor. Cognição, linguagem, ação, habilidade, motivação e pensamento criativo constituem aspectos fundamentais na interação e interseção criativas em que a estimulação ambiental operacionaliza o processo criativo aliado ao interesse e ao prazer na produção (Novaes, 2001)

Cabe ressaltar que, para a equipe do Centro-Dia, um aspecto a considerar nos trabalhos que envolvem a reabilitação ou a estimulação cognitiva é o de que o “terapêutico” não implica o sentido pedagógico de ensino, ou treinamento. A posição do terapeuta é a do intérprete, não a do professor, configurando uma clínica da escuta e não do treinamento e disciplina. Além disso, o terapeuta deve funcionar como um baú onde as lembranças e dados fundamentais da vida de cada paciente, dados culturais e de época, devem ser guardados, de forma a serem

---

<sup>6</sup> expressão atribuída por Freud a partir de suas observações clínicas à brincadeira da criança quanto a lidar com a ausência-presença da mãe (in: Freud, Além do Princípio do Prazer, 1987[1920])

evocados para promover o acolhimento e a continuidade do discurso do paciente, quando ele os busca na memória e não os encontra.