

Como lidar com a negação de um diagnóstico de demência?¹

Miucha Teodoro Salge

Introdução

Uma filha angustiada pergunta ao neurologista: “Meu pai não fala sobre a demência. Desde a investigação do diagnóstico, ele nunca falou desse assunto abertamente com nenhum de nós. Ele até comenta que está com dificuldades de memória, mas não acessa a possibilidade da doença degenerativa, e não faz perguntas, mesmo tendo participado das consultas e o primeiro médico tendo mencionado o Alzheimer. Suas falas demonstram consciência das dificuldades, mas também negação do diagnóstico, por exemplo, quando ele disse para mim: ‘É, minha filha! Papi está com a memória falhando, mas vamos lá, porque não dá para piorar, né?’. O que fazer, doutor? Como lidar com essa negação? Como acolhê-lo?”.

Essa dúvida me tocou e será justamente o tema sobre o qual discorrerei neste texto.

O caso foi relatado pela própria filha do homem que, aos 67 anos, recebeu o diagnóstico de demência, e que aqui chamarei de Salvador, para preservar sua identidade. A resposta do neurologista foi relativamente simples, segundo a filha de Salvador: “Há dois tipos de pacientes, aqueles que querem saber e os que não querem saber, os que perguntam e os que entram e saem das consultas sem questionar nada”. Ela relata que a partir de então, na época, a família encarou a negação como uma escolha a ser respeitada e, assim, não tocavam no assunto abertamente com ele.

Porém, três anos depois, ela questiona essa conduta e diz que, quando entendeu melhor a situação, se arrepende de não ter tentado encontrar um acompanhante terapêutico (at) – trabalho indicado por uma psicóloga – já que em uma breve pesquisa não localizou alguém que atendesse na cidade onde os pais moravam e logo desistiu da busca. Ela diz não sentir culpa, entendendo as dificuldades que sentiam no período, mas acredita que o acompanhamento terapêutico (AT) poderia ter sido uma tentativa na intenção de acolhê-lo melhor.

Ficou claro que o receio era grande de cutucar a ferida de uma realidade que estava difícil de digerir. Seja para Salvador, seja para a família. Pareceu evidente que a dificuldade não era só dele, nem a escolha por evitar conversar sobre o diagnóstico com ele.

¹ Esse texto foi inicialmente escrito em 2023 para o encerramento do curso sobre Acompanhamento Terapêutico no Envelhecimento da Clínica Tempo em parceria com o Espaço Longeviver. Seu conteúdo foi baseado no que aprendi ao longo do curso, assim como em outros cursos que realizei dentro da área da gerontologia ao longo de minha trajetória. Ao revisar o texto após dois anos e meio de atuação como acompanhante terapêutica, considero que as reflexões nele contidas seguem oportunas.

Fiquei, então, me fazendo a mesma pergunta que a filha fez ao neurologista, “como lidar com a negação? Como acolher?”, acrescentando a dúvida: o acompanhamento terapêutico seria uma boa opção para cuidar de uma pessoa em negação após o diagnóstico de demência?

Desenvolvimento

A valorização da autonomia é um fator relevante na busca por qualidade de vida no envelhecimento, assim como explicitado pela antropóloga Cynthia Sarti (2001): “não há dúvidas de que as melhores soluções sociais são aquelas que contemplam o ponto de vista dos envolvidos. Não são os filhos que devem autoritariamente apresentar soluções para a vida de seus pais idosos, mas são estes que devem falar em primeiro lugar e serem ouvidos” (p. 95).

A partir da perspectiva da autonomia, e considerando também a resposta do neurologista, seria possível ter como hipótese que o não falar sobre o diagnóstico teria sido uma escolha de Salvador, e, então, a conduta da família teria sido uma forma de respeitar essa sua escolha e sua autonomia, certo? Porém, considerando que essa suposta escolha não foi verbalizada claramente, não é possível assumir com certeza que não falar sobre a demência, o prognóstico e seu tratamento tenha sido de fato uma escolha consciente e clara de Salvador.

Olhando ainda por outra perspectiva, parece mais provável que Salvador estivesse envolto pela dificuldade de lidar com os sentimentos negativos provocados pelo luto antecipatório, processo de adaptação desencadeado a partir da menção do diagnóstico (Deus; Ferraz, 2020). Considerando o relato de sua filha, é pertinente acreditar que Salvador estivesse passando por uma das diversas reações emocionais possíveis ao luto, suscitadas pela iminência do fim da vida, neste caso, conhecida como negação conforme descrição a seguir:

A pessoa, quando confrontada com a notícia de que é portadora de uma doença potencialmente mortal, reage negando a própria verdade que lhe foi comunicada. A negação funcionava como uma defesa perante a possibilidade da morte mais ou menos próxima, concedendo tempo para que a pessoa, a seu ritmo e maneira, mobilizasse energia emocional para confrontar a realidade da situação (Vasconcelos; Dutra; Oliveira, 2012, p. 203).

A respeito do luto antecipatório da pessoa idosa com diagnóstico de doença crônica, incurável e progressiva, abordado por Kreuz e Tinoco (2016), compreende-se que a tristeza não vem somente da perda de sua própria vida, mas também pelos prejuízos intrínsecos ao processo de progressão da doença, considerando a perda de funcionalidade, seja cognitiva e/ou motora, que dificulta e até impossibilita a execução de atividades que realizou ao longo da vida de forma autônoma, entristecendo-se, então, pela perda da independência, do controle, da previsibilidade, da segurança, da noção de potência e invulnerabilidade, considerando ainda a sensação de impossibilidade de planejamento de futuro, de criação de expectativas, de sonhar e de investir nas relações.

Em uma revisão literária a respeito dos cuidados paliativistas, Deus e Ferraz (2020), reforçam que o luto se “apresenta de forma dinâmica, singular e não linear podendo causar fontes de sofrimento que variam por diversos motivos, dentre eles a estrutura

psíquica do enlutado, tipo de vínculo, histórico de perdas anteriores e a circunstância da perda” (p.5).

Sendo assim, ainda antes de refletir a respeito das formas de lidar e de acolher uma pessoa que se apresenta em negação como reação às dificuldades do luto pela própria vida, considero válido tratarmos a respeito dos possíveis impulsionadores dessa permanência na negação e do próprio quadro demencial. Para isso, abordarei a seguir algumas questões e acontecimentos dos anos que antecederam o diagnóstico do Salvador, conforme relato de sua filha, e também trarei a história de uma outra pessoa com demência que igualmente não falava a esse respeito, uma mulher que recebeu o diagnóstico aos 70 anos de idade e que aqui chamarei de Rosa, considerando o relato de sua acompanhante terapêutica².

Nos anos anteriores ao diagnóstico de demência, Salvador teve dificuldades para acompanhar atualizações em seu mercado de trabalho, o que gerou uma consequente diminuição dos negócios, tristeza, incompreensão, além de ter passado por uma fase de muitas discussões com alguns familiares. Apesar de sempre demonstrar muita preocupação com sua família, se desentendia com frequência quando sentia que eles não o compreendiam e não aceitavam suas ideias. Também estavam presentes sentimentos de injustiça e raiva relacionados a um processo jurídico demorado, que ele até ganhou, porém, somente depois do seu diagnóstico.

A história de Rosa, de acordo com o que foi compartilhado por sua acompanhante terapêutica, não foi muito diferente no que tange à ocorrência de inúmeros acontecimentos que geraram sentimentos difíceis pouco tempo antes do seu diagnóstico, incluindo, por exemplo, o falecimento de sua mãe, a perda do emprego e o planejamento de mudança de um dos filhos que ficaria alguns anos fora do Brasil.

A psicanalista Maíra Peixeiro (2015) discorre a respeito de eventos traumáticos que costumam marcar a entrada na velhice e acarretar sentimentos de fragilidade, impotência e medo, e destaca que é comum observar a sensação de perda de um lugar para si, quando se coloca “em cheque a ilusão de onipotência que nós, em maior ou menor grau, cultuamos em segredo” (pp. 4-5). Aprendi que são comuns os casos em que uma depressão antecede um quadro demencial, e me senti surpresa e tocada pela hipótese psicogênica abordada por Delia Catullo Goldfarb (2005), que apresenta a possibilidade de um certo desejo inconsciente de esquecimento de situações difíceis ser tão forte a ponto de impulsionar perdas neuronais. Uma leitura paralela às hipóteses genéticas, tóxicas, entre outras que estão presentes em uma possível causalidade multifatorial das demências.

A reação de negação ao diagnóstico parece de fato vir de uma enorme dificuldade de lidar com os sentimentos advindos da nova realidade, em outras palavras, “uma tentativa de evitar a todo custo estar presente diante de realidade tão penosa” (Peixeiro, 2015, p. 9), evidenciando um processo de crise que pode caminhar para uma estagnação:

A estagnação ocorre quando o impacto gera perturbação, desequilíbrio de tamanha intensidade que impossibilita reorganização. Podemos observar em alguns pacientes certa paralisia, desânimo, desinvestimento

² Caso compartilhado no contexto do curso de formação em acompanhamento terapêutico no envelhecimento.

de projetos que estavam em andamento, configurando um quadro comumente avaliado como depressivo. Muitas vezes também se deflagra um quadro maníaco ou paranoico, ambos remetidos à mesma desorganização. (Peixeiro, 2015, p. 7)

Neste momento, a partir do relato da filha de Salvador, considero importante abordar um ponto de atenção. A negação da demência, quando acompanhada por um possível quadro maníaco ou paranoico, pode trazer inúmeros riscos, sejam eles físicos, emocionais ou materiais, tanto para o paciente quanto para os seus familiares. Isso ocorre na medida em que o paciente, por não reconhecer sua patologia, também não considera os riscos provenientes de suas perdas cognitivas, podendo, por exemplo, demonstrar resistência para aceitar parar de dirigir, resistência para receber ajuda, pode vir a efetuar compras, vendas e pagamentos sem perceber erros ou inadequações, reagir de forma agressiva às tentativas de alertas da família, entre outros comportamentos de risco.

Na revisão literária de Kreuz e Tinoco (2016), sobre o luto antecipatório, nota-se que fatores de personalidade também podem influenciar o tipo, a intensidade e a duração do luto, e que a existência de uma estrutura familiar flexível, com bom relacionamento e boa comunicação, pode configurar uma rede de apoio eficiente que contribua para o estabelecimento do controle sobre as situações impostas pela doença. Enquanto, de forma oposta, quando há prevalência de padrões disfuncionais de relacionamentos que dificultam a comunicação e o fortalecimento da rede de apoio, estaríamos diante de um fator complicador para o processo de luto.

Considerando, então, esses aspectos da personalidade e das relações, também foi curioso observar semelhanças entre os casos de Salvador e Rosa. Ambos descritos como pessoas de forte personalidade, com elevada autoestima, que ao longo da vida estabeleceram e perseguiram seus objetivos com muita coragem e quase que de forma independente e autossuficiente; que tiveram relações difíceis na infância com seus familiares – o que parece ter impulsionado uma busca contínua pela autovalorização e autoaprovação –; ambos ainda acabaram tendo recorrentes atritos ou distanciamento de pessoas próximas também quando adultos, e davam sinais de que não percebiam ou não compreendiam as queixas que estas pessoas faziam para eles ou sobre eles, revelando pouca autocrítica e uma necessidade recorrente de valorizarem seus feitos.

Algumas formas de reação ao diagnóstico também foram similares entre Salvador e Rosa, considerando que ambos não conversavam ou perguntavam abertamente sobre o que tinham: passaram a ingerir bebidas alcoólicas no pós-diagnóstico em quantidade e frequência visivelmente superiores ao que estavam habituados antes, e começaram a enfatizar em suas falas o que fizeram em suas vidas realçando os feitos dos quais se orgulhavam.

Uma diferença foi que Rosa teve a oportunidade de ser acompanhada por uma psicóloga no período do diagnóstico e posteriormente por uma acompanhante terapêutica, enquanto os familiares de Salvador evitaram buscar auxílio desses profissionais no início, pois imaginavam que poderiam evocar sentimentos que acreditavam que ele não gostaria de acessar. A filha conta, inclusive, que começaram as tentativas de trabalhos de estimulação cognitiva por meio de arteterapia e musicoterapia, justamente para não

serem enfatizadas diretamente as dificuldades que ele vinha enfrentando. Apesar de não negarem o diagnóstico, ficou evidente que, na época, os familiares de Salvador também estiveram envolvidos pelos seus próprios processos de luto antecipatório, por tristeza, medos e dúvidas sobre como acolher e cuidar dele, possivelmente, com receio de não conseguirem suportar a angústia de falar com ele a respeito, e de não saberem qual “solução” dar para o tão provável desespero que ele aparentava estar vivendo internamente.

Como vimos nos estudos de Kreuz e Tinoco (2016, p. 112), “o fenômeno de experimentar as perdas no curso da doença e lidar com elas não é exclusivo dos pacientes, mas atinge também as famílias e os profissionais encarregados”. Porém, é possível compreender que, enquanto os profissionais, como os acompanhantes terapêuticos, têm os recursos dos estudos, das experiências com outros casos, da análise/terapia pessoal e das discussões em supervisão com colegas de profissão como algumas das ferramentas para lidarem com as angústias compartilhadas pela pessoa acompanhada, os familiares têm todo o envolvimento emocional e as responsabilidades no cuidado como um todo, que dificultam o enfrentamento da dor de ver seu ente querido em sofrimento. Além disso, ainda há casos em que os familiares, por inúmeros motivos, mesmo tendo laços sanguíneos, podem não ter criado laços afetivos com a pessoa que adoece e, com isso, também terão dificuldades para estabelecer uma conexão que poderia possibilitar o acolhimento.

Com o curso de acompanhamento terapêutico no envelhecimento, e agora também com as experiências de atuação como at, fui aprendendo e percebendo o potencial dessa prática. Para quem ainda não tem familiaridade, “o AT é uma ajuda especializada em funções que pertencem à vida” (Barreto, 2016, p. 203). Trata-se de um profissional que vai até o sujeito, em seu ambiente, na sua rotina, disponibilizando-se para acompanhá-lo em situações e locais do seu cotidiano, utilizando o potencial terapêutico existente justamente na vida do acompanhado.

O AT é, portanto, um trabalho que envolve tanto a dimensão social como a familiar, buscando potencializar – de acordo com o que faz sentido para cada indivíduo – aquilo que já faz parte de sua vida e também o que, junto com ele, se reconhece como possível de integrar seu cotidiano. Esse processo considera suas necessidades, vontades, crenças, cultura, atividades, histórias e ambientes de vida, podendo, inclusive, vir o at a “exercer funções que tenham a ver com a maternagem e a paternagem e, em outros momentos, com a amizade” (Barreto, 2016, p. 196). Neste sentido, é importante considerar também que, em determinadas circunstâncias, em certos dias ou fases da vida do sujeito, pode ser que sua necessidade seja “apenas” de um espaço de escuta e acolhimento, sendo justamente o que, em certas situações, pode fazer com que se sinta amparado em suas angústias.

Foi ao me sentir tocada pela dúvida daquela filha – angustiada por não saber como lidar com a negação do pai e ainda se perguntando como teria sido se ele tivesse tido um(a) at para acompanhá-lo na fase inicial da demência – que surgiu a vontade de escrever sobre o tema. Ao compartilhar essa intenção, outra acompanhante terapêutica dividiu a história de uma mulher que acompanhou e que também se viu desesperada quando recebeu o mesmo diagnóstico.

Segundo a at, ao longo do trabalho terapêutico que desenvolveram juntas, a

acompanhada pôde falar de seus medos, do horror que sentia ao pensar que em alguns anos não se lembraria mais de tantas coisas e, ao se dar conta de algumas perdas recentes, chegava a dizer com raiva: “essa doença é foda!”. A at, então, avaliou o quanto o acompanhamento terapêutico foi se colocando como um espaço para que essa mulher pudesse validar e elaborar essas turbulências emocionais.

Em outro caso, apresentado por Peixeiro (2015), a possibilidade de alguma elaboração nos encontros de acompanhamento terapêutico também foi observada: um senhor iniciou o acompanhamento dois anos após sua esposa cometer suicídio. Com o luto em suspensão, não demonstrava enfrentar os sentimentos, até que ele mesmo passou por uma cirurgia que o fez se deparar com medos sobre a sua própria fragilidade e finitude.

A partir de então, os sentimentos vieram à tona e a dificuldade de lidar com eles gerou um quadro de depressão e um estado confusional no pós-operatório, motivo pelo qual um possível diagnóstico de início de demência foi investigado. Em seu texto, Peixeiro (2015) aborda sua compreensão do acolhimento a ser oferecido como acompanhante terapêutica:

É muitas vezes nesta situação que os pacientes chegam a nós. Como atendê-los? Parece-me importante ter em perspectiva que são pacientes em crise e que seu acompanhamento deve supor uma sustentação desta crise através de uma presença com continuidade, suportando o mal estar da angústia até que o irrepresentável ganhe algumas palavras. Um manejo que diz respeito a clínica no envelhecimento, mas também a clínica do traumático e a clínica da crise. As intervenções neste momento são fundamentais para produzir uma abertura para a passagem, evitando a estagnação (p. 8).

A respeito do trabalho desenvolvido com o senhor que acompanhou, Peixeiro (2015) compartilha seu entendimento sobre sua função como at quando afirma: “o trabalho com este paciente se deu na crise, um trabalho de presença constante que produziu aos poucos uma confiança que se traduz em uma frase que ele lembra até hoje: ‘você pode me dizer tudo que precisar dizer, eu posso aguentar’” (Peixeiro, 2015, p. 9).

Nesse caso, foi a filha do senhor que entrou em contato em busca de um espaço de escuta para o pai. Aqui, então, reforço a reflexão: será que um familiar ou amigo próximo também pode aguentar tudo o que a pessoa em sofrimento precisar dizer? É possível suportar sentimentos gerados por realidades muito difíceis vividas por um familiar ou uma pessoa querida da mesma forma que um acompanhante terapêutico pode suportar? Além da dificuldade do familiar, fico imaginando também a dificuldade que as próprias pessoas com o diagnóstico de demência podem sentir de dividir suas angústias com seus familiares, por variados motivos, como não querer gerar preocupação ou mesmo não querer demonstrar fragilidade.

Por cerca de dois anos, este senhor acompanhado por Peixeiro (2015) havia dado sinais de evitação do luto pela morte da esposa, mas pôde estar acompanhado pela at em seu processo pós-cirúrgico que envolveu medos, angústias, tristezas e o próprio luto que antes havia evitado. E mesmo que estivesse sob a dúvida da demência, após outros dois anos de acompanhamento terapêutico ele teve a oportunidade de expressar e elaborar melhor os sentimentos mais difíceis e, inclusive, de se reconectar com vontades, como podemos ver na continuação do relato:

Depois de dois anos ele me disse que tinha acordado, de um sono profundo e confuso, e que queria retomar a sua vida. Empreitada que realizamos atualmente, claro que ainda com muitas dificuldades. Hoje ele fala da falta que sua esposa faz e da tristeza que sente. Fala também que está velho, constata os anos que passaram e conta quantos os que faleceram em sua turma da faculdade. É um sobrevivente. Diz que quer sair, se divertir e encontrar uma namorada. Diz que quer viver!!! (Peixeiro, 2015, p. 9).

Enquanto esse caso demonstra uma abertura deste senhor para os sentimentos e uma ressignificação deles, no caso da Rosa, sua acompanhante terapêutica compartilhou que, mesmo após três anos de atendimentos, ela continuou sem falar a respeito da patologia ou dos sentimentos envolvidos neste processo. Nesse cenário, com inúmeras oportunidades de se abrir sobre essa realidade, acredito que podemos até supor a hipótese de uma escolha ou mesmo da enorme dificuldade de acesso e elaboração dos seus lutos e sentimentos.

Porém, é importante ressaltar que, ainda assim, por meio dos encontros, foi possível que a acompanhante e a acompanhada criassem uma relação de vínculo, de acolhimento, de presença e de acompanhamento. A acompanhante, bastante atenta à sua acompanhada, explorava atrações da cidade onde morava que tivessem relação com a história ou gostos da Rosa para trazer novos ares e novos elementos para conversarem nos atendimentos. Algumas vezes Rosa perguntava: “Já te contei isso antes?”, mas era só o tempo da at suspirar como quem estivesse pensando, que Rosa continuava a história já contada inúmeras outras vezes.

A at confirma que não deixa de ser um desafio suportar ouvir as repetições como se fosse a primeira vez, conseguindo não dizer que a pessoa está se repetindo, mas afirma não ter dúvida que isso traz algum conforto, ao mesmo tempo em que evita convocar o desespero e a frustração por algo que de fato uma pessoa com demência não tem como saber ou controlar. Esta é, inclusive, uma recomendação que ela faz para familiares e cuidadores sobre como lidar: não dizer que a pessoa já disse aquilo antes, afinal, essa atitude não vai evitar que ela repita novamente, justamente porque está fora de seu controle.

A partir dos relatos de casos acompanhados por ats, como os que foram compartilhados aqui, é importante mencionar que o trabalho do acompanhamento terapêutico envolve também o contato com a família e/ou cuidadores, especialmente pelo encontro no cotidiano da pessoa acompanhada, possibilitando o compartilhamento de ideias em conjunto com quem está mais presente na rotina, pensando no que pode contribuir para a qualidade de vida da pessoa, para o relacionamento entre ela e seus cuidadores e para a preservação, ao máximo possível, de sua autonomia a cada fase.

Conclusão

Aqui, convido você que acompanha essa reflexão, a voltar comigo às perguntas iniciais, objetos de investigação deste texto: Como lidar com a negação de uma pessoa que recebe o diagnóstico de demência? O acompanhamento terapêutico seria uma boa opção?

Vimos que há indícios de que angústias e medos após acontecimentos difíceis, e possivelmente traumáticos, podem dificultar a entrada na velhice, desencadeando quadros depressivos que, se não tratados, podem impulsionar ou antecipar o surgimento de um quadro demencial. Observamos, então, que, em reação ao recebimento do diagnóstico, as pessoas acometidas pela patologia podem apresentar comportamentos de negação.

Essa reação de negação, por sua vez, é evidenciada quando a pessoa não fala sobre o seu diagnóstico, não pergunta, não opina sobre suas possibilidades de tratamento e pode, tanto acobertar uma tristeza profunda em função da perda de um sentido para a vida e da dificuldade de encarar a nova e dura realidade, quanto pode desencadear um quadro maníaco ou paranoico, que impõe riscos ao paciente e aos seus familiares.

Abordamos, então, casos nos quais, por meio do acompanhamento terapêutico, houve abertura das pessoas acompanhadas – que haviam recebido o diagnóstico de demência ou que estavam investigando essa hipótese – para falarem com suas ats a respeito dos seus processos de luto e dos sentimentos envolvidos.

Notamos ainda relatos que evidenciaram a possibilidade de aceitação e ressignificação da realidade. Porém, também falamos sobre um caso em que a acompanhada permaneceu sem falar abertamente sobre suas angústias, medos e frustrações relacionados às dificuldades do diagnóstico, o que, todavia, não desvalidou as oportunidades oferecidas por meio do acompanhamento terapêutico para ela e para sua vida.

O intuito da apresentação de diferentes casos não foi de comparar as vivências, mas de ilustrar pontos para a reflexão sobre a clínica e a prática do AT. Neste sentido, nota-se, portanto, que a presença de um at não é garantia de que haverá elaboração do luto de um diagnóstico, e/ou de que a pessoa irá deixar a negação e passar a falar a respeito. Porém, compreende-se que por meio do AT é possível garantir presença e cuidado, que podem fazer a diferença para um acolhimento, construindo possibilidades de caminhos de acordo com o que se faz possível para cada um, em seu processo singular do existir.

Assim, percebo que esse trabalho sempre dependerá do momento, dos sentimentos e das escolhas de cada pessoa acompanhada e, inclusive, entendo que não se deve iniciar um acompanhamento terapêutico atribuindo ao at uma meta a ser atingida. Por exemplo, nos casos de negação da demência, compreendo que não deve ser considerado como meta que o acompanhado necessariamente passe a reconhecer e falar sobre o diagnóstico.

O at pode oferecer a sua presença e permanência, se deixar vulnerável ao que o acompanhado trazer a cada encontro, buscando oportunidades de construção de vínculo e de confiança, para que ele tenha segurança de que aquela é uma companhia, uma testemunha para ele dividir o que quiser, que permanecerá com ele, sustentando uma escuta acolhedora e disponibilizando sua presença.

Abordamos ainda, no decorrer desta reflexão, as vantagens que o at pode ter para conseguir lidar com os sentimentos difíceis dos sujeitos acompanhados e para acolhê-los, em comparação com maiores dificuldades possivelmente enfrentadas pelos

familiares, seja pelo alto envolvimento emocional e afetivo com a pessoa que fragiliza ou, ao contrário, pela falta de um vínculo que acabou não sendo construído ao longo da vida.

Não acredito, porém, que o movimento de familiares na tentativa de iniciar uma conversa com a pessoa que se apresenta em negação do diagnóstico da demência seja prejudicial ou dispensável. Entendo que isso depende realmente do quanto esse familiar se sente de alguma forma confortável, seguro e disposto para propor o assunto e ficar vulnerável à reação imprevista, e que não esteja em busca de impor o que ele ou ela acha que será melhor para a pessoa diagnosticada com demência, mas ao contrário, se coloque com a intenção de mostrar que está ali para ouvi-la e acolhê-la da forma que a pessoa quiser. Ao se colocar deste modo, creio que um familiar, inclusive, pode vir a compreender melhor se o fato de não falar sobre o diagnóstico vem de uma escolha ou se é fruto de um profundo desespero.

Na Gerontologia, muito se fala também sobre a importância de cuidar dos cuidadores. Portanto, entendo que contar com a ajuda de profissionais experientes para o acompanhamento desse processo patológico, tanto para acompanhar a própria pessoa com demência quanto para acolher e assessorar seus familiares e cuidadores, pode ser de fato de grande valia.

E como bem colocou Delia Catullo Goldfarb em seu texto “É melhor esquecer”, nota-se que métodos diagnósticos comumente “não dão conta dos pensamentos, dos afetos, das emoções, dos conteúdos das lembranças, dos lutos impossíveis e fundamentalmente, da especial significação dos esquecimentos” (Goldfarb, 2005, p. 6). Com isso, refletindo a respeito de um trabalho mais abrangente, no sentido de acolher de forma mais integral e mais prontamente pessoas que recebem o diagnóstico de demência, ela acrescenta:

Se fosse possível realizar o diagnóstico de forma multidisciplinar, precocemente, ante os primeiros sinais de deterioração cognitiva, angústia ou mudança de comportamento, poderíamos deixar em suspensão seu aspecto condenatório e iniciar uma ação terapêutica visando a manutenção e fortalecimento das funções conservadas, restaurar – na medida do possível – as perdas e trabalhar sobre o luto interrompido dando continuidade ao processo elaborativo (Goldfarb, 2005, p. 6-7).

Assim, percebo evidências de que um trabalho multiprofissional que pudesse incluir o acompanhamento terapêutico, ou mesmo a proposta de terapia ou análise clínica – especialmente quando iniciado o mais próximo possível de ocorrências possivelmente traumáticas, como um diagnóstico de demência –, demonstra-se com grande potencial de ajuda para elaboração ou, ao menos, para acolhimento dos sentimentos difíceis que podem ser desencadeados.

Com isso, acredito que se procurarmos ficar atentos às pessoas idosas de nossas vidas, observando acontecimentos, falas, expressões e comportamentos, temos a oportunidade de eventualmente antecipar a busca por ajudas, que podem ser muito valiosas tanto para a pessoa em sofrimento quanto para seus familiares.

Referências

BARRETTO, Kleber Duarte. Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança. In: **Ética e técnica no acompanhamento terapêutico: andanças com Dom Quixote e Sancho Pança**. 1998. p. 212-212.

DEUS, Larissa Brito de; FERRAZ, Paulo Fernando Monteiro. Cuidados paliativistas: uma revisão de literatura sobre os últimos cuidados. **ANAIIS DA MOSTRA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DO CESUCA-ISSN 2317-5915**, n. 14, p. 161-166, 2020. Disponível em: <https://ojs.cesuca.edu.br/index.php/mostrac/article/view/1859>. Acesso em: 20 fev. 2026.

GOLDFARB, Delia Catullo. É melhor esquecer: reflexões sobre a memória e o fenômeno demencial. B. Corte, EF Mercadante, & IG Arcuri, IG (Orgs.) **Complex (idade): velhice e envelhecimento**, p. 185-206, 2005.

KREUZ, Giovana; TINOCO, Valeria. O luto antecipatório do idoso acerca de si mesmo – Revisão Sistemática. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 19, p. 109-133, 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2016v19iEspecial22p109-133>. Acesso em: 20 fev. 2026.

PEIXEIRO, Maíra Humberto. O traumático na entrada na velhice. In: CONGRESO IBEROAMERICANO DE PSICOGERONTOLOGÍA, 6., 2015, La Paz. **Anais** [...]. La Paz: [s. n.], 2015. p. 452-4595.

SARTI, Cynthia A. A velhice na família atual. **Acta Paul Enferm.**, v. 14, n. 2, p. 91-96, 2001.

DE VASCONCELOS, Cláudia Ribeiro; DE ALMEIDA DUTRA, Denecir; DE OLIVEIRA, Elia Machado. A iminência da morte em idosos e o modelo kübler-ross de enfrentamento. **Revista UNIANDRADE**, v. 13, n. 3, p. 194-209, 2013. Disponível em: <https://revista.uniandrade.br/index.php/revistauniandrade/article/view/48>. Acesso em: 20 fev. 2026.

Data de recebimento: 15/04/2026; Data de aceite: 10/05/2026

Miucha Teodoro Salge - Atua como acompanhante terapêutica desde 2023. Formada inicialmente em administração (FGV - 2012), mudou o rumo de sua trajetória profissional a partir da vontade de trabalhar com pessoas idosas. Formou-se, então, na pós-graduação em Gerontologia (Einstein - 2021), foi aluna do curso de extensão "Fragilidades na Velhice: Gerontologia Social" (PUC-SP - 2020) e de diversos cursos do Espaço Longeviver. Em seguida, iniciou a graduação em Psicologia (Unip) e concluiu duas formações em Acompanhamento Terapêutico, uma pela clínica Tempo e outra pelo núcleo Humanidade AT. Atualmente, Miucha faz parte da equipe Kairós da Tempo, de AT no Envelhecimento, e também atua com AT de Crianças e Adolescentes com supervisão do Humanidade AT em parceria com o Núcleo Criação. Contato: miucha.salge@gmail.com.



Esta obra está licenciada com uma Licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional que permite o uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a obra original seja devidamente citada.