

# Memórias, Materialidades e Narrativas na Doença de Alzheimer<sup>1</sup>

BÁRBARA ROSSIN COSTA 

Universidade Federal do Rio de Janeiro | Rio de Janeiro, RJ, Brasil

barbararossinc@gmail.com

DOI 10.11606/issn.2316-9133.v31i1pe187765

**resumo** Na literatura biomédica, demência é um termo genérico utilizado para descrever uma constelação de condições progressivas, incuráveis e comumente associadas ao processo de envelhecimento. Neste artigo, procuro refletir sobre o trabalho de reconstrução e administração das memórias de pessoas diagnosticadas com a Doença de Alzheimer e/ou outras demências em um serviço multiprofissional de saúde. Como material de análise, apresento alguns casos e relatos da minha pesquisa etnográfica no Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, da Universidade Federal Fluminense. Tratarei de descrever parte das dinâmicas observadas, as técnicas que orientam os profissionais de saúde em suas práticas laborais e o protagonismo de alguns artefatos na manutenção da saúde e cuidado. A partir desse compósito de experiências, espero, por fim, analisar os meios pelos quais as memórias autobiográficas e a cognição podem ser encarnadas e entrelaçadas aos fluxos materiais.

**palavras-chave** Alzheimer, Memória, Materialidade, Narrativa, Tempo.

## Memories, Materialities and Narratives in Alzheimer's Disease

**abstract** In biomedical literature, dementia is a generic term used to describe a constellation of progressive and incurable conditions, commonly associated with the aging process. In this paper, I aim to reflect on the work of rebuilding and managing memories of people diagnosed with Alzheimer's Disease and/or other dementias in a multidisciplinary health service. As material for analysis, I present some cases and reports of my ethnographic research at the Reference Center in Elderly Health Care, at Universidade Federal Fluminense. I will try to describe part of the dynamics that I observe, the techniques that guide the health professionals in their work practices and the role of some artifacts in the maintenance of health and care. From this composite of experiences, I hope, finally, to analyze how the autobiographical memories and cognition can be embodied and interwoven with material flows.

**keywords** Alzheimer, Memory, Materiality, Narrative, Time.

---

<sup>1</sup> Agradeço os preciosos comentários dos pareceristas anônimos da Cadernos de Campos. E agradeço também à Annette Leibing, Cíntia Engel, Daniela Feriani, Elisângela Maia Pessoa, Letícia Vicentin, Natashe Dekker, Renata Machado, Camila Pierobon, Gabriel Cid, Octavio Bonet (e companheiros do Laboratório de Etnografias e Interfaces do Conhecimento: Bruna Motta, Ceci Penido, Clara Ramos, Danilo Pereira, Emanuel Luz, Isis Ribeiro, Mariana da Fonte, Mário Borba, Rafael de Mesquita, Pedro Diniz, Thaiza Alves, Túlio Maia Franco, Vítor Jasper) e Luiz Fernando Dias Duarte (e seus incríveis orientandos: Anna Beatriz Costa, Bruno Cruz, Cecília Bastos, Edna Mayorga, Gabriel Lima, Lara Saraiva, Marco Martínez Moreno, Monique Nascimento, Romário Nelvo, Plácido Portela, Pedro Gama, Thaís Melo, Tomás Oliveira, Wagner Alves da Silva) pelas observações, partilhas e cuidadosas leituras deste trabalho.



e187765

<https://doi.org/10.11606/issn.2316-9133.v31i1pe187765>

## Introdução

*All beginnings contain an element of recollection*  
(Connerton, 1989: 6)

Na literatura biomédica<sup>2</sup>, demência é um termo genérico utilizado para descrever uma constelação de condições progressivas, incuráveis e comumente associadas ao processo de envelhecimento (Engel, 2020; Featherstone; Northcott, 2020). Dentre as suas manifestações tipológicas possíveis, a Doença de Alzheimer (DA) é a mais comum, correspondendo a 60-80% dos diagnósticos realizados (Garre-Olmo, 2018; Rizzi et al, 2014).<sup>3</sup> Embora difusas e ainda pouco compreendidas em suas realidades e sintomatologias, as demências são condições conhecidas por impactar a memória, o comportamento, a percepção, a capacidade para a realização de atividades da vida diária, a linguagem e o raciocínio.

No Brasil e no mundo, as síndromes demenciais crescem tendencialmente, acompanhando o aumento da expectativa de vida<sup>4</sup>, o desenvolvimento de novas terapêuticas e o aprofundamento do processo de medicalização das sociedades. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), pouco mais de 55,2 milhões de pessoas no mundo convivem com a Doença de Alzheimer, atualmente, e, até 2050, esse número poderá chegar a 139 milhões (WHO, 2021).<sup>5</sup> O alargamento do perfil epidemiológico da doença (que passou a englobar também a demência senil, e não apenas pré-senil), o fortalecimento do

---

<sup>2</sup> Há uma vasta literatura sobre o assunto e não pretendo realizar um mapeamento extensivo de suas discussões e disputas por hegemonia neste artigo. Importante salientar que as demências não são categorias estáveis para o campo biomédico. Suas categorias nosográficas, reconhecimento e classificação estão em constantes debates e atualização. Ainda hoje, as demências permanecem como um “enigma persistente” (Lock, 2013) e um “nó difícil de desatar” (Feriani, 2017) para a biomedicina. Ao longo do artigo, apresento brevemente alguns dados epidemiológicos e consensos (temporários) da área, a partir de trabalhos biomédicos e antropológicos (que também recuperam esse tipo de discussão) e que se encontram citados.

<sup>3</sup> A prevalência das demências varia substancialmente, a depender do local. Em uma revisão de literatura sobre a sua distribuição epidemiológica ao redor do mundo, Garre-Olmo (2018) revela como isso é resultado não apenas de uma não-uniformidade metodológica dos estudos (que se diferenciam em diagnóstico e faixa etária analisada), mas também de desigualdades socioeconômicas (que interferem nos níveis de escolaridade e prevenção de doenças correlatas às demências, como a hipertensão e obesidade). Apesar dessas particularidades, a Doença de Alzheimer é aquela com maior incidência e diagnóstico em todo o mundo, seguida pela Demência Vascular.

<sup>4</sup> No Brasil, a faixa etária de pessoas com mais de 60 anos é a que mais cresce em termos proporcionais. Segundo as projeções estatísticas da OMS, entre 1950 e 2025, a população de idosos no país crescerá 16 vezes contra cinco vezes a população total (WHO, 2005).

<sup>5</sup> De acordo com o relatório *Global status report on the public health response to dementia* (2021), da OMS, estima-se que sejam 20,1 milhões de pessoas no Pacífico Ocidental, 14,1 milhões na Europa, 10,3 milhões nas Américas, 6,5 milhões no Sudoeste Asiático, 2,3 milhões no Mediterrâneo e 1,9 milhões no continente africano. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/344701/9789240033245-eng.pdf> Acesso em 17/11/2021. O Brasil possui a segunda maior prevalência da doença no mundo, atrás apenas da Turquia (GBD Dementia Collaborators, 2019), com um total (aproximado) de 1 milhão de pessoas. Na América Latina, a sua incidência é considerada como maior do que o esperado para o nível de envelhecimento populacional (RIZZI et al, 2014).

paradigma cognitivo-cerebral, a mobilização política em torno do seu reconhecimento e o envelhecimento progressivo da população mundial, a partir dos anos 1970, colocaram a DA em evidência nas políticas globais de prevenção e cuidado, assim como nos investimentos em pesquisa e produção de medicamentos (Leibing, 1999; Engel, 2019).<sup>6</sup> Contudo, ainda são escassos e pouco articulados no Brasil os trabalhos etnográficos que levem em consideração os mundos da demência (Engel, 2019) e suas possíveis potencialidades empíricas e epistemológicas para as ciências humanas e sociais.

Nos últimos anos, uma nova geração de antropólogos tem inserido as demências na agenda de debates e contribuído para a renovação de um campo ainda dominado pela psicologia, medicina e enfermagem. Influenciada pela pesquisa pioneira de Annette Leibing (1999; 2006; 2017), essa recente produção tem se engajado em uma multiplicidade de experiências que colocam em perspectiva o trabalho de cuidado e a feitura do cotidiano (Engel, 2013; 2020), a nebulosidade dos diagnósticos, as elaborações estéticas e as dobras sobre o pensamento (Feriani, 2017a; 2017b), suas particularidades em um contexto de vida religiosa consagrada (Vicentin; Debert; Feriani, 2019; Vicentin, 2021) e as potencialidades que poderiam circunscrever uma ontologia demente (Vianna, 2015; 2013), interpelando as demências como um modo outro de existência e subjetivação.

Neste trabalho, procuro refletir sobre a experiência da demência à luz de seus agenciamentos materiais.<sup>7</sup> O objetivo será examinar como um serviço multidisciplinar<sup>8</sup> em saúde produz e coordena múltiplos sintomas e feituas da realidade, a partir de um conjunto de interações e abordagens comunicacionais, que colocam em relevo a prática narrativa e a força dos artefatos e paisagens no processo de produção e manutenção das memórias de pessoas diagnosticadas com a Doença de Alzheimer e/ou outras demências. Como material de análise, apresento alguns casos e relatos da minha pesquisa etnográfica no Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASI), da Universidade Federal Fluminense. A

---

<sup>6</sup> Annette Leibing (1999) descreve esse momento como um “segundo nascimento” da Doença de Alzheimer. Embora catalogada pela primeira vez em 1907 pelo psiquiatra e neuropatologista alemão Alois Alzheimer, é somente na década de 1970 que a doença começa a ser mobilizada de maneira mais intensa por distintos agentes, como a indústria farmacêutica, associações da sociedade civil e gestores do Estado. A autora analisa como esses dois nascimentos são resultado de um olhar científico de determinada época e sua forma específica de produzir saberes.

<sup>7</sup> Para dar conta de uma doença que desafia as divisões entre mente e corpo, sujeito e objeto, concreto e abstrato, significativo e significado, desloco-me para os materiais para iluminar novos aspectos sobre as demências e para evidenciar a mútua constituição de pessoas e coisas. Ao invés de focar exclusivamente na semiótica ou no significado social dados às coisas, pretendo analisar também os efeitos sociais da matéria no percurso da doença para descentralizar a agência humana e ampliar a investigação sobre como significado e efetividade são construídos ao longo de uma malha que engendra materiais, organismos diversos e forças físicas. A ideia de “agenciamento” aqui é utilizada em referência à formulação de Deleuze e Parnet (1998): “uma multiplicidade que comporta muitos termos heterogêneos, e que estabelece ligações, relações entre eles (...). Por isso a única unidade do agenciamento é de co-funcionamento: é uma simbiose, uma “simpatia”. O que é importante não são nunca as filiações, mas as alianças e as ligas; não são os hereditários, os descendentes, mas os contágios, as epidemias, o vento.” (Deleuze; Parnet, 1998: 56-57).

<sup>8</sup> Os profissionais que compõem a equipe da instituição: neurologistas, geriatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais.

partir desses dados, espero analisar as formas pelas quais a memória, a vida e as escalas espaço-temporais podem ser renegociadas em um contexto de incerteza e reabertura da própria subjetivação. Tratarei de descrever parte das dinâmicas observadas, as técnicas que orientam os profissionais de saúde em suas práticas laborais e o protagonismo de alguns artefatos na manutenção da saúde e cuidado. Com base nesse compósito de experiências, espero, por fim, analisar os meios pelos quais as memórias autobiográficas e a cognição podem ser encarnadas e entrelaçadas aos fluxos materiais.

## A produção de um enquadramento

Os grupos de estimulação cognitiva para pessoas com demência existem desde 1989 na Universidade Federal Fluminense e foram criados por Vilma Câmara. Desde sua fundação, em 2002, o Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASI)<sup>9</sup> se ocupa do trabalho terapêutico medicamentoso e não medicamentoso<sup>10</sup> de pessoas diagnosticadas com demência. Localizado no campus conhecido como “Mequinho”, no Centro de Niterói, o CRASI tem como objetivo prestar atendimento especializado aos idosos e sua rede de apoio, a partir de uma variedade de serviços.

Na instituição, a opção pelo tratamento não medicamentoso foi realizada após a verificação de bons resultados com a recuperação e desenvolvimento de habilidades em crianças com dificuldades de aprendizado e/ou com dislexia. A *neuroreabilitação* infantil inaugurou uma nova perspectiva sobre a capacidade cerebral de produzir e emaranhar novas trilhas neurais, criando um cenário promissor para o ensino de habilidades comprometidas também em pessoas acometidas por demências<sup>11</sup> (Câmara, 1998). Nos grupos, os estímulos

---

<sup>9</sup> Os Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASI's) fazem parte das Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso e foram criados a partir da Portaria 702 do Ministério da Saúde, publicada em 12/04/2002. De acordo com a Portaria 702, “Entende-se por Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso aquele hospital que, devidamente cadastrado como tal, disponha de condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos específicos e adequados para a prestação de assistência à saúde de idosos de forma integral e integrada envolvendo as diversas modalidades assistenciais como a internação hospitalar, atendimento ambulatorial especializado, hospital-dia e assistência domiciliar, e tenha capacidade de se constituir em referência para a rede de assistência à saúde dos idosos”. É preciso ressaltar, contudo, que tais iniciativas são escassas no país e estão muito aquém do previsto pela Política Nacional da Saúde do Idoso e no Estatuto do Idoso (Miyata, et al., 2005). Embora a legislação brasileira que contempla a população idosa seja considerada exemplar, na prática ela se revela insatisfatória por não conseguir cumprir aquilo que se propõem (Cruz, 2015). De acordo com Miyata et al (2005), apenas 10% dos 74 Centros de Referência aprovados pela Política Nacional do Idoso haviam sido construídos até 2005, estando a grande maioria concentrada em Estados do Sudeste.

<sup>10</sup> No site da Universidade Federal Fluminense (UFF), o CRASI é descrito como “um programa multiprofissional e interdisciplinar da Universidade Federal Fluminense, cujo objetivo é dar atendimento especializado e diferenciado aos idosos, especialmente aos que têm demência, com dispensação de medicamentos para o Mal de Alzheimer, por meio de oficinas terapêuticas, inclusive. Mais do que tratar a doença, o centro procura dar qualidade de vida, independência e autonomia aos pacientes”. Nesse sentido, substâncias medicamentosas e atendimentos terapêuticos alternativos coexistem na instituição. Neste artigo, debruço-me apenas sobre uma das alternativas não medicamentosas: os grupos de estimulação cognitiva.

<sup>11</sup> Embora o termo “aprendizado” seja um pouco frágil para o contexto das demências, a iniciativa de Vilma Câmara (1998), idealizadora do projeto, esteve atrelada à sua própria experiência como supervisora de

são realizados com o intuito de promover a saúde e o autocuidado, conscientizar e estimular as atividades da vida diária (se vestir, se alimentar, pagar contas, cuidar da higiene pessoal), incentivar a independência, reabilitar funções cognitivas e psicomotoras, bem como promover integração social, a afetividade, a fixação do aprendizado e o despertar de interesses variados.

Vinculado ao Hospital Universitário Antônio Pedro, da Universidade Federal Fluminense (UFF), a estrutura da unidade é composta por: 1) um prédio retangular cinza de dois andares, onde são realizadas as consultas ambulatoriais e onde estão acomodadas as salas de professores do curso de Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia; 2) uma cantina com um pequeno refeitório; 3) um pavilhão do curso de Enfermagem e Nutrição, localizado nos fundos do terreno; 4) um auditório para eventos e oficinas; 5) uma sala para recepção de cuidadores, localizada ao lado dos banheiros coletivos; 6) uma oficina de atelier; 7) uma pequena casa para logística de material; 8) um amplo jardim, que interliga as construções prediais por caminhos de pedra 9) bancos longos de concreto e alguns conjuntos de mesas para o jogo de damas e/ou xadrez, espalhados pelo jardim. Há quase dois anos, realizo uma observação participativa nas oficinas de estimulação cognitiva do CRASI e nas discussões de caso da equipe do Programa Interdisciplinar de Geriatria e Gerontologia. Inicialmente, no formato presencial. E, posteriormente, na modalidade remota/digital.<sup>12</sup> Os dados e descrições que apresento neste artigo são referentes ao período anterior à pandemia.

A atenção nos atendimentos é dirigida tanto à dimensão considerada biológica (as causas orgânicas do transtorno, localizadas no cérebro), quanto à dimensão considerada psicossocial (os comportamentos, trajetória pessoal e habilidades).<sup>13</sup> Na primeira consulta

---

Neurologia da Pestalozzi - instituição civil sem fins lucrativos que oferece serviços especializados em saúde (sobretudo para crianças e adolescentes com deficiência). Em sua dissertação, Cruz (2015) explora a transposição das técnicas utilizadas em crianças para as pessoas com demência, a partir de uma entrevista com a própria Vilma Câmara: “O que é que eu vou fazer na Demência?. Fazer a mesma coisa que todo mundo faz, pegar os pacientes e jogar no Hospital Psiquiátrico? aí eu lembrei da Dislexia, se a Fono utiliza a cognição pra melhorar o aprendizado da criança, eu vou usar as mesmas técnicas, pra resgatar a cognição....Aí eu peguei e saí catando nesse Hospital quem queria trabalhar comigo, tinha uma Fono, Adriana Pareto, montei o Atendimento Interdisciplinar aos pacientes com Demência e aos seus familiares. Criei o primeiro grupo de familiares e a gente atendia aqui dentro do Hospital. Fazíamos atendimento individual e atendimento em grupo, Individual quem fazia era T.O. e a Fono, e o atendimento em grupo era uma equipe Multidisciplinar” (Cruz, 2015: 32).

<sup>12</sup> Em razão da pandemia de Covid-19, os grupos de estimulação cognitiva presenciais foram interrompidos por tempo indeterminado. Nas semanas subsequentes à suspensão, eles foram retomados a partir do WhatsApp. Toda semana, familiares e cuidadores recebiam tarefas e exercícios para serem realizados em domicílio (vídeos com exercícios físicos, ilustrações para colorir, atividades com a escrita). Como contrapartida, o envio de vídeos e fotos com a execução das atividades era solicitado para posterior avaliação pelas terapeutas ocupacionais. Diante da imprevisibilidade de um retorno presencial, em 26 de agosto de 2020 os grupos foram realocados em um novo formato, considerado mais completo em recursos e capaz de recuperar a potência das interações face a face: o Google Meet – serviço de comunicação por vídeo, desenvolvido pela empresa Google, para a realização de encontros e reuniões online.

<sup>13</sup> No Sistema Único de Saúde (SUS), essa perspectiva holística, integral e centrada no sujeito vem sendo chamada de biopsicossocial. Para Bonet (2014), essa perspectiva também poderia ser descrita como uma epistemologia da integralidade; uma forma de se estar no mundo e fazer medicina, tendo como base a dissolução

ambulatorial, o idoso é submetido a uma avaliação multidimensional e a um rastreio biopsicossocial, para que o melhor plano de conduta seja traçado antes de encaminhá-lo aos serviços especializados. São averiguadas as “funções sensoriais”, as possíveis “desordens neuropsiquiátricas” e a “presença de processos cerebrais degenerativos ou vasculares”. Em paralelo ao atendimento médico, psicólogos e/ou enfermeiros realizam uma entrevista psicossocial para verificação das capacidades “funcionais” (isto é, autocuidado e desempenho nas atividades da vida diária) e para a compreensão das dinâmicas familiares em que o idoso se insere.

Após esse primeiro momento, as pessoas atendidas são encorajadas, sempre que possível, a criar a sua própria programação terapêutica, levando em consideração suas necessidades e as possibilidades oferecidas pela instituição: fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, enfermagem, neurologia, dermatologia, fonoaudiologia, serviço social, oficina de teatro, oficina de pintura, educação física, artesanato e coral.

A pedra angular na confecção do parecer médico é a comparação entre o que a pessoa fazia/era e o que ela faz/é hoje: uma investigação fundamentada nas continuidades e descontinuidades dos sujeitos dentro de uma mesma linha temporal. Com a ajuda da própria pessoa ou de seu familiar, o médico ou terapeuta retorna ao passado para uma avaliação do histórico clínico e do modo como a vida costumava se organizar; observa o presente, com o intuito de controlar possíveis efeitos indesejados da doença e de manter a pessoa viva/saudável; e vislumbra o futuro, de modo a (re)planejar e (re)examinar as expectativas e o próprio curso de vida da pessoa com demência.

→ Nos grupos para idosos e seus cuidadores, as estratégias e procedimentos são construídos coletivamente com o objetivo de “reabilitar cognitivamente, socializar e conscientizar sobre a doença”: “Para o Paciente → Estímulo; Para o Cuidador → Apoio; Para a Situação Paciente-Cuidador → Redescobrimto da Nova Realidade” (Câmara, 1998: 1).

No espaço, são acolhidas pessoas acometidas por demências<sup>14</sup> variadas (Doença de Alzheimer, Demência Vascular, Demência Fronto-Temporal, Demência por Corpos de

---

de fronteiras entre corpo, mente e cultura/ambiente. Nesta obra (2014), o autor examina a Medicina de Família. Mas sua lógica também se faz presente nos Centros de Referência em Atenção à Saúde do Idoso e na construção do próprio campo da Geriatria e Gerontologia no Brasil (de maneira geral), como revela Engel (2020).

<sup>14</sup> “Demência” é um termo guarda-chuva que contempla uma variedade de condições, como já descrito no início deste artigo. Seus subtipos costumam ser caracterizados em função dos sintomas clínicos, etiologia (causas e origens), idade, forma de apresentação, curso clínico e transtornos associados (Garre-Olmo, 2018). O diagnóstico diferencial é considerado importante, porque nem todas as suas formas conseguem ser tratadas farmacologicamente do mesmo modo (Morgan et al, 2007). É preciso ressaltar, contudo, que seu reconhecimento e classificação não estão completamente estabilizados. A feitura do diagnóstico e sua diferenciação permanecem envoltos em disputas, controvérsias e dificuldades variadas, como a indisponibilidade de exames e a falta de recursos (Lock, 2013; Feriani, 2017; Engel, 2020; Featherstone;

Lewy, Demência por Parkinson, entre outros), encaminhadas previamente por um especialista (médico, psicólogo, terapeuta ocupacional e/ou fonoaudiólogo) do Hospital Universitário Antônio Pedro (UFF) ou da rede de atenção primária de saúde da região de São Gonçalo e Niterói.

Desde o momento em que chegam, todos são avaliados clinicamente pela terapeuta ocupacional responsável e classificados de acordo com seu o “grau de comprometimento cognitivo”. A classificação é realizada com base nos parâmetros do Clinical Dementia Rating (CDR), ferramenta desenvolvida há quase 30 anos para o rastreio, diagnóstico e controle das demências. Elaborado por Hughes et al (1982), pesquisadores e professores do Knight Alzheimer’s Disease Research Centre, da Universidade de Washington, o CDR qualifica a capacidade de “realizar adequadamente” as atividades da vida diária, a cognição e o comportamento, tendo como referência o próprio desempenho do indivíduo avaliado no passado.<sup>15</sup>

A partir de um questionário estruturado (ou semi-estruturado) com perguntas sobre as atividades da vida diária, seis domínios cognitivo-comportamentais são avaliados: memória, orientação, atividades domésticas e passatempos, julgamento e resolução de problemas, assuntos da comunidade e cuidado pessoal. A categoria memória é considerada principal (e as demais secundárias) e possui maior peso e significado durante a avaliação. Cada resposta, fornecida pela pessoa avaliada ou seu acompanhante, gera uma pontuação. Ao final da entrevista, os indivíduos podem ser classificados em cinco categorias, dependendo do score alcançado: 0 = ausência de demência; 0.5 = demência questionável; 1 = demência leve; 2 = demência moderada; e 3 = demência grave.

---

Northcott, 2020). Em termos ideais (e de modo bastante resumido, para familiarizar os leitores não especializados na área com as estabilizações temporárias da biomedicina), a Doença de Alzheimer afetaria a memória, comportamento, orientação, linguagem e raciocínio, a partir da morte neuronal provocada pelo acúmulo das proteínas tau e beta-amilóide no tecido cerebral. Em suas manifestações precoces, observadas em pessoas com menos de 60 anos, as causas atribuídas pela biomedicina também podem ser alocadas em um erro genético nos genes que codificam a proteína apolipoproteína E (APOE) e a proteína precursora do amilóide (PPA). As Demências Vasculares afetariam mais sensivelmente a capacidade motora (além de funções cognitivas) e seriam resultado de acidentes vasculares cerebrais, que interrompem ou prejudicam o fluxo sanguíneo. A Demência por Corpos de Lewy se caracterizaria pela deposição de corpos intracelulares de Lewy por toda extensão cerebral e teria como principal manifestação clínica a rigidez do corpo e lentidão motora. A Demência Fronto-Temporal se caracterizaria pela atrofia e perda de células nervosas em um ou ambos os lobos frontais e temporais do cérebro, responsáveis pela regulação do humor, comportamento, fala e percepção visual. A Demência por Parkinson surgiria à medida em que a Doença de Parkinson progride, tendo como principais manifestações clínicas tremores, rigidez muscular, perda de memória e dificuldade com reflexos.

<sup>15</sup> Embora a primeira publicação de Hughes et al (1982) sobre o CDR seja de 1982, Pinto e Perez (2017) argumentam que o instrumento de classificação global das demências foi desenvolvido no Knight Alzheimer’s Disease Research Centre, âmbito do Memory Aging Project, da Universidade de Washington, em 1977. No artigo original de Hughes et al (1982) não há qualquer referência a essa data. Por não haver menção à fonte que circunscreve o CDR ao ano de 1977 no artigo de Pinto e Perez (2017), tomo o ano de 1982 como referência. Em 1993, uma versão atualizada do CDR é publicada por John Morris (1993) na Revista American Academy of Neurology. De acordo como Pinto e Perez (2017), essa é a versão mais atual e aquela mais amplamente utilizada nos consultórios atualmente.

No nível 0, o indivíduo é considerado perfeitamente saudável, funcionando de forma independente no nível do trabalho, compras, atividades voluntárias, grupos sociais, autocuidado, controle financeiro, julgamento e resolução de problemas. Além disso, é considerado pleno em orientação (espacial e temporal), sem perda de memória (ou com esquecimento inconstante) e com o interesse intelectual e passatempos bem mantidos. No nível 0.5, é considerado levemente incapaz de resolver problemas e identificar similaridades/diferenças, bem como de manter as atividades comunitárias, a vida doméstica, o interesse intelectual e os passatempos. Apresenta leves esquecimentos (o esquecimento aqui é tratado como “benigno”, com eventos parcialmente lembrados), mas sua orientação e seu autocuidado são considerados plenos (com exceção de dificuldades brandas com datas).

No nível 1, o indivíduo é identificado como incapaz de funcionar de forma independente nas atividades domésticas, nos assuntos comunitários (compras, grupos sociais), embora possa desempenhá-las quando casualmente inspecionado. Seriam características desse grau: o abandono de passatempos e interesses, a dificuldade moderada no manejo de problemas e julgamentos, a acentuação na perda da memória (com interferências nas atividades da vida diária), a desorientação geográfica e espacial, a dificuldade moderada com a identificação de datas e similaridades/diferenças. No nível 2, não há a pretensão de que o indivíduo desenvolva atividades independentes fora do domicílio. São considerados comportamentos típicos: a dificuldade grave com datas (desorientação quanto ao tempo, embora o espaço possa estar preservado), perda grave da memória recente (e retenção apenas de dados já consolidados), enorme incapacidade para manejar problemas e identificar similaridades e diferenças, comprometimento do julgamento social, perda dos interesses pessoais e perda da independência na higiene e cuidado pessoal (vestuário, manejo de itens pessoais).

No nível 3, o indivíduo requer muita ajuda no cuidado pessoal (apresenta incontinência frequente) e é considerado incapaz de fazer julgamentos ou resolver problemas. A orientação permanece apenas em relação a pessoas, havendo grave perda da memória (apenas alguns fragmentos permanecem), bem como ausências de atividades domésticas e comunitárias. No que diz respeito aos assuntos comunitários, é percebido como “muito doente para ser levado para fora do domicílio” (Câmara, 1998).

Além de facilitar o diagnóstico e proporcionar um acompanhamento sobre a progressão das demências, o CDR também é um importante instrumento para a gradação e calibragem das atividades realizadas durante as oficinas de estimulação cognitiva. A classificação oferece aos terapeutas, alunos e residentes um determinado enquadramento para a escolha de tarefas e possibilidades de estímulo com base nas perdas e manutenções funcionais, na percepção visual, na percepção valorativa sobre as coisas e linguagem verbal.

### **Entre palavras e coisas**

As oficinas de estimulação cognitiva acontecem às segundas (manhã), quartas (tarde) e sextas-feiras (manhã), sendo às segundas dois grupos para pessoas diagnosticadas com demência moderada ou avançada; às quartas, um grupo misto para pessoas em distintas fases da condição; e, às sextas, um grupo para pessoas com demência leve ou suspeita de demência.

Os encontros são realizados na Sala Vilma Câmara, nomeada em homenagem à neurologista e geriatra fundadora do serviço na Universidade Federal Fluminense.<sup>16</sup> O cômodo retangular, climatizado com ar condicionado, apresenta duas grandes janelas (protegidas da luz solar por persianas brancas), aproximadamente, 30 carteiras escolares (dispostas em círculo para as atividades), um quadro branco, um filtro de água, dois armários de ferro cinza (onde são alocados, no fundo da sala, os materiais e objetos utilizados) e uma mesa grande, localizada em frente ao quadro (onde costuma se posicionar o professor ou coordenador da atividade).

São recepcionadas no grupo pessoas diagnosticadas com demência com idades que variam entre 55 e 93 anos. A grande maioria não chega desacompanhada. Aqueles que apresentam alguma dificuldade de locomoção são acomodados nas carteiras por seus familiares ou cuidadores profissionais. O cuidador (familiar ou profissional) segue para um grupo de apoio, onde recebe acompanhamento psicológico e participa de atividades coletivas que têm por objetivo proporcionar amparo emocional e conhecimento sobre as demências. Em alguns casos, contudo, o cuidador prefere não participar do grupo. Quando isso ocorre, normalmente, aguardam o fim da estimulação no jardim, acomodados nas mesinhas e cadeiras de concreto.

Quase sempre, Laura<sup>17</sup> demonstra alguma preocupação nessa despedida e cobra de sua filha para que não seja esquecida na sala. Em muitas ocasiões, Carmela me pergunta o que está fazendo ali. Explico que se trata de uma sala de estimulação cognitiva e que alguns exercícios de ativação da memória, percepção e orientação são desenvolvidos com os presentes. A pergunta, muitas vezes, é seguida de um questionamento sobre a minha ocupação. Quase sempre me pergunta se sou professora. E me apresento como uma antropóloga que pesquisa a área da saúde.

Na medida em que chegam, procuramos os crachás numa pequena caixa de madeira, organizada por fichas em ordem alfabética. Às vezes, esquecemos os nomes e precisamos consultar uns aos outros ou a própria pessoa. Todos na sala, incluindo os coordenadores, residentes e alunos da pós-graduação, carregam a identificação do nome pessoal num pequeno envelope transparente, pendurado no pescoço por um cordão plástico. Os crachás dos idosos se diferenciam por também conter a data de nascimento e, por vezes, uma pequena foto 3x4. Os crachás foram introduzidos, segundo as terapeutas, para evitar embaraços sobre a perda da memória e facilitar a conversa entre os presentes.

Após a distribuição dos crachás, inicia-se a apresentação do calendário. Confeccionado em feltro, ele contém informações sobre o dia da semana, dia do mês, estação do ano (primavera, verão, outono, inverno), clima (chuvoso, ensolarado, nublado, frio, quente) mês e ano. As opções de cada unidade ficam dispostas em um mostruário e podem ser coladas e descoladas por um sistema de velcros. Toda semana, as informações são atualizadas, a partir das respostas obtidas com o grupo. São feitas indagações sobre todas as

---

<sup>16</sup> Vilma Duarte Câmara é formada em Medicina pela Universidade Federal Fluminense e possui mestrado e doutorado em Neurologia pela mesma instituição. Aposentou-se de suas funções oficiais na Universidade em 2009. Desde então, vem colaborando com a instituição na condição de voluntária.

<sup>17</sup> Os nomes verdadeiros foram substituídos para preservar a identidade dos participantes.

informações do calendário: Que dia é hoje? Qual o dia da semana? Em qual mês estamos? Como está o tempo lá fora? Em que ano estamos?

Ouvimos com grande frequência datações como “2000”, “1919” e 2002” para expressar o registro anual. Quando isso acontece, o coordenador da atividade costuma oferecer dicas e pistas que auxiliam o encontro com a resposta considerada correta: “um pouco mais!”, “um pouco menos!”, “estamos em um mês de uma festa importante, que dura quase uma semana”, “é o mês em que celebramos o dia das mães”.

No Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso, os procedimentos de “reabilitação cognitiva” têm por objetivo “resgatar as funções comprometidas, estimular as áreas preservadas, desbloquear potenciais remanescentes, promover a socialização, autonomia, independência e integração, que permitem o bem-estar e a qualidade de vida tanto do paciente tanto quanto dos cuidadores” (Câmara, 1998: 1). Parte-se do princípio de que as habilidades pessoais e as memórias da vida cotidiana poderiam ser estimuladas e despertadas com o uso de objetos, sons e palavras escritas. Utensílios domésticos, cartões com palavras, frutas, flores e temperos são manipulados, nomeados e apresentados ao grupo para fornecer informações sobre o seu uso no cotidiano, as funções que desempenham e as memórias que evocam.

<i>Atividade</i>	<i>Descrição</i>
Introdução	Toma-se sempre como ponto de partida um aspecto necessário e benéfico: cumprimentos, apertos de mão; uso dos nomes para identificar as pessoas, procurando evitar o esquecimento dos nomes para evitar embaraços.
Utilização de quadro-negro	Escrevem-se nele as datas, os comentários, os desenhos sobre as estações do ano, etc.
Emprego de letras	Utilizam-se letras bem grandes, em cartões, podendo ter diversas utilidades: passar informações, jogos, etc.
Frutas e flores	Utilizam-se para lembrar as estações do ano e para estimular o olfato, o tato e o paladar.
Relógio grande com ponteiro para orientar	Marca-se o horário das atividades comuns no dia-a-dia.
Culinária	Utiliza-se livro de receitas e discute-se sobre pratos favoritos. O homem pode ser estimulado no sentido de relembrar tipos de comidas que gostava.
Atividades da vida diária	Treina-se nomes de utensílios de cozinha, mobiliário, objetos de uso pessoal, etc.

**Figura 1.** Atividades utilizadas para a estimulação cognitiva. Fonte: Retirado de Câmara (1998: 29).

Os materiais funcionam como um ponto de partida para o processo de reconstrução e administração das memórias conservadas ou comprometidas pelas demências. A partir de dinâmicas lúdicas (jogos, conversas e exercícios), o terapeuta ocupacional busca desenvolver áreas consideradas básicas da função mental: atenção, linguagem, memória, capacidade visio-espacial e associação de ideias. Com os estímulos realizados, espera-se orientar a pessoa com relação ao tempo e espaço, orientar e facilitar a identificação de objetos, revisar os laços afetivos e a história de vida, bem como realinhar as expectativas em relação ao futuro. E as

técnicas e procedimentos utilizados para atingir tais finalidades são: a validação, a aprendizagem sem erros, a orientação para a realidade e a reminiscência.

A validação é uma abordagem comunicacional que se propõe a dar sentido e suporte aos discursos e emoções expressas pela pessoa com demência. Ela foi desenvolvida pela assistente social Naomi Feil como uma resposta à terapia de orientação para a realidade. Nessa técnica, a realidade expressa pela pessoa é reconhecida e acolhida, e não confrontada ou reorientada para outro registro. O objetivo, com esse tipo de abordagem, é aliviar desconfortos emocionais, amenizar conflitos relacionais e aumentar a autoestima, confiança e atenção da pessoa com demência. O desprezo ou a desvalorização dos sentimentos de angústia e dos discursos provenientes da experiência demencial não apenas não contribuiria para atenuá-los, como poderia exacerbá-los e levar à manifestação de “comportamentos desafiantes”. A validação é compreendida como uma ferramenta potente para a redução dos conflitos familiares e amplificação de uma comunicação empática. Nos casos em que a capacidade de organizar e expressar os pensamentos de forma linear e contínua esteja comprometida, a propensão em se vivenciar o passado não deveria ser tolhida, porque, para a pessoa, esta poderia ser uma forma de resolver conflitos não terminados, aliviar experiências passadas ou afastar-se do presente, sobre o qual tem pouco controle. Contrariar a percepção da pessoa com demência, por mais longe que ela esteja da realidade reconhecida por aqueles que a cercam, não é observado como produtor. Quando, por exemplo, a pessoa com demência perguntar “onde está a minha mãe?”, o cuidador ou familiar não deveria responder “a sua mãe já morreu há 30 anos. Estamos em 2022”. Dentro da lógica da validação, o mais adequado seria acolher a saudade pela ausência da mãe e responder “fale-me um bocadinho da sua mãe... Como é que ela era?”.

A aprendizagem sem erros é uma técnica de ensino através da qual se evita, na medida do possível, que as pessoas cometam erros enquanto estão aprendendo uma nova habilidade ou (re)adquirindo informações. Suas estratégias de ação se concentram em dois procedimentos: 1) a evocação espaçada: a apresentação de um conteúdo ou informação e sua repetição dentro de intervalos cada vez maiores até a sua retenção na memória. Em caso de falhas, a informação correta será fornecida e o intervalo de retenção diminuído e gradualmente aumentado outra vez; 2) as pistas evanescentes (ou desaparecimento de pistas): a redução sistemática de sugestões para que a pessoa retenha algumas informações:

Terapeuta Ocupacional: pessoal, qual o nome daquilo ali que está em cima da janela, que parece uma cortina?

(Ninguém responde)

Terapeuta Ocupacional: É uma vene....

Dalva: Venezuela!

Terapeuta Ocupacional: (contém o riso) Veneziana, não é?

Nesse tipo de abordagem, o terapeuta almeja desenvolver a confiança da pessoa com o próprio processo de aprendizagem. São distribuídas pistas, reduzidas as opções de respostas e, quando necessário, recitado o início das palavras para aumentar as chances de

acerto e diminuir as possibilidades de frustração. Os acertos sempre devem ser valorizados e parabenizados e as dificuldades facilitadas para que a atenção e o “bom estado de humor” sejam mantidos. Segundo a terapeuta ocupacional, durante uma conversa com os alunos da pós-graduação:

Eles já vêm de um processo de falhas, perdas...então, é proporcionar o acerto, e não o fracasso. Não usar mesas com inclinação para não derramar as coisas e não gerar mais constrangimento, não oferecer muitas opções de resposta, não reagir com riso ou espanto à resposta dada. Quando você perde o vínculo afetivo é quando você se apaga.

A orientação para a realidade é uma técnica utilizada para auxiliar a pessoa com demência a reestabelecer contato com sua própria biografia e com o meio circundante. Ela tem como princípio a apresentação organizada e contínua de dados que conformam aquilo que se compreende como “realidade”, a partir de atividades, sinalizações e comunicações (verbais e não-verbais) que estimulem as dimensões do tempo e do espaço. Informações sobre pessoas, ambientes, datas festivas e sobre o próprio calendário são utilizadas para auxiliar o reaprendizado e a reorientação. A abordagem permite que a temporalidade da pessoa com demência seja novamente sincronizada ou coordenada com a temporalidade daqueles que a cercam, tendo como norte os eixos de passado, presente e futuro:

A opção de trabalho do PIGG/HUAP/UFF leva em consideração que, para o paciente, o tempo tem de ser estimulado da seguinte maneira: a) Passado – Estímulo à memória de evocação como fonte de prazer e reconhecimento do “self”; b) Presente – Estímulo à memória do reconhecimento, à orientação têmporoespacial e à redução de dependência no dia-a-dia, além de retirada do paciente do isolamento ao permitir, com a formação de grupos, sua interação com outros pacientes; c) Futuro – estímulo à elaboração de novos projetos de vida. (Câmara, 1998: 5)

Em uma dinâmica sobre o carnaval, durante o mês de fevereiro, algumas marchinhas foram executadas em sala. A atividade foi desenvolvida para orientar os presentes com relação ao tempo e ao espaço, assim como para evocar boas memórias com relação ao festejo. A proposta fez sucesso e quase todos acompanharam com entusiasmo, dançando e cantando as letras com grande desenvoltura. No momento em que tocava “Cidade Maravilhosa”, a terapeuta ocupacional perguntou aos presentes:

Terapeuta Ocupacional: Pessoal, essa música se refere a qual cidade?

Dalva: Cachoeira! (referência à Cachoeira de Itapemirim, sua cidade natal)

Não contive o riso e tampouco a terapeuta.

Neide: É sobre o Rio de Janeiro

Terapeuta Ocupacional: Isso mesmo, Neide! E em qual momento do ano nós costumamos ouvir essas músicas?

Dalva: NO NATAL!

Terapeuta Ocupacional: Não....

Neide: Então, só pode ser no Ano Novo...

A técnica da reminiscência é utilizada para a revisão da vida da pessoa com demência. Ela é classificada em duas tipologias: 1) reminiscência simples: quando lembranças pessoais são evocadas; 2) reminiscência informativa: quando eventos históricos da sociedade são rememorados. As reminiscências são tratadas como meios de se criar novos sentidos para o passado, assim como formas de se vivenciar a continuidade do sujeito através do tempo. O conhecimento a respeito do próprio passado é valorizado para que possa abrir caminhos para a conversação e a orientação no presente. A revisão da própria vida faz com que a pessoa com demência ligue um determinado começo a um fim esperado, ordenando no registro temporal corrente os eventos que para ela são significativos. Durante as atividades, os contrastes entre passado e presente são reforçados nas narrativas para que uma ideia de tempo linear seja reconquistada. Na prática da reminiscência, os materiais despertam a vivência de um determinado passado e as características de uma época. Canções antigas, fotografias de família, cartas, cartões postais, discos, filmes e presentes afetivamente significativos são utilizados para reconectar a pessoa a um determinado registro espaço-temporal.

Em conjunto, essas técnicas têm como finalidade a promoção de uma abordagem social para o cuidado das demências. Elas se inspiram no personhood movement (Woods, 1999; Kontos, 2005; Leibing, 2006; 2017; Engel, 2020;), idealizado pelo psicólogo social inglês Tom Kitwood, em meados dos anos 1990, como uma oposição às formas de cuidado e interação que desumanizavam, invalidavam ou despersonalizavam a pessoa com demência. Para Kitwood, o modelo biomédico, pautado na compreensão de que as demências (e suas manifestações) são consequências diretas de transformações patológicas no cérebro, precisaria ser repensado e substituído por uma abordagem mais ampla, capaz de incluir o contexto social da pessoa, sua personalidade e história de vida. Nesse modelo relacional, o que passa a estar em jogo é uma ideia de cuidado centrado no reconhecimento da pessoa, na preservação da sua individualidade (reunificação de seu self), e nas suas possibilidades de fruição e engajamento com o mundo, privilegiando uma construção coerente e contínua a respeito da própria narrativa biográfica.

Essa perspectiva, contudo, vem sendo criticada nos últimos anos por uma variedade de pesquisadores engajados no estudo das demências (Kontos, 2005; Leibing, 2006; 2017; 2020; Dewing, 2006; Jenkins, 2014;). Entre eles, Nicholas Jenkins (2014), professor da School of Health in Social Science, da Universidade de Edinburgo. Para o autor, o objetivo do cuidado não deveria estar centrado na revisão ou reparação de um self “quebrado” ou “fragmentado” pelas demências, mas na construção de ambiente sociointerativo em que uma multiplicidade de selves poderia vir a florescer e se manifestar. As práticas de cuidado, preconizadas por Kitwood, contribuiriam para reificar uma noção e um enquadramento

normativo específico para se pensar a subjetividade, baseados na individualidade e autonomia. Em resposta a esse modelo, Jenkins propõe o conceito de *inter-embodied self* – que coloca em evidência a qualidade transitória, dialógica e inter-corpórea da subjetividade. Nesse novo enquadramento, o *self* é imaginado como uma construção contínua de experiências e vozes que coexistem entre si de forma dialógica, sendo montado e remontado constantemente.

### **Administrando as memórias**

Do ponto de vista semiótico, as memórias coletivas estão embrenhadas em um largo sistema de signos que circulam publicamente e legitimam uma determinada ordem social. Os “lugares da memória” (NORA, 1989 *apud* FRENCH, 2012) são ambíguos, disponíveis à experiência sensorial concreta e suscetíveis de abstração. Elas se referem a paisagens, linguagens, testemunhos, monumentos, memoriais, ambientes e performances encarnadas, que juntos formam um determinado conjunto topográfico material, simbólico e funcional, aberto a contestações e disputas.<sup>18</sup>

A ideia de uma memória coletiva não apenas discursiva, mas espacializada e embrenhada em uma miríade de materiais e artefatos é reivindicada também por French (2012). Para a autora, as memórias coletivas poderiam ser conformadas a partir de quatro principais características: 1) elas seriam correspondentes à posição do indivíduo na sociedade, embora não idiossincráticas; 2) seriam representações mediadas (e não verdades absolutas); 3) feitas e refeitas numa complexa e desigual ordem social; 4) atreladas a questões de poder e reivindicações autoritárias sobre a verdade dos fatos.

Nas atividades da oficina, os quadros do passado comum, coletivamente sustentados, são apresentados de forma contínua e organizada pela evocação de datas, festas, objetos e pelo estímulo dos sentidos visuais, táteis (o contato com os materiais e com o próprio corpo), auditivos (músicas, sons de animais, sons de elementos da natureza, sons de vinhetas da televisão) e olfativos (com a utilização de temperos e perfumes, por exemplo). Durante o processo, terapeutas e médicos fornecem os enquadramentos dentro dos quais as memórias podem ser retrabalhadas e reconstruídas. A manipulação das coisas e o incentivo à narrativa de si reabre a regulação da perspectiva para aquilo que será chamado de história pessoal e modela aquilo que será compreendido como tempo, espaço, humor, correta postura corporal e cuidado de si.

Essa gestão da memória reorganiza o vetor de experiências dentro de uma linha temporal que conjuga passado, presente, futuro e os domínios do possível (Ochs; Capps, 1996). Cada um deles atribui ao passado um significado, pessoal e coletivo, que reconstrói o presente e um conjunto de moralidades, afetos e condutas (Lambek, 1996). Os atos narrativos, situados no tempo e no espaço, contudo, engajam apenas algumas facetas da individualidade do narrador sobre certas memórias, preocupações e expectativas. A partir da evocação desses fragmentos, pela escolha das palavras, pelo grau de elaboração de uma

---

<sup>18</sup> Para Ecléa Bosi (1994), esse conjunto topográfico material funcionaria também como um mapa afetivo; uma representação das trilhas e paisagens percorridas ao longo de uma vida.

história, pela atribuição de causalidade e sequencialidade aos eventos, pela base emocional e afetiva dos causos narrados, a própria subjetividade pode ser refeita e encarnada.

De acordo com Amy Kind (2015 *apud* Heersminck, 2018), uma autonarrativa poderia ser caracterizada segundo quatro propriedades: 1) elas são representações dinâmicas de uma série de eventos passados; 2) os eventos que as constroem são escolhidos seletivamente; 3) a narrativa é uma interpretação subjetiva de uma série de eventos, normalmente feita em primeira pessoa; 4) a narrativa estará conectada a outras narrativas por temporalidades e causalidades, formando um enredo.

Em artigo publicado na Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, Vilma Câmara (1998) classifica o presente (ou o agora) como um fluxo que atribui significado, simultaneamente, ao passado e ao futuro. Suas considerações se assemelham àquelas expressas também por Merleau-Ponty (1999), para quem “o passado de fato não é importado na percepção presente por um mecanismo de associação, mas desdobrado pela própria consciência presente” (Merleau-Ponty, 1999: 44). As experiências vivenciadas no tempo do agora seriam o motor responsável pela permanente atualização e revisão das dimensões passadas e futuras. É com base nessa permanente efemeridade e relatividade do presente que terapeutas e médicos podem administrar as memórias daqueles que vivenciam um processo demencial.

Durante uma dinâmica com objetos domésticos (que poderiam ser encontrados na cozinha), pude observar como o recurso narrativo sobre o passado é utilizado para reorganizar a forma, o tom e os temas que compõem a experiência e a memória. Ao segurar uma peneira, ter que descrevê-la e apresentar o seu uso aos demais, Lindalva foi imediatamente tomada pelas lembranças da secagem de café na lavoura. O passado no roçado, percorrido numa fazenda próxima a sua casa, durante a infância e juventude, foi lembrado por Lindalva com grande angústia e perturbação. O trabalho de plantio e colheita foi narrado com uma voz elevada e incisiva, somado a um olhar muito arregalado e fixo num único ponto. Seu corpo se enrijeceu sobre a cadeira e suas mãos se fecharam com grande intensidade. O desconforto foi contornado pela terapeuta ocupacional por meio da valorização e recordação de outros momentos da história pessoal de Lindalva. A experiência traumática na lavoura foi deslocada para a experiência de superação, tendo como recordação principal o trabalho duro de Lindalva como cozinheira para sustentar as filhas, hoje formadas em enfermagem.

No curso das atividades, o enfoque maior dos terapeutas se concentra sempre nas lembranças agradáveis, e não nas tragédias pessoais. Por meio de práticas e interações que buscam despertar o respeito, a motivação e a confiança, o que se almeja é a produção e o fortalecimento de um ambiente social “positivo” que contribua para a manutenção e desenvolvimento da pessoa (*personhood*). No caso de Lindalva, o trabalho de administração da memória foi feito no sentido de trazer a superação para o primeiro plano do quadro. O registro mnemônico foi redesenhado e o trabalho de enquadramento da memória refeito para gerar um sentido de manutenção, coerência, continuidade e organização (Pollak, 1992), a partir do deslocamento do desassossego para as margens da percepção.

Nas narrativas proferidas pelos profissionais da instituição, a demência não é localizada exclusivamente no sujeito e em seu cérebro, mas distribuída pelo meio (sobretudo, familiar e doméstico) e pelos laços afetivos - podendo esses vínculos com as pessoas e coisas contribuir para explicar, agravar ou melhorar o quadro clínico. Ao reconhecer a relevância das relações familiares e dos vínculos com os materiais, os profissionais do CRASI também acabam por relativizar a própria ideia de uma autonomia integral, tornando visível a densa malha de coisas, forças e eventos que conformam os sujeitos. Em reportagem publicada no portal de notícias da Universidade Federal Fluminense, a médica geriatra Yolanda Boechat, atual coordenadora da instituição, pondera “Através da vivência com o outro, transformamos a realidade interior e expandimos nossas memórias”.<sup>19</sup> O sujeito interiorizado, autônomo e detentor de uma individualidade é associado a uma trama de relações sociais com outras pessoas e materiais diversos, que o transforma e expande.

O contato com os materiais, com o outro ou o incentivo à narrativa pessoal parece trazer à luz o emaranhado de relações dentro do emaranhado em que as relações entre pessoas-pessoas/pessoas-coisas estão integralmente imbricadas, brotando umas das outras. A prática narrativa, despertada pelo contato com a materialidade, funciona como um meio de enunciação dessa fractalidade, um momento de expansão ou contração das escalas de reconhecimento de si e do mundo e articulação com objetos e outras pessoas:

Uma pessoa fractal nunca é uma unidade em relação a um agregado, ou um agregado em relação a uma unidade, mas sempre uma entidade cujas relações estão integralmente implicadas. Talvez a ilustração mais concreta da relação integral venha da noção generalizada de reprodução e genealogia. As pessoas existem do ponto de vista reprodutivo ao serem “gestadas” como parte de outra pessoa, e “gestam” ou engendram outras ao se tornarem “fatores” genealógicos ou reprodutivos dessas outras. Uma genealogia é, pois, um encadeamento de pessoas, como, de fato, as pessoas seriam vistas “brotando” umas das outras em uma representação cinemática acelerada da vida humana (Wagner, 2011: 4)

Na perspectiva fractal, desenvolvida por Wagner (2011), a pessoa é compreendida como uma entidade cujas relações com os outros são partes integrantes de si. Embora o conceito não contemple a ideia de diferenciação (o que seria importante para a compreensão das demências e seu processo de multiplicação de diferenças), ele se revela fortuito para este artigo por colocar em perspectiva o movimento espiralar repetitivo de incorporação histórica e biográfica (MacCullum, 2013), que não se estabiliza ou unifica em termos de partes ou todo.<sup>20</sup> Nas oficinas, o contato com os materiais e a prática narrativa recolocam o corpo e seus afetos no centro da experiência, a partir de uma mútua ruptura-incorporação

<sup>19</sup> Disponível em: <https://www.uff.br/?q=noticias/09-01-2019/centro-de-atendimento-ao-idoso-da-uff-e-referencia-nacional-no-tratamento-do> Acesso em 24/01/2022

<sup>20</sup> Nas palavras de Strathern (2014: 305), a lógica fractal seria aquela que faz “de qualquer comprimento um múltiplo de outros comprimentos ou de um elo numa cadeia uma cadeia de outros elos”.

corpo-objeto-mundo (Wanderley, 2021), que tanto produz a pessoa com demência, quanto os materiais (redescobertos pelos sentidos). Nas dinâmicas relacionais que se costuram, as composições entre pessoas-pessoas e pessoas-coisas não se solidificam em um par final de contrários reconciliados ou unificados (Viveiros de Castro, 2002), mas em uma multiplicidade de arranjos relacionados que se atualizam a cada encontro.

## Evocações da Matéria e Autotopografias

*(...) as pessoas duram porque as coisas duram.*  
(Halbwachs, 1990: 61).

*Em outras palavras, não há subjetividade sem alguma forma de patrimônio* (Gonçalves, 2005: 27)

Para terapeutas e médicos, os materiais oferecem uma imagem de estabilidade e permanência frente às incertezas e inconstâncias de um processo demencial. Ao tocar o objeto, o passado toca sobre o presente.<sup>21</sup> A relativa estabilidade dos artefatos e das imagens dos espaços conferem uma ilusão (Connerton, 1989) de imutabilidade da matéria e de redescobrimto do passado sobre o presente. Um trabalho de construção e manutenção das memórias autobiográficas realizado não apenas individualmente ou em pares, mas edificado forma coletiva, pelo contato com os grupos sociais dos quais se faz parte (família, escola, trabalho, associações esportivas e religiosas):

Sociedades religiosas, políticas, econômicas, familiares, grupos de amigos, relações, e mesmo reuniões efêmeras de salão, numa sala de espetáculos, na rua, todas imobilizam o tempo à sua maneira, ou impõem a seus membros a ilusão de que por uma certa duração, ao menos, num mundo que se transforma incessantemente, algumas zonas adquiriram uma estabilidade e um equilíbrio relativos, e que nada de essencial ali se transformou por um período mais ou menos longo. (Halbwachs, 1990: 54)

Cada espaço congrega ou preserva um determinado conjunto de artefatos que mobilizam memórias e/ou outros traços simbólicos (González, 1995). Objetos pessoais, souvenirs, roupas, móveis, discos, livros, instrumentos musicais, porta-retratos, álbuns e tantos outros promovem ligações metonímicas e estão intimamente atados a experiências

---

<sup>21</sup> Essa ilusão é descrita também por Merleau-Ponty (1999). Para o autor, o trabalho de reconhecimento e de percepção sobre o mundo não é realizado a partir da mobilização de uma memória a priori. “Perceber não é recordar-se” (Merleau-Ponty, p. 48, 1999). A recordação seria resultado de um investimento sobre os horizontes oferecidos pelo passado, que, pouco a pouco, vão se encaixando em seu novo lugar temporal. E, de forma semelhante, Ingold (2015) afirma que “perceber o ambiente não é reconstituir as coisas a serem encontradas nele, ou discernir suas formas e disposições congeladas, mas juntar-se a elas nos fluxos e movimentos materiais que contribuem para a sua – e nossa – contínua formação (INGOLD, 2015, p. 143)

individuais específicas ou episódios do passado. Essa classe especial de coisas, capazes de mobilizar experiências e se encarnar como parte do próprio self dos sujeitos, é descrita por Turkle (2007) e Heersmink (2018) como evocativa. Para esses autores, os objetos evocativos seriam aqueles capazes de conectar os sujeitos a uma determinada experiência sobre o passado, bem como aqueles capazes de provocar e constituir a carga emocional das memórias autobiográficas.

A malha de objetos evocativos forma o que Jennifer González (1995) denomina como uma “autotopografia”, isto é, uma topografia do próprio self que se expressa espacialmente por meio de relações, acontecimentos e afetos. Existindo num microcosmo de materiais memoráveis, as autotopografias seriam arranjos sintagmáticos de signos físicos que relacionam a identidade pessoal a uma larga rede de significados, sentidos e funções que ancoram a autoimagem dos sujeitos dentro de um determinado local. Devido à profunda imbricação dos sujeitos com esse tipo de material, González (1995) concede às autotopografias um estatuto de dispositivo protético da mente: uma espécie de anexo espacial para as imagens mentais que, voluntária ou involuntariamente, são projetadas sobre o inconsciente. Uma extensão da psique inextricavelmente intrincada ao corpo físico, variando entre a consciência e a inconsciência, o dentro e o fora, a lembrança e o esquecimento.

Em uma microescala, os materiais proporcionariam uma resistência - uma força capaz de sustentar de maneira mais firme uma variedade de significações, em função dos traços inscritos sobre sua superfície. O traço, segundo a autora, teria a habilidade de representar o tempo, simultaneamente, como, presente e passado, proporcionando à memória algo de específico, individual e redefinível.

Essa capacidade catalisadora da matéria foi também observada por Marcel Proust (1934 *apud* González, 1995) em *Remembering of Things Past*. Nesta obra, Proust propõe uma distinção entre memória voluntária e memória involuntária. Para o autor, a memória voluntária seria um tipo específico de recordação, caracterizado por um exercício de vontade, cujas bases se assentariam sobre as experiências pessoais, a racionalidade e o conhecimento acumulado de uma determinada coletividade. A memória involuntária, por sua vez, seria aquela (como o próprio nome sugere) em que os sujeitos não possuem controle ou capacidade de solicitar ou rejeitar a sua influência. Nesse segundo tipo, a memória emergiria como um estado pré-consciente ou inconsciente e seria ativada externamente por uma força externa – um objeto.

Refletindo sobre as múltiplas ordens e perspectivas relativas à noção de patrimônio (patrimônios culturais, genéticos, econômicos, pessoais, históricos, artísticos, etnográficos etc.), José Reginaldo Gonçalves (2005) reivindica o conceito de ressonância, proposto por Greenblatt (1991), para analisar a habilidade de um objeto em evocar “forças culturais complexas e dinâmicas das quais ele emergiu e das quais ele é, para o expectador, o representante” (Greenblatt, 1991 *apud* Gonçalves, 2005: 19). Segundo Gonçalves, essa categoria especial de objetos, que não tem sua fronteira classificatória muito bem definida, transitando entre sujeito e objeto, material e imaterial, natural e cultural, feminino e

masculino, sagrado e profano, ressoa sobre seu público e, em muitos casos, insinua-se à sua revelia.

Embora os objetos evocativos estejam centrados na pessoa, eles também se referem a uma coletividade, embrenhados em um largo sistema de memórias que envolvem mais de uma pessoa ou grupo. As experiências e lembranças compartilhadas também podem formar topografias grupais, isto é, formar um arranjo sensível de lembranças, heranças e coisas que constituem a paisagem da memória material coletiva. E é com base nessa vivência comum que os terapeutas podem desenvolver seu trabalho de maneira mais eficaz, capturando a atenção de muitas pessoas de uma única vez a partir da manipulação de determinados materiais, movimentos corporais e/ou sonoridades.

Durante as oficinas de estimulação, as terapeutas enfrentam alguns desafios na manipulação e apresentação dos objetos. Primeiro, encontrar coisas, palavras e sons que despertem uma relação afetiva em cada um dos presentes. Cada história e memória carrega consigo uma determinada paisagem com a qual se pode trabalhar (que se relaciona diretamente a alguns marcadores sociais, como classe, gênero, religião, personalidade e escolaridade). Segundo, perceber que as respostas aos objetivos evocativos não são lineares ao longo do tempo e se adaptar constantemente para alcançar a atenção e interação de cada um.

### **Considerações Finais**

A administração da memória, realizada nas oficinas, oferece um sentido e um ordenamento às experiências passadas dentro de um registro cronológico que se propõe a ter início, meio e fim. Por serem fluidos e extensivos, os materiais encarnam e expandem a cognição e a memória pessoal e coletiva para além dos próprios sujeitos, situando-se entre o corpo, a mente e o ambiente (Ingold, 2015). Ao longo das atividades de estimulação, os objetos evocativos conseguem alcançar vivências sensíveis e, por vezes, inacessíveis por outras vias, transitando por entre tempos, afetos e espaços.

A cada encontro e contato, os materiais são redescobertos pelos sentidos e entrelaçados às biografias e memórias a partir de um duplo movimento que parece, simultaneamente, agenciar unificação e multiplicidade; agregação e desagregação. Por um lado, os materiais consolidam as experiências vividas em alguns pontos essenciais, que fornecem ao self uma unidade física, ou seja, o sentimento de ter fronteiras físicas (e um corpo) ou fronteiras de pertencimento a um grupo; uma continuidade dentro do tempo e um sentimento de coerência, denotando que diferentes elementos do indivíduo estão unificados (Pollak, 1992). Por outro, eles também oferecem às experiências vividas uma abertura ao transbordamento; uma descontinuidade dentro do tempo e um sentimento de permanente formação e atravessamento (em que múltiplos selves podem coexistir).

Se em um processo demencial, “a memória se dobra e desdobra” dentro de um “emaranhado de relações, torções e sobreposições” que conjugam, ao mesmo tempo, “demência e lucidez, lembrança e esquecimento, imaginação e alucinação, velhice e juventude, normal e patológico” (Feriani, 2017b: 534), o mesmo pode ser dito a respeito da relacionalidade que se estabelece com os objetos. Essa posição híbrida dos materiais amarra

e desamarra experiências, desejos, histórias e moralidades num movimento espiralar (González, 1995; Feriani, 2017b), por entre catalisações e dissimulações.

Quando as dinâmicas do reconhecimento e da temporalidade são desestabilizadas, novos tipos de subjetividade se tornam possíveis (Biehl, 2008), assim como novas formas de se estabelecer contato com as paisagens. Em um contexto de contínua transição e pluralidade de registros ontológicos (como no caso das demências), os materiais remontam fragmentos de vidas e mundos que ali existiam (chamando a atenção para aspectos dos objetos ou de si mesmos que estavam escondidos, ignorados ou impensados anteriormente); oferecem uma possibilidade de continuidade/descontinuidade entre a vida prévia e atual; promovem evocações, encobrem ou despertam experiências traumáticas e trafegam por distintos registros, que são coordenados e administrados por médicos e terapeutas por entre a validação (do presente e da multiplicidade) e a reorientação (ao passado e à unificação).

### Referências Bibliográficas

- BIEHL, João. 2008. “Antropologia do devir: psicofármacos - abandono social – desejo”. *Revista de Antropologia*, vol. 51, n. 2: 413-449. DOI 10.1590/S0034-77012008000200002
- BONET, Octavio. 2014. *Os médicos da pessoa: Um olhar antropológico sobre a medicina de família no Brasil e na Argentina*. 1 ed. - Rio de Janeiro: 7 letras, 2014.
- BOSI, Ecléa. 1994. *Memória e sociedade: Lembranças dos velhos*. 3ª edição, São Paulo: Companhia das Letras.
- CAMARA, Vania D. et al. 1998. “Atendimento interdisciplinar ao paciente com demência e seus cuidadores”. *Arquivos de Geriatria e Gerontologia – SBGG/RJ – P11-21*, vol. 2, n. 1.
- CONNERTON, Paul. 1989. *How societies remember*. Cambridge: Cambridge University Press.
- CRUZ, Alney Queiroz. 2005. *Cartografia da produção do cuidado no Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso do Hospital Universitário Antônio Pedro no município de Niterói (RJ)*. Niterói, Dissertação de mestrado, Universidade Federal Fluminense.
- DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. 1998. *Diálogos* – tradução de Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta.
- ENGEL, Cíntia. 2019. “Antropologia das demências: uma revisão a partir da Doença de Alzheimer”. *BIB*, São Paulo, n. 89: 1-22. DOI 10.17666/bib8906/2019
- ENGEL, Cíntia. 2013. *Doença de Alzheimer e Cuidado Familiar*. Brasília, dissertação de mestrado, Universidade de Brasília.
- ENGEL, Cíntia. 2020. *Partilha e cuidado das demências: entre interações medicamentosas e rotinas*. Brasília, tese de doutorado, Universidade de Brasília, Brasília.
- FEATHERSTONE, Katie; NORTHCOTT, Andy. 2020. *Wandering the wards: an ethnography of hospital care and its consequences for people living with dementia*. New York: Routledge.
- FERIANI, Daniela. 2017a. *Entre sopros e assombros: estética e experiência na doença de Alzheimer*. Campinas, Tese de doutorado, Universidade Estadual de Campinas.

- FERIANI, Daniela. 2017b. “Rastros da Memória na Doença de Alzheimer: entre a invenção e a alucinação”. *Revista de Antropologia*, vol. 60 n. 2: 532-561. DOI 10.11606/2179-0892.ra.2017.137321
- FRENCH, Brigittine. 2012. “The semiotics of collective memories”. *Annual Review of Anthropology*, vol. 41: 337-53. DOI 10.1146/annurev-anthro-081309-145936
- GARRE-OLMO, Josep. 2018. “Epidemiología de la enfermedad de Alzheimer y otras demências”. *Revista de Neurología*, vol. 66, n. 11: 377-86. DOI 10.33588/rn.6611.2017579
- GBD 2016 Dementia Collaborators. 2019. “Global, regional, and national burden of Alzheimer's disease and other dementias, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016”. *Lancet Neurology*, vol. 18, n. 1: 88-106. DOI 10.1016/S1474-4422(18)30403-4
- GONÇALVES, José Reginaldo dos Santos. 2005. “Ressonância, materialidade e subjetividade: as culturas como patrimônios”. *Horizontes Antropológicos*, ano 11, n. 23: 15-36. DOI 10.1590/S0104-71832005000100002
- GONZÁLEZ, Jennifer. 1995. “Autotopographies”. In BRAHM, Gabriel; DRISCOLL, Mark. (Eds.). *Prosthetic territories: Politics and hypertechnologies*. Boulder: Westview, pp. 133–150.
- HALBWACHS, Maurice. 1990. *A memória coletiva*. São Paulo: Vértice.
- HEERSMINNK, Richard. 2018. “The narrative self, distributed memory, and evocative objects”. *Philosophical Studies*, vol. 175: 1829–1849. DOI 10.1007/s11098-017-0935-0
- HUGHES, Charles; BERG, Leonard; DANZIGER, Warren; COHEN, Lawrence; MARTIN, Ronald. 1982. “A New Clinical Scale for the Staging of Dementia”. *The British Journal of Psychiatry*, vol. 140, n. 6 566-572. DOI 10.1192/bjp.140.6.566
- INGOLD, Tim. 2015. *Estar vivo: ensaios sobre movimento, conhecimento e descrição*. Petrópolis: Vozes.
- JENKINS, Nicholas. 2014. “Dementia and the inter-embodied self”. *Social Theory & Health*, vol. 12, n. 2: 125-137. DOI 10.1057/sth.2013.24.
- KONTOS, Pia C. 2005. “Embodied selfhood in Alzheimer's Disease”. *Dementia*, vol. 4, n. 4: 553-570. DOI 10.1177/1471301205058311
- LAMBEK, Michael. 1996. “The Past Imperfect. Remembering as moral practice”. In ANTZE, Paul; LAMBEK, Michael. *Tense Past: Cultural Essays in Trauma and Memory*. London: Routledge.
- LEIBING, Annette. 2020. “Heroic Stories of Dementia Care: Grandchildren as Caregivers and Fallacies of Care”. In: SOKOLOVSKY, Jay. (ed.). *The Cultural Context of Aging: Worldwide Perspectives*, Praeger Ed./ABC-CLIO.
- LEIBING, Annette. 2017. “Successful Selves? Heroic tales of Alzheimer's Disease and Personhood in Brazil”. In: LAMB, Sarah. (ed.). *Successful Aging? Global Perspectives on a Contemporary Obsession*. Rutgers University Press, pp. 203-217, 2017.
- LEIBING, Annette. 2006. “Divided gazes: Alzheimer's disease, the person within, and death in life”. In: LEIBING, Annette.; COHEN, Lawrence. (orgs.). *Thinking about dementia: culture, loss, and the anthropology of senility*. Nova Jersey: Rutgers University Press. pp. 240-268.

- LEIBING, Annette. 1999. "Olhando para trás: os dois nascimentos da doença de Alzheimer e a senilidade no Brasil". *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, vol. 1: 37-56. DOI 10.22456/2316-2171.4650
- LOCK, Margaret. 2013. *The Alzheimer conundrum: entanglements of dementia and aging*. New Jersey: Princeton University Press.
- MCCALLUM, Cecilia. 2013. "Intimidade com estranhos: uma perspectiva Kaxinawá sobre confiança e a construção de pessoas na Amazônia". *Mana – Estudos de Antropologia Social*, vol. 19, n. 1: 123-155. DOI 10.1590/S0104-93132013000100005
- MERLEAU-PONTY, Maurice. *Fenomenologia da percepção* - tradução Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- MIYATA, Daniella; VAGETTI, Gislaíne; FANHANI, Hellen Regina; PEREIRA, José Gilberto; ANDRADE, Oseias Guimarães de. 2005. "Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional". *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, vol. 9, n. 2.
- MORGA, Debra; FUNK, Melanie; CROSSLEY, Margaret; BASRAN, Jenny; KIRK, Andrew; BELLO-HAAS, Vanina Da. 2007. "The Potential of Gait Analysis to Contribute to Differential Diagnosis of Early Stage Dementia: Current Research and Future Directions". *Canadian Journal on Aging*, vol. 26 n. 1: 19-32. DOI 10.3138/1457-2411-v402-6211
- MORRIS, J. C. 1993. "The Clinical Dementia Rating (CDR): Current version and scoring rules". *Neurology*, vol. 43, n.11: 412-4. DOI 10.1212/wnl.43.11.2412-a.
- OCHS, Elinor; CAPPIS, Lisa. 1996. "Narrating the self". *Annual Review of Anthropology*, vol. 25: 19-43. DOI 10.1146/annurev.anthro.25.1.19
- PINTO, Roberta; PEREZ, Mariangela. "Trinta anos da escala Clinical Dementia Rating: o que sabemos sobre o CDR?". *Revista HUPE*, v. 16, n. 1: 44-50.
- POLLAK, M. Memória e identidade social. *Estudos Históricos*, Rio de Janeiro, n. 10, 1992.
- RIZZI, Liara; ROSSET, Idiane; RORIZ-Cruz, Matheys. 2014. "Global Epidemiology of Dementia: Alzheimer's and Vascular Types". *BioMed Research International*, vol. 2014. DOI 10.1155/2014/908915
- STRATHERN, Marilyn. 2014. *O efeito etnográfico e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naify.
- TURKLE, Sherry. 2007. *Evocative objects: Things we think with*. Cambridge: MIT Press.
- VIANNA, Luciano Von der Goltz. 2013. *Fragmentos de pessoa e a vida em Demência: Etnografia dos processos demenciais em torno da Doença de Alzheimer*. Porto Alegre, dissertação de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- VIANNA, Luciano Von der Goltz. 2015. "O que pode uma ontologia demente: vitalizando materiais produtores de humanos em uma etnografia sobre a doença de Alzheimer". In: MCCALLUM Cecilia Anne; ROHDEN, Fabíola. (Orgs.). *Corpo e saúde na mira da antropologia: ontologias, práticas, traduções*. Salvador edUFBA : ABA.
- VICENTIN, Leticia; DEBERT, Guita; FERIANI, Daniela. 2019. "Gênero e religião na experiência da doença de Alzheimer". *Revista dos Trabalhos de Iniciação Científica da UNICAMP*, Campinas, SP, n. 27.

- VICENTIN, Leticia. 2021. “Doença de Alzheimer e vida religiosa consagrada: uma etnografia de afeto e espanto”. *Cadernos de Campo*, vol. 30, n. 1: 1-24. DOI 10.11606/issn.2316-9133.v30i1pe172927
- VIVEIROS DE CASTRO, Eduardo. 2002. *A inconstância da alma selvagem e outros ensaios*. São Paulo: Cosac Naif.
- WAGNER, Roy. 2011. “A pessoa fractal”. *Ponto Urbe*, n. 8. DOI 10.4000/pontourbe.173
- WANDERLEY, Lula. 2021. *No silêncio que as palavras guardam: o sofrimento psíquico, o objeto relacional de Lygia Clark e as paixões do corpo*. São Paulo: N-1 Edições.
- WHO - World Health Organization. 2005. *Envelhecimento ativo: uma política de saúde* / World Health Organization; tradução Suzana Gontijo. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.
- WHO - World Health Organization. 2021. *Global status report on the public health response to dementia*. Geneva: World Health Organization.
- WOODS, B. 1999. “Editorial - The Legacy of Kitwood: Professor Tom Kitwood”. *Aging & Mental Health*, vol. 3, n. 1: 5-7. DOI 10.1080/13607869956370

## sobre a autora

### **Bárbara Rossin Costa**

Mestra e doutoranda em Antropologia Social pelo Museu Nacional da Universidade Federal do Rio de Janeiro, com graduação em Ciências Sociais também pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

**Autoria:** A autora é responsável pela condução da pesquisa de campo, sistematização e síntese dos argumentos apresentados ao longo do texto, bem como por sua escrita.

**Financiamento:** Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

Recebido em 25/06/2021

Aprovado para publicação em 08/03/2022