

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**PUC-SP**

**FONOAUDIOLOGIA E ARTETERAPIA: RESGATE DE INTERLOCUTORES**

**IDOSOS COM ALTERAÇÕES DE LINGUAGEM**

**CECÍLIA PENHA DE LIMA VENÂNCIO**

**MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA**

**SÃO PAULO**

**2009**

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO**

**CECÍLIA PENHA DE LIMA VENÂNCIO**

**FONOAUDIOLOGIA E ARTETERAPIA: RESGATE DE INTERLOCUTORES  
IDOSOS COM ALTERAÇÕES DE LINGUAGEM**

**MESTRADO EM FONOAUDIOLOGIA**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de MESTRE em Fonoaudiologia, sob orientação do Prof.º Dr.º Luiz Augusto de Paula Souza.

**São Paulo**

**2009**

**BANCA EXAMINADORA**

---

---

---

---

---

**Cruzando um dos corredores do Hospital do Servidor Municipal, me deparei com uma das componentes do Grupo “Fonoaudiologia e Arteterapia” e esta me abordou dizendo: “Nunca em toda minha vida me senti tão bem falando, porque antes eu falava com as paredes e agora eu falo com o mundo e ele me ouve”.**

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar à Deus que, me deu o sopro da vida no ventre de minha mãe.

À meus pais José Antonio J. de Lima (in memorian) e Geralda Gonçalves de Lima, sem os quais esse mestrado não seria possível.

Aos meus irmãos de sangue, meus irmãos na fé, meu sogro e sogra; e amigos que compreenderam minha ausência e oraram por mim.

Aos meus sobrinhos que, de alguma forma, me olham como inspiração para continuarem seus estudos.

Ao meu sobrinho Robson T. Ladeia (in memorian), pelo prazer das conversas acadêmicas e afetivas – sempre presentes e pela semente que ele deixou, meu sobrinho-neto Gabriel.

Em especial ao meu companheiro Ed Carlos, pela presença apaixonante e amorosa; e pelos sonhos construídos juntos.

Aos amigos da Clínica Geronto-Geriátrica e da Assistência Domiciliária do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo, por terem tornado o meu cotidiano menos árido.

Às amigas do mestrado, aquelas que participaram direta e indiretamente. Principalmente à Daniela Galli e Denise Villas Boas pela força, mesmo quando estava mal humorada.

À CAPES, pelo incentivo na forma de bolsa de estudos.

Ao Prof. Dr. Luiz Augusto de Paula Souza, pelos incentivos acadêmicos e pelo acolhimento caloroso.

À Dra. Rita Cecília Ferreira, a quem devo meus primeiros passos no estudo da arteterapia.

Ao Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto, meu amigo e mestre que, me ensinou a pesquisar e a lutar pelos sonhos acadêmicos.

Ao Prof. Dr. Fábio T. Kitadai, coordenador da Clínica Geronto-Geriátrica na qual trabalho, por acreditar em meu potencial e me incentivar.

À banca examinadora, Prof<sup>a</sup> Dra. Suzana Maia, Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto, Prof<sup>a</sup> Dra. Vera Lúcia Mendes, Prof. Dr. Fábio T. Kitadai, pela leitura atenciosa e contribuições ao trabalho.

À todos os Professores do Programa de Pós graduação em Fonoaudiologia, pelas discussões tão frutíferas que tivemos e à Virgínia – secretária do programa – pela paciência e dedicação.

## RESUMO

A dissertação se configura como uma pesquisa em serviço, que analisa o emprego de perspectivas e técnicas da arteterapia em um programa fonoaudiológico com idosos do Ambulatório Geronto-geriátrico do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (HSPM-SP).

Os idosos participantes possuem diagnóstico médico, entre outros, de depressão e problemas de memória, além de alterações de linguagem ou dificuldades de comunicação, derivadas de problemas orgânicos próprios à velhice, bem como de questões sociais e afetivas como, por exemplo, solidão e isolamento ou discriminação social.

O objetivo da pesquisa foi analisar a pertinência do uso da arteterapia no trabalho fonoaudiológico, com vistas à reabilitação comunicativa e ao resgate dos idosos como interlocutores capazes de circular por várias situações e contextos discursivos, sobretudo se ouvidos em suas necessidades e validados na condição de sujeitos.

A arteterapia opera por meio da expressão estética como dispositivo para ajudar os sujeitos na elaboração, na expressão e no equacionamento de seus conflitos. Sua articulação com a fonoaudiologia, no manejo com dimensões relacionais e subjetivas, potencializou o trabalho com a linguagem e com a comunicação dos participantes da pesquisa, ampliando possibilidades dialógicas e interacionais.

Palavras Chave: Fonoaudiologia; Arteterapia; Atenção à Saúde de Idosos; Terceira Idade.



## ABSTRACT

This dissertation is part of a research service project, and analyzes the employment of art therapy perspectives and techniques used in a speech therapy program for the elderly at the São Paulo Municipal Public Hospital (HSPM-SP)

The elderly who participated in the program are medically diagnosed as depressive or senile, besides having communication difficulties, related to their advanced age, as well as social and emotional issues, such as loneliness, isolation or social social discrimination.

The object of the research was to evaluate the relevance in the use of art therapy in speech therapy with regard to communicative rehabilitation and the recuperation of the elderly, capable of communicating in different situations and interactive contexts, especially if they are listened to and their needs are met, and therefore validated in their human condition.

Art therapy works through the esthetic expression as a framework to help the participants in the elaboration, expression of, and dealing with their conflicts. Their articulation through speech therapy, in the management of relational and subjective dimensions, potentializes the work with the language and communication of the research participants, expanding their communication and interaction skills.

Key words: Speech therapy, Art therapy, Health care for the elderly, aging.

## ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. ARTETERAPIA.....	4
2. MATURIDADE E VELHICE: DA NATUREZA À CULTURA.....	19
3. LINGUAGEM NA VELHICE: UMA PONTE ENTRE FONOAUDIOLOGIA E ARTETERAPIA.....	38
4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	46
5. A FONOAUDIOLOGIA ATREVESSADA PELA ARTETERAPIA: ESTUDO DE CASOS .....	49
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	74
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	77
ANEXOS.....	83

## INTRODUÇÃO

A investigação surgiu a partir do contato com a arteterapia na terceira idade, por meio de aulas com Dra. Rita Cecília Ferreira, no Curso de Extensão Universitária em Geriatria e Gerontologia “Prof. Dr. Matheus Papaléo Netto” da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (H.S.P.M.-S.P).

O interesse pelo assunto fez com que estreitasse o contato com a Dra. Rita, que se propôs a orientar a implantação de um programa de arteterapia, para terceira idade, articulado à fonoaudiologia. Tal proposta teve início na Enfermaria Geronto-Geriátrica do HSPM-SP, com atendimentos individuais e orientação aos familiares. No entanto, após alta hospitalar, os pacientes questionavam se haveria possibilidades de continuarmos este trabalho em nível ambulatorial. Na época, pedi permissão ao coordenador do setor (Prof. Dr. Matheus P. Netto) para reescalonar minhas 40 horas de trabalho entre enfermaria e ambulatório.

Após a permissão iniciou-se o trabalho ambulatorial que, partindo da rotina de encaminhamento e avaliação, estruturou-se num programa de arteterapia e fonoaudiologia com duração de trinta sessões, que será apresentado e discutido ao longo do texto.

Passados alguns meses, os geriatras começaram a assimilar a idéia de que havia um fonoaudiólogo no ambulatório com uma proposta de atuação interdisciplinar, encaminhando os pacientes com suas respectivas queixas.

Durante algum tempo, os médicos não conseguiam identificar, com muita

precisão, as questões relacionadas a alterações de linguagem, indicando pacientes sem queixa específica. Diante deste e de outros, fatores como: pouca comunicação interprofissional e escassez de discussões de casos, realizamos reuniões periódicas com a equipe para esclarecer nossos propósitos e definir formas de relacionamentos e de encaminhamentos entre nós.

Esta conduta auxiliou na dinâmica dos encaminhamentos feitos pelos geriatras para a área de fonoaudiologia, ajudando a concretizar o projeto, que recebeu o nome de GER'ART. Desde então, tenho feito registros terapêuticos, anotando as interfaces da fonoaudiologia em articulação com a arteterapia.

O objetivo da pesquisa é investigar a pertinência das relações entre fonoaudiologia e arteterapia no trabalho com linguagem verbal e não verbal de idosos com alterações de linguagem associadas à perda de memória e depressão em pacientes da Clínica Geronto-Geriátrica do H.S.P.M.-S.P..

O texto contém a seguinte estrutura: revisão bibliográfica, fundamentação e justificação da arteterapia, sobretudo em termos de articulação com a fonoaudiologia. O trabalho continua com a metodologia e a apresentação e análise de dados colhidos no serviço para empreender, por fim, a discussão da articulação de noções da arteterapia ao trabalho fonoaudiológico com idosos acometidos por problemas de memória e depressão associados a alterações de linguagem.

A realização desse estudo quis, então, contribuir com o aprimoramento do trabalho clínico do fonoaudiólogo com populações de idosos em busca da superação ou atenuação dos problemas de linguagem que incidem nesses

quadros, bem como para a construção de modos de tratamento na interface com a arteterapia.

## 1. ARTETERAPIA

*“A arteterapia baseia-se na crença de que o processo criativo envolvido na atividade artística é terapêutica e enriquecedora da qualidade de vida de pessoas, tanto das que experienciam doenças, traumas ou dificuldades de vida, como das que buscam desenvolvimento pessoal”. Por meio do criar em arte e do refletir sobre os processos e trabalhos artísticos resultantes, as pessoas podem ampliar o conhecimento de si, dos outros, aumentar sua auto-estima, lidar melhor com sintomas, estresse e experiências traumáticas, desenvolver recursos físicos, cognitivos e emocionais e desfrutar do prazer vitalizador do fazer artístico”..*

*(Associação Americana de Arteterapia)*

É exatamente no contexto de que o processo artístico-criativo que a arteterapia pode se aliar ao trabalho com a linguagem de idosos, pois fomenta, entre outras coisas, as capacidades cognitivas relacionadas ao hemisfério direito, do cérebro tal como será discutido no capítulo 3.

Sabemos que o ser humano pode desenhar, construir, experimentar e transformar o uso dos objetos com liberdade e criatividade. Criar é ação do homem, é o que lhe permite experimentar situações novas, assimilar as experiências vividas e traduzi-las, no entanto, é uma capacidade cuja espontaneidade pode se restringir em função das rotinas e padronizações de comportamentos socialmente estabelecidos.

Desde os antigos, as artes como: música, poesia, teatro, escultura etc, são tidas como curativas, verdadeiros remédios para a alma do artista e do espectador. A arteterapia investe nessa tradição milenar e compreende as

atividades criativas como modalidade terapêutica de aprendizagem e ou reapropriação de habilidades, com grande poder transformador. Utiliza recursos expressivos não verbais, como o desenho, a pintura, a modelagem, a colagem, o movimento, a criação de personagens etc., para auxiliar pessoas a entrarem em contato consigo mesmas, dando a esses conteúdos forma simbólica palpável.

Assim, o invisível (ou parte dele) torna-se visível e como cada um tem um processo de criação particular, as diferenças são bem visualizadas. Empregada nas áreas da psiquiatria, psicologia, sociologia, entre outras, a arteterapia se caracteriza pelo uso da linguagem artística na compreensão e elaboração de conteúdos psíquicos em processos pessoais e grupais.

Para introduzir a pertinência da articulação entre fonoaudiologia e arteterapia, recorro a Andrade (2000), que fez um apanhado geral de como e quando as manifestações artísticas foram usadas em processos terapêuticos.

Segundo ele, em 1876, Simon, médico psiquiatra, publicou pesquisas sobre manifestações artísticas de doentes mentais e fez uma classificação das doenças dessas produções artísticas. Em 1888, Lombroso, advogado criminalista, fez análises psicopatológicas dos desenhos de doentes mentais para classificar doenças, acreditando no valor diagnóstico de sua aplicação. Do final do século XIX até o início do século XX, Ferri, discípulo de Lombroso, também analisou produções artísticas de doentes mentais, o que permitiu o estudo das manifestações patológicas e também o início da psicopatologia das expressões artísticas em indivíduos normais.

No princípio do século XX, Freud dedicou parte de seu tempo para escrever sobre artistas e suas obras, analisando-os sob a luz da teoria psicanalítica nascente, tornando também possível o exame e manifestações inconscientes por meio da leitura de obras artísticas.

Ainda segundo Andrade (2000), para Freud, a criação artística é produto de uma função psíquica, denominada sublimação e, desta forma, a arte passa a ter valor como observação terapêutica, com possível uso diagnóstico. O veículo principal para a conexão entre a imagem e o real seria a palavra. Sendo assim, o analisando, pouco a pouco, vai adquirindo conhecimento do seu funcionamento psíquico e podendo elaborá-lo discursivamente.

Jung, apud Andrade (200), na década de 20 do século XX, começa a usar a arte como parte do tratamento de seus pacientes, pedindo a eles que fizessem desenhos, expressando representações de imagens de sonhos, de situações conflituosas etc. Estes eram considerados simbolizações do inconsciente individual ou, muitas vezes, do inconsciente coletivo. Jung cria, a partir daí, o conceito de arquétipo (imagens psíquicas do inconsciente coletivo). Para ele, a criatividade é uma função psíquica e a arte não seria apenas fruto de sublimação de instintos sexuais e agressivos, como teria sugerido Freud, é função natural da mente humana, estruturante do pensamento. Andrade (2000), conta que Jung começou a usar técnicas de desenhos livres para facilitar a interação verbal com os pacientes. Esta aplicação técnica é decorrente de sua crença na possibilidade do homem organizar seu caos interior utilizando-se da arte: pintura, escultura etc.



Atualmente, as terapias expressivas e a arteterapia transcenderam os estudos psiquiátricos, encontrando aplicações terapêuticas em consultórios, instituições e organizações diversas. Trabalham com pacientes individualmente e em grupo, bem como no atendimento de casais e famílias. É utilizada com crianças, adolescentes e adultos, em terapias focais breves e de longa duração. Também são utilizados seus recursos em orientação profissional, vocacional, ocupacional, recrutamento, seleção e treinamento, bem como encontram amplo uso em prevenção e educação.

Ciornai (2004) conta que, por volta de 1950, na chamada era pós-industrial, seguindo o surgimento da arte-educação e alimentada pelas mesmas preocupações, surge a arteterapia. Conta também que, Margareth Naumburg – artista plástica, educadora e psicóloga americana – foi quem primeiro interessou-se pelas pontes que entrelaçava entre o trabalho desenvolvido na sua escola, onde utilizava o método Montessori, e o campo da psiquiatria e da psicoterapia. Nas palavras de Naumburg, apud Ciornai (2004) : “A convicção de que expressão livre na arte é uma forma simbólica de linguagem nas crianças, básica a toda educação, cresceu através dos anos. Conclui que esta expressão espontânea na arte poderia ser básica também ao tratamento psicoterápico”.

Naumburg não foi a primeira a utilizar o termo arteterapia, mas ficou conhecida como “mãe” da arteterapia, por ter sido a primeira a diferenciá-la claramente, sistematizando-a. Segundo o relato de seus pacientes, seria mais fácil, muitas vezes, desenhar um sonho do que contá-lo, as imagens viriam antes das palavras. Devido a isto, seu trabalho foi denominado “arteterapia de

orientação dinâmica” (Andrade, 2000).

Na década de 1980, essa abordagem foi trazida ao Brasil por Selma Ciornai, psicoterapeuta gestáltica, com formação em arteterapia em Israel e nos Estados Unidos. Ciornai a desenvolveu em São Paulo, criando o curso de Arteterapia no Instituto Sedes Sapientiae. Antes dela, em 1923, um estudante interno do Hospital do Juqueri, Onório César, começa a desenvolver estudos sobre a arte dos alienados. Em 1925, ele cria a Escola Livre de Artes Plásticas do Juqueri, em Franco da Rocha, São Paulo. Publica em 1929 "A expressão artística nos alienados", tendo organizado, em 1948, no Museu de Arte, a primeira "Exposição de Arte do Hospital do Juqueri". Em 1949, foi premiado pelo trabalho "Misticismo e Loucura". Em 1950, participou do Primeiro Congresso Internacional de Psiquiatria, realizado em Paris. É o precursor, no Brasil, da análise da expressão psicopatológica de doentes mentais em instituição psiquiátrica.

Outra pesquisadora, no Brasil, a quem, segundo Andrade (2000), devemos muito, pelo seu aspecto inovador, foi Nise da Silveira. Em 1946, no Centro Psiquiátrico D. Pedro II, situado em Engenho de Dentro, no Rio de Janeiro, Nise criou a “Seção de Terapêutica Ocupacional”. Em 1952, criou o Museu de Imagens do Inconsciente, único acervo existente atualmente no Brasil e um dos mais importantes do mundo, no qual são conservados e organizados trabalhos de expressão dos internados na instituição acima referida.

Em São Paulo, Maria Margarida Carvalho, revelando seu interesse por arte, começou a desenvolver a arteterapia, implantando o primeiro curso de arteterapia

na penitenciária do Estado de São Paulo. Em 1974, junto ao Hospital do Servidor Público Estadual, implanta um trabalho de arteterapia no ambulatório de psiquiatria. Em 1995, coordena o livro "A arte cura?", no qual diversos autores discutem e apresentam seus trabalhos em arteterapia e terapias expressivas, em diversas abordagens e com diferentes instrumentais.

Andrade (2000) recorda ainda que, entre outros projetos ligados a arteterapia, destaca-se, na UNICAMP, em Campinas, pela Faculdade de Educação o de Sônia Fortuna, que no ano de 2000 defendeu dissertação de mestrado trabalhando com técnicas expressivas e qualidade de vida com pacientes da terceira idade portadores de Alzheimer.

Um desafio central do mundo contemporâneo, que se propõe aos indivíduos e às sociedades, é conseguir uma sobrevida cada vez maior, com qualidade de vida satisfatória, para que os anos vividos em idade avançada sejam plenos de significado e dignidade. Isso faz com que os tratamentos de saúde, antes prioritariamente voltados ao diagnóstico e ao tratamento da doença, considerem também, variáveis subjetivas, que incorporam as percepções dos pacientes em relação ao seu bem-estar e à sua qualidade de vida, ou sobre aspectos particulares, tais como: sexualidade, memória, capacidades funcionais, relações sociais, dentre outras (Paschoal, 2002).

Se for assim, abordar os processos de saúde-doença de maneira multifacetada, implica entender que as concepções e formas de tratamento também variam, em função das crenças, dos valores e dos referenciais teóricos e

técnicos usados pelos profissionais e pesquisadores da área de saúde. Vejamos ainda que de modo panorâmico, algumas concepções que orientam ou influenciam a continuação e ou a prática em arteterapia. Concepções que se comprometam ou convergem em vários aspectos.

A visão existencial afirma a prevalência da existência sobre a essência, isto é, afirma que não há essência definitiva a ser descoberta sobre o ser humano, nem conceitos sobre a natureza última do ser humano, a serem formulados. Afirma também a capacidade humana de escolher e criar seu próprio destino, transcendendo limites e condicionamentos, mesmo em face de condições inhóspitas e de suas manifestações mais tenebrosas, medíocres e virulentas, como tão bem apontou Reich (1961).

A visão existencial não implica uma atitude ingênua diante de fatores coercitivos, mas afirma que o indivíduo não é apenas um “produto do meio”, e sim que pode interagir com o meio de forma criativa, inusitada e transformadora. Para Sartre (1964), um dos expoentes dessa corrente filosófica, o ser humano é visto sempre em possível estado de refazer-se e de escolher organizar a própria existência criativamente, sendo sujeito da própria história, artista da própria vida.

Tanto na arte quanto na terapia manifesta-se a capacidade humana de perceber, figurar e reconfigurar suas relações consigo, com os outros e com o mundo, estabelecendo novas relações entre seus elementos, misturando o velho com o novo, o conhecido com o sonhado, o temido com o vislumbrado, trazendo assim novas integrações e possibilidades de crescimento. Essa afirmação da

centelha de divino em cada um de nós, essa fé na capacidade humana de ser o artista da própria existência está entranhada na Arteterapia.

Baseada nessa premissa, o objetivo de uma terapia de base existencial é trabalhar em direção à constante expansão da consciência, a fim de facilitar que as pessoas venham a se tornar agentes das próprias transformações na vida.

Na arteterapia, a visão existencial se manifestará na atitude do terapeuta, que vai estimular e facilitar o movimento da criatividade e expressão artística do cliente, sugerindo experimentos, técnicas e facilitando elaborações e buscas de significado. O cliente é visto como sujeito ativo em seu processo terapêutico; com o terapeuta, explora as formas que produziu, encontrando, criando e dialogando com os significados nela produzidos ou desvelados.

Husserl (1907), o “pai” da fenomenologia, quebra o paradigma de que a observação científica pode ser feita de forma neutra e imparcial, uma vez que é impossível eliminar ou neutralizar a subjetividade do observador. Husserl fundamenta o conceito de intencionalidade da consciência, segundo o qual toda consciência é sempre consciência de alguma coisa, assim como todo objeto é sempre objeto para um sujeito. Em outras palavras, consciência e objeto são inter-relacionados e, portanto, o campo é vivido e experienciado. Fenomenologia significa “o estudo daquilo que aparece”, portanto o fenômeno deve ser descrito, tanto quanto possível, sem interpretações provenientes de referenciais externos.

Em arteterapia, tal premissa justifica a procura do sentido que certas experiências ou situações têm para a pessoa, para o cliente. Para isso, o

terapeuta necessita envolver-se existencialmente, deixando brotar sentimentos e sensações que propiciem uma compreensão intuitiva, pré-reflexiva dessa experiência para, em seguida, estabelecer certo distanciamento, que lhe permita uma reflexão, na qual procurará nomear aquela vivência de forma que se aproxime o mais possível do próprio vivido. Nesse sentido, o conhecimento de alguns modelos teóricos amplia o poder de observação do terapeuta e sua capacidade de compreensão e enunciação do fenômeno.

Outra característica marcante da abordagem fenomenológica no trabalho de arteterapia é a ênfase no processo. Na arteterapia, o terapeuta estará sempre atento à presença e ao comportamento (verbal ou não-verbal) do cliente, focalizando mais o “como” do que o “porquê”, ou seja, mais a qualidade da experiência comunicativa do que as explicações causais.

A atenção deve sempre ser dada aos movimentos, sentimentos, padrões de pensamentos, qualidade de contatos (com o terapeuta, consigo próprio, com o mundo, com os outros, com o próprio trabalho) que afloram durante a confecção do trabalho, bem como ao modo como materiais, cores e formas são escolhidos e trabalhados. Em outras palavras, deve-se dar atenção à qualidade da experiência, quando o processo de contato e expressão flui de maneira contínua e energizada, e quando se torna emperrado, desvitalizado ou interrompido. Tudo isso, em cada etapa do processo: antes, durante e depois da atividade desenvolvida.

O arteterapeuta deve ser treinado a perceber suas reações, os próprios sentimentos, sensações e intuições em relação ao cliente e aos temas abordados,

empregando essas ressonâncias a serviço do cliente no trabalho terapêutico:

*“É como se o terapeuta se tornasse uma câmara de ressonância para o que está se passando entre ele e o cliente. Ele recebe e reverbera o que acontece na interação, ampliando-a para que se torne uma parte dinâmica da terapia... quando o terapeuta se coloca, não somente torna acessível ao cliente algo que já existe como faz com que novas experiências aconteçam, baseado nele mesmo, assim como no cliente” (Polster e Polster, 1974, p. 376).*

Para que o arteterapeuta possa realmente ver e reconhecer categorias visuais e relações estruturais, independentemente dos conteúdos explícitos ou implícitos representados, precisa ter familiaridade e vivência pessoal com a linguagem plástica, para desenvolver um olhar apurado para a linguagem da arte (linhas, formas, cores, composições, movimentos, léxico e sintaxe da linguagem visual).

Além disso, o arteterapeuta deve tomar extremo cuidado com interpretações e sempre verificar hipóteses. Nenhum pressuposto teórico substitui o encontro, a compreensão pelos sentidos, por meio da vivência de realmente imaginar-se e sentir-se no lugar do outro.

O modelo dialógico, elaborado por Buber (1982), caracteriza a relação terapeuta-cliente em arteterapia. Esse modelo descreve a relação dialógica como o encontro de duas pessoas, na qual uma se deixa impactar pela outra, e o interesse de ambas é no que acontece entre elas e não em uma ou em outra, considerando cinco condições para que essa relação se estabeleça:

*inclusão*: implica um comprometimento existencial mais profundo do que é

compreendido como empatia, de realmente penetrar na fenomenologia da existência do outro sem perder seu próprio referencial. Inclusão implica também confirmação e aceitação da existência do outro tal qual ele é;

*presença*: uma presença envolvida, ativa, energizada, inteiramente atenta, autêntica e genuína da pessoa na relação;

*compromisso* com o diálogo: abertura e rendição ao que acontece entre pessoas, em relação que não pode ser previsto ou comandado por uma delas sem que se perca a característica de diálogo;

*característica vivencial*: implica estar presente de forma inteira e disponível para a relação com o outro;

*não-exploração*: não-utilização do outro para gratificações narcísicas ou de quaisquer outras necessidades, como movimento manipulatório.

Certamente, para que essa experiência dialógica aconteça na relação terapeuta-cliente deve-se focar, portanto, o processo em que a relação se estabelece. Há uma alternância rítmica de momentos de encontro com momentos de distanciamento. O ritmo, a qualidade da interação que vai se criando, a qualidade do suporte, do acolhimento é que caracterizarão a dinâmica do vínculo terapêutico. É a atitude do terapeuta, de predisposição ao diálogo, que, sem dúvida, estabelece um convite ao cliente, o que implica as cinco condições descritas anteriormente.

Na prática da arteterapia, o diálogo se dará não só no contato pessoal, mas



também na motivação para a criação e na exploração conjunta dos significados de sons, formas, poemas e imagens criadas. Nesse sentido, o olhar de valorização, a curiosidade e o interesse do cliente por si e pelos seus próprios trabalhos, potencializam o processo de autodescoberta e, muitas vezes, de auto-estima.

Buchbinder (1996, p.82) propõe o corpo como suporte de toda experiência humana, numa concepção nomeada “apreensão sensorial”. Diz ele:

*“Tanto os processos biológicos quanto os psíquicos se processam no corpo, o corpo percorre uma história tecida de palavras, ações, afetos, contatos, sensações. É um corpo pessoal, individual, e também nesse corpo está o corpo familiar e social. As histórias convivem entre si, em um percurso biológico, relacionado com prazer e angústia, unidade e fragmentos, reparação e destrutividade”.*

Nossa psique está no corpo. As primeiras vivências, desde a fase intra-uterina, configuram qualidades emocionais que surgem a partir de sensações físicas. Estas deixam um registro de situações vivenciadas sensorialmente, formando nossa memória corporal. Ao trabalhar nossos sentidos, nos conectamos diretamente com essa memória, trazendo lembranças de sensações e, às vezes, de conteúdos esquecidos.

A expressão dos sentidos através do corpo é um dos canais da arteterapia. Tem como objetivo, favorecer experiências diversas, que levem à consciência e ao conhecimento corporal, buscando a organização e a reorganização do movimento através do toque, das técnicas de massagem e de respiração, da leitura corporal, da dança, da movimentação espontânea ou conduzida. Estas permitem a vivência do “corpo profundo”, despertando sensações antigas enterradas em nossa pele,

nossos músculos, nossas articulações, nossas vísceras, e aquilo que não podia ser pensado, dito e, às vezes, nem mesmo percebido, é despertado através do movimento, do toque, do experimento e das emoções (Dosobeanu, 1985).

Por outro lado, o corpo abrange o simbólico, tendo como foco a ampliação da consciência e o fortalecimento do ego. A consciência das sensações, por meio do movimento corporal, facilita a assimilação de nosso mundo interior, provocando mudanças significativas em nossas vidas e estabelecendo um trânsito energético entre consciente e inconsciente, entre *ego* e *self*. Este trânsito permite que haja uma comunicação entre todas as partes da psique, acabando por abrir caminhos para que idéias, lembranças, emoções e símbolos possam surgir e serem integrados pela consciência, favorecendo a individuação. Por levar o sujeito a um contato com os núcleos arquetípicos mais profundos, possibilita a vivência no aqui e agora; e também a emergência de imagens concretizadas nos gestos, na dança, no toque, nas formas corporais e nas expressões gráficas.

As sensações, através das expressões corporais, falam para além das palavras, fazendo uma ponte direta com o universo imaginário e simbólico. É do movimento que nasce o arsenal simbólico de cada um. Deste participa não só a consciência, mas a totalidade psíquica: o *self* (Boyesen, 1983).

Em outras palavras, como dizia Jung (1928) “no tempo de nossos ancestrais a ‘consciência’ humana formava-se a partir do relacionamento sensorial da nossa pele com o mundo exterior”.

A pele assume, portanto, um papel fundamental no desenvolvimento

humano, por ser o mais extenso órgão dos sentidos do corpo e o sistema tátil, o primeiro a ser desenvolvido no feto – a partir da sexta semana de vida intra-uterina - sendo que cada milímetro de nossa pele é provido de numerosos “receptores nervosos” (Montagu, 1988).

A comunicação, na origem, se estabelece através da linguagem corporal, a função psíquica se apóia e se desenvolve a partir da vivência corporal. Na relação mãe-bebê, o contato tátil da mãe no bebê tem como funções: a estimulação orgânica (favorecendo atividades novas como a respiração, a excreção-digestão e as defesas imunitárias), a comunicação afetiva (o sentimento de segurança, a confiança de base) e dispara a linguagem. Esse contato conduz, aos poucos, a criança a diferenciar uma interface (como uma membrana), que permite a distinção do externo e do interno. Esta vivência, no quadro de uma relação segura, dá acesso a um sentimento de base que garante à criança a integridade de seu bem-estar ou de suas necessidades (Sacharny, 1997).

Toda realidade psíquica consiste em imagens. Estas são primordiais, arquetípicas, em si mesmas completamente reais, a única realidade direta que a psique vivencia. Como tal elas são as presenças personificadas da necessidade”(Hillman, 1992, p.19). Ao conectarmos com nossa necessidade vinculamos sensações e imagens e, ao intervirmos sobre o corpo, intervirmos sincronicamente sobre o organismo como um todo.

Enfim, os materiais e as técnicas da arteterapia são "instrumentos" que facilitam o processo criativo, a intensa dinâmica entre o mundo interno e o externo,

conduzindo a uma ampliação da consciência, abrindo novas possibilidades de criação, realização e comunicação. Quando se parte do trabalho corporal, a qualidade simbólica do gesto se traduz em imagens. Símbolos são trazidos do gesto para o concreto, por meio de desenhos, pinturas, esculturas, histórias, poesias. Da mesma maneira, histórias, formas figurativas e gráficas se transformam em movimentos expressivos, permitindo que novas imagens se configurem, desencadeando diferentes processos internos, nos quais se vivencia mais do que é percebido, projetado e conscientemente expresso.

## 2. MATURIDADE E VELHICE: DA NATUREZA À CULTURA

*“Viva a sua vida e esqueça a sua idade” (Bering, 1996).*

Vamos por partes. A dissertação, como referida discute a pertinência e as bases de um trabalho que une fonoaudiologia e arteterapia no tratamento de idosos.

O texto da dissertação iniciou-se situando marcos da arteterapia; agora apresentamos certos modos de conceber a velhice e os velhos, para então relacionar tais universos com a fonoaudiologia, traçando o quadro teórico de referência à análise da casuística ambulatorial da pesquisa.

Durante o século XX, por mais de 50 anos, a gerontologia considerou o envelhecimento como a antítese do desenvolvimento. Respaldados pela geriatria, muitos praticantes e pesquisadores consideravam a velhice como sinônimo de decrepitude. Mesmo a gerontologia social estabeleceu-se com base no princípio de que a velhice é um problema a ser resolvido. No entanto, em vários países, as informações derivadas da experiência de envelhecimento das populações deram origem a novas formulações, que incluem a consideração da possibilidade de uma boa e saudável velhice, atribuída a determinados fatores, entre eles os hereditários e os culturais (Neri, 2001).

O desenvolvimento é um processo finito, desenvolvimento e envelhecimento são processos concorrentes e ambos são afetados por uma complexa combinação de variáveis, que operam ao longo de toda a vida (Debert, 1999). Dizer que desenvolvimento e envelhecimento são processos concorrentes significa admitir

que as mudanças evolutivas, que classificamos comumente como crescimento, ganho ou progresso, e as que apontamos como perdas e degeneração se fazem presentes da infância à velhice, muito embora esta última seja muito mais caracterizada por alterações interpretadas como perdas, e a infância muito mais caracterizada por mudanças que vemos como ganhos. Essa formulação não é mero artifício, para disfarçar que envelhecer significa aproximar-se da morte, mas sim um pressuposto teórico assumido por cientistas que trabalham numa perspectiva multidimensional e multicausal do desenvolvimento e do envelhecimento. A criança está progredindo e o velho física e intelectualmente regredindo; a criança está em direção ao ápice do seu desenvolvimento bio-psico-social e o velho está em decadência bio-psico-social. No entanto, é um grande esforço descrever e explicar o que se desenvolve, o que se mantém e o que se perde com os dois processos, e quais são os limites da intervenção social, científica e tecnológica, em busca de bom desenvolvimento e bom envelhecimento aos seres humanos (Giddens, 1995).

As novas concepções, originadas nas disciplinas biológicas, psicológicas e sociais, que hoje compõem o campo da gerontologia, significaram mudança de paradigma em relação ao envelhecimento, instauraram novas interpretações e novos métodos para seu estudo, os quais contrariam visões lineares e unidimensionais sobre o significado do tempo e das mudanças evolutivas (Motta, 1998).

Segundo Vieira (1996), o envelhecimento normal é um fenômeno inerente ao processo de vida e varia de indivíduo para indivíduo e em diversas

dimensões: física, psíquica, social etc. Mais especificamente, o envelhecimento é definido como período que sucede a fase de maturidade e é caracterizado por declínio das funções orgânicas e, em decorrência, acarreta maior suscetibilidade à eclosão de doenças (Papaléo Netto, 2002).

Lello (1972), em que pesem os fatores relacionados ao declínio orgânico, o envelhecimento carrega e consome nossa maturidade; e esta é o estado das coisas que chegam ao seu completo desenvolvimento: a maturidade do espírito.

Os dicionários apontam ainda outros aspectos da questão: maturidade compreenderia também os sentidos de firmeza, precisão, exatidão, circunspeção, siso, prudência, perfeição, primor. Todos os aspectos, até aqui, mostram a maturidade como um rol de qualidades, objetivas e subjetivas, entendidas em tripla dimensão: social, cultural e biológica.

De modo complementar, maturidade também é: “fase do ciclo vital de um lago na qual se registra certo equilíbrio entre o recebimento e a perda de suas águas” (Folha/Aurélio 1994/1995, p. 422).

Se assim for, maturidade diz respeito à decantação das experiências vividas pelos sujeitos sociais ao longo de suas vidas, de modo a orientar a vida futura. Experiências que acompanham as diferentes histórias de vida por eles constituídas, nas quais estão presentes, portanto, passado e perspectiva de futuro, mesmo que finito. A realidade é que estão vivos (o lago e os homens), estão em relação contínua com tudo aquilo que os constitui. Daí a metáfora das águas recebidas e perdidas, e da relativa serenidade conquistada para viver tais

processos.

Mário Quintana (1989), diz que a maturidade é quando a vida já não é tecnicolor como na infância, mas se faz em preto e branco, restando a cada um e a todos, o desafio de vivê-la bem, o melhor possível.

Uma outra perspectiva possível parece ser aquela que fala da velhice como processo adaptativo do indivíduo. Adaptar-se, no entanto, não deve ser entendida como submissão, ordenação pura e simples aos sujeitos, principalmente quando esses discriminam ou excluem o velho e a velhice. Como, pois, pensar a velhice em seus termos próprios?

Ao colocar esse questionamento, estamos lembrando que não existe um único modo de ser velho e de viver a idade madura, fato também reconhecido pelos especialistas, que alertam para a interação entre indivíduo e contexto, ambos em constante transformação.

Se for assim, o desafio maior não está em definir o que é maturidade para entendê-la como uma época ou fase específica da vida de um indivíduo e sim como uma espécie de condição subjetiva e social (Iturra, 1995).

Nesta direção, Caterina Lloret (1998) diz que, idade é algo que parece habitarmos, como uma pertença na qual os anos nos têm e nos inscrevem em grupos determinados de idade. Ela nos faz perceber que são os anos que nos possuem, que nos têm e que nos fazem: “Fazem com que sejamos crianças, jovens, adultos ou velhos (...) nos situam em grupos socialmente definidos” (Lloret, 1998).



O caráter do mundo contemporâneo, em sua visão capitalista, está dado pela ordem produtiva, que toma o jovem e o adulto como produtores e compreende o velho e a velhice como relativamente distanciados do mundo do trabalho, posto que, em sua minoria, já não são produtivos para o capital. Tal situação, muitas vezes põe os velhos à margem de boa parte dos processos sociais e, além disso, favorece o estabelecimento de estratégias de exclusão e controle dessa parcela crescente da população

Quando é assim, diz Lloret (1998), a idade deixa de ser minha ou sua, torna-se a idade do outro que nos expropria de nós mesmos, mostrando que a idade que nos possui não é só um conceito, uma vivência, mas também uma disposição social para melhor controle (senso e regularização), uma aprendizagem do que devemos/podemos ou não fazer segundo modelos socialmente sancionados.

Talvez resida aqui a razão para que Giddens (1995) afirme que a chamada terceira idade constitui também uma nova etapa de educação, ou seja, de enquadramento e adaptação. Por sua vez, várias intervenções da sociedade contemporânea sobre o universo da velhice, quando pensado como instância disfuncional, têm promovido, por diferentes meios e principalmente pela mídia, a “juvenização da velhice”, ao mesmo tempo em que, alguns indivíduos tentam construir para si uma idade desejada, que difira da idade que possuem.

Parafraseando Lloret, isso tudo expressa não um engodo social, mas o fato de que, de alguma forma, cada um e todos não querem ser julgados por um

atributo cronológico. Em alguma medida, buscam melhorar a própria imagem para si (auto-estima) e pra os outros, seja mentindo sobre a idade, seja usando intervenções estéticas sobre o corpo, de modo a alterar visualmente o próprio atributo cronológico e adequar-se a padrões sociais mais valorizados. Todavia, esses padrões que nada têm de natural, dizem de uma realidade social, de um tempo histórico que, diariamente, expressa as relações humanas em relações de natureza social e política, de lutas por privilégios, reais ou fictícios, por meio dos quais a ordem social estipula desigualdades entre os sujeitos.

Viver uma idade torna-se, então, uma luta em busca de igualdade de direitos e de oportunidades; luta como a daqueles que reivindicam igualdade sexual, étnica, cultural etc. Reivindicam respeito às diferenças, porque é evidente a disposição hierárquica da sociedade em que vivemos.

É por esse prisma que as crianças e os velhos tornam-se sujeito sob tutela, sujeito de políticas que os tomam como questões sociais que devem ser resolvidas por outrem, nos diferentes campos de intervenção social: governo, família, educação, saúde. No cotidiano, tais tutelas originam grupos institucionais que pertencem a uma determinada faixa etária – os chamados grupos de terceira idade são exemplos -, nos quais não apenas se define uma atribuição cronológica (a idade), mas também se estabelecem expectativas de comportamento social (adaptativo). Entram em debate, portanto, as formas outorgadas de vivência no real e o real vivido e percebido pelos próprios sujeitos, os velhos. Estes podem submeter-se às regras, para serem aceitos socialmente, ou a elas reagir, num processo de contestação e rebeldia, que possibilita outras aberturas e novas

realidades.

Lloret (1998) afirma que, se a idade pode supor uma ameaça, é preciso ver onde, quando e por que, além de se ter claro quem o diz. É preciso, ainda segundo a autora, que tenhamos o olhar na complexidade existencial da idade vivida. Importa, diz ela:

*“no próprio tempo vivido em mim e na alteridade dos demais, viver o tempo que temos e que não nos tem é preciso desvelar como se articulam as imagens impostas pela memória coletiva, pelo imaginário social ou pelo costume. Não é só isso, porém; também há que se avaliar como as práticas cotidianas reforçam essas imagens ou as recriam e desvelar o modo como certos estudos sociais ou psico-sociais, certos interesses econômicos e políticos – sem esquecer as razões legislativas e gerenciais na classificação ou ordenação das populações – as conformam e determinam” (Lloret, 1998).*

Iturra (1992) diz que, em sociedades como a nossa, desde que nascemos adentramos já o mundo das classificações e das hierarquias pré-estabelecidas, que comportam diferentes níveis de poder. Isto porque o mundo necessita se reproduzir de modo constante e equilibrado, no que diz respeito a sua natureza e a seus objetivos. É aqui que se pode discutir o que é real e o que ele significa.

Ao falar da infância, Iturra (1997) afirma que o real geralmente acaba por ser o entendimento das obrigações e direitos que se tem. Parte do real é entender o que a cultura do seu grupo define para as pessoas de sua idade e condição. Obrigações e responsabilidades mudam com a passagem do tempo e fazem com que cada indivíduo tenha de identificar sua posição e a dos demais, estabelecendo o tipo de relações que com eles pode ter.

Nesses termos, identifica os aspectos “diurnos” da vida social, que correspondem a pessoas, coisas, processos e significados de maior legitimação no âmbito social, que nos dizem o que fazer, quando, com quem, constituindo, assim, o equilíbrio da vida sociocultural e expressando a realidade de um sujeito socialmente adaptado (Cabral, 1996).

Para Iturra (1997), o real é feito de alternativas úteis para a vivência e a subsistência: a um só tempo, normalidade e normatividade do social, nas quais se define o dever de cada um, a obrigação etc. Como consequência, o real se faz como a procura de alternativas que servem para viver.

Por outro lado, ainda seguindo o pensamento de Iturra (1997), o real é também parte de uma interação constante na qual se constroem alegrias, frustrações, vontades, sentimentos, subjetividades. Diz Iturra que o “o real muda conforme a pessoa que se é, seu contexto, seu meio social, seu trabalho e sua classe de pertença” (op.cit., p. 33). Assim, o simples ato de viver envolve a interação de vontades diferentes, de realidades diversas. Com isso, o saber cultural aprendido, naturalizado em nossa consciência, faz-se base de nossa identidade, orienta-nos para saber o que “procuramos na vida, o que queremos obter para viver e como encontrar um bem-estar, desde que as condições de sobrevivência estejam asseguradas” (op.cit., p. 64)).

Debert (1988) fala da manipulação das categorias de idade, que envolve uma luta política entre grupos de interesses distintos, que colocam em movimento um jogo de poderes ligado a grupos sociais distintos em diferentes momentos do

ciclo de vida. É nesse campo de confronto e de tensão que, no caso de nossa sociedade, a fragilidade da vida social se expõe de modo mais intenso e, com ela, coloca-se em dúvida a persistência das condições que tornam a vida possível para aquele que envelhece, acenando com o fim próximo e inexorável.

Desencadeia-se, quando é assim, uma corrida ao revés, ou seja, uma corrida que institui práticas e valores que acabam negando a velhice em favor da tendência a supervalorizar capacidades pessoais adequadas à manipulação dos recursos que tornam a vida produtiva para o “mercado”. Ou seja, nas sociedades contemporâneas, a divisão do trabalho aloca os sujeitos sociais entre os que sabem e podem e os que não sabem ou não podem manipular saberes e experiências para fazê-las “render” material e simbolicamente.

O saber acumulado pelo velho o habilitaria a um lugar de destaque. Porém, numa sociedade centrada no jovem e no que representa sua força de trabalho e produção, o velho torna-se aquele que já não pode responder satisfatoriamente aos objetivos do sistema. Espera-se que, da velhice, não se levantem seus aspectos sociocultural que, em outras palavras, correspondem aos que são reprimidos no contexto social. O velho e a velhice fazem parte da vida sociocultural, mas nela, com freqüência, estão sem lugar e não encontram uma forma de expressão (Cabral, 1996, p. 36).

Isto significa que o velho e a velhice passam a ser uma espécie de “estrangeiros” do universo social. Simultaneamente, um mesmo e um outro; alguém que está próximo e distante; é um elemento do próprio grupo, tem uma

posição de membro, mas está fora do grupo mais produtivo e como tal é confrontado (Moraes, 1998). Mas, se o social é feito de obrigações e deveres, que regem os comportamentos e as atitudes de cada um, ele é também feito de direitos e esse é outro aspecto para os que estão à margem. Movimentos por tais direitos dão origem a atores sociais e políticos, que podem reconquistar ou conquistar espaços no contexto social em que vivem, de diferentes maneiras.

De modo geral, entre os antropólogos, afirma-se que a idade é uma construção social. A idade não é um dado da natureza, nem um princípio natural dos grupos sociais, nem um fator explicativo dos comportamentos humanos. O processo biológico que nos constitui, afirma (Debert, 1998), resulta da elaboração simbólica que define fronteiras entre idades, pelas quais os indivíduos passam e que não são necessariamente as mesmas em todas as sociedades. De igual modo, Motta (1998) verifica que as sociedades, em diferentes momentos históricos, atribuem um significado específico às etapas do curso de vida dos indivíduos, conferindo-lhes papéis e funções. Assim, alguém pode ser socialmente velho sem estar biologicamente velho ou vice-versa, ou, ainda, um fato pode corresponder ao outro.

Tais circunstâncias, permitem uma leitura alternativa em termos da inserção social do velho, que rompe com visões desqualificantes, mostrando ser possível à velhice atitudes inteiramente outras e, portanto, transformadoras.

Um exemplo disto diz respeito aos suyás, grupo indígena estudado por Seeger (1980). O autor fala da absoluta irreverência de comportamento dos velhos

para com os demais habitantes da aldeia, e da perplexidade de alguém como ele que, vindo de outra sociedade e cultura, não compreendia o que via. Os velhos e as velhas suyás falam tudo que jovens e adultos não ousam dizer, ou que, pelas regras do grupo, são proibidos de fazer; expressam, por meio de atitudes cômicas, bufas e comportamentos inversos, o que há de mais privado - a sexualidade -, por exemplo, tornando seus conteúdos mais espontâneos. “Vocês querem cheirar minha vagina?”, diz uma velha suyá pulando num pé só; o velho corre atrás das mulheres segurando o pênis até que elas o cutuquem e ele role no chão em falsa agonia, em plena luz do dia e sob os olhares divertidos de toda a aldeia.

Entre os suyás, envelhecer ou atingir a maturidade é assumir um status novo no interior do grupo, em razão de uma nova posição no ciclo de vida. Ingressar na “classe de idade dos velhos” significa atingir maior prestígio, merecer maior respeito. Porém, o mais importante é que, nessa condição, os velhos tornam-se mediadores das relações no interior do grupo e em sua cosmogonia. Os velhos são importantes em diferentes rituais e cerimônias; são respeitados por seu saber cerimonial e, ao mesmo tempo, representam o divertimento e a comédia. Por tudo que fazem e representam, os wikényi (velhos) são, de várias maneiras, intermediários entre o ideal suyá de homem adulto, o mundo dos mortos e o reino animal. São pessoas de quem se espera alegria e sabedoria e que não são censurados por fazerem coisas que, tratando-se de outro suyá, seriam altamente criticadas (Seeger, 1980).

O comportamento dos wikényi é, a um só tempo, marginal e socialmente aceito. Dessa forma, os velhos na sociedade suyá são exemplos para os mais

jovens e, ao mesmo tempo, o que poderia ser marginal e perigoso na comunidade é posto sob controle do grupo. Os velhos tornam-se, assim, “os bobos da corte numa sociedade sem corte: divertem toda a população suyá e, para isso, gozam de uma licença e de benefícios especiais” (op.cit., p. 69).

Nessa breve e parcial retomada do trabalho de Seeger, percebe-se a transição para a velhice como algo incorporado pelas relações cotidianas e, fundamentalmente, como os velhos desempenham um papel importante no sistema suyá. O velho é parte relevante de uma família, de uma comunidade. Como diz Giddens (1995), com independência da transitoriedade da vida pessoal, o entorno cultural influiria no comportamento, porém o faria não de modo que o indivíduo se adapte aos moldes estabelecidos, como algo exterior que lhe é imposto, mas “na” e “pela” interação do velho e da velhice com todos os outros sujeitos e com seu mundo: uma extensão do vivido, por parte tanto dos mais jovens quanto também daquele que envelhece.

Carlos Drummond de Andrade concede uma entrevista quando estava com 82 anos, pouco antes de sua morte (publicada postumamente pela revista “Caros amigos”, em agosto de 1999); falando sobre o envelhecimento a primeira pergunta pede que ele fale das transformações vividas entre sua juventude e aquele momento. Drummond fala da perplexidade do jovem em uma sociedade como a nossa, da vida não muito a sério e das inquietações e angústias que, aos 82 anos, já não mais se apresentam. Diz que, aos 82 anos de vida, está “muito mais equipado para viver, embora a margem de vida que sobra não seja maior (p. 13). Diz o poeta:”A velhice é aquele segmento, aquela parte da vida em que a idéia de



morte se apresenta assim frontalmente” (p. 15).

Para Giddens (1995), o relacionamento entre velhice e morte é um fato próprio das sociedades modernas, pois antes, morria mais gente jovem do que sobrevivia até a velhice. Então, pode-se dizer que, no mundo moderno, atingir a idade madura, a maturidade, significa também ter adquirido uma bagagem, um equipamento, como diz Drummond. Mas é, também, o momento de consciência da finitude, da proximidade do fim.

O desenvolvimento social humano de capacidades e de respostas sociais depende do que é vivido ao longo da vida (tanto entre os suyás quanto entre nós) e depende dos vínculos estabelecidos com outras pessoas e no interior da cultura. Assim, o alcance da vida madura supõe que as etapas da vida humana sejam de dupla natureza: natural e social e, ao mesmo tempo, que ambas sejam marcadas por diferenças culturais e circunstanciais materiais, tal como sugere (Giddens, 1995). Logo, a maturidade supõe um processo permanente de aprendizagem, troca e continuidade, embora no mundo moderno nem sempre tais relações se efetivem satisfatoriamente, estabelecendo um lugar apropriado para o velho e a velhice.

Na fala de Drummond (1999), o fato se apresenta de modo claro. Diz ele que a diferença fundamental não está entre o “jovem inquieto e o velho já mais ou menos tranqüilo”, está na experiência que este acumulou e que o ajuda “a ver mais claro as coisas que (...) via então [quando jovem] de uma maneira um pouco embaçada”.

Na velhice, diz Drummond, a idéia da morte se coloca porque vemos nossos amigos envelhecerem, “enquanto nós não percebemos muito a nossa velhice”. É na convivência com as pessoas diariamente, na observação das mudanças que nelas ocorrem, “que nos damos conta de nossa própria velhice”. É preciso que os outros reparem, é preciso que os outros nos tratem com atenções especiais ou com o desprezo pela velhice, é preciso que as outras pessoas nos façam sentir que nós estamos velhos.

Assim, nas sociedades modernas, a velhice é uma surpresa, que nos chega primeiro pelos olhos do outro (Motta, 1998) ou, como queria Debert (1998), não é o que está em nós, pois velho é sempre o outro. Resiste-se a envelhecer, negando-se o que poderia ser considerado um ganho: a maturidade, que nos equiparia para viver bem e melhor. Dessa forma, a resistência ao envelhecimento tem a ver com a tentativa de, não ser negado pelo outro e claro, de ter que encarar a proximidade da morte.

Diz Drummond que a tentativa de se salvaguardar dignamente se expressa na tentativa de desvincular a perda física da perda intelectual, como se fosse possível cindir as águas recebidas e perdidas do lago da vida. Muitos dizem: “Eu estou velho fisicamente, mas não estou velho intelectualmente”; outros afirmam: “a velhice nunca vai me pegar”. Nesse processo de luta e contradição, o velho e a velhice modernos, às vezes deixam-se levar pelos apelos do mercado e do consumo. Atualmente, o mercado vê no aumento da população idosa oportunidades para seus negócios, por meio da oferta de serviços e produtos dirigidos a esse seguimento e a esta fase da vida. Se isto, por um lado, é bom,

pois restitui certa atenção ao velho e à velhice, por outro lado, o faz de modo, muitas vezes, impessoal e por razões que passam longe da reinclusão social ou da inclusão social e do aprimoramento da qualidade de vida desta população etária.

Por tudo isso, a velhice e o envelhecimento em nossa sociedade, são partes de um processo contraditório, gestado pelo sistema social em que o velho transita entre ser e não ser parte integrante das relações sociais; ter e não ter um lugar e um papel que diga de si e da experiência consolidada pela maturidade.

Segundo Marc Auge (1994), a modernidade se faz de “não-lugares”, ou seja, de lugares que já não se definem como ideários, relacionais e históricos. Nesse contexto, não há “lugares da memória” nos quais sejam compreendidas, de modo permanente, as possibilidades de pertença individual e coletiva. Assim, a sociedade moderna faz-se no eixo do efêmero, ao contrário do que acontece entre os suyás, para os quais os lugares encontram-se bem definidos e podem uns e outros, espelharem-se como parte de uma só história, uma só coletividade.

A diferença com nosso mundo é que, entre nós, a busca do que somos realiza-se com base na imagem do que não somos (ilusões de consumo, fetiches, por exemplo), daí a busca irrefreável de nós mesmos fora do que, de fato, somos e vivemos. Armadilhas de um mundo no qual nunca sabemos efetivamente onde estamos e quem somos. Segundo Auge (1994) é assim, “no anonimato do não-lugar, que a comunidade dos destinos humanos solitariamente se vive”. Dessa maneira, o outro é que é o velho, e a velhice é seu mundo, nunca o meu.

O nosso sistema social e seu movimento parecem ainda isolar o velho e a velhice. Porém, é possível que, no âmbito da ordem, irrompa a transformação, não como limite, mas como força transgressora e criativa, geradora de lugares alternativos e de uma efetiva cidadania.

A transgressão é uma forma de resistência, subverte os efeitos da instituição e dá origem a movimentos dos mais variados tipos. Dentre eles, os movimentos de alguns grupos de velhos têm aberto possibilidades de contestar a ordem instituída, favorecendo uma ordem política de outra natureza. Esse é o caso das “vovós furiosas” do Canadá, criadoras do movimento identificado como Ranging Grannies. Elas são um fenômeno que hoje já está espalhado por todo o Canadá. Com idades que variam de 60 a 90 anos, se juntam em grupos de oito ou doze, vão às ruas vestidas o mais ridículo possível, com “roupa de vovó”, e cantam paródias de velhas canções com letras muito bem-humoradas, que falam de assuntos como desarmamento nuclear, sexo seguro, o embargo americano a Cuba, destruição da natureza, exploração do trabalho infantil e escravo no Terceiro Mundo, globalização, medidas econômicas do governo etc. (Caros Amigos, 1998).

É a velhice tomando a palavra e usando sua sabedoria para nos alertar e interferir nos destinos sociais.

Há um consenso entre os teóricos de que o século XX testemunhou várias transformações na experiência do envelhecimento.

Guillemard (1986) mostra que a sensibilidade em relação ao idoso passa

por três grandes conjuntos de transformações, no período que vai de 1945 aos dias atuais.

No primeiro período – de 1945 a 1960 – a velhice é associada, basicamente, à situação de pobreza. A generalização do sistema de aposentadorias teria dado uma identidade aos idosos, diferenciando-os das outras populações-alvo da assistência social. Nessa fase, a questão debatida é ainda a dos meios de subsistência dos trabalhadores velhos, e o que se quer é preencher as lacunas do sistema de previdência social, acrescentando à aposentadoria outras formas de assistência ao idoso.

No segundo período, de 1959 a 1967, Guillemand considera que há uma mudança de sensibilidade em relação à velhice, que passa a ser associada à idéia de solidão e marginalidade. São enfatizadas então as condições de vida do idoso. Novas práticas como o lazer, as férias e os serviços especiais de saúde para os aposentados fazem do modo de vida (e não apenas do nível de vida) o campo privilegiado da intervenção. Trata-se de pensar na aposentadoria para um setor com níveis muito mais altos de aptidões, aspirações e consumo. Essa nova sensibilidade é representada pela idéia de terceira idade.

O terceiro período é caracterizado pela idéia da pré-aposentadoria, que implica a revisão da idade cronológica própria à aposentadoria. Uma nova sensibilidade é produzida em relação à velhice, que passa a ser definida como o momento em que o trabalho é ilegítimo. Aposentadoria precária ou desemprego é a condição de uma parcela cada vez mais expressiva dos indivíduos que estão na

faixa etária anterior àquela da aposentadoria propriamente dita, principalmente nas empresas privadas.

Philippe Aires (1983), mais preocupado com a forma como a velhice é vivida pelos idosos, considera que, para a geração nascida em meados do século passado, a velhice era vivida como uma etapa de mudanças radicais. Significava não apenas interrupção de um conjunto de atividades realizadas anteriormente, mas também uma mudança no estilo de vida e nos costumes, que seria mantida até o final da existência do indivíduo. O tipo de roupa e adornos utilizados, a postura em público uniformizavam de tal forma os indivíduos que era difícil precisar a idade das pessoas a partir de uma determinada faixa etária, que para as mulheres começava entre os 40 e 50 anos e para os homens entre os 50 e 60 anos.

Para os filhos dessa geração, há uma mudança significativa na percepção do avanço da idade. Nascidos nas duas últimas décadas do século passado, são o que chama de “geração do progresso”. Nasceram na época da *lampes à buile* e viram os americanos chegarem à lua. Demonstravam horror à velhice dos pais que, a partir de certa idade, já não desciam escadas porque não havia elevador para conduzi-los de volta a casa. Convenceram-se de que poderiam viver a velhice sem incômodos e essa era um questão exclusivamente de vontade. Não havia, por isso, nenhuma razão para a aposentadoria, para o abandono das posições de prestígio e poder ocupadas ao longo da idade adulta.

Aqueles nascidos entre 1910 e 1920 já vêm com satisfação a

aposentadoria, ou pelo menos não luta contra ela, mesmo que nessa situação sinta uma série de inquietações; é a geração que aproveita a terceira idade. Segundo Áries, é nesse momento que se desenvolve um mercado para a terceira idade e se formam profissionais especialistas nesse campo. Atividades de lazer dirigidas especificamente aos idosos – que envolvem desde turismo até Universidade para a Terceira Idade – surgem como formas de colocar em circulação o dinheiro dos velhos e constituir guetos de idosos, intensificando sua segregação. A segregação, conclui Ariès, é a problemática do idoso hoje, mais do que a pauperização e a miséria. Observamos estes aspectos nos processos de cuidados à saúde na terceira idade. No caso de nossa pesquisa as possibilidades de comunicação e relacionamento são centrais. A seguir, estabelecemos algumas considerações teóricas sobre isso.

### **3. LINGUAGEM NA VELHICE: UMA PONTE ENTRE FONOAUDIOLOGIA E ARTETERAPIA**

A possibilidade de se estabelecer relacionamentos produtivos, manter e negociar a identidade social e, em última instância, determinar rumos à própria vida está intimamente relacionado à habilidade de se comunicar. Esta função tem merecido atenção de pesquisadores e estudiosos da qualidade de vida de pessoas idosas. Realmente, excelências individual e social estão intimamente relacionadas às excelências cognitiva e comunicativa. Façamos uma ponte entre os aspectos sócio-culturais da chamada “terceira idade” e seus aspectos cognitivos e comunicativos, devido ao fato dessa pesquisa estar estritamente ligada a estas considerações.

Duas pessoas, quando se encontram e começam a conversar, põem em jogo, além do conhecimento da língua, uma série de informações sobre o interlocutor e seu mundo. Além disso, a percepção a respeito da situação em que se dá o encontro e as regras culturais que regem essa interação interferem, determinando a distância a ser mantida, o tratamento a ser dispensado, o conteúdo e a forma conveniente de transmiti-lo etc. Quando se separam, essas pessoas não são mais as mesmas, pois informações e afetos novos podem ter sido obtidos, desencadeando mudanças: a respeito do mundo, de si próprias e da própria linguagem. A idade é um dos fatores que contornam o encontro descrito, assim como, características de personalidade, classe social, etnia etc. Entre os



velhos, a idade é um dos fatores que interfere na maneira como os interlocutores se colocam.

Chiron et al (1997) dizem que as situações de interlocução referem-se à função comunicativa da linguagem, ou seja, à atividade lingüística primordial do ser humano, que pode ter como objetivo a troca de informações (finalidade cognitivo-informativa), a determinação de tomada de posição em relação a determinado aspecto (finalidade semântico-pragmática) e o simples prazer interativo (finalidade interacional). Para que possa ocorrer a comunicação, são necessários pré-requisitos lingüístico-cognitivos, instrumentais e interacionais, que se concretizam de acordo com variáveis observáveis nas situações de produção e recepção da linguagem. Estes pré-requisitos traduzem a intenção comunicativa, organizada em processos de raciocínio, atencionais e de memória.

Em relação às funções cerebrais e à dominância do hemisfério esquerdo sobre o direito, segundo Brodal (1984), deveria haver uma substituição do conceito de “dominância cerebral” por “especialização complementar dos dois hemisférios”. O mesmo sugerem Springer e Deutsch (1993), afirmando que, apesar dos hemisférios terem funções e organizações diferentes, ambos contribuem para a atividade mental complexa.

Baseando-se nas diferenças funcionais encontradas entre os hemisférios, surgiu o conceito de hemisfério dominante para o hemisfério esquerdo, já que ele exerce um papel importante em relação à linguagem e ao raciocínio matemático. Porém, o hemisfério direito, inicialmente referido como secundário, tem importante

função “no que diz respeito ao desempenho de certas habilidades artísticas, como a música e pintura, a percepção de relações espaciais ou reconhecimento da fisionomia das pessoas” (Machado, 1993).

O hemisfério esquerdo, considerado dominante para a linguagem, é responsável pelo pensamento analítico e racional, além da compreensão dos sentidos das palavras (semântica). Porém, Springer e Deutsch (1993) relatam que o hemisfério direito também participa do processo de compreensão das palavras, mas especialmente em nomes concretos (objetos). A compreensão também é importante nos casos em que a entonação afeta o sentido da frase. Sendo o hemisfério direito responsável pela prosódia, também contribui para compreensão do contexto da mensagem (pré-suposições presentes no tom da voz).

Segundo Murdoch (1997), fazem parte das funções do hemisfério direito a memória visual (reconhecimento de rostos), aspectos não-verbais, capacidade visuoespacial, padrões sintéticos e intuitivos de pensamento, capacidade artística, imagem corporal, pragmática (adequação do uso da linguagem em contextos específicos) e, principalmente, o processo afetivo-prosódico (emotividade, linguagem corporal, entonação, volume, qualidade e ritmo da voz). Springer e Deutsch (1993) dizem que o hemisfério direito contribui de maneira importante para a comunicação informal. Além de possuir algumas habilidades de compreensão, ele realmente completa o processo da fala e da linguagem do hemisfério esquerdo, por meio das habilidades de comunicação mais sutis, mas definitivamente importantes.

O conhecimento a respeito da linguagem e de seus aspectos neurobiológicos, relacionados à dominância cerebral, dominância manual e plasticidade neuronal, são fundamentais para o conhecimento do fonoaudiólogo, pois auxiliam no entendimento do funcionamento cerebral das funções de linguagem; conhecimentos que podem ser úteis na reabilitação de pacientes com doenças neurológicas, entre outras. A reabilitação fonoaudiológica também engloba aspectos referentes à plasticidade cerebral. É através da estimulação externa que ocorrerá o aumento dos processos de intercomunicação das células nervosas, reorganizando-as, conseqüentemente colaborando na reabilitação dos pacientes.

É sabido que a comunicação por meio da linguagem falada tem características próprias e sofre transformações nas diferentes fases da vida humana. O avanço da expectativa de vida saudável gera perspectivas de desenvolvimento para as fases tardias da vida, o que significa que o perfil biopsicossocial do ser humano passa a exigir novos enfoques culturais e sociais. Torna-se necessária à compreensão do envelhecimento e a promoção das condições de capacitação física e mental do idoso para que possam cumprir suas tarefas sociais e culturais, legitimando sua condição de cidadão e incluindo-o nas diversas instâncias da sociedade civil, sobretudo superando o modelo deficitário do desenvolvimento mental na terceira idade.

A contribuição da fonoaudiologia neste contexto reside na possibilidade de compreender os fenômenos e transformações que ocorrem na linguagem nesta fase da vida, para poder atender as necessidades de comunicação do idoso.

De acordo com Russo (1999), a fonoaudiologia também se detém no estudo desta população, podendo atuar nas áreas de voz, audição, linguagem e deglutição. Em todas essas áreas; é fundamental a participação, além do fonoaudiólogo, também dos demais profissionais da equipe interprofissional (enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, assistente social, dentista, terapeuta ocupacional, psicólogo e médico). Sem tentar priorizar a atuação de determinada disciplina com a terceira idade, baseio-me em minha experiência ambulatorial, na qual o fonoaudiólogo faz inter-relação com o geriatra, o nutricionista e o enfermeiro.

O objetivo maior da gerontologia, ciência que estuda o envelhecimento, é prevenir, tratar e cuidar dos problemas característicos do idoso, visando à melhoria da capacidade funcional e da qualidade de vida. Diante do objetivo de priorizar a qualidade de vida do paciente, Venites (2001) ressalta que concentrar os atendimentos somente na questão médica seria desconsiderar todos os outros comprometimentos comuns no idoso, e que interferem diretamente em sua saúde. Neste sentido, é necessário associar o trabalho geriátrico ao gerontológico, agregando à equipe outros profissionais, que atuarão conjuntamente, buscando estabelecer, além das funções específicas de cada um, metas em comum.

Pode-se afirmar que é no estudo e na tentativa de resolução dos problemas que afetam a comunicação e o relacionamento social, e de suas complicações que, aliás, são freqüentes e não raramente graves, que se destaca o papel do fonoaudiólogo. Ao tentar compreender a comunicação no processo de envelhecimento, este ajudará o idoso na sua naturalidade de expressões física e

emocional e, por assim dizer, na multidimensionalidade humana. Mas também não seria justo afirmar que estas demandas específicas, derivadas das modificações biológicas e funcionais típicas da senescência, evoluam para a construção de um modelo deficitário do envelhecimento nos contextos familiar e sociocultural, que limitaria sua probabilidade de integração social.

Se analisarmos a comunicação na longevidade, com atenção para o fato de que manifestações verbais e não-verbais traduzem as condições emocionais, psíquicas, comportamentais, cognitivas e físicas dos idosos, talvez muitas das condutas diagnósticas e abordagens terapêuticas sofressem modificações significativas no sentido de desvincular pessoa idosa de doença, idade avançada, de incapacidades; e velhice de isolamento. O idoso constitui sua linguagem ao longo da vida, por meio de experiências, vivências, aprendizados, relações, emoções, sentimentos e conhecimentos, entre outros: “aprendizagem de desenvolvimento humano”, que somam na sua biografia a experiência de novas habilidades comunicativas, descobertas no próprio processo de envelhecimento.

A contribuição da fonoaudiologia neste contexto reside na possibilidade de compreender os fenômenos e transformações que ocorrem na linguagem verbal e na linguagem não-verbal. No caso específico desta pesquisa, vale lembrar que o estudo de tais questões vem da consideração de variáveis decorrentes do processo de internação, bem como da variedade de situações e emoções que emergem neste período. Percebi que a situação de doença e internação é causadora de impacto e geradora de estresse. As reações variam conforme a natureza da doença, o tempo de internação, a organização da família, a

repercussão da internação entre os envolvidos, as diferentes formas de reação frente à situação de instalada, e os aspectos considerados como minimizadores dos efeitos adversos decorrentes da internação.

Na situação de internação, a vivência do desconhecido e não controlável, num ambiente estranho, representado pela instituição hospitalar, o afastamento do ambiente usual da vida, as rotinas limitantes, o contato com doenças variadas e com terapêuticas dolorosas e invasivas, com o sofrimento e o medo da morte, têm a possibilidade de provocar a eclosão de sentimentos variados. Frequentemente, o idoso vivencia esta experiência como algo "ameaçador" e causador de conflitos. Diante disto e da dificuldade dos pacientes expressarem suas idéias e emoções, as técnicas da arteterapia contribuíram para possibilitar a manifestação e a elaboração destes sentimentos durante o processo terapêutico fonoaudiológico na internação. Através dela, o paciente expressa, compreende e vivencia aspectos do mundo exterior e interior.

A articulação com a fonoaudiologia se estrutura, então, pela premissa: "criar é tanto estruturar quanto se comunicar, é integrar significados e transmiti-los" (Andrade, 2000).

Ao criar, atingimos uma realidade mais profunda do conhecimento das coisas, tendo ou não consciência disto. Na criação, concretiza-se simbolicamente a vida psíquica, atinam-se as sensações e percepções frente à realidade, que podem nos impressionar e gerar sensações conflituosas, podendo também impedir-nos de interagir ou minimizando a interação como protagonistas e

interlocutores que somos.

Se é assim, temos agora elementos para analisar casos concretos, bem como a efetuação prática de uma proposta terapêutica de fonoaudiologia atravessada por conceitos e técnicas da arteterapia.

#### 4. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Este estudo corresponde a uma pesquisa em serviço, pois recontará, analisará e sistematizará aspectos de uma experiência com casos atendidos em nível ambulatorial, tal como ocorre na rotina hospitalar. A pesquisa é de natureza clínico-qualitativa, desenvolvida por um estudo de caso, com casuística de três (03) pacientes, escolhidos segundo os seguintes critérios e características:

- características pertinentes, em termos de desdobramentos do processo terapêutico, para realizar o propósito da pesquisa;
- pacientes com idade igual ou superior a 65 anos (idade atendida pelo ambulatório Geronto-Geriátrico do H.S.P.M. - S.P.);
- com queixa de depressão e/ou déficit cognitivo leve;
- alterações de linguagem e/ou comunicação.

Os pacientes estão em tratamento no ambulatório da Clínica Geronto-Geriátrica do Hospital do Servidor Público Municipal de São Paulo (H.S.P.M.). Tais pacientes foram encaminhados pelo geriatra para avaliação fonoaudiológica, devido à queixas de alterações de linguagem, tais como: anomia, disartria, dispraxia e problemas memória. Após avaliação fonoaudiológica, os pacientes com alterações de linguagem iniciam trabalho individual ou em grupo. O critério utilizado para o paciente ser acompanhado terapeuticamente em grupo está baseado na aceitação do paciente à proposta de trabalho. O grupo é apoiado em técnicas de arteterapia articuladas ao trabalho fonoaudiológico e acompanhado



semanalmente por duas horas, durante trinta sessões. Cada sessão é dividida em três momentos distintos: 1º - aplicação de uma dinâmica ou técnica de relaxamento, que leva 15 min.; 2º - apresentação dos materiais (argila, massa de modelar, papéis variados, cola, tesoura, tintas, recortes de figuras, revistas, palitos, panos de cores e estampas variadas, canetinhas, lápis de cor, giz de cera, etc), utilizados durante a livre expressão, com duração de 1:30 h., objetivando estimulá-los a usar os recursos cognitivos para criar melhores possibilidades de expressão lingüística, por meio de estratégias estéticas. Por último, acontece a análise das obras, objetivando observar a linguagem não verbal utilizada por eles, usando-a como meio de reestruturação discursiva e relacional.

A rotina do serviço (avaliação e intervenção em 30 sessões, com possibilidades de renovação do número de sessões) configura o escopo das atividades a serem investigadas. Sendo assim, a pesquisa analisou tal serviço procedendo do seguinte modo:

- 1) entrevista Inicial (semi-estruturada) com os pacientes, a partir do seguinte roteiro: a) Qual (ais) a (s) queixa (s)?; b) Relação com outros problemas de saúde e hipótese de fatores causais; c) contextualização das queixas (como afetam seu dia-a-dia, como são significadas pelo paciente); d) quais expectativas sobre o tratamento?
- 2) avaliação de linguagem, através de protocolo específico (ANEXO 1);
- 3) triagem fonoaudiológica, através de protocolo específico (ANEXO 2);
- 4) aplicação do mini exame do estado mental, para rastrear perda

cognitiva (ANEXO 3);

5) aplicação de escala abreviada de depressão geriátrica para rastrear sintomas depressivos (ANEXO 4);

6) acompanhamento fonoterápico, individual ou em grupo;

7) entrevista semi-estruturada no final do processo de trinta sessões, a partir do seguinte roteiro:

a) como se sentiu durante o trabalho?

b) o que mudou em relação ao início do trabalho; se é que houve mudança; e por quê?

c) as queixas ainda persistem? Com qual intensidade? e com quais significados?

8) reaplicação do protocolo (ANEXO 1): Avaliação de linguagem, para verificação de mudanças no desempenho de funções e competências lingüísticas.

Todas as exigências do comitê de ética e pesquisa do Hospital do Servidor Público Municipal (C.E.P. - H.S.P.M.) e da PUC-SP foram cumpridas, de acordo com a resolução nº 196 do CONEP (Comitê Nacional de Ensino e Pesquisa), com assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido pelos participantes, e do consentimento da instituição na qual a pesquisa foi realizada.

## **5. A FONOAUDIOLOGIA ATRAVESSADA PELA ARTETERAPIA: ESTUDO DE CASOS.**

Foi referido no capítulo sobre arteterapia, que seus materiais e técnicas são instrumentos que facilitam o processo elaborativo do mundo interno e externo dos sujeitos, conduzindo a uma ampliação da consciência, abrindo novas possibilidades de criação e realização de idéias e desejos. Quando se parte do trabalho corporal (manipulação de materiais), busca-se observar a forma do movimento natural do sujeito, que é arquetípica - uma vez que há, em toda forma de movimento, desde o feto até a velhice um “impulso” comum, uma expressão psico-orgânica (Boyesen, 1983).

A qualidade simbólica do gesto se traduz em imagens. A linguagem é trazida do gesto para o concreto, por meio de desenhos, pinturas, esculturas, histórias, poesias. Da mesma maneira, histórias, formas figurativas e gráficas se transformam em movimentos corporais expressivos, permitindo que novas imagens se configurem, desencadeando diferentes processos internos, nos quais se vivencia mais intensamente o que é percebido, projetado e conscientemente expresso (Ramos, 1994).

São justamente estes movimentos do corpo à linguagem e da expressão estética/pictórica à palavra, que se verá no relato dos casos da pesquisa. Neles, foram recontadas situações emblemáticas de elaboração subjetiva e de comunicação terapeuta/paciente.

A partir desses recortes foram interpretados sentidos do processo

fonaudiológico de reabilitação comunicativa, à luz do emprego de procedimentos e técnicas da arteterapia.

## O CASO J.

No período da pesquisa, J. estava com 80 anos. Viúva de seu 2º casamento, mãe de 07 filhos, natural de Ibó (BA), mora em São Paulo, capital, há mais de 30 anos, foi encaminhada para fonoterapia devido a queixa de depressão associada ao esquecimento das palavras (sic). O diagnóstico médico é de diabetes mellitus, hipertensão e depressão. Em maio de 2003, deu entrada na enfermaria geronto-geriátrica devido a um quadro isquêmico, situação na qual a conheci.

A paciente conta que, quando menina era extremamente independente, devido ao fato de ser a mais velha de onze irmãos e assumir a responsabilidade de ajudar sua mãe a criá-los. Aprendeu desde cedo o que era trabalhar “duro” e nunca foi à escola; diz que o que aprendeu de “conhecimento científico” foi por interesse próprio, pois mal sabe escrever seu nome. Após a alta hospitalar, se dispôs a iniciar fonoterapia no grupo experimental de "fonoaudiologia e arteterapia". Durante nossas primeiras conversas, quando perguntada sobre se estava tendo sonhos, dizia não estar sonhando e queixava-se de insônia, devido ao seu estado geral, marcado pela exaustão, pressão arterial oscilante com picos de hipo e hipertensão, arritmia e taquicardia. Por várias sessões o trabalho concentrou-se em restabelecer a consciência de seu corpo. J. trazia como queixa dificuldades de expressão verbal e, quando se colocava oralmente, o fazia de forma confusa e, por vezes, monossilábica. Várias vezes J. "cochilava" durante os últimos minutos da técnica de relaxamento, dizia que dormia acordada. De início, isso a deixava bastante incomodada. Nestes momentos, eu pontuava o fato de

seu corpo pedir isso, o que não tinha problema algum, embora relutante acabava aceitando.

Via no adormecer a entrega de J. ao trabalho e o vínculo de confiança se estabelecendo, uma vez que no relaxamento existe uma entrega ao próprio organismo - sensorial - e também uma entrega à relação com o terapeuta, que dá suporte, facilita e acompanha essa entrega.

Essas primeiras experiências de relaxamento tiveram como proposta não só trazer alívio para os sintomas apresentados por J., como também possibilitar um maior contato consigo mesma. Através deste trabalho inicial o vínculo entre eu e J. foi se construindo, de forma que as palavras, aos poucos, começaram a chegar; mais tranqüila e assegurada de minha atenção e acolhimento, sua fala começa a fluir com alguma desenvoltura. Paulatinamente foram introduzidas algumas técnicas expressivas como colagem, desenhos etc.

J. relatava que se sentia mais relaxada e tranqüila quando introduzíamos as sessões com alguma técnica de relaxamento, dizia ser o único momento em que relaxava. Com o decorrer das sessões e a partir das minhas pontuações, a cerca de seu ritmo respiratório, J. percebeu diferenças em sua respiração, de uma semana para outra e que dormia melhor nos dias em que vinha ao atendimento. Os atendimentos aconteciam em grupo e cada componente, do grupo, contribuía com os demais, por meio de comentários , conversas e pelo fato de que a exposição de um estimulava os demais a também se expressarem. Não nos ateremos, aos efeitos potentes do trabalho grupal, pois por si só configuraria uma

outra pesquisa. No entanto, ele fica apenas indicado, para futuras investigações.

Durante algumas sessões, trabalhamos muito com exercícios ideoplásticos, a imagem corporal era desenhada e sentida em tempo real, com os olhos fechados. J. referiu ter percebido mais as extremidades e a cabeça durante a técnica. Surgiu a primeira imagem: um pilão feito com argila e colorido com tinta. J. não sabia se havia sonhado ou se a imagem simplesmente apareceu. Disse que adora utensílios domésticos feitos com “barro”, que eles a fazem lembrar da infância, quando sua mãe sentava-se ao seu lado e a ensinava a moldar o “barro”. Em sua imagem, J. se via criança; ela e sua mãe estavam no quintal da casa, em Ibó na Bahia, cidade na qual nasceu e se criou. Ela conta que a cada erro, que cometia na moldagem do “barro”, sua mãe batia em sua mão, e ao tentar questioná-la era impedida de falar, ou seja, a mãe levava a mão à sua boca, tampando-a. Pedi que ela expressasse estas imagens através do não verbal. J., então, fez as seguintes pinturas:





As cinco pinturas foram feitas em sessões diferentes, todas representavam o bem e o mal, ou seja, a parte boa de tudo que havia vivido na infância, e a parte ruim, mas a imagem que mais simbolizou suas sensações (sic) foi a figura central, como se ela fosse grande e forte e o “barro” fácil de manejar. Do seu modo, ela dizia, que a vida é, ao mesmo tempo, boa e ruim e que é preciso forças para enfrentar esta ambigüidade e para aprender com ela.

Continuando com as sessões outras imagens foram surgindo e completando o quadro de sentidos que J. elaborava. suas pinturas passaram do figurativo ao abstrato. J. relatava que durante sua infância e entrada na puberdade, escolheu ficar com as coisas boas de tudo que havia vivido e que a melhor forma que encontrou para representá-la foi através das cores fortes e sem forma figurativa, pré-determinada.





Com o transcorrer do processo, J. não se via mais na infância e início da puberdade, ela se via vindo para São Paulo, casada e com seu 1º filho nos braços, cheia de ilusões, planos e expectativas de uma vida melhor. Sugeri mais uma vez que utilizasse a linguagem não verbal para “falar” a respeito desta sensação.



J. ao olhar para sua história de vida, se emociona e diz: - “Já tem tempo que estamos juntas, eu tive oportunidades em renovar minhas sessões e acredito tê-las aproveitado ao máximo; e continuo aproveitando, porque se não fosse estar aqui não sei o que teria sido de mim, daquela época para cá. Uma coisa eu sei, só

saio daqui se vocês me tirarem”.

Ao pedir que desse um nome para esse processo, ela o chamou de:

**“MEMÓRIAS”**

## O CASO C.

Paciente atualmente com 78 anos de idade, natural de Juiz de Fora – Minas Gerais, moradora de São Paulo há mais de 35 anos, residindo com a filha mais velha na zona oeste da capital. Viúva há 15 anos, mãe de oito filhos, todos casados. Foi encaminhada pelo geriatra devido a queixa de esquecimento e de transtorno de ansiedade, que acelera o ritmo de sua fala, a ponto das pessoas não conseguirem entendê-la.

Refere ter tido uma infância difícil e uma adolescência pior ainda, pois sua mãe falecera quando ela tinha três anos de idade, seu pai não tinha condições de criar cinco crianças pequenas, então as deixou, uma com cada parente, Mas ajudava no sustento de cada uma, seja com quem estivessem (sic). C. ficou com uma tia, irmã de seu pai. Segundo ela, desde o início a tia demonstrou não ter ficado contente com sua presença. Ela lembrava que a tia a obrigou a usar luto, pela morte da mãe, até os sete anos de idade, quando ingressou na escola. Durante os anos de luto, C. não podia brincar; não podia sair na rua, não podia usar roupas de outras cores, o que a fez detestar o roxo, não tinha convívio com outras crianças de sua idade, muito menos com seus irmãos, que moravam numa cidade vizinha. Seu pai a visitava semanalmente, mas ela não tinha chance de lhe falar a respeito de tudo que estava se passando, mesmo porque não entendia direito o que acontecia e se seria compreendida. Nunca soube porque seu pai faleceu meses depois e reencontrou seus irmãos, mas não convivia com eles. O tempo passou e ela tornou-se empregada da tia: lavava, passava, cozinhava, limpava a casa e ajudava a cuidar dos dois primos menores (sic). Segundo C., à

noite, quando ia dormir, se perdia em pensamentos e imaginava que se casaria com alguém muito bom, que teria filhos e que nunca sofreriam o que ela havia sofrido.

Aos 15 anos casou-se com um homem 10 anos mais velho que ela, mas que era filho de um grande amigo da família,;disse que apesar do medo que sentia dele, pois nunca havia estado perto de um homem que não fosse seu tio e primos, desejou que ele a aceitasse como esposa, pois seria sua chance de construir seu lar e tudo aquilo que sonhara.

Casaram-se e tiveram oito filhos. Ela disse que aprendeu a amá-lo e respeitá-lo e que, apesar de ser um homem rude, a tratava com respeito e que os anos de convívio foram muito bons. Criaram seus filhos e, na medida do possível, todos estudaram (sic). Os homens aprenderam uma profissão e as mulheres aprenderam tudo que ela havia aprendido, relacionado a casa e aos filhos. Quase todos, segundo ela, se viraram bem na vida, casaram e tiveram filhos, apenas seu caçula se desviou na vida e foi assassinado aos 35 anos, deixando mulher e dois filhos.

Quando a ouvi, contando cada detalhe de sua história, entendi o diagnóstico médico de transtorno de ansiedade, que também justificava sua resistência em frequentar o grupo. Sua resistência era não verbal, era seu corpo quem falava da ansiedade e da dificuldade em se aproximar da terapeuta e de outros membros do grupo. Por exemplo, ela chegava à sala cumprimentava a todos de longe, sentava-se sempre no mesmo lugar e não guardava a bolsa com

seus pertences. Todos os outros colocavam seus pertences num determinado lugar para poderem trabalhar, ela os mantinha no colo e quando eu mencionava o fato, dizia que não a estava incomodando. Abaixo, uma obra desse período inicial.



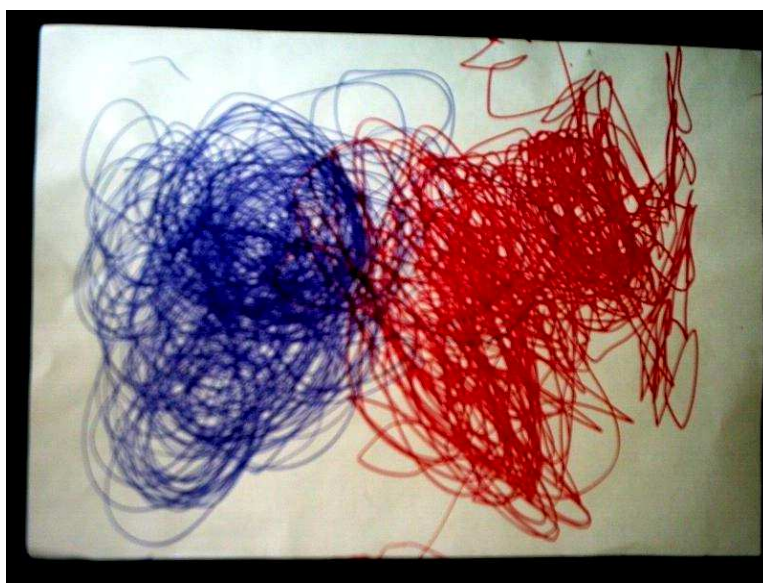
Desde que chegava na sessão seu pensamento parecia se concentrar em ir embora. Dizia que só estava ali porque o médico geriatra havia dito que ela precisava de ajuda terapêutica, que só o remédio não iria adiantar. A cada sessão fazia um desenho ansiosa e rapidamente, sem planejar a obra que gostaria de fazer, repetindo elementos pictóricos sem separar o material que iria utilizar e, quando terminava, passava o resto do tempo perguntando se poderia ir embora ou se já tinha dado o horário para ir embora. Em uma dessas sessões, a chamei para conversar e disse que se ela não quisesse participar do grupo que poderia deixar de vir, liberando sua vaga para alguém que realmente quisesse participar. Nessa sessão ela ficou calada, pensativa e fez a seguinte obra:



Separou o material que iria utilizar: a folha, as canetinhas. Fez o desenho sem pressa, pela primeira vez depois várias sessões.

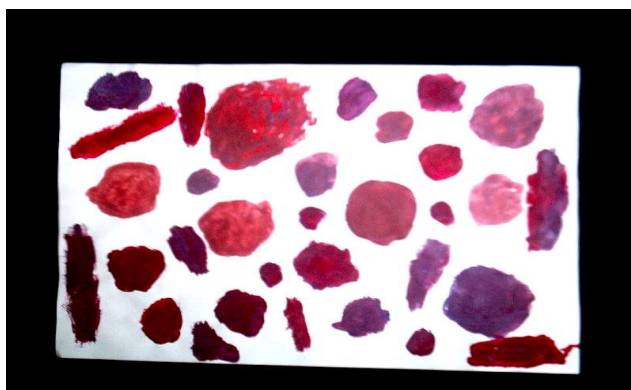
Na semana seguinte ela telefonou no setor e pediu para falar comigo, perguntou-me se poderia chegar uns 15 min antes da sessão para conversarmos. Concordei e, quando o dia chegou, ela disse que não poderia deixar o grupo, pois descobriu que sua agitação vinha do fato dela não querer contato com pessoas e situações que a fizessem lembrar o passado, porque doía demais. Disse a ela que se estava dando este passo, então poderia ajudá-la. Pela primeira vez, durante o relaxamento, ela fechou os olhos respirou fundo, espreguiçou-se e não reclamou de dor. Foi aí que propus vendá-lhe os olhos durante atividade não verbal, apostando em seu movimento de aproximação como forma para intensificar ou estabelecer nosso vínculo de confiança e para que entrasse, de fato, na relação

terapêutica. Num primeiro momento, ela quase teve uma crise de ansiedade. Sugeriu que repetisse a respiração que havíamos acabado de realizar no relaxamento, ela foi se acalmando e permitiu que vendasse seus olhos. Antes expliquei o que queria, disse para ela escolher duas cores, uma que gostava muito e outro que não gostava nada: escolheu o vermelho e o roxo, respectivamente, como pode se visto ver abaixo:



Quando a venda foi retirada, deparou com o que vemos acima. Sua voz embargou, mencionou que o roxo a fez lembrar da terrível infância que teve. Disse a ela que o roxo é uma versão do vermelho e que para obtermos o roxo

precisamos acrescentar o azul ao vermelho, dosando até obtermos a tonalidade desejada. Em seguida, sugeri que experimentasse as cores, observando as diferentes tonalidades e me dissesse qual foi sua percepção.



Depois dessa atividade, ela conta que passou anos acreditando que o roxo era amaldiçoado, triste, que era a cor da morte. De repente essa idéia caiu por terra, descobriu que o roxo nasce da sua cor favorita, o vermelho. Isto a fez enfrentar a situação, enunciar um trauma, representá-lo, pareceu

ter permitido um avanço elaborativo, com efeitos positivos em sua comunicação e em seu tratamento.

Desse dia em diante, C. tem participado do grupo de forma engajada e os resultados fonoterápicos são visíveis: ela refere que sua ansiedade baixou e que falar deixou de ser um problema, pois as pessoas não mais reclamam que ela fala rápido e como se estivesse sempre brava. C. representa a nova fase neste mosaico, que mistura cores e formas, numa composição múltipla, dinâmica, com



movimento e fluência.



Ao pedir que desse um nome à este processo, esta o nomeou de:

**“SUPERAÇÃO”**

## **O CASO M.**

Atualmente com 71 anos de idade, nascida e criada em São Paulo – capital, possui 12 anos de escolaridade, é aposentada pela Prefeitura Municipal de SP como agente escolar, freqüenta a Clínica Geronto-Geriátrica desde os 67 anos de idade devido ao diagnóstico médico de dislipidemia, hérnia de hiato, fibromialgia, hipertensão arterial sistólica e síndrome do pânico. Foi encaminhada para avaliação fonoaudiológica devido a queixa de engasgos, tosse seca e rouquidão esporádica. Durante a avaliação, tive a oportunidade de conversar com seu geriatra que mudou o anti-hipertensivo, pois era ele o causador da tosse seca acompanhada de engasgos. Encaminhei ao foniatra para investigar a questão da rouquidão, tendo este diagnosticado rinopatia alérgica e a medicou, reencaminhando-a à fonoaudiologia para acompanhamento terapêutico e encaminhando-a ao psiquiatra, devido a síndrome do pânico. Esta decidiu que não iria procurar o psiquiatra, porque não era louca, mas aceitou a sugestão de passar com a psicóloga da geriatria, que é minha parceira no trabalho com os grupos até hoje.

M. casou-se aos 17 anos e enviuvou aos 30 anos de idade, tiveram seis filhos e um adotivo, total de sete filhos. Na época da viuvez, seus filhos eram pequenos, foi então que prestou concurso na Prefeitura de SP e foi trabalhar. Seus filhos ficavam com sua mãe, que sempre morou no mesmo quintal que ela. O filho mais velho, na época com 13 anos de idade, ajudava a cuidar dos irmãos

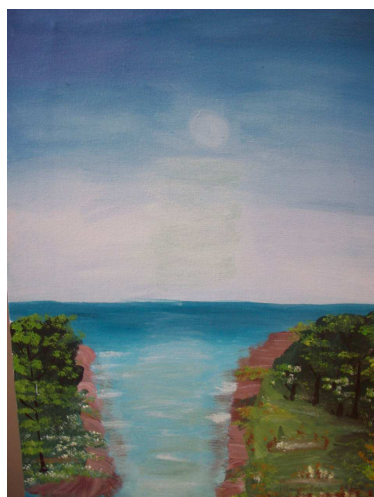
menores. Segundo M., foi a pior fase de sua vida, pois ela e seu marido se amavam e se davam muito bem, além dele ser um excelente conselheiro diante das brigas dela com a mãe. Diante deste fato, viu-se obrigada a lidar, diretamente, com o que chamou de falso moralismo da mãe; a arrogância é, a pior característica, segundo M., além do domínio sobre as atitudes das pessoas ao seu redor. Como M. não aceitava estas manifestações de sua mãe, sua vida era um verdadeiro inferno.

Foi então que sugeri, além do acompanhamento fonoterápico individual, o trabalho junto ao grupo de fonoaudiologia e arteterapia, como recurso terapêutico grupal, devido as questões relacionadas à síndrome do pânico.

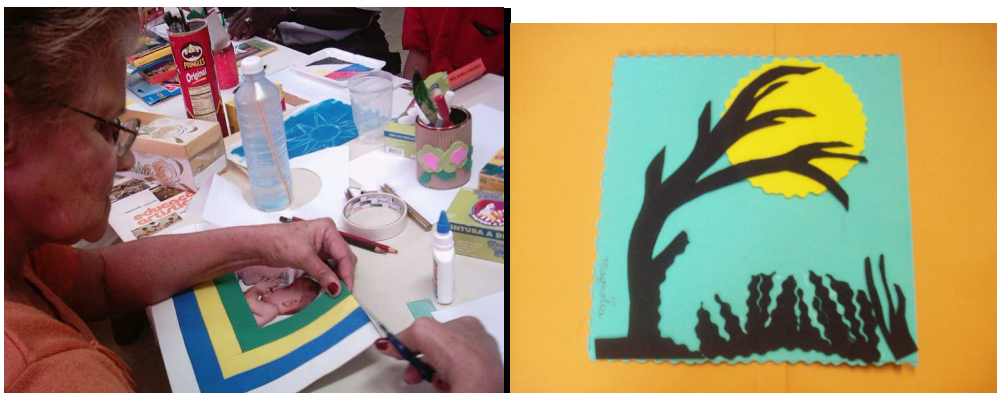
Como M. sempre foi ativa, ou seja, aposentou-se e foi para escola de pintura, grupo da terceira idade, academia e dança de salão, ela trouxe ao grupo contribuições no que diz respeito as técnicas de pintura. Num primeiro momento os outros componentes se sentiam inferiorizados por não possuírem a mesma destreza que ela, então comecei a problematizar idéias pré-concebidas que apareciam no grupo como, por exemplo, o dela é bonito/ o meu é feio; ela sabe/ eu não sei; o dela é melhor/ o meu é pior e, principalmente, o conceito de criatividade. Esta era a grande questão do trabalho com a linguagem não verbal “o criar a partir de”, ou seja, entender que as técnicas são necessárias para o artista profissional e podem dar sustentação ao artista amador, mas o norte do nosso trabalho era o uso dos recursos internos de cada um para fazer nascer uma nova linguagem, novas possibilidades comunicativas e relacionais, que define a qualidade das expressões estéticas no grupo.

Além disso, no caso de M., embora ela dominasse algumas técnicas de desenho e pintura, de início seus trabalhos eram apenas convencionais, tinham um caráter acentuadamente exterior, ou seja, pouco traziam à tona seu mundo interior, suas questões.

**Vejam algumas produções de M., antes desta sessão:**



### Depois desta sessão

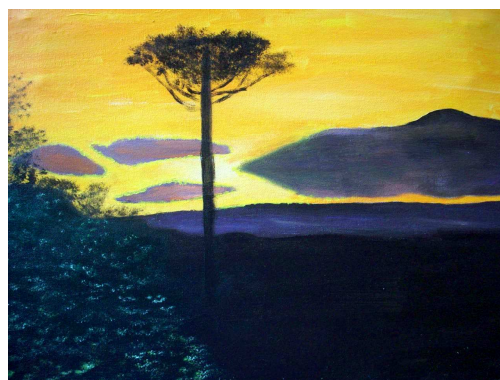


Estas sessões foram primordiais para que M. pudesse utilizar as técnicas de forma transformadora, dando à obra seu caráter autoral, assim como cada componente do grupo, pois a livre expressão faz aparecer a real “assinatura”. M. associa este momento com o “desaparecimento” da rouquidão.



Mas o novo processo da vida de M. foi interrompido por mais uma perda, por mais um luto “sem velório”, pois seu filho adotivo, com 52 anos de idade, policial militar da ativa, divorciado devido ao etilismo, pai de duas crianças e que

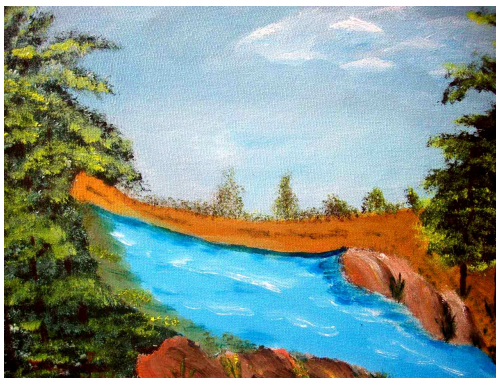
atualmente morava com ela, saiu para ir ao banco e não voltou mais. Está completando 120 dias de desaparecimento, todos os órgãos foram acionados. O batalhão no qual ele trabalha montou um esquema de busca, mas nenhum sinal de vida. Alguns boatos da vizinhança, de que o haviam visto em companhia de pessoas estranhas ou que o haviam visto numa briga, eram alarmes falsos. Durante este processo de procura e espera, M. expressou seus sentimentos de angústia e esperança por meio da pintura em tela:



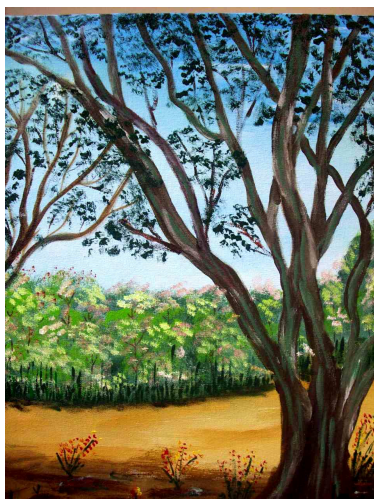
Solidão, desolação, poente ou noite; signos de angústia e apreensão para M.

O tempo estava passando e nenhuma notícia concreta havia sido dada. M. se abateu, perdeu a vontade de viver, deixou de vir às sessões, mas disse que vivo ou morto ela queria rever seu filho, que não se conformava depois de tanta luta contra o alcoolismo. Dizia ainda que o filho havia arrumado uma namorada maravilhosa, que gostava dele. M. contou que, por várias vezes, ele referiu estar recomeçando a viver e que tudo iria ser diferente (sic). Duas semanas depois ela retorna dizendo que encontraram um corpo de um homem no rio Tiête e que, pela descrição do local e tempo de morte, podia ser o filho. Neste dia, suas esperanças

renasceram: “Agora vou poder dar um enterro digno ao meu filho”. E fez a seguinte obra:



Um céu mais claro, cores mais vivas, pintura com horizonte mais aberto e tom matinal. Todavia o corpo encontrado foi para análise pericial e, infelizmente, não era de seu filho, mais uma vez a sensação de luto pairou. Por incrível que pareça, ela não ficou pior do que estava, encontrou forças suficientes para assumir que, não tinha só ele, pois os netos e os bisnetos estavam vivos e precisavam dela. Em função dessa fala, fez a seguinte obra:



Pedi que nomeasse este processo em apenas uma palavra, e ela disse:

## **“PASSAGEM”**

Os três casos apresentados, por meio de vinhetas ou fragmentos diretamente ligados do emprego da arteterapia no trabalho com a linguagem, expõem a potência da expressão estética como dispositivo na organização e elaboração, pelos pacientes, de conteúdos psíquicos.

Tal processo abre possibilidades de comunicação e compartilhamento com o outro, um resgate da condição de sujeito, tanto na terapia quanto em outros espaços sociais em que circulam.

Essa percepção do tratamento fonoaudiológico, atravessado e apoiado em técnicas da arteterapia, é corroborada pelos resultados comparativos obtidos nas avaliações de linguagem, que foram realizada antes e depois das trinta sessões de trabalho. Ver modelo no anexo, cujos scores variaram para melhor nos três casos respectivamente: caso M., antes 40/53, depois 46/53; caso C., antes 38/53, depois 42/53; caso J., antes 35/53, depois 44/53.

Também corroboram nessa percepção os depoimentos dos pacientes durante as entrevistas igualmente realizadas antes e depois das trinta sessões do programa ambulatorial – ANEXO 1. Nelas vê-se, por exemplo, as seguintes afirmações:



## **CASO J.**

– *“No início parecia um peixe fora d’água, não conhecia as pessoas, tinha vergonha do meu jeito de ser e de falar (errado), não compreendia o que a Dra. queria que eu fizesse, enfim quase desisti. Mas algo dizia pra eu ficar e foi a melhor coisa que fiz. Porque hoje em dia me sinto valorizada, as pessoas lá de casa prestam atenção no que eu faço e no que eu falo, me sinto independente apesar de precisar de alguém que me acompanhe. Por isto se a senhora deixar eu não saio mais do grupo”.*

## **CASO C.**

Na entrevista inicial a paciente C., quando perguntada sobre sua queixa, dizia: - *“Eu não sei muito bem porque estou aqui, o geriatra pediu para eu passar com a psicóloga, por causa da ansiedade, e a psicóloga encaminhou-me para a Senhora. Mas fonoaudióloga não trabalha com criança? Se bem que conforme vamos envelhecendo vamos ficando parecidos com elas. Agora que entendi o que vim fazer aqui, ficou melhor. É esse esquecimento que está me incomodando, pois estou conversando com alguém, falando sobre um assunto qualquer, de repente paro de falar no meio da conversa porque não lembro o que estava falando. É muito chata essa situação, parece que estou começando a caducar!”*

Após nosso trabalho, C. faz uma retrospectiva, analisando como havia chegado e como se sentiu com o transcorrer do processo. Ela se reapropria de possibilidades afetivas e comunicativas. Vamos ouvi-la: - *“No começo tinha vontade de ir embora do começo ao fim da sessão, mas não conseguia sair do*

*lugar, parecia que uma força me obrigava a ficar. Depois eu fui percebendo que aquele espaço era uma possibilidade de sair de casa e distrair-me um pouco. Depois virou, pra mim, um espaço de lamentações. Então escutava um e outro, fazendo o tempo passar mais rápido que o normal. Depois eu comecei a prestar mais atenção nas coisas que a senhora e a Dra. Cristina falavam para mim e para os outros, que também serviam pra mim. Até o dia que fiz aquela dinâmica das cores (a que eu gostava e a que eu não gostava), foi o máximo. Nunca imaginei que tantas coisas guardadas no coração pudessem sair através de uma simples técnica. Só isto valeu pelo tempo inteiro de trabalho”.*

#### **CASO M.**

Por sua vez a paciente M. fala diretamente de seu processo de elaboração, refere-se àquilo que conquistou em nosso programa terapêutico, dizendo: - *“Antes eu lidava com meus temores e pesares de um jeito que os ignorava, e fazia isto porque doía menos. Quando comecei a perceber que a linguagem não verbal também falava o que a gente mais queria esconder eu percebi que estava na hora de eu mudar de estratégia, caso contrário quem sucumbiria seria eu: e as coisas que me importunavam ficariam todas do mesmo jeito. Ou seja, hoje eu sei que tomei uma postura diante de fatos da minha vida, que só eu poderia tomar e posso falar de boca cheia que aprendi e estou aprendendo à superá-los”.*

Os efeitos do trabalho são apreensíveis, portanto, em suas várias dimensões: nas produções dos pacientes, em suas percepções e depoimentos, e

nas avaliações realizadas. Com isso, é possível tecer algumas rápidas considerações finais acerca do uso de técnicas da arteterapia no trabalho fonoaudiológico com a comunicação e a linguagem de idosos.

## 6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os fragmentos de casos apresentados aqui retratarão possibilidades de mudanças na imagem da velhice e dos velhos, ou seja, exibiram a disposição dos idosos para: rever conceitos, encarar fantasmas do passado, dar opiniões, cuidar da saúde, entre outras coisas. Mas o que mais chamou a atenção, neste espaço oferecido pela junção fonoaudiologia e arteterapia, foi a possibilidade de partilhar experiências de envelhecimento, mostrando que este é experiência heterogênea, múltipla e que, por isso, não deve ser pensado de forma genérica e abstrata. Isto deixa para trás a idéia que traçaram sobre os idosos, de vítimas privilegiadas, ou excluídos do processo produtivo. Eles se mostraram seres ativos, lúcidos, participantes, prontos para viver, continuar vivendo.

O uso da arte como técnica fonoaudiológica se mostrou utilíssima. Não tem como objetivo criar artistas e nem, tampouco, uma obra artística coesa e completa. Se por um acaso surgirem talentos e, desse tratamento, artistas, isso será um efeito casual.

Também não proporemos o uso da arte como técnica possível para todas as pessoas. Freud (1996) demonstrou como, de uma maneira geral, ciência, religião e arte podem ser organizadores psíquicos, todos ajudando dar conta das questões da vida pela via da sublimação. A exploração dessas possibilidades em terapia, no entanto, será possível com alguns pacientes, não com outros.

Kaufman (1986) lembrou que em casos de sofrimento muito grande, mesmo o prazer estético pode ser abolido. A arte como recurso para o tratamento

fonoaudiológico não pode ser empregada de maneira irrestrita, em função da singularidade e das especificidades dos sujeitos.

É preciso deixar claro que, quando se fala em tratamento fonoaudiológico, a cura almejada não é, necessariamente, a supressão do sofrimento, ou de todos os sintomas. O parâmetro de cura seria a possibilidade de mudança na dinâmica psíquica: do sofrimento marcado pela repetição para a conflitualidade capaz de gerar produção psíquica, nas palavras de Birman (2002), ou ainda,

*“(...) a afirmação da vida como força criadora, sua potência de expansão, o que depende de um modo estético de apreensão do mundo e de orientação nas escolhas. A cura, segundo o psicanalista inglês [Winnicott], tem a ver com a experiência de participar da construção da existência (...)” (Rolnik, 2002, p.377).*

O modo estético de apreensão do mundo é exatamente a abertura para o novo, o que também deve ser buscado no trabalho clínico.

Freud não chegou a elaborar propriamente uma teoria da criação nem a pensar sobre os benefícios da utilização da arte como técnica de tratamento. No entanto, a dinâmica psíquica inerente ao fazer artístico pode gerar benefícios ao sujeito em terapia, pois liberta do presente, instalando uma perspectiva de transformação de nós mesmos e da nossa vida, isto é, possibilidade real de viver certos acontecimentos da vida como obras de arte, no sentido de enfrentá-los e elaborá-los criativamente.

Tais situações podem ser percebidas e vividas em níveis diversos. Algumas vezes observa-se manifestações em nível das sensações, por meio de

movimentos mais ou menos sutis ou de descargas emocionais outras vezes, em nível afetivo, em recordações, associações etc.; outras, ainda, na alteração do estado de consciência, como aqueles promovidos, por exemplo, pelo relaxamento, com a eventual recordação de imagens, semelhantes às situações oníricas.

Os relaxamentos favoreceram tanto a emersão de imagens e, conseqüentemente, a expressão simbólica, quanto a consciência do corpo. Quando integrado na prática terapêutica, permite ao sujeito um mergulho profundo em si próprio, de onde os materiais que emergem são duplamente corporificados nas impressões deixadas no corpo do sujeito e no plano concreto (gestual, figurativo, sonoro etc.), através das inúmeras possibilidades expressivas que os instrumentos da arteterapia ajudam a promover.

Por fim, o mundo contemporâneo caminha, em alguns campos de atividades, para práticas cada vez mais inter e transdisciplinares.

Nossa pretensão foi mostrar a efetividade e a produtividade de uma intersecção interdisciplinar, aquela entre fonoaudiologia e arteterapia. Esperamos ter cumprido o objetivo.

## 7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, Q. L., "Terapias Expressivas", São Paulo, Vetor Editora Psicopedagógica Ltda, 2000.

ARIÈS, P., "*Une histoire de la vieillesse?*". *Communications*, nº 37, 1983.

AUGÉ, M., "Não-lugares, Introdução a uma antropologia da sobremodernidade", Lisboa: Bertrand, 1994.

BIRMAN, J., (org.), "Fantasiando sobre a sublimação", Em G. Bartucci. 2002.

BOYESEN, G., "A Dinâmica Psicossomática", in *Cadernos de Psicologia Biodinâmica*. Vol. 3, São Paulo: Summus, 1983.

BRODAL, A., "Anatomia neurológica com correlações clínicas", São Paulo: Roca, 1984.

BUCHBINDER, M., "A Poética do Desmascaramento: os caminhos da cura", São Paulo: Agora, 1996.

BUBER, M., "Do Diálogo e do Dialógico", São Paulo: Perspectiva, 1982.

CABRAL, J. P., "A difusão do limiar: Margens, hegemonia e contradições na antropologia contemporânea". *MANA* 21 (1), p. 36, 1996.

CAROS AMIGOS, "Vovós enfurecidas do Canadá", Reportagem de Verena Glass (nov. 1998).

CIORNAI, S., "Percurso em Arteterapia", São Paulo, Summus, 2004.

CHIRON C., JAMBAQUE I., NABBOU R., LUONES R., SYROTA A., DULAC O.,  
“The right brain hemisphere is dominant in human infants”, *Brain*, 1997.

\_\_\_\_\_ “Uma prosa (inédita) com Carlos Drummond de Andrade”, (ago.  
1999).

DETHLEFSEN, T. e DAHLKE, R., “A Doença como Caminho”. São Paulo, Cultix,  
1983.

DEBERT, G. G., “A reinvenção da velhice”. São Paulo: Edusp/Fapesp, 1999.

DEBERT, G. G., “Antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade”.  
In: BARROS, M.M.L. (org.), “Velhice ou terceira idade”. Rio de Janeiro: Fundação  
Getúlio Vargas, 1998.

DOSOBEAU, F. – Corpo “Pense-Bête” ou Traços corporais; São Paulo: Summus,  
1985.

GIDDENS, A., “Sociologia”, Madri: Alianza, 1995.

GUILLEMARD, A. M., “*La vieillesse et l'état*”. Paris, PUF, 1980.

\_\_\_\_\_. (1996). O mal-estar na civilização. Em J. Strachey (org. e trad.).  
*Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: edição standard brasileira.*  
(Vol.21, p. 73-148). Rio de Janeiro: Imago. (Obra original publicada em 1930  
[1929]).

HUSSERL, E., “A Idéia da Fenomenologia”, Gotinga, 1907.

HILLMAN, J., and MEADE, M. – *The Rag and Bone Shop of the Heart: A Poetry*



antology. New York: Harper Collins, 1992.

ITURRA, R., “O jogo e a experimentação pessoal na infância: Uma hipótese exploratória”. *Revista Portuguesa de Pedagogia* 3 , ano XXVI, p. 33-64, 1992.

JECKEL-NETO, E. A. “Tornar-se velho ou ganhar idade: O envelhecimento biológico revisitado”, In: NERI, A. L. (org.), “Desenvolvimento e envelhecimento: Perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas”. Campinas: Papyrus, 2001.

JUNG, C.W. “Aspectos Gerais da Psicologia do Sonho: Obras Completas Vol. VIII, § 195, 1928; Rio de Janeiro – Grupo de Estudos “Walter Boechat”, 2008.

KAUFMAN, S. R., “*The Agelles Self: Sources of Meaning in Late Life*”. Madison, University of Wisconsin Press, op. cit., 1986.

LINDY-EKMAN L., “Neurociência: fundamentos para a reabilitação”. Tradução da segunda edição americana, Rio de Janeiro: Elsevier Editora, 2004.

LLORET, C., “As outras idades ou as idades do outro”. In: LARROSA, J. e LARA, N.P. (orgs.), *Imagens do outro*. Petrópolis: Vozes, 1998.

MACHADO, A. “Neuroanatomia funcional”. São Paulo. Ed. Atheneu, 1993.

MACHADO, A. R., “Drogas, consumo e prevenção”. Em *Inibição, sintoma e angústia na clínica da toxicomania – Caderno da X Jornada Centro Mineiro de Toxicomania*. (pp. 03-08). Belo Horizonte: FHEMIG, 1997.

MONTAGU, A., *Tocar: O Significado Humano da Pele*, Editora: Summus, 1988.

MORAES FO, E. (org.), “Georg Simmel”, São Paulo: Ática. (Cientistas Sociais),

1998.

MOTTA, A. B., "Chegando pra idade". In: BARROS, Myrian M.L. (org.). "Velhice ou terceira idade", Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1998.

MURDOCK, B.E., "Desenvolvimento da Fala e Distúrbios da Linguagem: Uma Abordagem Neuroanatômica e Neurofisiológica", Rio de Janeiro. Ed. Revinter, 1997.

NERI, A. L., "Desenvolvimento e Envelhecimento: Perspectivas Biológicas, Psicológicas e Sociológicas", In: NERI, A. L. (org.), "Apresentação", Campinas: Papyrus, 2001.

NERI, A. L., "Qualidade de vida no adulto maduro: Interpretações teóricas e evidências de pesquisas", In: NERI, A. L. (org.), "Qualidade de vida e idade madura", Campinas: Papyrus, 1993.

NERI A. L., "Teorias Psicológicas do Envelhecimento", In: FREITAS E.V., PY L. NERI A. L. et al (eds), "Tratado de Geriatria e Gerontologia", Rio de Janeiro. Ed. Guanabara Koognan, 2002.

OSTROWER, F., "Acasos e Criação Artística", Rio de Janeiro, Elsevier, 1999.

PAPALÉO NETTO, M., "Questões Metodológicas na Investigação sobre Velhice e Envelhecimento", In: FREITAS E. V., PY L., NERI A. L., et al (eds). "Tratado de Geriatria e Gerontologia", Rio de Janeiro, Ed. Guanabara Koognan, 2002.

PASCHOAL, S. M. P., "Qualidade de Vida na Velhice", In: FREITAS E.V., PY L., NERI A.L., et al (eds), "Tratado de Geriatria e Gerontologia", Rio de Janeiro, Ed.

Guanabara Koognan, 2002.

POLSTER M.; POLSTER E., *Personenlexikon der Psychotherapie*. Springer Vienna, 2005.

QUINTANA, M., "Diário poético 90", São Paulo: Globo, 1989.

RAMOS, D., "A Psique do Corpo: Uma Compreensão Simbólica da Doença". São Paulo: Summus, 1994.

REICH, W., "Selected Writings. Na Introduction to Orgonomy". The Noonday Press, Nova York, 1961.

RIVERA, T., "Arte cura? Lygia Clarck no limiar do contemporâneo" Em G. Bartucci, 2002.

ROLNIK, S., "A subjetividade em obra: Lygia Clarck, artista contemporânea". In: *Revista Projeto História*, nº 25, São Paulo: PUC/EDUC, p. 377, 2002.

RUSSO I.C.P., "Intervenção Fonoaudiológica na 3ª idade", Rio de Janeiro, Revinter, 1999.

SACHARNY, S., "O que é Psicologia Biodinâmica?", Rio de Janeiro: Mimeo, 1997.

SARTRE, J. P., "Saint Genet: Actor and Martyr" trnas., by Bernard Frechtman. New York: The New American Library, 1964.

SEEGER, A., "Os velhos nas sociedades tribais". In: SEERGER, A. "Os índios e nós, estudos sobre as sociedades tribais brasileiras", Rio de Janeiro: Campus, p. 69, 1980.

SPRINGER S. P., DEUTSCH G., “Cérebro Esquerdo, Cérebro Direito”, São Paulo, Summus Editorial, 1993.

VENITES J., “Prevenção da pneumonia aspirativa em enfermagem geriátrica-gerontológica”, “Monografia-mestrado: relatos de casos das condutas fonoaudiológicas”, Universidade de São Paulo - Escola Paulista de Medicina, 2001.

VIEIRA E.B., “Manual de Gerontologia. Um guia teórico prático para profissionais, cuidadores e familiares”, Rio de Janeiro: Revinter, 1996.

WILHELM, R., “The I Ching or Book of Changes”, Routledge Kegan Paul, Londres, 1951.

# ANEXOS

## **CASO J. - Entrevista antes das 30 sessões**

**Nome do Paciente:** J. M. N. N.

**Idade:** 79 anos

**Sexo:** Feminino

**Escolaridade:** Analfabeta Funcional

**Categoria:** Pensionista

**Natural:** Bahia

**Diagnóstico:** Hipertensão Arterial Sistólica, Diabetes Mellitus, A.V.E. prévio e Depressão.

**Medicamentos:** losartana potássica, hidroclorotiazida e metiformina.

### **Qual a queixa?**

Resp: “Além das doenças que eu tenho, ando muito triste. Parece que não tenho muita razão pra viver. Meus filhos todos casaram, a única que mora comigo, porque separou do marido, tem uma filha que só dá dor de cabeça. Arrumou barriga e deixa pra minha filha e para eu cuidar. A criança é uma benção, mas já não tenho energia e o salário que recebo do INSS é pouco. Mas o que incomoda mesmo é que ninguém dá valor pra aquilo que falo, parece que estou falando com as paredes... É difícil envelhecer... Só depois que o problema acontece é que vem correndo pra gente resolver... Mas a vida é assim mesmo”.

### **Relação com outros problemas de saúde e hipóteses causais.**

Acho que depois que comecei a tomar os remédios para pressão e para o diabetes fiquei com a mente mais vagarosa, mas depois que eu tive o AVC eu mudei bastante, pra pior. O médico já explicou que isto acontece, mas a gente não quer aceitar.

E também os problemas lá em casa me deixam alterada, porque eu não fui criada assim, hoje em dia vale tudo e as pessoas não pensam nas conseqüências dos atos...

### **Contextualização das queixas (como afetam seu dia-a-dia?, como são representadas pelo paciente?).**

Os meus dias parecem iguais, não tenho mais a habilidade que tinha antes, pois fazia várias coisas ao mesmo tempo e hoje a mente não ajuda. Não é só meu corpo que não obedece, porque já tive momentos que o corpo não era ágil, mas a mente era e agora... É isso.

### **Quais expectativas sobre o tratamento?**

Sei que não é nada milagroso, mas acredito que minha memória, meu jeito de expressar minhas idéias e principalmente meu humor irão melhorar, porque só de ver outros com dificuldades mais graves do que as minhas melhorando, isto já me dá ânimo para lutar.

## **CASO J. - Entrevista após as 30 sessões**

### **Como se sentiu durante o trabalho?**

No início parecia um peixe fora d'água, não conhecia as pessoas, tinha vergonha do meu jeito de ser e de falar (errado), não compreendia o que a Dra. queria que eu fizesse, enfim quase desisti. Mas algo dizia pra eu ficar e foi a melhor coisa que fiz. Porque hoje em dia me sinto valorizada, as pessoas lá de casa prestam atenção no que eu faço e no eu falo, me sinto independente apesar de precisar de alguém que me acompanhe. Por isto se a senhora deixar eu não saio mais do grupo.

### **O que mudou em relação ao início do trabalho; se é que houve mudança e por quê?**

Não mudou muita coisa, por fora, mas por dentro mudou bastante. Hoje eu consigo me observar, sei quando estou tensa ou chateada, e o que ocorreu para que eu me sentisse assim. Minha família às vezes acha que eu deveria parar, porque eu fiquei respondona... É eles preferiam antes quando eu era caladinha, não tinha boca pra nada. Agora que eu consigo falar o que penso eles querem que eu volte a ser aquela mulher "chucra". Mas nem todo mundo pensa assim, minha filha e minha nora me apóiam completamente e eu digo que só sairei se não puder mais, ou se não conseguir andar. Porque do contrário você terá que me agüentar ou me expulsar.



## **CASO C. – Entrevista antes das 30 sessões**

**Nome do paciente:** C. P. O. L.

**Idade:** 78 anos

**Sexo:** Feminino

**Escolaridade:** 02 anos

**Categoria:** Pensionista

**Natural:** Minas Gerais

**Diagnóstico:** Hipertensão Arterial Sistólica, artrose de coluna e ombros, transtorno de ansiedade e queixa de esquecimento para nomes.

**Medicamentos:** Losartana potássica e analgésicos, quando sente muita dor.

### **Qual a queixa?**

Eu não sei muito bem porque estou aqui, o geriatra pediu para eu passar com a psicóloga, por causa da ansiedade, e a psicóloga encaminhou-me para a Senhora. Mas fonoaudióloga não trabalha com criança? Se bem que conforme vamos envelhecendo vamos ficando parecidos com elas. ...

Agora que entendi o que vim fazer aqui, ficou melhor. É esse esquecimento que está me incomodando, pois estou conversando com alguém, falando sobre um assunto qualquer, de repente paro de falar no meio da conversa porque não lembro o que estava falando. É muito chata, essa situação, parece que estou começando a caducar!

### **Relação com outros problemas de saúde e hipóteses causais.**

Acho que isto tem haver com a infância difícil que tive e com o fato de não ter muito estudo. O médico disse que sou muito ansiosa e que isto pode influenciar, mas eu conheço gente calma que está com a mesma dificuldade!

Ah! Ouvi dizer que a pressão alta também influencia, o que a senhora acha disso?

### **Contextualização das queixas (como afetam seu dia-a-dia?, como são representadas pelo paciente?).**

Eu não gosto de me sentir assim, parecendo “burra”. Está certo que não estudei, mas tive muitas experiências na vida, sei muito bem me virar, mas esta começando a me atrapalhar, sinto que as pessoas evitam conversar comigo, principalmente os de casa, já os de fora acho que me escutam e até conversam comigo por educação.

### **Quais expectativas sobre o tratamento?**

Espero de verdade aprender a conversar melhor com as pessoas, mesmo que eu erre um pouco, mas que pelo menos elas não fiquem me olhando com aquela cara de: “Coitada dessa senhora!”.

## **CASO C. – Entrevista após as 30 sessões**

### **Como se sentiu durante o trabalho?**

No começo tinha vontade de ir embora do começo ao fim da sessão, mas não conseguia sair do lugar, parecia que uma força me obrigava a ficar. Depois eu fui percebendo que aquele espaço era uma possibilidade de sair de casa e distrair-me um pouco. Depois virou, pra mim, um espaço de lamentações. Então escutava um e outro, fazendo o tempo passar mais rápido que o normal. Depois eu comecei a prestar mais atenção nas coisas que a senhora e a Dra. Cristina falavam para mim e para os outros, que também servia pra mim. Até o dia que fiz aquela dinâmica das cores, a que eu gostava e a que eu não gostava, foi o máximo da minha. Nunca imaginei que tantas coisas guardadas no coração pudessem sair através de uma simples técnica. Só isto valeu pelo tempo inteiro de trabalho. Obrigada.

### **O que mudou em relação ao início do trabalho; se é que houve mudança e por quê?**

Acho que a resposta anterior responde esta questão e mais, estou tratando a ansiedade, tomando medicamento e fazendo o grupo de fonoaudiologia e arteterapia, na qual só sairei se houver algum impedimento.

## **CASO M. – Entrevista antes das 30 sessões**

**Nome do paciente:** M. A. A.

**Idade:** 71 anos

**Sexo:** Feminino

**Escolaridade:** 12 anos

**Categoria:** Aposentada

**Natural:** São Paulo - Capital

**Diagnóstico:** Dislipidemia, Hérnia de Hiato, Fibromialgia, Hipertensão Arterial sistólica e Síndrome do Pânico.

**Medicamentos:** Enalapril, Amitriptilina, Sertralina e Analgésico de horário, quando necessário.

### **Qual a queixa?**

Estou tossindo e engasgando diariamente. E fico rouca com facilidade, como canto no coral da igreja, isto esta me incomodando; ale, de estar atrapalhando muito.

### **Relação com outros problemas de saúde e hipóteses causais.**

Não consigo relacionar a nenhum outro fator, a única coisa que penso, com relação à rouquidão, que pode ser por esforço vocal, na verdade não sabia disso é que vi uma reportagem na televisão e achei que me encaixava.

**Contextualização das queixas (como afetam seu dia-a-dia?, como são representadas pelo paciente?).**

A tosse e os engasgos são horríveis, as pessoas ficam me olhando como se eu fosse ter uma parada cardíaca e isto me deixa extremamente desconcertada, acho horrível. Agora com relação a rouquidão isto, para mim, é sério porque além de me impedir de cantar, me faz pensar naquela doença....., sabe?

**Quais expectativas sobre o tratamento?**

Que você me ajude a usar minha voz mais adequadamente, não sei se no grupo a gente vai trabalhar estas coisas também! Mas eu espero melhorar desse sintoma. E que descubram o que é essa tosse seca e estes engasgos.

## **CASO M. – Entrevista após as 30 sessões**

### **Como se sentiu durante o trabalho?**

Desde o início me sentia muito bem, ter conhecido vocês (eu e a psicóloga) foi uma benção de Deus na minha vida. Ter feito novas amizades e poder contar com as pessoas que conheceu também é muito gratificante. Agora o que foi gratificante para mim foi aprender sobre o que é criatividade, porque cópia e técnica eu sei o que significam, mas usar estes conhecimentos de forma criativa eu aprendi no grupo, no convívio semanal, nas questões levantadas que me faziam refletir a semana inteira, na troca de experiências entre os componentes do grupo e vocês, enfim só tenho coisas boas para dizer.

### **O que mudou em relação ao início do trabalho; se é que houve mudança e por quê?**

Na verdade foi a principal mudança. Antes eu lidava com meus temores e pesares de um jeito que os ignorava, e fazia isto porque doía menos. Quando comecei a perceber que a linguagem não verbal também falava o que a gente mais queria esconder eu percebi que estava na hora de eu mudar de estratégia, caso contrário quem sucumbiria seria eu; e as coisas que me importunavam ficariam todas do mesmo jeito. Ou seja, hoje eu sei que tomei uma postura, diante de fatos da minha vida, que só eu poderia tomar e posso falar de boca cheia que aprendi e estou aprendendo a superá-los.

**ANEXO 1**

**PROTOCOLO SIMPLIFICADO DE ANOTAÇÕES DO TESTE DE BOSTON**

**NOME:** \_\_\_\_\_ **TEL.:** \_\_\_\_\_  
**SEXO:** \_\_\_\_\_ **IDADE:** \_\_\_\_\_ **DATA DE NASC.:** \_\_\_\_\_  
**DOMINÂNCIA MANUAL:** \_\_\_\_\_ **ESCOLARIDADE:** \_\_\_\_\_  
**PROFISSÃO.:** \_\_\_\_\_  
**INÍCIO DA ENFERMIDADE:** \_\_\_\_\_

**DIAG. DE IMAGEM:** \_\_\_\_\_

**DATA DE AVALIAÇÃO:** \_\_\_\_\_

**COMENTÁRIOS:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**DIAGNÓSTICO FONOAUDIOLÓGICO:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**CONDUTA:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## COMPREENSÃO ORAL

- |   |   |   |
|---|---|---|
| 1. Feche a mão  | S | N |
| 2. Aponte para o teto e depois para o chão                                | S | N |
| # Após dispor sobre a mesa um lápis, um relógio e um cartão#              |   |   |
| 3. Ponha o lápis acima do cartão, então ponha-o de volta no lugar         | S | N |
| 4. Ponha o relógio no outro lado do lápis e vire o papel                  | S | N |
| 5. Toque cada ombro duas vezes com dois dedos, mantendo os olhos fechados | S | N |

**O paciente deverá responder sim ou não. A tarefa será considerada correta se o paciente responder corretamente as duas perguntas da mesma linha.**

- | PERGUNTA A                                      | RESP | PERGUNTA B   | RESP |
|---|------|--|------|
| Uma rolha de cortiça afunda na água? _____      |      | Uma pedra afunda na água? _____                        |      |
| Um martelo é bom para cortar madeira? _____     |      | Você pode usar um martelo para bater pregos? _____     |      |
| Dois quilos de farinha pesam mais que um? _____ |      | Um quilo de farinha é mais pesado do que dois? _____   |      |
| A água atravessa um bom par de galochas? _____  |      | Um bom par de galochas impede a entrada da água? _____ |      |

**Vou ler uma história e depois vou fazer perguntas sobre ela.**

“Sr. João tinha que ir para o Paraná visitar seu irmão. Como estava com pressa, ele decidiu pegar um avião. Sua esposa levou-o ao aeroporto, mas no caminho o pneu furou. Graças a ajuda de um motorista de táxi que passava, eles chegaram ao aeroporto a tempo de pegar o avião.”

**A tarefa será considerada correta se o paciente responder corretamente as duas perguntas da mesma linha.**

- | PERGUNTA A                               | R | PERGUNTA B                             | R |
|--|---|--|---|
| Sr João perdeu o avião? _____            |   | Ele chegou ao aeroporto a tempo? _____ |   |
| Sr João estava indo para o Paraná? _____ |   | Ele estava vindo do Paraná? _____      |   |

**Vou ler outra história.**

“A mãe pediu certa vez à sua filhinha que desse um pulo à mercearia para comprar 1 lata de óleo, 1 dúzia de ovos e ½ quilo de açúcar. Não vá se esquecer nem fazer confusão. A menina foi à mercearia e pelo caminho ia repetindo em voz alta as coisas que tinha de comprar. Quando chegou à mercearia ela pediu ao vendedor:

- Dê-me uma lata de óleo, meio quilo de ovos e uma dúzia de açúcar.

- Não é possível! Quanto você trouxe?

- Ah! Esqueci o dinheiro. Logo agora que eu tinha me lembrado de tudo o que precisava comprar.”

**A tarefa será considerada correta se o paciente responder corretamente as 2 perguntas da mesma linha.**

- | PERGUNTA A   | R | PERGUNTA B                          | R |
|--|---|-------------------------------------|---|
| A mãe foi até a mercearia? _____                   |   | A menina levou o dinheiro? _____    |   |
| A mãe pedia para a menina ir até a mercearia _____ |   | A menina esqueceu o dinheiro? _____ |   |



**Vou ler outra história.**

“Carlos bateu a porta de uma casa grande para pedir ao dono da casa que estava precisando de dinheiro para dar aos necessitados. O moço entrou em casa e voltou logo depois dizendo que o dono da casa havia saído.

Então diga-lhe um conselho: ‘quando sair não deve deixar a cara na janela porque alguém pode roubá-la’.”

**PERGUNTA A****R****PERGUNTA B**

Carlos queria dinheiro? \_\_\_\_\_

Carlos só queria conversar um pouco? \_\_\_\_\_

Foi o dono da casa que atendeu a porta? \_\_\_\_\_ O dono da casa não quis atender a porta? \_\_\_\_\_

**Vou ler outra história.**

“O filhote de leão nasce com um profundo instinto de caça. Um filhote anda na ponta dos pés e avança com a mesma violência e entusiasmo exibido por um gatinho. Durante o ano e meio de seu aprendizado, esta brincadeira transforma-se numa técnica de caçada e homicídio. A agilidade vem de longa prática, imitação de leões mais velhos e obediência aos rugidos de advertência de sua mãe.

**PERGUNTA A****R****PERGUNTA B****R**

Esta história conta como os leões aprendem a Caçar? \_\_\_\_\_

Diz como caçar leões? \_\_\_\_\_

Esta história diz que leões são matadores ágeis no momento em que eles nascem? \_\_\_\_\_

Diz que os leões precisam de prática antes de matarem suas presas? \_\_\_\_\_

**PRAXIAS NÃO VERBAL E VERBAL**

Agilidade não verbal: o paciente deve executar movimentos orais repetidos tão rápido quanto possível após terem sido descritos e demonstrados. Contar o número de seqüência em 5 segundos.

**AÇÃO****REP 5”(2 PTOS)****REP 5”(1 PTOS)**

1. Franzir os lábios e relaxar

(08) \_\_\_\_\_

(4-7) \_\_\_\_\_

2. Abrir e fechar a boca

(10) \_\_\_\_\_

(6-9) \_\_\_\_\_

3. Retrair os lábios

(08) \_\_\_\_\_

(4-7) \_\_\_\_\_

4. Língua tocando cantos

(08) \_\_\_\_\_

(4-7) \_\_\_\_\_

5. Protuir e retraindo a língua

(08) \_\_\_\_\_

(4-7) \_\_\_\_\_

6. Elevar e abaixar a língua

(07) \_\_\_\_\_

(3-6) \_\_\_\_\_

tocando os dentes

Agilidade verbal: o paciente deve repetir as palavras tão rápido quanto possível, enquanto você conta o número de repetições realizadas em 5 segundos.

**PALAVRA****REP 5”(2 PTOS)****REP 5”(2 PTOS)**

1. Vovó-vovó

(09) \_\_\_\_\_

(3-8) \_\_\_\_\_

2. Tic-tac

(06) \_\_\_\_\_

(2-5) \_\_\_\_\_

3. Pula-pula

(05) \_\_\_\_\_

(2-4) \_\_\_\_\_

4. Saúde-saúde

(09) \_\_\_\_\_

(3-8) \_\_\_\_\_

5. Filomena

(07) \_\_\_\_\_

(3-6) \_\_\_\_\_

6. Ponta-direita

(05) \_\_\_\_\_

(2-4) \_\_\_\_\_

7. Lagartixa

(07) \_\_\_\_\_

(3-6) \_\_\_\_\_

## COMPREENSÃO GRÁFICA

O paciente deve ler em voz baixa os parágrafos e selecionar a alternativa que julgar adequada para completar a sentença.

Exemplos:

- a) A água é.....(voar, seca, molhada, vermelha)
- b) Crianças jogam.....(porta, sapato, décimo, bola)

1. Um cachorro pode.....(falar, latir, cantar, gato)
2. Uma mãe tem..... (árvore, cozinhar, criança, caminhão)
3. Sr. Paulo lava e corta cabelos e faz a barba. Ele é um.....(barbear, menino, açougueiro, barbeiro)
4. Muitos pássaros voltam no verão. Eles constroem.....(ninhos, ovos, pardal, gato)
5. Escolas e estradas custam dinheiro. Nós todos pagamos por elas através de.....(casas, país, imposto, polícia)
6. Artistas são pessoas que fazem lindos quadros ou estátuas. Outro tipo de artista é um.....( figura, músico, biblioteca, soldado)
7. O petróleo é atualmente a principal fonte de energia para o mundo. Mas, prevendo o futuro, os cientistas pesquisam novas fontes de energia. Em primeiro lugar o sol. O sol está sendo pesquisado para substituir o.....(petróleo, dinheiro, cientista, lugar)
8. Até há pouco tempo os homens dispunham de um número pequeno de imagens. Cada indivíduo só conhecia os lugares em que vivera, as pessoas com quem havia lidado diretamente. Essa situação começou a mudar com a fotografia e transformou-se totalmente com o aparecimento do cinema e principalmente da televisão. Hoje em dia temos muitas imagens em nossas vidas graças a.....(caneta, boa comida, televisão, pessoas)
9. Algumas pessoas têm medo de trovoadas. Mas o barulho do trovão não faz mal nenhum. Mais perigosos são os raios que podem matar quem for atingido por eles. Por isso, os para raios são importantes: eles atraem a eletricidade do raio, evitando que a descarga atinja alguém desprevenido. Os para raios servem para.....( atrair os raios, medir a eletricidade, impedir trovoadas, matar que estiver perto deles)
10. Quando o Brasil ficou independente de Portugal, as funções do governo imperial eram poucas. A maioria delas era exercida pelos governos locais das pequenas vilas e cidades, enquanto que a autoridade do governo imperial era pequena . O Brasil tornou-se república, as indústrias cresceram, assim como as cidades de tal forma que hoje em dia essa situação é muito diferente e mesmo os pequenos comerciantes estão preocupados com.....( as questões locais acima de tudo, o preço da madeira, as decisões do governo federal, as decisões dos vizinhos)

**ANEXO 2**  
**TRIAGEM FONOAUDIOLÓGICA**

---

**COMUNICAÇÃO**

- 0 – Ausência de comunicação, praticamente não compreende nada e não se expressa de nenhuma forma. ( )
- 1 – Uso da fala e/ou outros recursos expressivos de forma descontextualizada em sua maioria, muita dificuldade para se expressar. Compreensão muito alterada para questões do dia a dia, a troca de informações é muito limitada. ( )
- 2 – Uso da fala e/ou outros recurso expressivos para se comunicar. Déficit leve de compreensão para questões do dia a dia e muita limitação para contatos complexos. ( )
- 3 – Mínimos prejuízos. Discussão de conteúdos complexos. ( )
- 

**AUDIÇÃO/ACUIDADE**

- 0 – Não ouve bem em ambientes ruidosos e não ruidosos. ( )
- 1 – Não ouve bem somente em ambientes ruidosos. ( )
- 2 – Ouve bem em ambientes ruidosos e silenciosos. ( )
- 

**PROCESSAMENTO AUDITIVO CENTRAL**

- 0 – Ouve bem mas não consegue processar as informações. ( )
- 1 – Ouve bem e consegue processar as informações. ( )
- 

**VOZ – QUALIDADE VOCAL**

- 0 – Alterada ( )                      1 – Normal ( )
- 

**MASTIGAÇÃO**

- 0 – Alterada ( )                      1 – Normal ( )
- 

**DEGLUTIÇÃO/DISFAGIA OROFARÍNGEA**

- 0 – Disf. Grave ( )    1 – Disf. Moderada ( )    2 – Disf. Leve ( )    Sem disfagia ( )
- 

- 0 – Deglutição ineficiente. Sem possibilidade de introdução da dieta via oral, sem riscos aspirativos. Sinais sugestivos de penetração laríngea e grande quantidade de material aspirado. Pneumonias de repetição, desnutrição e alteração do prazer de se alimentar interferindo na sua condição social. ( )
- 1 – Sinais sugestivos de penetração laríngea e pequena quantidade de material aspirado. Alterações nas fases oral e faríngea da deglutição. Eventuais pneumonias, déficit nutricional e alteração do prazer de se alimentar. ( )
- 2 – Deglutição eficiente: dieta via oral, sem riscos de aspiração. Dificuldade situa-se na fase oral da deglutição. Ausência de pneumonias de repetição e de perda nutricional. ( )
- 3 – Deglutição normal, sem alteração. ( )
- 

**INDEPENDÊNCIA ALIMENTAR**

- 0 – Totalmente dependente alimenta-se somente por via alternativa (SNE) ou gastrostomia. ( )
- 1 – Dependente parcial alimenta-se por via oral parcial, necessitando de adaptações. ( )
- 2 – Independente alimenta-se por via oral total e sem riscos. ( )
-

**ANEXO 3**  
**MINI EXAME DO ESTADO MENTAL (M.E.E.M.)**

Paciente: \_\_\_\_\_

Data de avaliação: \_\_\_\_\_ Avaliador: \_\_\_\_\_

**ORIENTAÇÃO**

- |                                |   |
|--------------------------------|---|
| 1. Dia da semana (1 pts) ( )   | 6. Local específico (apartamento ou setor) (1 pts) ( )  |
| 2. Dia do mês (1 pts) ( )      | 7. Instituição (residência, hosp., clínica) (1 pts) ( ) |
| 3. Mês (1 pts) ( )             | 8. Bairro ou rua próxima (1 pts) ( )                    |
| 4. Ano (1 pts) ( )             | 9. Cidade (1 pts) ( )                                   |
| 5. Hora aproximada (1 pts) ( ) | 10. Estado (1 pts) ( )                                  |

**MEMÓRIA IMEDIATA**

Fale 3 palavras não-relacionadas. Posteriormente, pergunte ao paciente pelas 3 palavras. Dê 1 ponto para cada resposta correta. Depois repita as palavras e certifique-se de que o paciente as aprendeu, pois mais adiante você irá perguntá-las novamente. ( )

**ATENÇÃO E CÁLCULO**

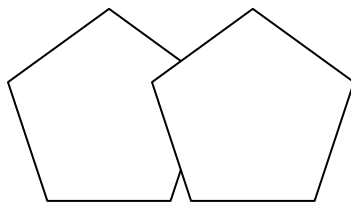
(100-7) sucessivos, 5 vezes sucessivamente (1 ponto por acerto) ( )

**EVOCAÇÃO**

Pergunte pelas 3 palavras ditas anteriormente (1 ponto por acerto) ( )

**LINGUAGEM**

1. Nomear um relógio e uma caneta (2 pts) ( )
2. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá” (1 pts) ( )
3. Comando: “pegue este papel com a mão direita, dobre ao meio e coloque no chão” (3 pts) ( )
4. Ler e obedecer: “feche os olhos” (1 pts) ( )
5. Escrever uma frase (1 pts) ( )
6. Copiar um desenho (1 pts) ( )



## DESENHAR UM RELÓGIO

(Fazer um círculo, colocar os n<sup>o</sup>s e os ponteiros marcando 11:10 h).

---

## FLUÊNCIA VERBAL

**“Você deve falar todos os nomes de animais de que se lembrar, no menor tempo possível. Qualquer bicho vale: insetos, pássaros, peixes e animais de quatro patas. Quanto mais você falar, melhor. Pode começar”.**  
(Considere ‘boi e vaca’ como dois bichos, mas “gato e gata” como um só. Se disser “passarinho, cobra, lagarto”, conte como três animais; se disser “passarinho, canário e peixe”, conte como dois. Ou seja, a classe vale como nome se não houver outros nomes da mesma classe).

## ANEXO 4

### ESCALA DE DEPRESSÃO GERIÁTRICA (ABREVIADA DE YESAVAGE)

- 1 – Satisfeito (a) com a vida? (não)
- 2 – Interrompeu muitas de suas atividades? (sim)
- 3 – Acha sua vida vazia? (sim)
- 4 – Aborrece-se com frequência? (sim)
- 5 – Sente-se de bem com a vida na maior parte do tempo? (não)
- 6 – Teme que algo ruim lhe aconteça? (sim)
- 7 – Sente-se alegre a maior parte do tempo? (não)
- 8 – Sente-se desamparado (a) com frequência? (sim)
- 9 – Prefere ficar em casa do que sair e fazer coisas novas? (sim)
- 10 – Acha que tem mais problemas de memória que outras pessoas? (sim)
- 11 – Acha que é maravilhoso estar vivo (a) agora? (não)
- 12 – Vale a pena viver como vive agora? (não)
- 13 – Sente-se cheio (a) de energia? (não)
- 14 – Acha que sua situação tem solução? (não)
- 15 – Acha que tem muita gente em situação melhor? (sim)

---

0 = quando a resposta for diferente do exemplo entre parênteses.

1 = quando a resposta for igual ao exemplo entre parênteses.

Total > 5 = suspeita de depressão.

Adaptado de : Yesavage Já et al. J Psychiat, 1983; 17 (1): 37 – 49.

---

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)