**O RECONHECIMENTO COMO ALIADO DA FAMÍLIA DE PESSOAS COM ALZHEIMER**

GIROTTO, Andréa Maria[[1]](#footnote-1)

**Resumo**: A família de pessoas com Alzheimer tem uma alteração em sua rotina de vida por causa das mudanças que a doença traz ao ambiente em questão, e muitos ajustes acabam acontecendo na convivência familiar, a começar pelos laços afetivos que existem, que em virtude da característica da patologia, sofrem alterações como: distanciamento afetivo, esquecimento de fatos importantes, confusões mentais, dependendo da evolução do Alzheimer podem ser mais ou menos limitantes. O detalhamento da doença em si será feito no referencial teórico.O ser humano precisa de Reconhecimento em sua vida, e sendo a família a fonte dos primeiros relacionamentos de uma pessoa, a importância deste Reconhecimento acontecer de forma positiva e autêntica poderá ser de impacto produtivo na vida de um indivíduo. O presente estudo abordará este assunto, considerado atualmente de relevância para famílias de pessoas com Alzheimer.

**Palavras-chave:** Alzheimer, familia, reconhecimento

**1 INTRODUÇÃO**

Segue relato da história de Alois Alzheimer, pesquisador que identificou os primeiros dados sobre a doença de Alzheimer, conforme Borges (2012, p. 11), descreve:

No dia 14 de junho de 1864, nasceu Alois Alzheimer, na cidade alemã de Marktbreit, filho de Eduard Alzheimer e sua segunda esposa Theresia. Alois estudou medicina em Berlin, apresentando, em 1887, sua tese doutoral sobre “As Glândulas Ceruminais”. Foi nomeado como médico residente no Sanatório Municipal para Dementes e Epilépticos, na cidade de Frankfurt, em dezembro de 1888, sendo logo promovido a médico sênior. A origem do termo “Mal de Alzheimer” deu-se em 1901, quando Dr. Alzheimer iniciou o acompanhamento do caso da Sra. August D., admitida em seu hospital. Em novembro de 1906, durante o 37° Congresso do Sudoeste da Alemanha de Psiquiatria, na cidade de Tubingen, Dr. Alois Alzheimer faz sua conferência, com o título “Sobre uma enfermidade específica do córtex cerebral”. Relata o caso de sua paciente, August D., e o define como uma patologia neurológica, não reconhecida, que cursa com demência, destacando os sintomas de déficit de memória, de alterações de comportamento e de incapacidade para as atividades rotineiras. Relatou também, mais tarde, os achados de anatomia patológica desta enfermidade, que seriam as placas senis e os novelos neurofibrilares. Dr. Emil Kraepelin, na edição de 1910 de seu “Manual de Psiquiatria”, descreveu os achados de Dr. Alzheimer, cunhando esta patologia com seu nome, sem saber da importância que esta doença teria no futuro. Dr. Alois foi acometido de uma grave infecção cardíaca (endocardite bacteriana) em 1913. Seguiu enfermo por dois anos, quando no dia 19 de dezembro de 1915 veio a falecer de insuficiência cardíaca e falência renal, na cidade de Breslau, Alemanha.

**2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

Conforme Pinheiro (2017, p. 2), “a doença de Alzheimer é a principal causa de demência, e a demência é a principal característica clínica da doença de Alzheimer”.

Para Borges (2012), é comum na fase inicial os esquecimentos serem tratados como “coisas da idade” e passarem despercebidos como sintomas de Alzheimer. Mas quando ocorrem com maior frequência e são importantes, como esquecer o próprio endereço, sair de casa e perder-se, esquecer nomes de pessoas familiares, é importante avaliar como indicativo de demência. Ainda podemos citar alterações do comportamento social, como apatia e tendência a isolar-se, além de períodos de confusão, como fritar ovos com cascas ou guardar roupas na geladeira, faz-se necessário averiguar. Também perda das inibições, como mostrar sua genitália em público, acusar pessoas de roubarem seus objetos, falar palavrões ou obscenidades indiscriminadamente, ou insultar os outros sem motivo aparente.

Segundo Pinheiro (2017), não há cura para a doença de Alzheimer, então o diagnóstico precoce é importante para se tentar preservar ao máximo as capacidades intelectuais e prolongar a qualidade de vida do paciente e de seus cuidadores.

2.1 DIAGNÓSTICO

De acordo com Oliveira (2005), para se obter o diagnóstico definitivo da doença de Alzheimer se faz necessária a biópsia do tecido cerebral, mas em 90% dos casos o diagnóstico é baseado em dados clínicos; análises de sangue e exames de imagens que ajudam a descartar outras causas de demência, mas não estabelecem o diagnóstico de doença de Alzheimer.

Borges (2012, p. 13), menciona alguns tipos de exames que podem ajudar no diagnóstico:

Ressonância Magnética Nuclear: Possibilita uma imagem extremamente detalhada da estrutura do cérebro. Quando uma imagem é colocada em cima de outra, que é registrada uns meses depois é possível ver mudanças num estágio recente, numa determinada parte do cérebro. TAC (Tomografia Axial Computorizada): Mede a espessura de uma parte do cérebro, que se torna rapidamente mais delgado em pessoas com a doença de Alzheimer. Tomografia por Emissão de Fotões Únicos, Computorizada: Pode ser utilizada para medir o fluxo de sangue no cérebro, que se detectou estar reduzido nas pessoas com a doença de Alzheimer, em consequência do mau funcionamento das células nervosas. Tomografia por Emissão de Positrões: A utilização desta técnica de digitalização encontra-se frequentemente confinada só à investigação. Pode detectar mudanças no modo como funciona o cérebro de uma pessoa com a doença de Alzheimer. Pode, por exemplo, detectar padrões anormais de consumo de glicose pelo cérebro. Mini Mental: testes para documentar e acompanhar alterações da capacidade mental dos pacientes, que é um questionário de 30 questões agrupadas em 10 seções, que avalia as seguintes características: Orientação espaço-temporal (reconhecer onde está e em que data está); Atenção, concentração e memória; Realizar cálculos simples; Linguagem e percepção visual-espacial; Seguir instruções básicas de equilíbrio e movimento.

Borges (2012, p. 13), descreve possíveis causas de predisposição ao desenvolvimento do Alzheimer: “- Sedentarismo; - Tabagismo; - Hipertensão arterial; - Colesterol elevado; - Diabetes mellitus; - Depressão após os 50 anos de idade”.

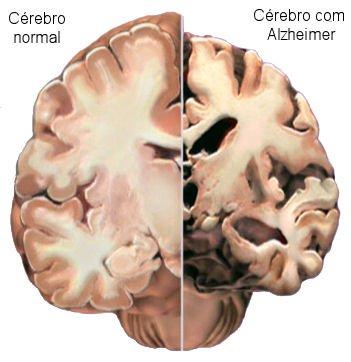
Pinheiro (2017, p. 5), aborda alguns fatores relacionados à estimulação do cérebro, que tendem a reduzir o risco do desenvolvimento do Alzheimer: “- Grau de escolaridade elevado; - Trabalhos que são intelectualmente estimulantes; - Leitura frequente; - Tocar instrumentos musicais; - Interação social frequente”.

Elói (2012, p. 2), divide em quatro fases a doença de Alzheimer:

**1ª Fase:**Surgem os primeiros sintomas, a perda da memória de curto prazo, o paciente perde a capacidade de se concentrar, perde a flexibilidade no pensamento e o pensamento abstrato e também a desorientação no espaço e no tempo. **2ª Fase:**Nessa fase identifica-se a morte significativa de neurônios, aumentando a dificuldades em reconhecer e identificar objetos e executar alguns movimentos, dificultando a coordenação motora e o empobrecimento da linguagem. **3ª Fase:** Fase em que a autonomia começa a ficar bastante afetada, perdendo a capacidade de ler e escrever, deixando de conseguir fazer tarefas simples do cotidiano, não reconhecendo mais parentes próximos. Identifica-se a irritabilidade, instabilidade emocional e agressividade. Também ocorrem alucinações e paranóias. A incontinência urinária pode aparecer. **4ª Fase:**Na fase final, o paciente está completamente dependente dos cuidadores, acamado e com perda da fala e capacidade de se alimentar, dormir e outras atividades vitais.

É possível visualizar na figura abaixo o cérebro normal e o cérebro com a doença de Alzheimer:

**Figura 1:** A diferença entre cérebros com e sem Alzheimer

[](https://www.mdsaude.com/wp-content/uploads/2013/05/Alzheimer-c%C3%A9rebro.jpg)

Fonte: Jorge Elói (2012).

2.2 TRATAMENTO

Sobre os Medicamentos para o mal de Alzheimer Pinheiro (2017, p. 4), descreve que:

Medicamentos como a donepezila, rivastigmina e a galantamina são chamados drogas inibidoras da colinesterase e tem como objetivo aumentar os níveis do neurotransmissor acetilcolina, que ajuda na comunicação entre os neurônios. A memantina é um medicamento diferente dos inibidores da colinesterase. Esta droga é mais eficaz e pode proteger o cérebro dos danos causados pelo Alzheimer, retardando a progressão dos sintomas da doença.

A esse respeito, Pinheiro (2017, p. 19), declara “Não há cura para a doença, sendo que o uso desses remédios apenas impede o avanço de enfermidade, prolongando a qualidade de vida e as capacidades cognitivas do paciente”.

Borges (2012, p. 19), destaca que “também é importante manter uma rotina para o portador de Alzheimer, para seu conforto, já que a flexibilidade dos horários deixa dúvidas ainda maiores para sua memória assimilar”.

2.3 ESTIMATIVA DE VIDA

D’Alencar (et. al. 2010, p. 20), argumentam que “existem casos de Alzheimer que viveram por duas décadas e casos de pacientes com rápida evolução em apenas dois ou três anos. Após o diagnóstico, a expectativa de vida é, em média, de três a oito anos”.

D’Alencar (et. al. 2010, p. 43), descrevem que:

Deve-se ainda levar em consideração que o que leva o paciente a óbito não é a doença em si, mas sim, suas complicações, como queda com traumatismos, dificuldade em engolir (que ocasiona broncoaspiração e desnutrição) e restrição ao leito (que favorece o surgimento de infecções e escaras). Pneumonia e infecção urinária costumam ser os principais tipos de infecção do paciente com Alzheimer.

D’Alencar et. al. (2010, p. 36), determinam “quanto maior forem os cuidados prestados pela família, muitas vezes com auxílio de enfermagem e fisioterapia, maior costuma ser a qualidade e o tempo de sobrevida destes pacientes”.

D’Alencar et.al. (2010, p. 52), reforçam que a Associação Brasileira de Alzheimer – ABRAz, não se cansa de afirmar:

No estágio atual das pesquisas sobre demências, o melhor a ser feito é o apoio ao familiar e ao cuidador de idosos com Alzheimer, mostrando-lhes que não estão sozinhos nesta luta, e que toda informação pertinente será colocada para todos os interessados(...), que podem ter ainda doenças incuráveis! Mas não há doentes intratáveis!

2.4 FAMÍLIA OU CUIDADOR

Borges (2017, p. 15), decreve que:

Quando o paciente é diagnosticado com esta enfermidade, a família ou cuidador não faz idéia [sic] do que há por vir e tampouco como agir. O melhor para todos e, principalmente para o paciente, é a disposição familiar em assumir o papel de cuidadores. Ainda se faz necessário o apoio de todos para tratá-lo com respeito e dignidade, de modo que o mesmo tenha compreensão da situação e tenha acesso à qualidade de vida social.

Borges (2017, p. 16), explica como sendo:

Necessário ter informações sobre como será a melhor maneira de prosseguir com os tratamentos, as consequências da doença, procedimentos para serem adotados com o paciente e para com a família, e onde conseguir ajuda para dúvidas.

2.5 FAMÍLIA

De acordo com Moreira (2001), o termo "família" é derivado do latim *famulus*, que significa "escravo doméstico". Este termo foi criado na [Roma Antiga](https://pt.wikipedia.org/wiki/Roma_Antiga) para designar um novo grupo social que surgiu entre as [tribos](https://pt.wikipedia.org/wiki/Tribo) [latinas](https://pt.wikipedia.org/wiki/Latinos), ao serem introduzidas à [agricultura](https://pt.wikipedia.org/wiki/Agricultura) e à [escravidão](https://pt.wikipedia.org/wiki/Escravid%C3%A3o) legalizada.

Moreira (2001), aponta ainda que no [direito romano](https://pt.wikipedia.org/wiki/Direito_romano) clássico, a "família natural" cresce de importância, esta família é baseada no casamento e no vínculo de sangue. A família natural é o agrupamento constituído apenas dos cônjuges e de seus filhos. A família natural tem, por base, o casamento e as relações jurídicas dele resultantes, entre os cônjuges, e pais e filhos. Nesta época, predominava uma estrutura familiar [patriarcal](https://pt.wikipedia.org/wiki/Patriarcal) em que um vasto leque de pessoas se encontrava sob a autoridade do mesmo chefe, nos tempos medievais ([Idade Média](https://pt.wikipedia.org/wiki/Idade_M%C3%A9dia)), as pessoas começaram a estar ligadas por vínculos matrimoniais, formando novas famílias. Dessas novas famílias, fazia, também, parte, a descendência gerada, que, assim, tinha duas famílias: a paterna e a materna.

Com a [Revolução Francesa](https://pt.wikipedia.org/wiki/Revolu%C3%A7%C3%A3o_Francesa), surgiram os casamentos [laicos](https://pt.wikipedia.org/wiki/Laico) no Ocidente e, com a [Revolução Industrial](https://pt.wikipedia.org/wiki/Revolu%C3%A7%C3%A3o_Industrial), tornaram-se frequentes os movimentos migratórios para cidades maiores, construídas ao redor dos complexos [industriais](https://pt.wikipedia.org/wiki/Ind%C3%BAstria). Estas mudanças demográficas originaram o estreitamento dos laços familiares e as pequenas famílias, num cenário similar ao que existe hoje em dia. As mulheres saem de casa, integrando a população ativa, e a [educação](https://pt.wikipedia.org/wiki/Educa%C3%A7%C3%A3o) dos filhos é partilhada com as escolas.

Os idosos deixam também de poder contar com o apoio direto dos familiares nos moldes pré-Revoluções Francesa e Industrial, sendo entregues aos cuidados de instituições de assistência.

Moreira (2001, p. 22), define família “como um "agregado doméstico (...) composto por pessoas unidas por vínculos de aliança, consanguinidade ou outros laços sociais, podendo ser restrita ou alargada". Nesta definição, nota-se a ambiguidade motivada pela transição entre o período anterior às revoluções, representada pelas referências à família alargada, com a tendência reducionista que começava a instalar-se refletida pelos vínculos de aliança matrimonial.

Na [cultura ocidental](https://pt.wikipedia.org/wiki/Cultura_ocidental), uma família é definida especificamente como um grupo de pessoas de mesmo [sangue](https://pt.wikipedia.org/wiki/Sangue), ou unidas legalmente, como no casamento e na adoção. Muitos [etnólogos](https://pt.wikipedia.org/wiki/Etnologia) argumentam que a noção de "sangue" como elemento de unificação familiar deve ser entendida metaforicamente; dizem que em muitas sociedades e culturas não ocidentais, a família é definida por outros conceitos que não "sangue". A família poderia se constituir de uma instituição normalizada por uma série de regulamentos de afiliação e aliança, aceites pelos membros. Alguns destes regulamentos envolvem: a [exogamia](https://pt.wikipedia.org/wiki/Exogamia), a [endogamia](https://pt.wikipedia.org/wiki/Endogamia), o [incesto](https://pt.wikipedia.org/wiki/Incesto), a [monogamia](https://pt.wikipedia.org/wiki/Monogamia), a [poligamia](https://pt.wikipedia.org/wiki/Poligamia), e a [poliandria](https://pt.wikipedia.org/wiki/Poliandria).

Segundo Minuchin (1990), a família está se transformando através dos tempos, acompanhando as mudanças religiosas, econômicas e socioculturais do contexto em que se encontram inseridas. Esta é um espaço sociocultural que pode ser continuamente renovado e reconstruído; o conceito de próximo encontra-se realizado mais que em outro espaço social qualquer, e pode ser visto como um espaço político de natureza criativa e inspiradora sendo vital para qualquer circunstância à transmissão de valores socialmente aceitos.

A esse respeito, Minuchin (1990, p. 47), considera que:

As famílias como agregações sociais, ao longo dos tempos, assumem ou renunciam funções de proteção e socialização dos seus membros, como resposta às necessidades da sociedade pertencente. Nesta perspectiva, as funções da família regem-se por dois objetivos, sendo um de nível interno, como a proteção psicossocial dos membros, e o outro de nível externo, como a acomodação a uma cultura e sua transmissão. A família deve então, responder às mudanças externas e internas de modo a atender às novas circunstâncias sem, no entanto, perder a continuidade, proporcionando sempre um esquema de referência para os seus membros.

Stanhope (1999, p. 492), ressalta que “existe, consequentemente, uma dupla responsabilidade, isto é, a de dar resposta às necessidades quer dos seus membros, quer da sociedade”.

Para Serra (1999, p. 05), “a família tem, como função primordial, a de proteção, tendo, sobretudo, potencialidades para dar apoio emocional para a resolução de problemas e conflitos, podendo formar uma barreira defensiva contra agressões externas”.

Fallon (2003, p. 20) reforça que, “a família ajuda a manter a [saúde](https://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde) física e [mental](https://pt.wikipedia.org/wiki/Sa%C3%BAde_mental) do indivíduo, por constituir o maior recurso natural para lidar com situações potenciadoras de estresse associadas à vida na comunidade”.

Stanhope (1999, p. 492) destaca que “a família deverá ser encarada como um todo que integra contextos mais vastos como a comunidade em que se insere”.

**3 FEEDBACK, FEEDFORWARD E RECONHECIMENTO**

Segundo Moscovici (2005, p.53),

*Feedback* é um termo emprestado da eletrônica, e significa retroalimentação. Os engenheiros eletrônicos entendem *feedback* como “qualquer procedimento em que parte do sinal de saída de um circuito é injetado no sinal de entrada para ampliá-lo, diminuí-lo, modificá-lo ou controlá-lo”. Entendido de forma mais ampla, “pode denotar que uma parte da energia de saída de um aparato ou máquina retorna como entrada: por exemplo, um amplificador elétrico com *feedback*”.

Para as autoras deste trabalho, no mundo organizacional o feedback é usado como recurso potente de desenvolvimento de pessoas, sendo utilizado de forma individual ou grupal. Para implantação e utilização desse recurso sao necessários alguns cuidados de como proceder em sua condução, utilizando a assertividade e atento a intencionalidade da comunicação.

Para Leme (2007, p. 10), “*feedback* significa, apenas, informação”. Assim, aquele que emite o *feedback* deve transmitir uma informação precisa e cabe ao indivíduo que receber a informação compreende-la para que possa atingir os objetivos da comunicação.

Moscovici (1985, p. 53), enfatiza que:

Nas relações interpessoais, o *feedback* ajuda na mudança de comportamento, fornecendo a uma pessoa ou grupo, informando sobre suas ações que estão interferindo nas ações de outras pessoas. Sendo eficaz, o *feedback* ajuda a quem o recebe a melhorar o seu desempenho a fim de alcançar seus objetivos. Para isso, é preciso que o mesmo seja descritivo ao invés de avaliativo, específico ao invés de geral e compatível com as necessidades (motivações) de ambos, comunicador e receptor; dirigido e solicitado ao invés de imposto, oportuno e esclarecido para assegurar a comunicação precisa.

As autoras desse trabalho de acordo com as vivências no ambiente organizacional, notam que essa prática do feedback ainda é algo que precisa ser disseminado, desenvolvido e praticado, a ausência do feedback pode ser responsável por fracassos de projetos, dificuldades de relacionamentos, conflitos de diversas ordens, como de processos, tarefas, diretrizes e pessoais, uma vez que o sujeito atua sem um difecionamento, não atendendo a expectativa do outro e gerando frustrações de expectativas.

As autoras acreditam ainda que algumas organizações praticam o feedback, no entanto, de uma forma equivocada, gerando ressentimentos e desmotivações.

Moscovici (1985, p. 54), ainda destaca que:

O *feedback* quando utilizado de forma contínua, poderá encorajar e influenciar para a mudança de comportamento. Quando utilizado, focar no comportamento ou resultados que se pretende e não na pessoa, minimizando-se as críticas e, estabelecendo de forma conjunta entre os envolvidos, os alvos a serem alcançados.

De acordo com nossa vivência o feedback sendo utilizado de forma adequada pode gerar autoconfiança, assertividade e motivação para atuar em alta performance, o colaborador sabe o que a organiação ou gestor espera dele, há apoio e empoderamento com franqueza e objetividade de qual deve ser sua atitude perante determinadas situações. Muitas vezes essas abordagens com o colaborador, podem ser diretas ou indagações para que ele tenha insights sobre como está o seu desempenho e na sequencia o gestor concluiu com o que espera dele.

Para Hackman e Oldham (1975, p. 161),

O *feedback* pode ser considerado como extrínseco ou intrínseco. O *feedback* extrínseco refere-se ao grau em que o indivíduo recebe informações claras sobre o seu comportamento, por intermédio dos seus familiares, colegas ou cuidadores, e o *feedback* intrínseco refere-se ao grau em que a própria execução das atividades fornece informações diretas e claras sobre o seu desempenho.

Como falta de *feedback*,Williams (2005, p. 59), determina:

Pode ser visualizada pela dificuldade de obter intimidade, dificuldade de relacionamento e pouca iniciativa. “Oferecer *feedback* eficiente é uma técnica oportuna de comunicação. Quando melhoramos nossa habilidade de *feedback*, estabelecemos um processo de compreensão, respeito e confiança em uma relação”

Existem quatro tipos de feedback: Feedback positivo, corretivo, insignificante e ofensivo. O feedback positivo é dado para reforçar uma resposta desejada, é um retorno importante, se não for dado, pode fazer com que a atitude positiva não se repita. A função do feedback corretivo consiste em modificar o comportamento pretendido. O feedback insignificante trata-se de um feedback vago ou genérico que a pessoa que o recebe não tem certeza de seu propósito. O feedback ofensivo desconsidera a pessoa que o recebe: é dado por meio de ameaça e imposição (WILLIAMS, 2005, pág 52).

Considerando a citação dos autores estudados, salienta-se que o *feedback* é um recurso primordial para o desenvolvimento de pessoas. Quando usado de maneira assertiva, o *feedback* identifica e reconhece pontos fortes e pontos que precisam de melhorias, para que os indivíduos consigam progredir e alcançar os comportamentos desejados. Um dos papéis do *feedback* é colaborar com o desenvolvimento e aquisição de novos comportamentos do indivíduo. É uma oportunidade ao indivíduo de perceber como é visto pelos outros, ajustando a sua percepção.

Moreira (2015 web *in* REGERT, R.; VENTZ, E.M.; ZACCARON 2017 p. 33), determinam:

Uma outra prática que vem ganhando espaço é o *Feedforward*, queé "olhar para a frente", é buscar otimizar os potenciais de cada indivíduo e, assim, acompanhar o processo de desenvolvimento para o futuro. [...] ao contrário do feedback, que foca no resultado do desempenho e faz uma retroalimentação, o *feedforward* tem como foco a valorização das capacidades, compreendendo o que é necessário fortalecer e encorajar as pessoas a pensarem na direção do futuro. O *feedforward* não implica um julgamento superior, e seu principal foco é ser útil, tornando-se, assim, mais fácil de se ouvir(...). Dessa forma, enquanto o recurso feedback se baseia em situações passadas, o *feedfoward* aponta para o futuro, direciona-se para aquilo que a pessoa pode ser. Para o autor os dois se diferenciam no efeito que causam, feedback corretivo aponta lacunas e erros ou defeitos cometidos por alguém no passado, vivenciando novamente o estresse, já o *feedforward* busca o desenvolvimento da pessoa no presente, buscando valorizar os pontos positivos. Os dois recursos podem motivar o indivíduo, no feedback a motivação está em suprir determinada carência, no segundo, a motivação é concretizar algo que a pessoa deseja para si e que faz todo sentido para ela.

Na opinião das autoras desse trabalho ainda o *feedforward* é um desafio para as organizações, tampouco se têm a cultura de feedback, e para ocorrer essa nova tendência de *feedforward* ainda levará algum tempo.

Nogueira (2015, web REGERT, R.; VENTZ, E.M.; ZACCARON 2017 p. 34), consideram que:

Ao utilizar o recurso *feedforward*,pode-se mudar o futuro, dando às pessoas possibilidades de como elas podem adquirir de forma mais rápida e facilmente os comportamentos desejados, é mais instigante, ao contrário de quando se trabalha com *feedback*,em que não se pode mudar o passado.

De acordo com este trabalho, acredita-se que o recurso *feedback* colaborará com as análises e ressignificações que darão às famílias com pessoas que possuem Alzheimer, trazendo modelos passados para que melhorem no presente e no futuro. Já com o recurso *feedforward* poderá ser demonstrado às famílias as ideias, possibilidades de ações presentes e futuras que provavelmente trarão comportamentos desejados.

Neste estudo constata-se a relevância de compreender o *feedback* e *feedforward* e sua execução para a melhor orientação dos familiares de um indivíduo com Alzheimer.

Na Análise Transacional pode-se relacionar o *feedback* e *feedfoward* com o Reconhecimento, sendo ele uma das fomes do ser humano. A autora Krausz (2012, p. 68), cita que “necessitamos ser olhados e enxergados, receber reconhecimento seja físico ou psicológico”.

Berne (1988, p. 33), aponta:

Três necessidades básicas para a sobrevivência humana além da necessidade de ar, água, alimento e abrigo, que são nomeadas como: Fome de Estímulos, Fome de Reconhecimento e Fome de Estruturação do Tempo Social. E define a fome de Reconhecimento como: a busca de tipos especiais de sensações que só podem ser fornecidas por outro ser humano ou, em alguns casos, por outros animais.

Para Steiner (1976, p. 43),

Reconhecimento é uma forma especial de estimulação que uma pessoa dá a outra. Considera o Reconhecimento essencial para a sobrevivência da pessoa, a troca de Reconhecimento é uma das atividades mais importantes e que as pessoas se envolvem. O Reconhecimento pode variar de físicos reais até elogios, ou simplesmente Reconhecimento. Para ser efetivo um Reconhecimnto precisa ser adequado para a pessoa que o recebe. Mesmo que seja possível sobreviver com Reconhecimentos mínimos, a escassez não é saudável, tanto física quanto emocionalmente, e a Fome de Reconhecimento é uma das principais forças motoras nas pessoas.

Kertész (1987, p.71 ), conceitua:

As Carícias são estímulos sociais dirigidos de um ser vivo a um outro, o qual, por sua vez, reconhece a existência daquele. Dentro do Útero materno o feto se acha em contato íntimo e total com a mãe em toda sua superficie corporal. Ao nascer, esta intimidade física se rompe e a partir desse momento nossas atribulações, a maior parte da nossa energia se dirige para restabelecer esse contato, procuramos por abraços, carinhos, elogios, estímulos, alimentos. E se isso não for atendido, atuaremos no sentido de sermos agredidos ou consolados. Todas essas são formas de reconhecimento.

Krauz (2012, p. 34), indica que:

Pesquisas apontam diferença no desenvolvimento mental, físico e psicomotor entre crianças que foram criadas com estímulos e cuidados maternos e outras que foram criadas tendo pouco contato afetivo e físico, essas apresentaram resultados negativos em relação ao primeiro grupo.

Kertész (1987 p. 74) classificou as Carícias em 4 critérios:

Pela sua influência no bem-estar (físico, psicológico e social): Adequadas: Carícias que aumentam o bem estar a longo prazo. Inadequadas: Carícias que provocam o mal-estar a curto prazo. Pela emoção ou sensação que convidam a sentir: Positivas: convidam a emoções e sensações agradáveis; Negativas: convidam a emoções ou sensações desagradáveis; Pelas exigências ou condições para dar ou recebê-las: Incondicionais: são dadas ou recebidas pelo simples fato de a pessoa existir; Condicionais: são dadas ou recebidas por comportamentos objetivos (dizer ou fazer); Pelo meio de transmissão: Físicas ou de contato: táteis; são as mais poderosas; Verbais: mediante a linguagem oral; Gestuais: mediante a linguagem não verbal, á distância, olhares, gestos e outros; Escritas.

Steiner (1976, p. 66), descreve que:

Os carinhos podem variar de intensidade ou no tipo de reação que provocam. Os “Supercarinhos”, são especiais e desejados, provem de pessoas especiais. Os carinhos negativos, e podem ser visivelmente nocivos, sutis e prejudiciais, até mesmo em forma de piadas. Ou ainda os carinhos insinceros, deveriam ser bons, mas não é assim que acontece.

Tratando, ainda, dos tipos e formas de carícias, Steiner (1976, p. 70), exemplifica:

A economia de Carinho, citado como Stroke Economy, tratando das normas parentais irracionais e preconceituosas, vozes que estão dentro de nós e nos impedem uma livre troca de estímulos sociais e construtivos, carinhos positivos. Essas normas internas irracionais são as seguintes: Não dê carícias positivas; Não aceite carícias positivas; Não peça carícias positivas; Não se dê carícias positivas; Não recuse carícias negativas.

Steiner (1976, p. 71),

Trata das consequências negativas causadas à saúde psicológica das pessoas, e é necessário pedir e se dar Permissão para reverter esse quadro de dependência de falta de Reconhecimento. As pessoas se tornam famintas de carinho ou ainda buscam carinhos negativos por não conseguirem obter as positivas. Mas quando se permitem e são submetidas a Reconhecimentos positivos, experimentam sentimentos de amor nunca antes vividos e ainda disseminando junto aos familiares e amigos.

Para Krausz (2012, p. 67),

A necessidade de afeto, de contato físico e psicológico é uma característica da espécie humana e sua importância para o desenvolvimento bio-psicosocial das pessoas já foi enfatizada pelas ciências do comportamento desde o aparecimento da psicanálise.

Krausz (2012, p. 69), ainda enfatiza que:

Os sinais de Reconhecimento podem ser positivos ou negativos, condicionais e incondicionais. Positivos, convidam a pessoa a sentir-se bem. Negativos, convidam a sentir-se mal. Reconhecimentos condicionais estão condicionados a algo que a pessoa tem ou faz. Reconhecimento incondicional é dado por aquilo que a pessoa é.

Woolams e Brown (1979,p. 53), falam de Reconhecimento externo e interno, o externo no sentido de vir de outra pessoa em forma de contato físico e a falta de Reconhecimento conduz à deteriorização mental, emocional e física, “Se você não for suficientemente acariciado, sua medula espinhal se atrofiará”. O Reconhecimento interno acontece através de fontes internas, lembranças, fantasias ou ideias, movimentos e outras formas de auto-estimulação. Acessamos nossa memória ou museu para reconhecimentos internos, alguns preferem acessar as negativas e as fazem com frequência, outros se especializam nas memórias de Reconhecimentos positivas e tem à sua disposição um valiosíssimo banco para utilizar quando as carícias externas estiverem em baixa.

O conceito de Reconhecimento demonstra que é possível dar um *feedback* negativo ou corretivo na forma de Reconhecimento positivo, convidando a pessoa a sentir-se bem. O Reconhecimento poderá proporcionar à pessoa que tem o Alzheimer a continuidade de suas relações interpessoais saudáveis, evitando a possibildade de afastamento ou isolamento que pode ser uma tendência nesses casos, e a família desenvolve mecanismos para lidar com a situação, reconquistando autonomia e voltando a rotina natural do cotidiano.

Pode-se ainda salientar que outro fator importante no relacionamento entre os familiares e a pessoa com Alzheimer é a Intimidade.

Kertész (1987, p.97), destaca:

A Intimidade é o afeto e proximidade entre as pessoas, nela são compartilhadas as emoções, sensações e pensamentos abertamente, sem defesas com plena confiança mútua. Na Intimidade as Carícias são incondicionais e no aqui agora, não há motivações ocultas, nem um pretende tirar proveito do outro.

Para Woollans e Brown (1979, p.93),

A Intimidade é a mais arriscada e compensadora de todas as maneiras de estruturar o tempo, envolve a partilha de sentimentos, pensamentos ou experiências num relacionamento de abertura, sinceridade e confiança. A uma troca direta e espontânea de Carícias no presente sem motivos ulteriores.

Eric Berne (1976, p.103), salienta que:

Quanto mais as pessoas se aproximam, mais independente e autônoma se torna sua relação. A Intimidade é uma relação sem nenhum jogo nem exploração mútua. É instaurada pelo estado de Ego Adulto e das partes envolvidas de modo que entendam seus contratos e compromissos sem ao menos dizer uma palavra sobre o assunto e quando essa relação de Intimidade acontece, o Adulto sai de cena tornando a Criança livre e descontraída cada vez mais presente, deixando a relação leve e prazeirosa.

Segundo os autores acima citados, não foi apresentada tese que relacione os temas: famílias de pessoas com Alzheimer, *feedback*, *feedforward*, Intimidade e Reconhecimento. Observa-se a importância desses temas quando aliados ao bem estar e qualidade de vida da família de pessoas com Alzheimer, constatados em casos de conhecimento público.

**4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS E RECURSOS**

O presente trabalho se utilizou de pesquisa bibliográfica e levantamento de dados na comunidade. A metodologia utilizada baseia-se em um estudo teórico, caracterizado por investigações em livros e artigos, embasados na teoria da Análise Transacional, com o intuito de fazer uma busca referente ao tema proposto, identificando as causalidades da doença de Alzhaimer e supostas intervenções.

Foi realizado um levantamento das famílias que têm pessoas com Alzhaimer junto com alguns contatos: grupo feminino de associadas e esposas de associados da Copacol de Cafelândia - Paraná, junto ao núcleo da saúde do município, especificamente na saúde da família e divulgação na rede de amigos conforme foram surgindo famílias buscando apoio.

A orientação e conversação deu-se através de um workshop com familiares originários do levantamento, que vivenciam essa situação na comunidade. O workshop teve como tema principal os benefícios do Reconhecimento, junto aos familiares ou cuidadores, proporcionando qualidade de vida e autonomia às pessoas com Alzhaimer. Ao final do workshop foi aplicado um instrumento de mensuração para identificar a aplicabilidade do conteúdo na prática.

**5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS**

A seguir descrevem-se os resultados da avaliação do workshop que foi realizado no dia 10 de março de 2018, respondido pelos 24 participantes. O modelo de ficha que foi utilizado para a avaliação no final do treinamento encontra-se no Anexo A.

**Gráfico 01:**

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

De acordo com o gráfico 1, percebe-se que 17% dos respondentes entendem que o Workshop contribuiu com bom nível de informações sobre Alzheimer, enquanto 83% avaliaram como ótimo.

**Gráfico 02:**

O workshop contribuiu com informações relevantes sobre Reconhecimento?

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

Conforme demonstrado no gráfico 2, percebe-se que 8% dos respondentes apontaram que as informações sobre Reconhecimento foram de bom nível, enquanto 92% avaliaram como ótimo.

**Gráfico 03:**

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

O gráfico 3, demonstra que 8% dos participantes classificaram que as informações repassadas no workshop foram transmitidas com bom nivel de clareza, enquanto que 92% pontuaram como ótimo.

**Gráfico 04:**

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

O gráfico 4 demonstra que, quando pontuado de 0 a 10 o nível de entendimento dos respondentes sobre o quanto o Reconhecimento é importante como aliado de familiares de pessoas com Alzheimer, tem-se um percentual de 8% que disseram ser oito, 17% que é nove, e 75% que é 10. O que demonstra que os familiares percebem o Reconhecimento em um grau de importância acentuado.

**Gráfico 05:**

Qual nota você dá a esse workshop?

Fonte: Dados da pesquisa (2018).

De acordo com o gráfico 5, percebe-se que 4% dos respondentes deram nota oito, 13% nota nove e 83% nota dez ao Workshop, de forma geral, refletindo um indíce muito bom.

Conforme Quadro 1, segue o cronograma detalhado do projeto:

**Quadro 1:** Cronograma

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CRONOGRAMA DO PROJETO** | | | | | | | | | |
| **Etapas Datas** | **Set/17** | **Out/17** | **Nov/17** | **Dez/17** | **Jan/18** | **Fev/18** | **Mar/18** | **Abr/18** | **Mai/18** |
| Pesquisa Bibliográfica | X | x | x | X | x |  |  |  |  |
| Levantamento de dados |  |  | x | X | x |  |  |  |  |
| Elaboração Workshop |  |  |  |  |  | x |  |  |  |
| Realização Workshop |  |  |  |  |  |  | x |  |  |
| Análise da aplicabilidade do workshop |  |  |  |  |  |  |  | x |  |
| Finalização do artigo |  |  |  |  |  |  |  |  | x |

Fonte: Autoras (2017).

**6 CONCLUSÃO**

Através do workshop dinâmico realizado com convidados na cidade de Cafelândia -PR, voltado a elucidar questões de ordem emocional e de cuidados básicos, focado principalmente no Reconhecimento, e no entendimento deste conceito com base na Análise Transacional, foi possível proporcionar um ambiente seguro para que as famílias pudessem experienciar também um momento de Reconhecimento de si próprios e do quanto seu papel de cuidador é importante.

Foi observado pelas autoras do presente artigo que na experiência desse projeto aplicado, a carência da população em ter informações sobre como se relacionar com o portador de Alzheimer, e não tendo dados para tal, todos sofrem com o comportamento do familiar adoentado. Familiares emocionados relatando a exclusão do mesmo, em conversas familiares e ainda eventos sociais. No encontro com familiares de pessoas com Alzheimer, pode-se ouvir vários relatos de dificuldade de convencimento e relacionamento da pessoa com os familiares e no entendimento da necessidade de ingerir a medicação adequada, partilhar suas dúvidas, anseios e dificuldades.

Através da abordagem do Reconhecimento no tratamento das pessoas com Alzheimer pode-se observar em um paciente já inserido nesse formato de Reconhecimento e o relato aos demais participantes as diferenças observadas, como a Autonomia e melhoras significativas em relação a integração familiar, o convencimento e aceitação da doença, e com isso o portador de Alzheimer passar à uma vida ativa, de certa forma, fazendo coisas de que gosta e sendo reconhecido por isso, podendo ainda se sentir util e participar da vida social ativa da familia.

Entende-se que este trabalho foi de grande relevância para os familiares que participaram, e que inclusive questionaram se haveria continuidade dos encontros do grupo de apoio, tamanha é a necessidade que sentem em ter um ambiente de troca de suas aflições e dúvidas, para compreender como enfrentar a situação com mais leveza, em um ambiente onde as Carícias e o Reconhecimento possam acontecer.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

BERNE, Eric. **Análise Transacional em Psicoterapia**.São Paulo: Summus, 1961.

\_\_\_\_\_\_\_ **O que você diz depois de dizer Olá?** São Paulo: Nobel, 1988.

\_\_\_\_\_\_\_**Sexo e amor.** Rio de Janeiro: José Olympio, 1988**.**

BENÍTEZ, Zaira Ramos. **Os gerentes atuando como facilitadores da comunicação interpessoal para incrementar a criação do conhecimento organizacional.** 2001. 251f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis. Acesso em: 20 de nov de 2017.

BORGES, M. F. **Convivendo com Alzheimer -** manual do cuidador. Juiz de Fora – MG. Disponível em: <<http://www.integrasaude.com.br/wp-content/uploads/2012/01/manual-do-cuidador-alzheimer.pdf>>. Acesso em: 03 de fevereiro de 2018.

D’ALENCAR, R. S.; SANTOS, E. M. P.; PINTO, J. B. T. I. **Alzheimer – manual do** **cuidador:** situações e cuidados práticos do cotidiano. Ilhéus, BA: Editus, 2010.

ELÓI, Jorge. **Alzheimer:** Descrição e as 4 fases da doença. Disponível em: <[http://www.psicologiafree.com/areas-da- psicologia/psicologia\_clinica/alzheimer-descricao-e-as-4-fases-da-doenca/](http://www.psicologiafree.com/areas-da-%20psicologia/psicologia_clinica/alzheimer-descricao-e-as-4-fases-da-doenca/)>. Acesso em: 10 de março de 2018.

FALLON, Ian R. H. **Intervenções familiares em transtornos mentais:** eficácia e eficácia. World Psychiatric: Jornal Oficial da Associação Psiquiátrica Mundial, 2003. 20-28p. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1525058/>. Acesso em: 10 de março de 2018.

HACKMAN, J. R.; OLDHAM, G. R. **Development of the Job Diagnostic Survey**. Journal of Applied Psychology. v. 60, n. 2, p.159-170, 1975.

KERTESZ, Roberto. **Análise transacional ao vivo.** São Paulo: Summus, 1987.

KRAUZ, Rosa. **Trabalhabilidade.**2 ed*.*São Paulo: Summus, 2012.

LANCASTER, Jeanette. **Enfermagem Comunitária**: Promoção de saúde de grupos, famílias e indivíduos. 1.ª ed. Lisboa: Lusociência, 1999.

LEME, R. **Feedback para resultados na gestão por competências pela avaliação 360:** guia prático para gestores do “dar e receber”: feedback e a transformação em resultados. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2007.

MOSCOVICI, F. **Desenvolvimento interpessoal.** 3. ed. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1985.

MINUCHIN, Salvador. **Famílias:** funcionamento & tratamento. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990. p. 25-69.

Oliveira M. F.; Ribeiro M., Borges R., Luginger S.. **Doença de Alzheimer perfil neuropsicológico e tratamento.** Trabalho de Licenciatura (Abril 2005).

REGERT, R.; VENTZ, E.M.; ZACCARON, V.J.; **Feedback x Feedforward:** sua inter-relação e complementação como ferramenta para a gestão de pessoas. Revista eletrônica interdisciplinar em gestão organizacional de ciências sociais aplicadas - Visão da Universidade Alto Vale do Rio do Peixe – UNIARP / Universidade Alto Vale do Rio do Peixe. Disponível em: 19/02/18 v.6, n.1, p. 27-39, jan./jun. 2017. Caçador (SC): UNIARP, 2017. Acesso em: 23 de fevereiro de 2018.

STANHOPE, Marcia. **Teorias e desenvolvimento familiar**. Lisboa. Lusociencia. 1999

STEINER, Claude; **Os papéis que vivemos na vida**. Brasil: Editora Arte Nova, 1976.

STEINER, Claude **Educação emocional,** Brasil: Editora Objetiva Ltda, 1998.

SERRA, J. **A diversidade é a maior riqueza.** Revista brasileira de saúde da família, Brasília: Editora do Ministerio da Saude. v.1. 1999.

WILLIAMS, R. L. 1943. **Preciso saber se estou indo bem!** Tradução de Antônio Evangelista de Moura Filho. Rio de Janeiro: Sextante, 2005.

WOOLAMS, S.; Brown, B.. **Manual completo de Análise Transacional.** Brasil: Editora Cultriz Ltda, 1979.

PINHEIRO, Pedro. **Doença de Alzheimer** – sintomas, causas e tratamento. Disponível em: <<https://www.mdsaude.com/2011/03/mal-alzheimer.html>>. Acesso em: 7 nov de 2017.

**ANEXO A** - FICHA DE AVALIAÇÃO DE EFICÁCIA DO WORKSHOP

Este workshop teve como objetivo evidenciar os aspectos de esclarecimento e orientação às famílias de indivíduos com Alzheimer quanto a prática do Reconhecimento proposto pela Análise Transacional, para amparar a qualidade de vida da pessoa com Alzheimer e familiares.

|  |
| --- |
| **Pedimos a gentileza que anote a sua percepção a respeito de cada um dos questionamentos abaixo relacionados, marcando com um X na resposta que considere a mais adequada:** |

1. O Workshop contribuiu com informações relevantes sobre o Alzheimer? Pontue de acordo com o seu nível de avaliação:

( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim

2. O Workshop contribuiu com informações relevantes sobre o Reconhecimento? Pontue de acordo com o seu nível de avaliação:

( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim

3. As informações do Workshop foram transmitidas com clareza e consistência? Pontue de acordo com o seu nível de avaliação:

( ) ótimo ( ) bom ( ) regular ( ) ruim

4. Em uma escala de 1 a 10 (onde 1 é a menor nota e 10 a maior nota), qual o seu entendimento de que o reconhecimento pode ser um aliado dos familiares de pessoas com Alzheimer:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

5. Em uma escala de 1 a 10 (onde 1 é a menor nota e 10 a maior nota), qual a nota que você dá a este workshop:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

6. Destaque os aspectos que julgar relevante a respeito do Workshop:

Aspectos positivos:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Oportunidades de melhoria:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

7. Caso queira fazer alguma outra contribuição para este processo, utilize o espaço abaixo:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nome: (opcional)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_

**Agradecemos sua presença e participação neste workshop!**

1. Docente da FAC – Faculdade de Cafelândia [↑](#footnote-ref-1)