

A modulação da memória, atenção e sentidos em grupos de estimulação cognitiva para pessoas com a Doença de Alzheimer¹

Bárbara Rossin Costa (UFRJ/Brasil)

Palavras-Chave: Alzheimer, Memória, Percepção.

Introdução

“Fiz os testes de olfato, peguei vários cheiros significativos pra ela e ela não reconhece. Uma vez a gente foi no neurologista e ele fez uns testes lá e ela não sentiu nenhum cheiro também. E ele disse que era por conta da doença. Ela não identifica mais...”, contou-nos Nara sobre sua mãe, Leila, que há alguns anos convive com a Doença de Alzheimer. Assim como outras tantas pessoas que acompanhei em minha pesquisa no Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso (CRASI), Leila tem apresentado dificuldades para reter novas informações, fazer cálculos, realizar atividades da vida diária (se vestir, limpar a casa, fazer a comida), bem como perceber e descrever objetos.

A Doença de Alzheimer é a manifestação mais comum das demências e aquela com maior prevalência em todo o mundo. Além dos impactos sobre a memória e percepção (com a possibilidade de alucinações visuais e auditivas, por exemplo), também podem se fazer presentes alterações sobre a motricidade, comportamento e linguagem. Ainda hoje, as demências permanecem como um “enigma persistente” (LOCK, 2013) e um “nó difícil de desatar” (FERIANI, 2017) para a biomedicina. O seu reconhecimento, classificação e nosografia não estão completamente estabilizados, fomentando constantes debates e atualizações a respeito de suas origens, prognósticos e tratamentos.

Aqueles que se envolvem com o trabalho de cuidado constantemente precisam apreender a administrar essa forma outra de estar e perceber o mundo. A relação com essa *alteridade perceptiva* (ENGEL, 2013) ou *devir-demente* (FERIANI, 2017; VIANNA, 2013) costuma ser cercada de desafios e controvérsias. Os múltiplos processos de construção e desagregação, proporcionados pelas demências, impelem ajustes diários e renegociações constantes sobre como cuidar, medicar e atender às demandas existenciais.

¹ Trabalho apresentado na 33ª Reunião Brasileira de Antropologia, realizada entre os dias 28 de agosto a 03 de setembro de 2022.

Por ser uma condição que compromete ou altera profundamente sistemas semióticos e perceptivos, em muitos casos, saber cuidar de uma vida com demência implica em saber compreender demandas expressas pelo corpo (gemidos, espasmos) ou ainda demandas expressas em um tempo *outro*, mais lento ou tecido em uma entre-temporalidade.

Essas particularidades fazem do trabalho de cuidado nas demências também um processo hermenêutico; uma forma de prática interpretativa (JENNINGS, 2010) que continuamente reposiciona compreensões sobre o que é a pessoa, memória, intersubjetividade e agência. Neste artigo, reflito sobre o trabalho de reconstrução e modulação da memória, atenção e sentidos de pessoas diagnosticadas com a Doença de Alzheimer e/ou outras demências nas oficinas de estimulação cognitiva do CRASI. A partir de uma pesquisa etnográfica realizada entre os anos de 2019 e 2021, examino as dinâmicas conduzidas e os agenciamentos produzidos entre pessoas-materiais-ambiente. Procuo investigar como utensílios domésticos, cartões com palavras, músicas, adereços, frutas, flores e temperos agenciam e (co)produzem sentidos (visão, audição, tato, olfato, paladar), memórias, corpos, contextos sintáticos e semânticos. Ao descrever as práticas laborais dos profissionais de saúde e a execução das tarefas, argumento que não apenas os enquadramentos perceptivos que governam os sentidos e a memória estão sendo (re)desenhados, mas a própria ideia de pessoa e os mundos a ela associados.

Os centros de referência

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 em um momento de consolidação e fortalecimento de uma série de políticas nacionais destinadas a esse segmento. Sua implementação foi realizada a partir da Portaria 702 do Ministério da Saúde, publicada em 12 de abril de 2002, que descreve os Centros como “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”.

Como uma forma de atender a uma crescente demanda por um cuidado e assistência especializados e cumprir os propósitos da recente (à época) Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI), de 10/12/99, as Redes Estaduais de Assistência à Saúde do Idoso foram idealizadas para oferecer uma ampla gama de serviços à população idosa, desde a Atenção Básica até à Especializada. Com metas e objetivos fortemente alinhados àqueles preconizados pela PNSI, os Hospitais Gerais e Centros de Referência tinham como intuito promover o envelhecimento ativo e saudável, manter e melhorar, ao máximo, a capacidade funcional dos idosos, prevenir doenças e quedas, recuperar a saúde dos que adoecem e reabilitar aqueles que venham a ter a sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes permanência no meio em que vivem e independência em suas funções na sociedade (CRUZ, 2015).

Em Niterói, o Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso² (CRASI) se ocupa do trabalho terapêutico medicamentoso e não medicamentoso³ de pessoas diagnosticadas com demência desde 2002⁴. Localizado no campus da Universidade Federal Fluminense conhecido como *Mequinho*, no Centro da cidade, o CRASI tem como objetivo prestar atendimento especializado aos idosos e sua rede de apoio, a partir de uma variedade de serviços: fisioterapia, terapia ocupacional, nutrição, enfermagem,

² 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, D.F.; VAGETTI, G.C.; FANHANI, H.R.; PEREIRA, J.G.; ANDRADE, O.G., 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.

³ 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.

⁴ Embora o CRASI tenha sido fundado em 2002, os grupos de estimulação cognitiva para pessoas com demência existem desde 1989 na Universidade Federal Fluminense e foram criados por Vilma Câmara.

neurologia, dermatologia, fonoaudiologia, serviço social, oficina de teatro, oficina de pintura, educação física, artesanato e coral.

Na instituição, os grupos de estimulação cognitiva foram desenvolvidos com o objetivo 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, o aprendizado e o despertar de interesses variados. No espaço, são acolhidas pessoas acometidas por demências variadas (Doença de Alzheimer, Demência Vasculosa, Demência Fronto-Temporal, Demência por Corpos de 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.

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/digital⁵. Os dados e descrições que apresento neste artigo são referentes ao período anterior à pandemia.

⁵ Por conta da pandemia, 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.

Por conta da pandemia, desde março de 2020 todas as atividades presenciais da instituição foram interrompidas. Nas semanas subsequentes à suspensão, os grupos de estimulação 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: a plataforma Google Meet. Os encontros 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 demência⁶. O acesso às salas é disponibilizado a partir de um link compartilhado pelos grupos de WhatsApp da instituição.

Com uma duração média de uma hora e meia, os grupos digitais de estimulação cognitiva recebem pessoas com idades que variam entre 55 e 93 anos. Quase todos acompanham as atividades pelo celular, acomodados no sofá ou na mesa da sala. Embora a dimensão da tela e a amplitude do som não inviabilizem a participação, eles tornam o processo um pouco mais oneroso. Não é incomum vê-los com uma lupa nas mãos, apertando os olhos para enxergar o conteúdo ou olhando para o acompanhante, em busca de tradução ou repetição da pergunta.

⁶ Desde o momento em que chegam, todos são avaliados clinicamente pela terapeuta ocupacional responsável e classificados de acordo com seu “grau de comprometimento cognitivo”. A classificação é realizada com base nos parâmetros do Clinical Dementia Rating (CDR), ferramenta desenvolvida há mais de 30 anos para o rastreio, diagnóstico e controle das demências. 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.

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.

Fluxos materiais e coordenação perceptiva

Na plataforma, terapeutas ocupacionais, psicólogas e alunos da Pós-Graduação em Geriatria e Gerontologia dão as boas-vindas aos que chegam e conversam informalmente sobre questões do cotidiano:

Terapeuta Ocupacional: Bom dia, Regina. Animada para a atividade de hoje? Dormiu bem?

Regina: Bom dia, meus alunos, como vocês vão? Bonjour, çá vá? Bien, merci. Tudo jóia, mas sem jóia no corpo!

Terapeuta Ocupacional: Bom dia, Leila! Se atrasou hoje? Aconteceu alguma coisa?

Leila: Ah, eu tava pegando um solzinho bom pá caramba no sofá e perdi a hora. Tá frio, mas nem tanto, né?

Psicóloga: Leilinha, mamãe também gosta de pegar sol, mas ela já tem 92 anos e às vezes demora tanto pra chegar, que quando chega o sol já foi até embora.

Leila: Ahhh, mas aí é muita lerdza.

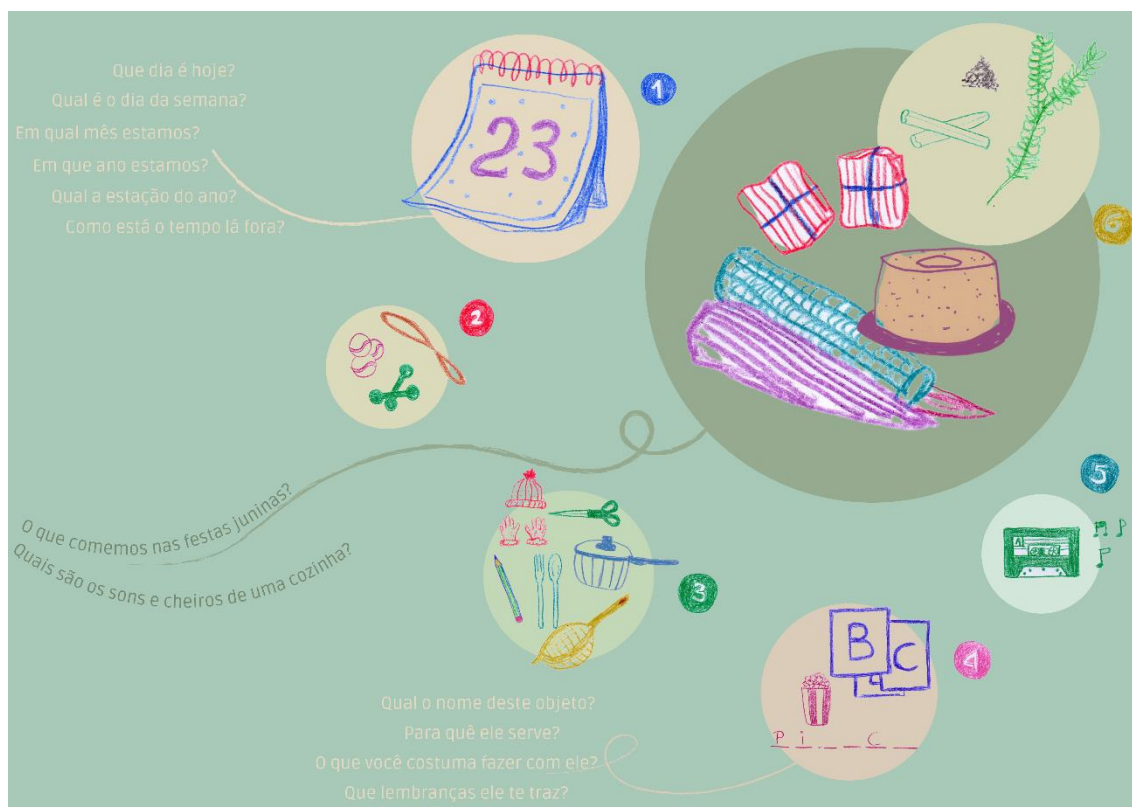
Sempre que possível, as câmeras devem ficar abertas, para facilitar a interação, e os microfones desligados, a fim de evitar ruídos e microfônias. Em alguns descuidos, ouvimos aquilo que se passa no ambiente privado e doméstico (conversas sobre as compras de mercado, a sintonização de canais na televisão, o chiado de panelas, o latido de cães), acessamos pequenos contratempos da vida cotidiana (quedas de celulares, discussões familiares, cochilos entre os exercícios) e somos, eventualmente, surpreendidos por novas montagens e configurações mnemônicas e perceptivas.

A atividade de estimulação se inicia sempre com o compartilhamento da tela. Com o auxílio de slides, o coordenador da atividade se apresenta (seu nome e atividade profissional), introduz o tema a ser desenvolvido, identifica aquilo que será estimulado com a proposta (percepção visual, auditiva, memória, linguagem) e indaga os participantes sobre o tempo cronológico e meteorológico: 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”. Em muitos casos, o acompanhante responde pela pessoa, sussurra a resposta em seu ouvido ou a interpela, para que a resposta seja mais breve e acertada: “vai, mamãe, fala que é quarta-feira”,

“mamãe, como você não sabe que dia é hoje? Você sabe, sim”. Diante dessas situações, terapeutas e psicólogos intervêm, explicando que os sujeitos da estimulação são os idosos e que eles devem responder por si próprios⁷. Ao invés de fornecer a resposta ou apressar o tempo de reflexão da pessoa com demência, os familiares ou cuidadores deveriam oferecer dicas ou recitar o início das palavras.

Os materiais funcionam como um ponto de partida para o processo de reconstrução e administração das memórias conservadas ou comprometidas pelas demências. 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.



Desenho 1 – Materiais, Dinâmicas e Atividades. Desenho da autora, 2022.

⁷ Na modalidade presencial, familiares e cuidadores não participavam dos grupos de estimulação. O cuidador (familiar ou profissional) seguia para um grupo de apoio, onde recebia acompanhamento psicológico e participava de atividades coletivas que tinham por objetivo proporcionar amparo emocional e conhecimento sobre as demências. Como se tornou inviável a manutenção de dois grupos digitais simultâneos, os profissionais da instituição resolveram oferecer, ao longo do mês, 3 encontros para a estimulação cognitiva de pessoas com demência e 1 encontro para oferecer suporte aos familiares.

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 (imagens, fotografias), 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). 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.

Em julho do ano passado, acompanhei diversos exercícios e estímulos que procuravam 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, a partir de um evento quadrienal bastante significativo: as Olimpíadas. Por conta dos jogos, que aconteciam naquele mês, todas as atividades terapêuticas foram adaptadas, de modo que pudessem incluir sons e imagens das modalidades e competições esportivas. Os responsáveis pelas dinâmicas indagaram os idosos sobre a sua periodicidade, gostos pessoais com relação aos esportes (quais modalidades gostavam ou praticavam) e exibiram na tela símbolos e imagens associadas à celebração.

A primeira fotografia compartilhada na tela exibia os aros olímpicos justapostos. Os idosos deveriam descrever o que era e quais cores e formas podiam ser observadas. Carmela logo respondeu que não sabia o que era aquilo. E sua filha complementou, dizendo que as Olimpíadas nunca foram algo pelo qual sua mãe se interessara.

Nas oficinas de estimulação, os terapeutas enfrentam alguns desafios no processo de manipulação e apresentação dos objetos. Primeiro, encontrar coisas, imagens, 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 e escolaridade). Segundo, perceber que as respostas aos *objetivos evocativos* (TURKLE, 2007) não são lineares ao longo do tempo e se adaptam constantemente para alcançar a atenção continuada e interação de cada um. O que pode ser interessante em um dia, pode não ser no outro.

Além de buscar elementos que agenciem e mobilizem alguma individualidade, os profissionais ainda precisam aprender a se relacionar com os modos particulares de

observação e apreensão das pessoas com demência. Os focos usuais de atenção e os esquemas de indexicalização entre mão, olhos, ouvidos, mundo material e seus contextos sintáticos e semânticos podem ser reposicionados de maneiras diversas. Assim como a relação entre signos, significantes e significados⁸. Maçãs podem ser cebolas, números podem ser nomes, formas redondas podem ser quadradas e detalhes podem se tornar o todo:

Após a execução do hino nacional, fomos apresentados a uma imagem de um nadador em uma piscina olímpica. O terapeuta perguntou aos presentes onde o atleta estava. Nenhum dos participantes respondeu e Nara resolveu repetir a pergunta para sua mãe, em casa, apontando para a tela.

Nara: Que lugar é esse, mãe?

Leila: O computador, ué.

Nara: (risadas) Eu sei, mãe. Mas dentro da tela, onde o homem está?

Leila: Ah, na piscina.

Percepções Corporificadas

Entre as atividades da oficina, também têm destaque aquelas direcionadas ao corpo, sua memória e funcionalidade. Além de atividade manuais, como desenhos, pinturas e a manipulação de objetos diversos, os profissionais ainda costumam realizar exercícios de alongamento, nomeação dos membros corporais (contar os dedos, partes do corpo), relaxamento, correção de postura, equilíbrio (andar por entre bambolês; andar seguindo determinadas linhas no chão) e coordenação motora (jogar bola e peteca; bater os pés e as mãos de forma sincronizada). A partir dessas práticas, os terapeutas procuram produzir um corpo que seja atento ao ambiente, resistente a quedas, hábil em suas técnicas, orientado no tempo e espaço e consciente dos sentidos atrelados aos movimentos e gestos, colocando em evidência o caráter corporificado (embodied) da percepção, atenção, afeto e pensamento (PUIG DE LA BELLACASA, 2009; VON DER WEID, 2021).

Aqueles com maior dificuldade para compreender as demandas verbais do terapeuta, normalmente, são ajudados por um acompanhante ou cuidador. São eles que levantam seus braços, abrem suas mãos, contam seus dedos, esticam suas costas e

⁸ Em termos gerais, o significante poderia ser descrito como a matéria do signo que nos revela a sua forma tangível, escrita ou falada, como as letras e fonemas. E o significado poderia ser compreendido como o elemento abstrato, a partir do qual formamos uma representação mental a respeito do signo (como conceitos, aspectos, detalhes).

estimulam a repetição dos movimentos ao também realizar a atividade em casa. Os exercícios procuram rerepresentar o corpo à pessoa com demência e os saberes nele corporificados (VON DER WEID, 2021): a consciência sobre sua dimensão, peso e força; a compreensão tátil e visual das coisas e ambiente.

Ao tocar o corpo do terapeuta ou acompanhante, ao ouvi-los e observá-los, os participantes das oficinas, a partir de inúmeras tentativas, experimentam igualar seus próprios movimentos àqueles de sua atenção. Eles sincronizam os passos e batidas; sentem as vibrações que ecoam (dos encontros com o chão ou outras superfícies); avaliam suas dimensões corporais e o espaço disponível para cada movimento. Esse constante ajuste rítmico de percepção e ação é descrito por Ingold como uma redescoberta continuada do mundo ou uma educação da atenção (INGOLD, 2010). A partir dessa coordenação complexa, todo o sistema perceptivo é sensibilizado em um campo de práticas que extrapolam os próprios sujeitos e se misturam às dinâmicas de construção do próprio ambiente. Contudo, nem sempre essa coordenação se torna possível em um isolamento social.

A interação realizada pelo meio digital retira de cena um elemento bastante significativo para o processo comunicativo com pessoas em processo demencial: o toque. Sobretudo nos casos em que a doença já se encontra avançada, o contato gentil com o corpo (como um toque sobre a mão) se faz necessário para que a atenção visual e auditiva se complete e realize. O toque intensifica os efeitos co-transformativos entre pessoas e sua matéria corporal (PUIG DE LA BELLACASA, 2009). Além disso, como destacado por Merleau-Ponty, todo toque carrega ainda uma especificidade: a sua reversibilidade. Quando corpos ou coisas se tocam, eles também são tocados de volta, evocando relações, sentidos e conhecimentos.

Sem as formas não verbais de expressão e o contato corporal, o trabalho de captura de atenção de terapeutas se torna um desafio à parte. Mesmo com a presença do acompanhante ou cuidador, são muitos os olhos e ouvidos que não acompanham os movimentos e sons provenientes da tela, fixando-se por outros pontos do ambiente. O contato com os materiais, advindos do próprio corpo ou do ambiente que o circunda, alimentam os processos comunicativos e cognitivos e os mapeamentos realizados entre corpo e ambiente (GREINER, 2005).

Em um de nossos últimos encontros presenciais no CRASI, em fevereiro de 2020, acompanhei uma sessão inteiramente dedicada aos estímulos relativos ao corpo. A

atividade se iniciou com a distribuição de uma bola de tênis e sua descrição. Os participantes foram indagados sobre sua cor, forma, se era grande ou pequena, macia ou áspera ao toque. Após esse reconhecimento inicial do objeto, alguns exercícios corporais foram passados: segurar a bola com a mão direita estendida e recuada; segurá-la sobre o peito, segurá-la sobre a cabeça, passar a bola de uma mão à outra fazendo contagens numéricas, jogá-la para o alto. A coordenação fina entre mãos e olhos nem sempre ocorria da forma esperada. Sobretudo, no momento de recuperação da bolinha no ar. E muitos, como Carmela, nem se arriscaram no movimento: “tô mal dos olhos, cega desse olho e muito ruim desse outro. Não dá, minha filha”.

Após essa rodada com a bolinha, passamos para alguns exercícios que mobilizavam apenas a própria matéria corporal. Batemos os pés com força e sem força no chão, alternamos as batidas entre esquerda e direita, levantamos e sentamos das carteiras escolares, tocamos os dedos e os nomeamos, um de cada vez. Na sequência, uma atividade de caminhada foi proposta e realizada com os presentes. Duas fileiras de bambolês foram posicionadas no chão. Cada participante deveria caminhar com os pés dentro dos bambolês, indo em uma fileira e voltando na outra, com um pé em cada bambolê por vez. Na primeira rodada, todos caminharam com alguém ao lado, acompanhando-os de mãos dadas ou segurando o braço (a depender da necessidade para a manutenção do equilíbrio). Na segunda rodada, foi pedido que tentassem realizar a tarefa sem o acompanhante.

Acompanhei Carmela com muito medo. Não sabia segurá-la, nem andar ao seu lado de maneira sincrônica. Hesitei e pedi ajuda na primeira rodada, mas resolvi assumir a tarefa na segunda vez. No início, os dois pés foram colocados dentro do mesmo bambolê, em uma passada curta, que exigia uma parada entre eles. Conforme o movimento era executado, nosso vínculo se aprofundava, o corpo ganhava segurança, a postura se erguia e os passos se tornaram mais largos, com um pé em cada bambolê por vez.

Ao final do dia, a terapeuta fez uma proposta de relaxamento com os participantes. Pediu que todos sentassem de forma confortável na cadeira, fechassem os olhos e se concentrassem no que ela diria, sem se mover. Inicialmente, todos fecharam os olhos. Ela pediu que eles imaginassem uma luz branca passando pelos dedos dos pés, subindo para os tornozelos, pernas, coxas, barriga. E enumerou cada parte do corpo. A cada passada

do feixe de luz, era dito para que visualizassem mentalmente aquele membro e, em seguida, sentissem o relaxamento proporcionado pela luz passando.

Conclusão

Se em outras oportunidades examinei com maior profundidade as técnicas laborais utilizadas na instituição (COSTA, 2022) e os efeitos da digitalização dos atendimentos sobre as dinâmicas de cuidado e subjetivação (COSTA, 2021), neste trabalho procurei demonstrar como terapeutas, psicólogos e residentes do Centro de Referência em Atenção à Saúde do Idoso modulam e coordenam disposições perceptivas e mundos sensoriais, a partir de uma variedade de práticas e materiais. Seguindo as trilhas de Tsing (2019), as coordenações aqui foram pensadas como respostas temporais às múltiplas ontologias ou trajetórias que se encontram, sedimentam, repartem, resistem e repercutem, umas sobre as outras.

Nas oficinas, uma sintonização se desdobra e se repete a partir de uma linha temporal que conjuga pessoas, coisas, imagens, linguagens, universos sensoriais e ordens epistemológicas. Os estímulos funcionam como exercícios de *agência semântica* (JENNINGS, 2010): uma forma de comunicação e engajamento com relações que produzem e sensibilizam significados para além do verbal ou semiótico, transitando por entre o dentro e o fora, o eu e outro.

Referências Bibliográficas

COSTA, Bárbara Rossin. A memória em tela: os grupos de estimulação cognitiva online para pessoas com a Doença de Alzheimer. Anais da VIII Reunião de Antropologia da Ciência e da Tecnologia – ISSN: 2358-5684, 2021.

COSTA, Bárbara Rossin. Materialidades e Narrativas na Doença de Alzheimer. Cadernos de Campo (São Paulo, online), vol. 31, n. 1, p.1-24, USP, 2022.

CRUZ, Alney Queiroz. 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). Dissertação (mestrado) do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, 2005.

ENGEL, Cíntia. *Doença de Alzheimer e Cuidado Familiar*. Dissertação (mestrado) – Departamento de Sociologia da Universidade de Brasília, Brasília, 224p, 2013.

FERIANI, Daniela. *Entre sopros e assombros: estética e experiência na doença de Alzheimer*. Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Campinas, SP, 2017.

GREINER, Christine. O corpo: pistas para estudos indisciplinados. São Paulo: Annablume, 2005.

INGOLD, Tim. Da transmissão de representações à educação da atenção. Educação, Porto Alegre, v. 33, n. 1, p. 6-25, jan./abr, 2010.

JENNINGS, Bruce. Agency and Moral Relationship in Dementia. In: Cognitive disability and its challenge to moral philosophy. Org.: Eva Feder Kittay and Licia Carlson. Macmillan India Ltd, 2010.

MIYATA et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. *Arq. Ciênc. Saúde Unipar*, Umuarama, v.9 (2), mai./ago., 2005.

PUIG DE LA BELLACASA, María. Touching technologies, touching visions. The reclaiming of sensorial experience and the politics of speculative thinking. *Subjectivity Issue* 28, 297–315, 2009.

TSING, Anna L. Viver nas ruínas: paisagens multiespécies no antropoceno. Brasília, DF: IEB Mil Folhas, 2019.

TURKLE, S. *Evocative objects: Things we think with*. Cambridge: MIT Press, 2007.

VIANNA, Luciano Von der Goltz. *Fragments de pessoa e a vida em Demência: Etnografia dos processos demenciais em torno da Doença de Alzheimer*. Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

VON DER WEID, Olivia. Passo a Dois: percepção tátil-cinética na mobilidade com cão-guia. *Ilha – Revista de Antropologia*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 127-152, 2021.