

Joana Candeira Fidalgo

**Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de  
pessoas com demências: estudo qualitativo**



Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012



Joana Candeira Fidalgo

**Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de  
pessoas com demências: estudo qualitativo**



Faculdade de Ciências da Saúde

Porto, 2012

Joana Candeira Fidalgo

**Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de  
pessoas com demências: estudo qualitativo**

Atesto a originalidade do trabalho:

---

(Joana Candeira Fidalgo)

Orientadora:

Dr.<sup>a</sup> Eva Bolle Antunes

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa  
como parte dos requisitos para obtenção  
do grau de licenciatura em Terapêutica da Fala”

## **RESUMO**

O impacto das demências sobre a sociedade tem vindo a aumentar devido ao número crescente de idosos com demência. Muitas pessoas com demência demonstram ter um declínio progressivo nas competências comunicativas e, deste modo, aumenta a função dos terapeutas da fala como formadores e organizadores de programas específicos. Dada a importância da comunicação no cuidado de uma pessoa com demência, pode-se perguntar o que podemos fazer a melhorá-la. Pretendeu-se compreender quais as estratégias comunicativas que favorecem a interação em grupos de conversação de pessoas com demência. O estudo foi realizado num Centro de Dia para pessoas com Demência na zona norte do país. Este estudo é qualitativo de carácter fenomenológico e foi realizado por meio de observação e com recurso a registos de sessão. Os participantes deste estudo foram selecionados intencionalmente. Foi também realizada uma avaliação primária do grupo através de uma grelha de observação de competências pragmáticas e foram recolhidas as histórias clínicas de cada paciente. Os resultados demonstram a utilização de estratégias comunicativas em sessões de conversação com pessoas com demência encontrando-se o contacto ocular, a diminuição da velocidade do discurso e a utilização de frases simples e curtas entre as estratégias mais frequentemente utilizadas. O treino das facilitadoras, a composição do grupo de conversação e as atividades são algumas das variáveis que influenciam a aplicação das estratégias comunicativas.

Palavras-chave: demência, terapia de grupo, estratégias, comunicação, abordagem social

## **ABSTRACT**

The impact of dementia in today's society has been increasing due to the growing number of elderly persons with dementia. Many people with dementia show a progressive decline in the communicative abilities, therefore increasing the responsibility of speech therapists as trainers and promoters of specific programmes. Given the importance of communication in the care of someone with dementia, one can ask what can be done to improve it. We aimed to understand what communicative strategies favor interaction in conversation groups with people with dementia. This study was conducted in a Day Care Centre for people with Dementia in the northern area of Portugal. This is a qualitative phenomenological study, done using observation and session records. The participants were selected intentionally. A baseline assessment of the group was also done, through an observation checklist of pragmatic abilities, and clinical data of each patient was gathered. The results showed the efficacy of the strategies used in conversation therapy sessions with people with dementia. Among the most effective we find eye contact, reduction of the speed of speech, and the use of simple and short sentences. The practice of the group facilitator, the composition of the group, and the type of activity are some of the variables that may influence the application of the communicative strategies.

Key-words: dementia, group therapy, strategies, communication, social approach

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora Dr.<sup>a</sup> Eva Bolle Antunes pelo apoio e confiança que me tem prestado, não só neste trabalho mas ao longo de todo o curso. Acima de tudo, obrigada pela partilha de conhecimentos e por acreditar no meu potencial. Nunca irei esquecer a sua dedicação.

A toda a equipa médica do Centro de dia pela sua ajuda, atenção e carinho, em especial ao Dr. Adrián e à Dr.<sup>a</sup> Anabela.

A todos os participantes, que sem eles nada teria sido concretizado.

A todos os professores que de forma indireta ou direta me ajudaram na realização deste estudo.

## ÍNDICE

Introdução.....	1
I. Enquadramento teórico.....	3
1. Demências.....	3
i. Demência de Alzheimer.....	6
ii. Demência Vascular.....	7
iii. Demência com corpos de Lewy.....	8
iv. Demência Frontotemporal.....	9
2. Linguagem e comunicação nas Demências.....	10
3. Modelo Médico <i>versus</i> Modelo Social.....	13
4. Intervenção do Terapeuta da Fala em Demências pelo Modelo Social.....	16
5. Terapia de Grupo.....	19
i. Terapia orientada para a comunicação.....	19
ii. Terapia de Orientação para a Realidade.....	21
iii. Terapia da Validação.....	21
iv. Terapia da Reminiscência.....	22
II. Enquadramento metodológico.....	23
1. Objetivo do estudo.....	23
2. Tipo de estudo.....	23
3. Participantes.....	24
4. Recolha de dados.....	25
III. Análise e discussão de resultados.....	28
1. Avaliação.....	28
2. Análise do conteúdo dos registos.....	29
3. Estratégias comunicativas.....	30
i. Categorização das estratégias.....	30
ii. Estratégias intuitivas e não intuitivas.....	31
iii. Estratégias universais e não universais.....	32
iv. Aplicação das estratégias – Compreensão.....	33
v. Aplicação das estratégias – Expressão.....	40

vi. Aplicação das estratégias – Atenção.....	48
vii. Aplicação das estratégias – Motivação.....	51
viii. Aplicação das estratégias – Outras estratégias genéricas .....	52
4. Descrição dos perfis cognitivo-comunicativos .....	54
5. Análise da composição dos grupos .....	55
6. Estrutura das sessões: etapas e atividades .....	56
Conclusão .....	59
Referências bibliográficas .....	61
Anexos.....	69
Anexo 1 - Sete estádios da deterioração associada à demência.....	70
Anexo 2 – Estratégias do Supported Conversation for Adults with Aphasia.....	71
Anexo 3 – Declaração da Autorização Institucional .....	72
Anexo 4 – Histórias clínicas e dados sócio-demográficos dos participantes .....	73
Anexo 5 – Grelha de avaliação de pragmática de Prutting e Kirchner.....	83
Anexo 6 - Resumo da avaliação inicial para caracterização dos comportamentos comunicativos .....	84
Anexo 7 – Exemplo de análise de registo de sessão.....	86
Anexo 8 - Perfis cognitivo-comunicativos dos participantes .....	88
Anexo 9 – Atividades realizadas durante as sessões do estudo .....	90

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sócio-demográfica da amostra .....	25
Tabela 2. Divisão das sessões por etapas .....	57

## INTRODUÇÃO

Este ano de 2012 é designado como o Ano Europeu do Envelhecimento Ativo. Segundo a Organização Mundial de Saúde (2002), o envelhecimento populacional é um dos maiores desafios que enfrentamos. Este tema levanta muitas perguntas fundamentais tanto a nível social, económico, como político, tais como: Como se poderá melhorar a qualidade de vida dos idosos?; Como podemos ajudar a que as pessoas permaneçam independentes e ativas na sociedade?; Como podemos equilibrar o papel da família e do Estado no que toca a pessoas que necessitam de assistência?

O conceito de envelhecimento ativo visa promover o aumento da esperança de vida saudável e da qualidade de vida para todas as pessoas à medida que envelhecem, permitindo que estas participem na sociedade de acordo com as suas necessidades, desejos e capacidades. Os idosos são muitas vezes ignorados pela sociedade, sendo urgente criar políticas que promulguem o envelhecimento ativo e programas que melhorem a saúde e segurança dos cidadãos mais velhos. É necessário agir e planear agora (Organização Mundial de Saúde, 2002).

Este estudo reflete o trabalho que foi desenvolvido pelo período de 6 meses (Fevereiro de 2011 a Julho de 2011), com pacientes com demência num Centro de Dia para pessoas com demência do norte do país. O estudo consistiu na observação de sessões de terapia de grupo, orientada para a conversação, com o objetivo de compreender quais as estratégias comunicativas que favorecem a interação num grupo de conversação de pessoas com demência. A pergunta de partida colocada foi: *Quais as estratégias comunicativas mais facilitadoras da interação em grupos de conversação com pessoas com demência?*

Recentemente, os clínicos têm reconhecido que a terapia de grupo oferece oportunidades que diferem substancialmente das experiências comunicativas oferecidas na terapia individual (Elman e Holland cit in Simmons-Mackie et al., 2007). Os princípios da terapia de grupo, desenvolvidos no Centro de Dia, foram baseados no modelo social, concentrando-se na comunicação do quotidiano de forma a capacitar os

membros do grupo, melhorar a confiança comunicativa e a autoestima (Elman et al. cit in Simmons-Mackie et al., 2007).

O presente estudo é qualitativo de caráter fenomenológico porque tem como objetivo a compreensão das interações estabelecidas entre os participantes em sessões de terapia comunicativa (fenómeno). Foi realizada por meio de observação direta dos participantes e com recurso a registos de sessão, num Centro de Dia com capacidade para 30 utentes, a funcionar nos dias úteis das 8:30h às 20h, e que visa evitar a institucionalização precoce ou definitiva dos pacientes. Estes dispõem de transporte, suplemento matinal, almoço e lanche. Para além do atendimento médico, recebem estimulação cognitiva e ao nível da autonomia para as atividades diárias, terapia ocupacional e estimulação psicomotora ou fisioterapia. O Centro de Dia possui sala de atividades, sala de estar, jardim, gabinetes técnicos, refeitório e três casas de banho, uma das quais adaptada.

Considerou-se relevante desenvolver um estudo na área de demências, uma vez que a prática de intervenção em grupo em Portugal é inovadora, tanto quanto é do conhecimento da autora. Não foram encontrados artigos portugueses que referissem a intervenção do terapeuta da fala em demências, sendo que já existe alguma bibliografia de suporte de outros países. O trabalho encontra-se dividido em três capítulos: Enquadramento teórico, Enquadramento metodológico e Análise e discussão de resultados. A organização deste estudo foi definida em função do Manual de Estilo de Elaboração de Monografia da Universidade Fernando Pessoa.

No primeiro capítulo é feito um enquadramento teórico do estudo onde são abordados os temas: definição e tipos de demência; linguagem e comunicação em demências; modelos médico e social de intervenção e terapia de grupo. No segundo capítulo é exposto o desenho deste estudo, nomeadamente: objetivo, tipo de estudo, participantes, procedimentos de recolha de dados. Finalmente no terceiro capítulo são apresentados e discutidos os resultados.

## I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

### 1. Demências

A origem da palavra demência surge do Latim *demens* que significa ausência ou perda da mente. Segundo Massano (2009), o termo “demência” não define uma doença única, mas sim um síndrome, isto é, um conjunto definido de sintomas e sinais clínicos, uma vez que existe um conjunto muito vasto e heterogéneo de situações patológicas que provocam este quadro clínico. Esta situação define-se como uma alteração patológica cerebral adquirida e é caracterizada pela deterioração progressiva em três planos: cognitivo, comportamental e funcional. Estas alterações provocam graves repercussões a nível pessoal, familiar, profissional, económico e social. Phaneuf (2010) acrescenta que a demência é como um dano no funcionamento intelectual, acompanhado de uma perda importante de memória, mudanças de personalidade e afetividade, mas também no plano do reconhecimento das pessoas, de desorientações temporal e espacial, e de uma incapacidade de resolver problemas ou de manifestar os comportamentos apropriados às situações.

Atendendo às curvas de distribuição etária, que indicam um aumento exponencial com a idade, e ao incremento sucessivo da esperança de vida nos países desenvolvidos ou em vias de desenvolvimento, a demência é uma das situações patológicas mais frequentes na população geriátrica (Santana, 2005). No início do século XXI havia no mundo cerca de 420 milhões de pessoas com mais de 65 anos, estando previsto um aumento em mais do dobro pelo ano 2030, principalmente nos países em desenvolvimento. Com este crescimento é esperada uma duplicação da prevalência da demência a cada duas décadas, a não ser que haja avanços significativos nos campos da terapêutica e prevenção (Massano, 2009). Estima-se que a incidência da demência atinja 7,5 casos por 1000 habitantes/ano. A extrapolação para a população portuguesa dos resultados dos estudos epidemiológicos efetuados em vários países da Europa sugere que em Portugal deverão existir mais de 50.000 casos de demência (Santana, 2005). Massano (2009) fala em números mais elevados, com base num trabalho publicado em 2005 sobre o custo das doenças neuropsiquiátricas na Europa, o qual apontou para a existência de cerca de 110 mil indivíduos com demência no nosso país, calculando o

valor médio expendido com cada indivíduo com demência em Portugal em cerca de 10 mil euros anuais (excluindo os custos indiretos, que não foram tidos em conta).

As demências podem classificar-se segundo vários critérios. De acordo com Massano (2009) e Fornari et al. (2010) as demências distinguem-se entre as que são reversíveis e as que são irreversíveis. O grupo de demências reversíveis é incomum na prática clínica, mas são consideradas importantes do ponto de vista diagnóstico, uma vez que o seu tratamento pode suprimir a deterioração cognitiva (Fornari et al., 2010). Não se verifica em todas as situações a reversibilidade total da demência, no entanto existe uma taxa elevada de sucesso no tratamento em relação às demências neurodegenerativas (Massano, 2009). Deste grupo fazem parte as demências induzidas por medicamentos, por carências vitamínicas, as relacionadas com hipotireoidismo, com neoplasias do sistema nervoso central, entre outras (Massano, 2009 e Fornari et al., 2010). Por sua vez, as demências irreversíveis incluem todas as demências degenerativas como as demências de Alzheimer, frontotemporal, vascular, entre outras, e este grupo caracteriza-se por ser mais frequente e apresentar um curso progressivo (Fornari et al., 2010).

Uma vez que existem causas de demência que afetam de formas diversas as várias regiões cerebrais é comum que existam quadros clínicos diferentes. Estes quadros podem ser classificados de acordo com o ponto de vista topográfico (referente à localização das alterações estruturais), onde as demências são divididas em corticais, subcorticais ou ambas (Massano, 2009). Entre as demências corticais encontram-se a demência de Alzheimer e a demência frontotemporal; nas demências subcorticais incluem-se a doença de Parkinson, a doença de Huntington, a demência vascular (sendo esta importante pela sua frequência) e a paralisia supranuclear progressiva; nas demências mistas incluem-se a demência com corpos de Lewy e a degenerescência corticobasal (Massano, 2009 e Pontes, 2007).

A apresentação clínica das demências nem sempre é fácil de interpretar, pois pode haver muitos aspetos comuns aos vários tipos, o que frequentemente dificulta o diagnóstico (Fornari et al., 2010). No entanto, há também características distintivas para cada uma – a exploração aprofundada e sistemática permite elevar a probabilidade de se obter um diagnóstico exato, o que facilita a implementação das intervenções mais adequadas, a

obtenção de resultados terapêuticos positivos, a estimativa de um prognóstico plausível e a gestão racional de recursos (Fornari et al., 2010). Dependendo da realidade de cada país, o diagnóstico clínico pode ser realizado pelo médico neurologista ou pelo médico psiquiatra, sendo que os autores que relatam a realidade portuguesa referem os neurologistas como responsáveis pelo diagnóstico clínico. Este baseia-se na história clínica, no perfil neuropsicológico e em exames laboratoriais e de neuroimagem como a tomografia computadorizada e a ressonância magnética (Caramelli e Barbosa, 2002).

Um dos tratamentos de demência envolve uma base farmacológica. Os medicamentos até agora introduzidos na prática clínica têm eficácia sintomática, não existindo qualquer agente capaz de impedir a progressão da doença (Wannmacher, 2005). Mesmo assim, estes medicamentos têm apresentado benefícios para os doentes em termos cognitivos, comportamentais e no desempenho em atividades de vida diária (Bryan e Maxim, 2006). No entanto, estes medicamentos não estão isentos de efeitos adversos e têm potencial para interação com outros medicamentos (Wannmacher, 2005). Desta forma, não se deve menosprezar a utilização complementar de um outro tipo de tratamentos, denominados não farmacológicos, uma vez que estes se mostram eficazes e com menores riscos para a saúde. A escolha destes tratamentos tem vindo a aumentar devido à necessidade de melhorar as condições de vida dos idosos, o que favorece a procura de programas de intervenção para idosos que sofram de alguma incapacidade e de programas de reabilitação específicos para doentes com demência (Guerreiro, 2005).

Apesar de já nas décadas 60 e 70 do século XX se falar em técnicas de reabilitação cognitiva aplicadas a doentes com demência, o interesse científico nesta área é bastante recente (Guerreiro, 2005). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) a reabilitação vai de encontro ao “uso de todos os meios possíveis para reduzir o impacto da doença e maximizar a participação social das pessoas com deficiência e incapacidades”. Deste modo, os programas desenhados para estas patologias ajudam-nas a melhorar o desempenho nas atividades de vida diária, de modo a não necessitarem de assistência de outra pessoa ou, pelo menos, minimizar a necessidade de auxílio externo (Guerreiro, 2005). Contudo, e apesar do aumento significativo de publicações sobre estes tratamentos, não existem ainda resultados seguros que ajudem a perceber a eficácia real da intervenção cognitiva e o tempo de duração das competências

eventualmente adquiridas (Guerreiro, 2005). Considerando que as demências apresentam uma natureza progressiva, muitos autores consideram que não é possível a reabilitação destas pessoas. Esta corrente de pensamento está muito presente no modelo de intervenção tradicional, que será abordado nos capítulos seguintes, mas que não é aquela em que se enquadra conceptualmente esta pesquisa. De seguida, serão apresentadas as quatro causas mais frequentes de demência na prática clínica, segundo Caramelli e Barbosa (2002).

#### *i. Demência de Alzheimer*

Alois Alzheimer (1864-1915), psiquiatra e neuropatologista alemão, deu o nome a esta doença e foi o primeiro a analisar o cérebro de pessoas que apresentavam esta patologia (Phaneuf, 2010). O primeiro exame de Alzheimer realizado foi graças à criação das análises histológicas (Phaneuf, 2010). Atualmente, o diagnóstico clínico desta patologia faz-se com bases clínicas (testes neuropsicológicos e exames anatomopatológicos), sendo que o diagnóstico definitivo da DA é realizado *post-mortem* (Mansur et al., 2005). Como não foi ainda descoberta uma cura, existem alguns tratamentos farmacológicos e não farmacológicos que amenizam os sintomas comportamentais e melhoram a cognição, tendo a sua procura aumentado exponencialmente (Ávila, 2003), tal como já referido. A demência de Alzheimer (DA) corresponde a mais de 50% de casos de demência (Ebly et al. cit in Mansur et al., 2005) e a sua prevalência pode atingir 26% entre indivíduos com idades superiores a 84 anos (Canadian Study of Health and Aging Working Group cit in Mansur et al., 2005). A sobrevivência, em média, é de 8 anos após o início dos sintomas (Caramelli cit in Mansur et al., 2005).

Segundo Phaneuf (2010), alguns dos fatores de risco responsáveis pela demência de Alzheimer são: a idade avançada, um nível de escolaridade baixo, o sexo (abaixo dos 80 anos o número de mulheres afetadas será inferior ao dos homens mas após esta idade é maior), ter uma profissão de risco (onde estão expostos a inseticidas, colas ou fertilizantes), alumínio (nas autópsias constatou-se que o cérebro das pessoas atingidas com DA contém uma concentração elevada de alumínio - metal que não se encontra nos tecidos cerebrais sãos) e os antecedentes familiares. Os pacientes com DA experienciam vários sintomas, nas quais as alterações de memória são as mais referidas pela família e

as mais fortemente evidenciadas na avaliação clínica do paciente, desde o início da doença. As alterações de fala e de linguagem também são notadas frequentemente e têm sido mais bem estudadas e investigadas nas duas últimas décadas (Barreto, 2005). A cadência da progressão desta doença pode variar de caso para caso, mas existe uma tendência geral a que ela siga uma determinada sequência. Por isso têm sido propostas algumas classificações de estádios evolutivos, as quais podem ser úteis quando se pretende descrever a situação de um paciente concreto e formular um prognóstico, como é o exemplo da escala adaptada de Reisberg (1982) que define a progressão da doença em sete estádios (Barreto, 2005) (ver anexo 1).

### *ii. Demência Vascular*

O conceito de demência vascular (DV) surgiu no final dos anos 80 do século XX para designar um quadro demencial decorrente de doença cerebrovascular. A DV é a mais prevalente entre as demências subcorticais, ocupando o segundo lugar entre todos os quadros demenciais, depois da DA, sobretudo em idades avançadas. A estimativa global é de 15-20%, sendo de 2% na população de 65-70 de idade e de 20-40% na população acima de 80 anos de idade. É mais comum em homens que em mulheres (Engelhardt et al., 2011).

Segundo Smid et al. (2001), o diagnóstico da demência vascular é feito essencialmente com base no quadro clínico e em exames complementares de neuroimagem, podendo ser auxiliado pelo emprego de escalas específicas para avaliar a alteração das funções cognitivas (e.g. memória, linguagem, atenção). A presença de fatores de risco, tais como a hipertensão arterial sistémica, a diabetes, o tabagismo, o alcoolismo, a doença cardíaca, a aterosclerose, a obesidade, bem como outros fatores como o sexo masculino, a raça negra e a baixa escolaridade devem alertar para a possibilidade de demência vascular.

O quadro clínico clássico é caracterizado por início abrupto, relacionado a um acidente vascular cerebral (AVC) ou a um ataque isquémico transitório, podendo haver estabilidade, melhora ou piora progressivas, geralmente de caráter flutuante ou com deterioração em degraus (Smid et al., 2001). Além do AVC prévio, existem outras

características que constituem o diagnóstico diferencial da DV, distinguindo-a da DA. Essas características são sintomas neurológicos focais como: a hemiparésia, a ataxia, a hemianópsia ou também alterações neuropsicológicas focais como a afasia e a heminegligência (Caramelli e Barbosa, 2002).

### *iii. Demência com corpos de Lewy*

A demência com corpos de Lewy (DCL) foi descrita originalmente em 1961. Até meados de 1980 era considerada uma entidade rara, pois apenas cerca de 50 casos tinham sido relatados até então (Teixeira-Jr e Cardoso, 2005). Esta demência corresponde à terceira causa mais frequente de demência em estudos de autópsias realizados em vários centros de pesquisa (Caramelli e Barbosa, 2002). Caracteriza-se clinicamente por um quadro de demência em que ocorrem: flutuação dos *deficits* cognitivos em questão de minutos ou horas, podendo haver episódios de delírios com interferência no estado de consciência e de atenção, sem causa aparente; alucinações visuais bem detalhadas, vívidas e recorrentes de figuras humanas ou objetos animados; sintomas parkinsonianos, geralmente do tipo rígido-acinéticos, de distribuição simétrica (Caramelli e Barbosa, 2002). Teixeira-Jr e Cardoso (2005) acrescentam que o declínio cognitivo terá que ser o suficiente para interferir no funcionamento sócio-ocupacional do indivíduo, que apesar da presença de fatores parkinsonianos é incomum a ocorrência de tremor de repouso, sobretudo nos pacientes mais idosos e que há uma interferência na capacidade de deambulação do paciente. Duas das manifestações acima descritas são necessárias para o diagnóstico de DCL provável.

A idade de início da doença varia entre 50 e 88 anos e a sua duração até o óbito varia entre 1 e 14 anos (Tavares e Azeredo, 2003). A expressão “demência com corpos de Lewy” foi proposta recentemente, com a finalidade de simplificar e de unificar um grande número de terminologias empregadas por diferentes autores para se referir ao mesmo quadro clínico como por exemplo: “variante com corpos de Lewy da demência de Alzheimer” e “demência de Alzheimer com variações parkinsonianas”. A partir daí, a DCL vem ganhando visibilidade como uma verdadeira entidade nosológica distinta (McKeith et al. cit in Tavares e Azeredo, 2003).

O declínio cognitivo na DCL é progressivo e interfere na capacidade funcional do indivíduo, como referido anteriormente, nas suas funções executivas, na capacidade de resolução de problemas e nas atividades de vida diária. A atenção, as funções executivas e as habilidades visuo-espaciais são os domínios cognitivos mais comprometidos nas fases iniciais, com relativa preservação da memória e da linguagem. Este é talvez o de maior relevância para o diagnóstico diferencial com a DA. Os pacientes com DCL costumam apresentar episódios frequentes de quedas ou síncope. A resposta dos sintomas parkinsonianos (rigidez e acinesia) ao medicamento é usualmente pobre na DCL, diferentemente do que ocorre na doença de Parkinson idiopática (Caramelli e Barbosa, 2002). Segundo Teixeira-Jr e Cardoso (2005), comparativamente a pacientes com DA, os pacientes com DCL têm melhor rendimento em tarefas de memória verbal. Em oposição apresentam maiores alterações ao nível da evocação e em tarefas de habilidades visuo-espaciais. Os distúrbios do sono são também frequentes na DCL. Com a progressão da doença, entretanto, essas diferenças podem perder-se, dificultando a sua diferenciação face a outras demências.

#### *iv. Demência Frontotemporal*

Ao longo do século XX, os pacientes com degenerescência frontotemporal foram referidos genericamente como portadores de demência, sendo frequentemente diagnosticados com DA (Teixeira-Jr e Salgado, 2006). Vários estudos apontam para prevalência significativa desta demência, constituindo 8 a 17% das demências em doentes com menos de 70 anos. Em Portugal não se sabe a prevalência deste tipo de demência, mas poderá estar sub-diagnosticada (Guimarães et al., 2006). A demência frontotemporal (DFT) manifesta-se principalmente no período pré-senil, entre 45 e 65 anos de idade, ocorrendo na mesma proporção em homens e mulheres. A história familiar de demência é observada em metade dos casos, sugerindo importante papel de fatores genéticos no desenvolvimento da DFT (Teixeira-Jr e Salgado, 2006).

A DFT consiste num grupo clínico e patológico heterogéneo de distúrbios, que têm em comum a degenerescência do lobo frontal e temporal e de que é exemplo a doença de Pick, descrita por um contemporâneo de Alzheimer – Arnold Pick (Santana, 2005). Alterações comportamentais (desinibição, impulsividade, irritabilidade, perda de crítica,

inflexibilidade mental, descuido da higiene pessoal, comportamentos sociais inapropriados, apatia, isolamento) são sintomas precoces e frequentes. Os distúrbios da linguagem podem aparecer antecipadamente manifestando-se através de estereotípias (repetição automática de enunciados), ecolália (repetição do enunciado do outro interlocutor), dificuldades na compreensão e expressão verbal, com redução da fluência ou mesmo mutismo, enquanto a função visuo-espacial permanece intacta até fases avançadas da doença (Ribeira et al., 2004 e Caramelli e Barbosa, 2002). Teixeira-Jr e Salgado (2006) acrescentam que também ficam preservadas as funções cognitivas de praxia, gnosis e memória nas fases iniciais da doença. Os pacientes com DFT apresentam ainda reflexos primitivos (reflexos de preensão palmar, de sucção e de projeção tónica dos lábios), no exame neurológico. Sinais de perseveração motora (repetição de movimentos) e comportamentos de utilização (exploração incontrolável de objetos no ambiente) são também frequentes (Caramelli e Barbosa, 2002). Estas alterações permitem fazer o diagnóstico diferencial com a DA.

## **2. Linguagem e comunicação nas Demências**

Além dos *deficits* de memória e atenção, característicos das demências, existe uma deterioração gradual da linguagem e da comunicação nos indivíduos com demência. Fazendo uma comparação entre o idoso saudável e o idoso com demência, o primeiro apresenta *deficits* normais de uma idade avançada: *deficits* motores, auditivos e visuais e declínio cognitivo com algumas alterações na comunicação e na linguagem. Já um idoso com demência apresenta, além das alterações referidas anteriormente, um *deficit* cognitivo acentuado, de comportamento, funcional (em termos de atividades de vida diária), de memória, de atenção, mudanças de personalidade e afetividade, alterações no reconhecimento das pessoas, desorientação temporal e espacial, incapacidade de resolver problemas e de manifestar comportamentos apropriados às situações (Phaneuf, 2010).

Tal como referido, as alterações decorrentes do envelhecimento ocorrem também ao nível da linguagem. A linguagem consiste num conjunto de processos que permitem a comunicação entre pessoas, e o seu uso depende de múltiplos conhecimentos que são expressos através das estruturas fonológicas, morfo-sintáticas, semânticas e pragmáticas

(Ortiz e Bertolucci, 2005). Através da comunicação estabelecem-se relações sociais, expressam-se sentimentos e necessidades, adquirem-se conhecimentos e trocam-se informações. A comunicação pode ser verbal ou não-verbal, e faz-se através de sons, sinais, gestos e símbolos gráficos. Esta não diz respeito só ao ato de comunicar mas abrange a inteligibilidade de fala, fluência do discurso, a compreensão, a leitura e outros (Garcia e Mansur, 2006).

No idoso saudável as alterações de linguagem dão-se ao nível de dificuldades de nomeação (problema de execução) devido ao envelhecimento cerebral que afeta a memória episódica (Damasceno, 1999). A nível social, o idoso vai-se confrontando com algumas dificuldades - passa da atividade à inatividade, sendo retirada a sua função, o seu estatuto e sendo diminuído o seu papel de “utilidade” social. A nível pessoal há uma transformação física, psicológica e cognitiva, com dificuldades nas atividades básicas do quotidiano, perda das capacidades motoras, aumento de depressões e ansiedade, perda de autoestima, e perda de capacidades mnésicas (Damasceno, 1999). O idoso com demência, além de passar pelas mesmas transformações, torna-se dependente, o que provoca uma mudança a nível relacional, quer com o casal, quer com os filhos (Bayle, 2004). Esta mudança diminui a possibilidade de interação e de comunicação, tornando-a restrita e repetitiva ao nível do número de interlocutores e temas de conversa, e, conseqüentemente, aumentando o isolamento (Pinto et al., 2011).

No idoso com demência ocorre um declínio progressivo da linguagem que se manifesta principalmente através de alterações de competência devido à deterioração do conhecimento conceitual a nível da semântica que gera dificuldades de nomeação decorrentes da perda de informação sobre os objetos e os seus nomes (Chertkow e Bub cit in Oliveira e Stivanin, 2005). Estes tornam-se repetitivos e esquecem-se o que ouvem ou lêem (Tomoeda e Bayles cit in Hopper e Bayles, 2001); têm um discurso pobre e fragmentado, caracterizado pela ausência de coerência, pela utilização de jargão semântico, de circunlóquios e de perseverações (Hier et al., Ripich e Terrill cit in Hopper e Bayles, 2001 e Robert et al., 1998), e pela perda de assunto central (Pinto et al., 2011); a capacidade de formular ideias e de as expressar oralmente e por escrito fica diminuída, bem como a compreensão auditiva da linguagem, uma vez que a memória para o que foi recentemente ouvido ou lido desaparece rapidamente (Bayles e Kaszniak

cit in Hopper e Bayles, 2001); têm problemas sintáticos na compreensão e na produção de estruturas complexas em estadios mais avançados da doença (Pinto et al., 2011); as componentes de fonologia e sintaxe mantêm-se relativamente preservadas até nos estadios mais avançados da doença, porque as suas regras são finitas, e normalmente, não exigem atenção consciente (Hopper e Bayles, 2001) e as habilidades pragmáticas e semânticas são as mais vulneráveis a *deficits* porque o conteúdo da linguagem e a finalidade para a qual ela é usada requerem um pensamento consciente, memória e planeamento (Hopper e Bayles, 2001).

Para os idosos com demência é necessário propiciar um envelhecimento com qualidade, requerendo dos profissionais de saúde uma abordagem interdisciplinar abrangente, eficaz e capaz de identificar estes casos precocemente. (Dunlosky e Hertzog, 1998 e Pinto et al., 2011). Algumas pesquisas mostram o esforço da tentativa de reabilitação das pessoas com demência mas estes têm alcançado benefícios limitados e de curta duração (Quayhagen et al. e Arkin cit in Small e Gutman, 2002) devido ao declínio progressivo da cognição e das competências comunicativas. Neste contexto, a atuação do terapeuta da fala tem-se desenvolvido cada vez mais na orientação aos cuidadores e na intervenção com pacientes com demência (Rozenfeld, 2007). O seu trabalho foca-se principalmente na perturbação cognitivo-comunicativa do idoso demente, utilizando estratégias e habilidades comunicativas que são mecanismos usados para minimizar as dificuldades sentidas na comunicação, melhorando a sua eficácia, tanto na compreensão como na expressão (Egan et al., 2010).

Devido aos *deficits* apresentados, não é possível para a pessoa com demência modificar os padrões comunicativos mas é mais apropriado o parceiro de comunicação acomodá-la (Small e Gutman, 2002), utilizando uma variedade de estratégias destinadas a compensar esses *deficits* (Arkin e Bayles, Bourgeois, Burgio et al., Clark, Gwyther, Orange e Colton-Hudson, Ostuni e Santo-Pietro, Rau, Ripich et al. cit in Small e Gutman, 2002). A comunicação tem também um papel terapêutico, auxiliando o idoso na diminuição da ansiedade e depressão e na compreensão e atuação sobre o meio físico e social e tem ainda papel importante ao nível do entretenimento e lazer (Pinto et al., 2011).

O terapeuta da fala tem competências específicas para a análise da comunicação verbal e não-verbal, incluindo a expressão facial, os gestos e a prosódia, bem como é capaz de utilizar técnicas de análise do discurso para examinar o papel desempenhado pelos doentes numa conversa, reconhecendo que a comunicação é um processo colaborativo (Perkins et al. cit in Kindell e Griffiths, 2006). Desta forma, verifica que outros fatores podem ter impacto sobre a comunicação como o ambiente, de forma a poder ajustá-lo. Alguns estudos demonstram que a comunicação é exequível, mesmo quando existe um comprometimento severo, portanto é possível manter as relações interpessoais, dando às pessoas com demência as mesmas oportunidades (Kindell e Griffiths, 2006).

O processo de intervenção do terapeuta da fala em perturbações cognitivo-comunicativas envolve uma avaliação adequada individual e/ou do grupo de conversação. Para isso, existem algumas baterias de avaliação, protocolos e escalas (ainda não todas adaptadas para o Português) que ajudam na definição do diagnóstico terapêutico, na identificação dos *deficits* comunicativos e de linguagem e na definição dos objetivos de intervenção. Este processo de avaliação e posterior definição dos objetivos pode servir como fator de exclusão ou de inclusão em terapia de grupo ou pode decidir se é necessária uma atuação mais individualizada. O *Mini-Mental State Examination* (MMSE) que avalia o grau de *deficit* cognitivo, a *Arizona Battery for Communication Disorders of Dementia* (ABCD) que avalia as aptidões comunicacionais, o *Barnes Language Assessment* (BLA) que avalia linguagem e o *Functional Linguistic Communication Inventory* (FLCI) e o *Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects of Language*, que avaliam as competências pragmáticas, são apenas alguns dos testes de avaliação que o terapeuta da fala pode utilizar na sua intervenção (Stevens, 2006).

### **3. Modelo Médico versus Modelo Social**

Relatos históricos demonstram uma evolução gradual na integração de pessoas com incapacidade ou com deficiência. A era pré-cristã foi marcada pela negligência no atendimento a estas pessoas, resultando na ausência total de cuidados em casos de incapacidade ou deficiência (Miranda, 2003). Na era cristã, o tratamento destes casos variava segundo as concepções de caridade ou castigo predominantes na comunidade em que o incapacitado estava inserido (Pessotti cit in Miranda, 2003). Nos séculos XVIII e

meados do século XIX, iniciou-se a fase de institucionalização, na qual os indivíduos que apresentavam deficiência eram segregados e protegidos em instituições residenciais. Já no final do século XIX e meados do século XX, foram desenvolvidas classes especiais em escolas públicas, visando oferecer à pessoa deficiente uma educação à parte. No final do século XX, por volta da década de 70, observou-se um movimento de integração social, cujo objetivo era integrar as pessoas com deficiência em ambientes escolares, o mais próximo possível daqueles oferecidos à pessoa normal (Miranda, 2003). Esta evolução verificou-se não só ao nível da educação e valores sociais, mas também na saúde.

A primeira abordagem médica ficou conhecida como modelo médico e emergiu no século XVII, na Europa Ocidental. Com a definição deste normativo, estabeleceram-se as noções de comportamento “normal” *versus* “anormal”, assim como as conotações de “normal” enquanto “bom” e “anormal” enquanto “mau” (Carvalho, 2006). Consequentemente, este modelo colocou o “peso” da deficiência na própria pessoa, conduzindo à crença de que as consequências da incapacidade de uma pessoa eram problema de cada indivíduo e não da sociedade. Neste contexto, o modelo médico reconhecia na lesão, na doença ou na limitação física, a primeira causa da desigualdade social e das desvantagens vivenciadas pelos deficientes, ignorando o papel das estruturas sociais para a sua opressão e marginalização (Bampi et al., 2010).

Associado ao modelo médico criou-se a Classificação Internacional de Doenças (CID) nos finais do século XIX, quando a necessidade de padronizar os conceitos de classificação e terminologia das doenças foi reconhecido pelos médicos Europeus (Organização Mundial de Saúde, 1990). A sua décima revisão, denominada “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”, ou de forma abreviada “CID-10”, é a mais recente revisão da “Classificação de Bertillon” de 1893, que era inicialmente uma classificação de causas de morte, e apenas a partir da sexta revisão passou a ser uma classificação que incluiu todas as doenças e motivos de consultas (Nubila e Buchalla, 2008). Segundo esta classificação a demência é definida como uma síndrome devido à doença do cérebro, geralmente de natureza crónica ou progressiva, na qual existe perturbação de múltiplas funções corticais superiores (memória, pensamento, orientação, compreensão, calculo, capacidade de

aprendizagem a linguagem e julgamento). Existe ocasionalmente deterioração do controlo emocional, comportamento social e da motivação. O estado de consciência permanece sem alterações (Organização Mundial de Saúde, 2010).

O modelo médico foi crescendo gradualmente, chegando a dominar quase por absoluto a saúde individual e das populações, apresentado efeitos positivos ao nível de diminuição da mortalidade (Carvalho, 2006). No entanto e apesar dos resultados obtidos, o modelo médico foi colocado em causa. Mckewon e Lowe (cit in Carvalho, 2006) sugeriram que terá sido a melhoria das condições de vida, que terá determinado a redução da mortalidade, e não os avanços técnicos na saúde. Já Rieser (2008), chamou a atenção para o suporte em estereótipos e para a figura preponderante do médico no estabelecimento de procedimentos de reabilitação.

Por conseguinte, surgiu uma nova abordagem denominada modelo social, no ano de 1960, com o objetivo de acabar com as barreiras ambientais e sociais, diminuindo o efeito incapacitante de comprometimento de uma pessoa (Oliver cit in Medeiros e Diniz, 2004). O modelo social não responsabiliza apenas a pessoa, mas abrange todos os aspetos de convivência social, ou seja, dá ênfase à interação entre as pessoas e o seu meio ambiente. Ao contrário do modelo médico, a incapacidade/deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social, transferindo a responsabilidade pelas desvantagens das limitações corporais do indivíduo, para a incapacidade da sociedade de prever e ajustar-se à diversidade (Oliver cit in Medeiros e Diniz, 2004). Este modelo incentivou a sociedade a adotar uma abordagem integrada na prestação de serviços, e como resultado, as pessoas com incapacidade tornar-se-iam habilitadas, permitindo-lhes ser membros participantes na sociedade (Rieser, 2008).

O modelo social de saúde não dispensa a aplicação da medicina, mas considera que o modelo médico não é mais do que uma pequena parte de um todo mais abrangente que afeta a saúde. Em suma, este modelo assume a perspetiva positiva da saúde e dá grande ênfase a estratégias de intervenção multifatoriais, com vista à melhoria das condições de vida e de saúde das pessoas (Carvalho, 2006).

À semelhança da criação da CID foi necessário criar uma classificação complementar, que se ajustasse ao modelo social, focando-se na funcionalidade. Neste seguimento, foi criada e aprovada a “Classificação Internacional de Funcionalidade” (CIF), em 2001. A CIF é baseada numa abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais, com o objetivo de fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde, permitindo a uniformização dos serviços de saúde, a comparação de dados entre países e o acompanhamento dos mesmos no tempo (Bampi et al., 2010). Esta propõe-se a retratar os aspetos de funcionalidade, incapacidade e saúde das pessoas, trazendo pela primeira vez a incorporação dos aspetos ambientais (Bampi et al., 2010).

#### **4. Intervenção do Terapeuta da Fala em Demências pelo Modelo Social**

A área de terapia da fala tem sido diligente no esforço de reabilitar, melhorar e compensar as dificuldades de linguagem e de comunicação. Desta forma, têm-se verificado grandes mudanças na forma de atuação dos terapeutas da fala em perturbações da linguagem e da comunicação (e.g. afasias e associadas a demências), sobretudo devido ao surgimento do modelo social, o qual, como referido anteriormente, se centra na perspetiva da pessoa enquanto pertencente a uma comunidade e não da pessoa como indivíduo. Assim, a terapia da fala, à semelhança de outras áreas, estabelece, nestes casos, uma ponte para a vida social do indivíduo, habilitando-o socialmente (Leal, 2009). Tendo em conta que o modelo social se baseia na premissa que a aquisição da linguagem se deve às práticas discursivas, às interações sociais que dão sentido ao comportamento e à própria linguagem dos indivíduos, o objetivo do terapeuta da fala é proporcionar ao indivíduo o acesso à comunicação (Silva e Cintra, 2010).

A comunicação cumpre dois objetivos primários: providencia a troca de informação e oferece interação social (Kagan cit in Hollinger, 2009). Uma intervenção tradicional de terapia da fala preocupa-se somente com o primeiro objetivo, a troca de informação no ato comunicacional. Já uma intervenção mais socialmente motivada foca-se tanto na troca de informação, como na colaboração de parceiros de comunicação que preenchem os critérios de uma interação comunicativa. Satisfazendo os dois objetivos do modelo

social, reduzem-se substancialmente as consequências de uma perturbação da comunicação e ajuda-se a promover o uso da mesma em contextos sociais mais autênticos (rotinas do dia-a-dia). A intervenção nas rotinas de vida diária promove uma resolução de problemas e torna mais flexíveis os indivíduos, que de certa forma são rígidos e desorganizados nos seus problemas do quotidiano. Nesta abordagem são utilizadas estratégias que exploram a linguagem residual do paciente, bem como as habilidades cognitivas não linguísticas para que a comunicação seja bem-sucedida. (Simmons-Mackie cit in Hollinger, 2009, Herbert et al. cit in Peach, 2001 e Ylvisaker et al. cit in Chapey, 2001).

Desta forma, alguns dos objetivos do terapeuta da fala nesta área poderão ser: promover e manter a comunicação funcional, reabilitar as pessoas nos aspetos comunicativos para serem integrados na família e na sociedade, criar intenção comunicativa, reorganizar os processos cognitivos e comunicativos, reduzir o impacto social, inibir o comportamento comunicativo anómalo, criar estratégias para estimular a comunicação através de diferentes modalidades de comunicação (e.g. fala, gestos e escrita) e proporcionar e expandir as oportunidades de interação (Ramírez e Matiz, 2009). Neste seguimento, muitos terapeutas da fala têm começado a valorizar os problemas da qualidade de vida e a seguir novas práticas que não se focam só na doença mas que procuram o tratamento funcional da comunicação e atuam também no seu impacto psicossocial (Kagan cit in Hollinger, 2009).

Alguns do trabalho do terapeuta da fala passa, como referido anteriormente, pelo envolvimento não só dos pacientes mas também dos seus parceiros comunicacionais. Desta forma, podem ser desenvolvidas ações de (in)formação dirigidas aos familiares (cuidadores informais), amigos e profissionais de saúde (cuidadores formais) que lidam com as pessoas com demência com o objetivo de os alertar para a existência de estratégias/técnicas que facilitam e tornam a comunicação mais funcional e/ou simplesmente informar sobre a patologia. Os familiares são os que sentem com mais intensidade a doença porque têm de lidar com as mudanças, sendo um fator de *stress* e sobrecarga emocional (Egan et al., 2010). Pesquisas anteriores relatam que os cuidadores percebem a comunicação como sendo problemática em todas as fases da doença, afetando a qualidade do seu relacionamento (Clark, Richter et al., Orange et al.,

Hendryx-Bedalov, Small et al. cit in Small e Gutman, 2002). A comunicação pobre entre o cuidador e o idoso pode levar a conflitos de relacionamento, *stress*, depressão em ambos os indivíduos, isolamento e aumento do risco de institucionalização precoce (Egan et al., 2010 e Williamson e Schulz, Small et al., Steeman et al., Orange e Colton-Hudson cit in Small e Gutman, 2002).

Mais do que informar é necessário atuar diretamente nos parceiros comunicacionais e deste modo desenvolver uma intervenção baseada numa abordagem ambiental, isto é, uma intervenção individualizada e personalizada para os cuidadores e familiares, onde são adotadas práticas para melhorar a comunicação verbal (Egan et al., 2010). São utilizadas as estratégias comunicativas mais eficazes consoante as necessidades individuais, ajudando a pessoa com demência a conseguir manter o melhor nível possível de funcionalidade em casa (conversação, usar o telefone e o quarto de banho, localizar um item, preparar refeições, entre outros), a ter oportunidades de participar em conversas significativas e a experimentar sucesso e melhorar a autoestima (Egan et al., 2010).

Nesta abordagem podem ser utilizados também livros de memória/história de vida e filmagens. Os livros de memória contêm fotografias dos familiares, imagens de locais importantes para a pessoa, frases e tópicos de conversação (Burgio et al., 2000). Estes livros podem ser utilizados pelos familiares e pelos cuidadores para fornecer estímulo, aumentar a precisão das suas conversas e diminuir a ambiguidade e repetitividade (Bourgeois e Bourgeois e Mason cit in Burgio et al., 2000). As filmagens têm o objetivo de observar e analisar o desempenho dos familiares ou dos cuidadores nas interações estabelecidas, identificando potenciais problemas (Burgio et al., 2000). Desta forma é possível fornecer um *feedback* direto e específico sugerindo formas práticas da maximização das habilidades (Burgio e Stevens, Daniels cit in Burgio et al., 2000). As filmagens permitem também que os familiares ou os cuidadores façam uma autoavaliação das suas performances, uma vez que o autorrelato nem sempre coincide com o real uso das estratégias (Small e Gutman, 2002). O sucesso desta abordagem depende da receptividade dos familiares ou dos cuidadores para aprender novas habilidades, e depende da capacidade dos formadores para os motivar a manter essas habilidades (Burgio, Burgio e Scilley, Burgio e Stevens, Stevens et al. cit in Burgio et al., 2000).

*O Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA)* é um programa desenvolvido com base na funcionalidade comunicativa dos indivíduos por Aura Kagan, em 2001, no Canadá. Foca-se principalmente nos parceiros comunicativos que podem saber pouco sobre a doença e estar pouco familiarizados com as ferramentas de comunicação, focando-se somente na transação da mensagem. Neste contexto, pode-se desenvolver uma história de insucessos e de perdas de interação, que resultam no aumento dos sentimentos de frustração e isolamento (Alarcon & Rogers cit in Hollinger, 2009).

O SCA é consistente com dois dos objetivos principais da comunicação: favorecer a troca de informação e providenciar interação social. Este programa defende o treino da pessoa com afasia e do seu parceiro, fornecendo técnicas que incorporam e usam múltiplas modalidades de comunicação (e.g. linguagem oral, gestos, escrita e desenho) (Hollinger, 2009). Quando este treino se torna eficaz, os parceiros de comunicação tendem a participar nas conversas ao invés de confrontar estas pessoas pelo seu desempenho (Mark Ylvisaker et al. cit in Chapey, 2001). O Instituto de Afasia (*Aphasia Institute*) em Toronto, revelou algumas estratégias, detalhadas no anexo 2.

## **5. Terapia de grupo**

### *i. Terapia orientada para a comunicação*

Recentemente, os profissionais de saúde têm reconhecido que a terapia de grupo oferece oportunidades às pessoas com demência que diferem substancialmente das experiências comunicativas que têm no seu dia-a-dia (Elman e Holland cit in Simmons-Mackie et al., 2007). A terapia de grupo orientada para a comunicação, mesmo em estados avançados de demência, traz vários benefícios para os pacientes, pois promove a comunicação funcional e providencia oportunidades de interação social num ambiente estruturado e suportado (Ripich e Horner, 2006 e Elman, 2007). Um ambiente de grupo estimula a interação entre membros, melhorando competências pragmáticas como por exemplo: *turn-taking*, iniciar tópico e aumentar as funções comunicativas ou atos de fala (Davis cit in Elman, 2007). Fomenta, também, amplas oportunidades de comunicação em tarefas mais naturais, aumentando a probabilidade de generalização dos ganhos do tratamento para contextos diferentes (Green et al. cit in Elman, 1982). A terapia de

grupo pode também, indireta ou diretamente, melhorar funções cognitivas individuais, promovendo um ambiente de suporte em que a comunicação é encorajada e modelada pela terapeuta ou até, mais importante, pelos pares (Hermann et al. cit in Elman, 2007). Este tipo de meio incentiva a improvisação de linguagem em oposição à dependência de modelos de aprendizagem (Elman, 2007). Por último, é uma forma eficaz e acessível de fornecer tratamento em comparação com a terapia tradicional (Aten et al. cit in Elman, 2007).

A terapia de grupo, como explicado anteriormente, garante um ambiente mais natural e facilita a interação entre pessoas do grupo. Porém, apesar de todo o cuidado utilizado para estabelecer um diálogo efetivo e natural, não se pode negar a eventual existência de uma certa artificialidade no acompanhamento clínico, como a utilização de agenda, o álbum de retratos, a interação com a família, entre outros, que ocorrem em função do espaço físico utilizado para as sessões de reabilitação. Entretanto, todos esses procedimentos artificiais apresentam a finalidade de conhecer cada vez mais o sujeito, para, assim, poder construir diálogos mais espontâneos (Silva e Cintra, 2010).

Yamaguchi et al. (2010) resumiram em cinco princípios como se deverá processar a reabilitação das pessoas com demência, podendo-se estabelecer uma ponte para a terapia de grupo: 1) deverá ser agradável e com atividades confortáveis numa atmosfera de aceitação; 2) com atividades associadas à comunicação empática de duas vias entre o terapeuta e o paciente, bem como entre os pacientes; 3) os terapeutas deverão louvar os pacientes para melhorar a motivação; 4) os terapeutas deverão tentar oferecer a cada paciente um papel social que tira proveito das suas habilidades; 5) as atividades deverão ser baseadas na aprendizagem sem erros para garantir um ambiente agradável e para manter a dignidade dos pacientes.

Em contraposição à terapia de grupo, existe a terapia individual que permite ao terapeuta desenvolver atividades individualizadas e estruturadas para manter a comunicação viável o máximo de tempo possível. São ensinadas à pessoa com demência técnicas para compensar os seus *deficits* de memória. Algumas atividades têm como base a orientação, a procura de palavras (circunlóquios), a nomeação e a evocação. Estas técnicas ajudam também em novas aprendizagens. Neste tipo de terapia não é feito o treino do cuidador, mas este pode observar a sessão. A sua presença na

sessão pode ser benéfica porque desta forma o cuidador compreende os objetivos estabelecidos e compreende as estratégias utilizadas para os alcançar (Ripich e Horner, 2006). De seguida, serão apresentados alguns tipos de intervenção em grupo, em pessoas com demência.

### *ii. Terapia de Orientação para a Realidade*

A terapia de Orientação para a Realidade (OR) visa uma reaprendizagem da informação sobre orientação de modo a melhorar o sentido de controlo e de autoestima (Guerreiro, 2005). A OR ajuda as pessoas a lembrarem-se de factos sobre si e sobre o seu ambiente e pode ser aplicada de modo informal, tanto individualmente como em grupo (Douglas et al., 2004). Neste tipo de terapia, as repetições são utilizadas para auxiliar a reaprendizagem e a reorientação, bem como é reforçado o sucesso dos pacientes para que a atenção e o bom humor sejam mantidos (Camara et al., 2009). Alguns autores afirmam que a OR relembra os participantes da sua deterioração cognitiva e encontraram uma percentagem de pessoas em que houve uma alteração negativa no humor, pois experienciavam sentimentos de frustração (Douglas et al., 2004).

### *iii. Terapia de Validação*

A Terapia de Validação (TV) foi desenvolvida como resposta à insatisfação com os resultados da terapia da OR, e tem como objetivo ouvir o que a pessoa com demência está tentar comunicar sobre os seus sentimentos. Tem a finalidade de se estabelecer um diálogo e de validar o que foi dito ao invés de se corrigir potenciais erros de orientação (Kindell e Griffiths, 2006). A TV visa possibilitar o alívio de desconfortos emocionais e de conflitos relacionais, bem como o aumento da atenção do paciente, o aumento de autoestima e o envolvimento do paciente no contexto social natural (Camara et al., 2009). Esta técnica pode ser utilizada individualmente ou em grupo e algumas das estratégias utilizadas neste programa são: escuta reflexiva, exploração, conforto e aceitação (Camara et al., 2009).

*iv. Terapia de Reminiscência*

A Terapia da Reminiscência (TR) tem como objetivo ajudar pessoas com demência a reviver as experiências do passado, especialmente quem consegue retirar algum significado positivo das suas vivências (Douglas et al., 2004). As reminiscências criam novos sentidos para o passado e permitem a continuidade do sujeito, possibilitando a conversação e orientação para o presente. Desta forma, o facto do paciente recordar os acontecimentos passados permite que ele se oriente no tempo. À lembrança do passado, deu-se o nome de reminiscência simples, enquanto a reminiscência informativa é a que ocorre quando se conta uma história a respeito de eventos sucedidos (Camara et al., 2009). A TR pode ser aplicada em sessões individuais e em grupo e em estados mais avançados da doença. São utilizadas nesta terapia canções antigas, cartas, filmes, revistas, fotografias, discos, entre outros (Camara et al., 2009). A TR foi considerada por muitos autores como fator desencadeante de *stress* e angústia (Camara et al., 2009).

## **II- ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO**

### **1. Objetivo do estudo**

Pretendeu-se compreender quais as estratégias comunicativas que favorecem a interação em grupos de conversação de pessoas com demência. Os objetivos específicos são: 1) verificar quais são as estratégias aplicadas com maior frequência a grupos de conversação de pessoas com demência; 2) verificar se existem algumas estratégias que são aplicadas com maior frequência a um determinado perfil comunicativo em grupos de conversação de pessoas com demência; 3) verificar se existem variáveis que influenciam a aplicação de estratégias em grupos de conversação de pessoas com demência.

### **2. Tipo de estudo**

O presente estudo é qualitativo, de carácter fenomenológico porque tem como finalidade a compreensão de um fenómeno (acontecimento), ou seja, a análise da interação entre os participantes em sessões de terapia comunicativa para pessoas com perturbação da comunicação associada a demência. Uma vez que o estudo deste fenómeno implica a participação de pessoas não interessou só saber como ele ocorreu, mas também de que forma os participantes ajudaram no processo e como isso influenciou o seu comportamento.

Existem alguns critérios que caracterizam um estudo qualitativo na área das ciências da saúde (Damico e Simmons-Mackie, 2003, Turato, 2007 e Bryman e Spradley cit in Damico e Simmons-Mackie, 2003), sendo que todos estes foram respeitados: 1) A pesquisa qualitativa é orientada para os fenómenos sociais, sendo que na área de terapia da fala incide sobre a comunicação humana e social; 2) É necessário que o ambiente em que ocorre a observação seja natural e sem o controlo das variáveis; 3) Está contido nos termos “recolha sistemática”; 4) O observador é o instrumento de pesquisa, usando os seus órgãos de sentido para apreender os objetos em estudo, sendo um estudo de carácter indutivo; 5) O pesquisador pode ajustar os métodos da recolha de dados para atender às necessidades da pesquisa, em qualquer momento específico.

Para esta análise foi necessária a observação direta dos participantes utilizando como meio de recolha de dados os registos de sessão. Através destes registos foi feito um estudo sistemático dos comportamentos observados. Este trabalho resume sob a forma de narrativa os dados obtidos. A sua análise é indutiva uma vez que a investigadora não tinha conceções predefinidas antes do estudo, registando unicamente os comportamentos que observou e considerou mais importantes para responder aos objetivos do trabalho. A sua amostra foi selecionada intencionalmente (amostra por conveniência) para que representasse o que se pretendia descrever. A descrição deste estudo foi realizada até à exaustão, ou seja, até quando se observou que não se iriam levantar mais dados novos que fossem relevantes para a pesquisa. Este momento é denominado pelos autores de saturação teórica (Fortin, 1999).

### **3. Participantes**

Para a caracterização da amostra foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão para que os participantes pudessem pertencer aos grupos de conversação estabelecidos. Desta forma, como critérios de inclusão consideraram-se: qualquer tipo de demência diagnosticada; qualquer grau de demência instalado e o desejo de ser incluído. Como critérios de exclusão consideraram-se: comportamentos disruptivos ou agressivos e ausência total de motivação em participar. Sendo assim, a amostra total de participantes foi de 10 idosos com demência inscritos no Centro de Dia. Na tabela 1 (exposta abaixo) são apresentadas as características sócio-demográficas da amostra em estudo.

Os pacientes em causa residem na área metropolitana do Porto e vivem acompanhados dos seus cônjuges ou dos seus filhos. Muitos apresentam vários antecedentes médicos desde hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes, osteoporose, *deficits* auditivos e visuais, incontinência urinária, insuficiência cardíaca e depressão. Entre a medicação mais comum encontram-se os medicamentos para o sistema nervoso central, os antidepressivos, os ansiolíticos, os antiepilépticos, os antipsicóticos, os anti-infecciosos e os anticoagulantes. Nenhum dos pacientes tem restrições em relação à alimentação.

Tabela 1 – Caracterização sócio-demográfica da amostra

	<b>Sexo</b>	<b>Idade</b>	<b>Ocupação</b>	<b>Demência</b>	<b>Evolução</b>
<b>F.T.</b>	M	81 A	Eletricista	Alzheimer	6 A
<b>C.S.</b>	F	84 A	-----	Alzheimer	4 A
<b>M.P.C.</b>	F	56 A	-----	Não especificada	5 A
<b>M.C.</b>	M	84 A	Administrador	Não especificada	3 A
<b>S.G.</b>	M	90 A	Canalizador	Senil	3 A
<b>M.S.</b>	M	70 A	Administrador	Frontotemporal	6 A
<b>C.F.</b>	F	76 A	Dactilógrafa	Alzheimer	5 A
<b>A.T.</b>	M	75 A	Gerente	Mista	3 A
<b>M.E.</b>	F	74 A	Secretária	Corpos de Lewy	-----
<b>M.</b>	F	89 A	Operária fabril	Não especificada	2 A

Os resultados da avaliação do estado mental e a avaliação de enfermagem revelaram que um grande número de pacientes encontrava-se num estado vígil, calmos, colaborantes e desorientados no tempo e no espaço. Possuíam uma autonomia moderada, grandes *deficits* de memória, as emoções estavam presentes, cumpriam ordens simples, tinham reduzida iniciativa mas de fácil contacto e não tinham limitações de locomoção. Em relação à comunicação todos têm a fala preservada, sendo capazes de se expressar oralmente, embora existam três pacientes que têm um discurso muito vago e incoerente. Já em relação à escrita e à leitura, os mesmos três pacientes não têm estas capacidades preservadas.

#### 4. Recolha de dados

O estudo realizou-se pelo período de 6 meses (Fevereiro de 2011 a Julho de 2011) num Centro de Dia para pessoas com demência do norte do país. Foram realizadas sessões de grupo com periodicidade semanal e com duração de uma hora, num total de 12 horas.

Foi elaborada uma declaração de consentimento informado institucional (aprovado em reunião de Comissão de Apoio Executivo do Centro de Dia) acompanhada de uma carta de apresentação e explicativa do estudo (ver anexo 3). Nestes documentos encontrava-se um breve enquadramento teórico referente ao trabalho do terapeuta da fala com

demências, o tema e os procedimentos do estudo, assim como a garantia de que não haveria qualquer risco para a saúde ou bem-estar dos participantes e a confidencialidade dos dados, dando a possibilidade de suspensão do estudo em qualquer momento sem prejuízos individuais ou institucionais. Foram recolhidas as histórias clínicas e os dados sócio-demográficos dos participantes que constavam nos processos dos pacientes do Centro de Dia (ver anexo 4). Estes processos englobavam além dos dados pessoais fornecidos pelos representantes legais, as avaliações realizadas pelas várias valências que existem no Centro (enfermagem, terapeuta ocupacional e psicologia).

A determinação dos comportamentos comunicativos iniciais (*baseline*) foi realizada através da grelha de observação de interações de *Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects of Language* (ver anexo 5). Este protocolo tem como objetivo a análise dos atos de fala (uso de enunciados para realizar uma ação como informar e ordenar) (Halliday cit in Modesto, 2006), através da observação do contexto natural, espontâneo e não estruturado de interação (Prutting & Kirchner, 1987). Foi desenvolvido para fornecer um índice global de comunicação para crianças em idade escolar, adolescentes e adultos em interação comunicativa.

Para o estudo dos comportamentos observados (fenómeno) foram utilizados registos de sessão, onde foram anotados todos os aspetos que ocorreram durante as interações do grupo como: os participantes, relatos de fala, a aplicação das estratégias, e os seus efeitos e reflexões. É de salientar que inicialmente houve alguma dificuldade para registar os dados observados, sendo que se verificou uma melhoria da qualidade dos registos por se ter adquirido conhecimento sobre quais os aspetos que se deveriam ter em atenção. Foram delineados vários parâmetros de trabalho: organizar os grupos de conversação; avaliar as interações; estabelecer atividades e definir estratégias comunicativas. O tipo de intervenção realizada foi terapia de grupo orientada para a comunicação, como referido anteriormente. Pretendia-se que não fosse baseada nos erros ou nas competências mais afetadas como acontece numa terapia individual. Logo, a terapia de grupo permite que se utilize esta filosofia mais facilmente e assim explorar as capacidades que as pessoas com demência ainda têm preservadas.

Foi necessário organizar os grupos de conversação, sendo que a amostra foi intencionalmente escolhida pois foram selecionados os pacientes que poderiam fazer parte destes grupos através de critérios citados anteriormente. Além das pessoas com demência, os grupos teriam também facilitadores (papéis desempenhados por terapeutas da fala e por estagiários de terapia da fala).

Os facilitadores de grupo devem fazer uma escuta ativa e reconhecer as mensagens subjacentes, observar e guiar, clarificar e modelar. O facilitador principal será o elemento que tem a responsabilidade de controlar a localização dos membros do grupo na mesa, de explicar a natureza e o objetivo do grupo, de fazer mediação, e de preparar as atividades e selecionar os tópicos. Por sua vez, o co-facilitador apoia o facilitador no uso das diversas estratégias, nomeadamente nas que necessitam de maior proximidade física. A localização dos membros do grupo na mesa também foi determinada para que os pacientes com *deficits* de atenção mais acentuados estivessem sentados ao lado do facilitador ou co-facilitador de grupo. Em relação ao espaço, as sessões de grupo foram realizadas numa sala ampla, com pouco ruído visual e auditivo e com mesas redondas de modo a facilitar a comunicação entre todos os elementos.

Foi fundamental estabelecer quais as atividades e/ou de temas de conversação que seriam mais apropriadas tanto para a patologia em causa como para a idade dos pacientes. Estas foram selecionadas com base na avaliação inicial do grupo, no facto de que deveriam ser potenciadoras das conversas e das interações e nos programas de intervenção referidos no capítulo de Terapia de grupo, que referem as tarefas de reminiscência e de imaginabilidade. As tarefas escolhidas visam criar um ambiente sem erros, de forma a não expor os pacientes negativamente nem de os inibir. Alguns dos materiais utilizados durante as atividades realizadas em sessões de terapia de grupo foram: papel, marcador preto, imagens, fotografias, revistas, jornais e objetos.

Teve ainda que se determinar também quais as estratégias comunicativas que se iriam utilizar nas sessões de terapia de grupo, sendo que algumas estratégias observadas nas sessões foram recomendadas pela literatura já existente e outras surgiram de forma intuitiva. A análise e descrição deste parâmetro serão abordadas no capítulo seguinte.

### III- ANÁLISE E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

#### 1. Avaliação

A avaliação preliminar com a *checklist Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects of Language* teve lugar na sala de estar do Centro e ocorreu durante 25 minutos. Os 7 pacientes, presentes nesse dia no Centro, encontravam-se sentados nos sofás com alguma proximidade entre eles, juntamente com os cuidadores formais que os supervisionavam. Foi mantido o ambiente natural, não excluindo os cuidadores formais da avaliação e não havendo interferência da parte da investigadora. Os dados recolhidos sobre as interações estabelecidas entre os próprios pacientes e os pacientes e os cuidadores formais foram registados na folha de registo da grelha.

Antes de iniciar a pesquisa a investigadora colocou algumas questões: Que limitações têm estas pessoas na comunicação?; Será que se encontra tão afetada ao ponto de não se conseguir interagir? Para responder às duas questões a investigadora achou necessário fazer uma avaliação que tinha como objetivo caracterizar os comportamentos comunicativos do grupo, identificando quais as competências mais afetadas. O resumo da análise dos resultados obtidos encontra-se exposto no anexo 6.

Respondendo à primeira questão - Que limitações têm estas pessoas na comunicação? – averiguou-se que existiram *deficits* tanto na expressão como na compreensão do discurso dos pacientes. Foram verificadas lacunas na comunicação entre os cuidadores formais e os pacientes. Algumas vezes não foram obtidas respostas concretas às questões efetuadas pelos cuidadores formais como é descrito no exemplo 1 do anexo 6, outras vezes foi transmitida demasiada informação de uma vez, dificultando ao paciente a compreensão do discurso, como se verificou no exemplo 2 do anexo 6.

Em resposta à segunda questão - Será que se encontra tão afetada ao ponto de não se conseguir interagir? - considerou-se, que mesmo com as falhas de comunicação verificadas, a interação foi possível. Foram registados vários exemplos de interação sendo que houve um considerado particularmente interessante. Aquando da distribuição do lanche da manhã (bolos feitos por um cuidador formal) foi perguntado à paciente

C.S. se queria comer um bolo, o que ela respondeu “Não, que eu não quero morrer cedo!” o que originou uma gargalhada geral de todos os presentes até dos pacientes que demonstravam ser mais retraídos. Verificou-se também a utilização de algumas estratégias por parte dos cuidadores formais (consciente ou inconscientemente) que facilitaram a interação positiva com os pacientes como é demonstrado nos exemplos 1 e 3 do anexo 6 através da utilização de duas estratégias de comunicação (usar frases simples e curtas e fazer questões fechadas). Através da observação deste tipo de comportamentos colocou-se a questão de investigação que vai de encontro ao objetivo do estudo – Quais são as estratégias mais eficazes? – à qual se tentou obter uma resposta.

## **2. Análise do conteúdo dos registos**

A análise do conteúdo dos registos passou por vários processos (ver anexo 7). Numa primeira abordagem fez-se a leitura de todos os registos para uma compreensão global do conteúdo, identificando e sublinhando os parâmetros que se consideraram mais importantes para o estudo: estratégias que envolvessem a modificação dos comportamentos linguísticos ou características ambientais como forma de acomodar as necessidades comunicativas da pessoa com demência (Small e Gutman, 2002).

Percebeu-se que para reconhecer as estratégias utilizadas este tipo de método não tinha sido o melhor, porque obrigava quase a uma segunda leitura integral do texto, tornando o processo mais demorado. Desta forma, alterou-se o processo de análise e todas as estratégias que tinham sido registadas foram alistadas de lado na folha. Assim, conseguiu-se verificar rapidamente quais as estratégias usadas e com que frequência. Ao longo deste processo verificou-se, igualmente, que tão importante como registar as estratégias seria escrever o objetivo para qual elas foram utilizadas, ou seja, qual a competência que estimulavam. Começou-se, então, a realçar no lado direito da folha a estratégia e a competência que promovia. Como já existiam muitos dados salientados voltou-se a alterar o processo de análise e atribuiu-se uma cor a cada competência, escrevendo a estratégia que a promovia dessa cor. Depois destas alterações não foram realizadas mais mudanças para a análise do conteúdo porque a investigadora considerou ser a forma mais indicada para examinar as estratégias: além de se conseguir

discriminar rapidamente quais as que foram aplicadas, conseguiu-se contabilizá-las e saber que competência facilitavam. É de realçar que as estratégias cujo objetivo era semelhante foram agrupadas e classificadas por categorias sendo que este processo também sofreu alterações, como será explicado no subcapítulo seguinte.

### **3. Estratégias comunicativas**

As estratégias são mecanismos utilizados para minimizar as dificuldades sentidas na comunicação, melhorando a eficácia comunicativa, tanto na compreensão como na expressão (Egan et al., 2010). Algumas estratégias observadas nas sessões foram retiradas de bibliografia já existente e outras surgiram de forma indutiva, como referido anteriormente.

#### *i. Categorização das estratégias*

Para facilitar a descrição das estratégias utilizadas fez-se o enquadramento destas em áreas gerais. Para isso, foi essencial responder à questão – Porque é que foram aplicadas? Verificaram-se respostas semelhantes a esta questão que permitiram agrupar as estratégias em 5 categorias diferentes, que foram definidas de acordo com o objetivo para o qual foram aplicadas e que se decidiu denominar como “compreensão”, “atenção”, “expressão”, “motivação” e “organização/planeamento”.

Para se conferir a clareza das categorias definidas estas foram colocadas à consideração de um painel de três especialistas. As respostas foram unânimes quanto à ambiguidade da categoria organização/planeamento. Algumas das dúvidas suscitadas foram se esta categoria se referia à organização do pensamento ou da sessão. Posteriormente verificou-se que as estratégias incluídas nessa categoria poderiam ser distribuídas pelas outras categorias, continuando a responder à questão inicial relativa ao motivo do uso da estratégia Permaneceram 4 categorias finais – “compreensão”, “expressão”, “atenção” e “motivação”.

*ii. Estratégias intuitivas e não intuitivas*

Durante a observação das sessões verificou-se que houve uma melhoria do desempenho das facilitadoras quanto à aplicação de algumas estratégias e quanto à postura dentro do grupo. Este comportamento levantou duas questões à investigadora: Será que existem estratégias mais fáceis de aplicar que outras? Será que é preciso treino para ser uma boa facilitadora? De uma forma geral, no início das sessões as facilitadoras apresentavam uma postura rígida, quase de chefia o que tornou as sessões demasiado estruturadas e pouco naturais, parecendo que se estava a praticar uma entrevista. As questões realizadas foram quase sempre para testar conhecimento, foram dadas poucas oportunidades ao grupo de se expressar e tentaram nunca se desviar do objetivo que tinham traçado para a sessão. Quando à aplicação das estratégias verificou-se que no início houve dificuldade na aplicação de determinadas estratégias, como por exemplo: na estratégia denominada pausa (estratégia utilizada para fornecer tempo para a formulação da frase) muitas vezes as facilitadoras tinham um comportamento contrário ao necessário respondendo ou terminando as frases pelos pacientes. Tal como esta estratégia, existiram outras que serão analisadas no subcapítulo Aplicação das estratégias.

Respondendo à primeira questão colocada pela investigadora - Será que existem estratégias mais fácil de aplicar que outras? – pôde considerar-se que sim. Este parâmetro é subjetivo, uma vez que para umas pessoas pode ser fácil a utilização de determinada estratégia e para outras não. Este aspeto está muito relacionado com as características intrínsecas das facilitadoras, por exemplo: a co-facilitadora falava naturalmente depressa, sendo que teve mais dificuldade em adequar o seu ritmo de fala; já a facilitadora tinha dificuldades na reformulação dos enunciados. Existem, então, estratégias que são consideradas mais naturais e espontâneas para determinadas pessoas dependendo do *background* da facilitadora que as aplica.

Respondendo à segunda questão - Será que é preciso treino para ser uma boa facilitadora? – e como já referido anteriormente, houve uma melhoria do desempenho das facilitadoras. Este foi possível devido à experiência adquirida ao longo de algumas sessões e à ajuda das monitorizações e discussões sobre as sessões com a docente

supervisora. Desta forma, verificou-se que o uso das estratégias consideradas mais difíceis de se utilizar tornou-se mais automático. Foi considerada a sua automatização quando se verificou que as facilitadoras utilizavam essas estratégias de forma espontânea, não tendo comportamentos artificiais como por exemplo: fazer pausa para pensar no que vão fazer ou adotarem outros comportamentos impulsivos como é no caso da aplicação da estratégia diminuir velocidade do discurso que aumentavam o nível de intensidade vocal.

Recorreu-se, então, à bibliografia para saber se existia alguma referência sobre as dificuldades da aplicação das estratégias comunicativas. Segundo Small e Gutman (2002) existem dois tipos de estratégias: as que são intuitivamente atraentes (mais fáceis de usar) e as que não são intuitivamente atraentes (mais difíceis de usar). Estes autores, consideram que as estratégias mais fáceis de usar (intuitivas) são utilizadas de forma automática e referem o exemplo das estratégias: contacto ocular, os gestos e a repetição. As estratégias mais difíceis de utilizar (menos intuitivas) requerem treino e muitas vezes são usadas de forma consciente como é o exemplo das estratégias: falar devagar, fazer uma questão de cada vez e a pausa. Desta forma, no subcapítulo Aplicação das estratégias, far-se-á referência às estratégias consideradas neste estudo intuitivas ou menos intuitivas.

### *iii. Estratégias universais e não universais*

Através da análise dos registos foi possível verificar que as facilitadoras utilizaram determinadas estratégias, desde o início até ao fim da sessão, aplicando-as em todas as situações e a todos os pacientes. Desta forma foi colocada a questão: Será que existem estratégias que são aplicadas em todas as situações? Verificou-se que estas estratégias não foram utilizadas em resposta a um comportamento, mas para antecipá-lo. Um dos exemplos foi a utilização de frases simples e curtas que preveniu o estado de confusão, ou seja, para não promover esta condição foi necessário utilizar sempre que se dirigia ao paciente, este tipo de estratégia. Pelo contrário, existiram estratégias que foram aplicadas em resposta a um comportamento como foi o caso das questões de dupla escolha que foram utilizadas quando não se obteve uma resposta concreta, a uma questão efetuada anteriormente.

Respondendo à questão colocada inicialmente, confirmou-se que existiram estratégias que foram aplicadas em qualquer situação, de forma a prevenir determinados comportamentos (tendo sido além do exemplo fornecido identificadas mais cinco estratégias). Estas foram denominadas pela investigadora de universais sendo que as outras foram denominadas de não universais. Não se encontrou na bibliografia qualquer referência a este tipo de distinção.

#### *iv. Aplicação das estratégias - Compreensão*

Na categoria denominada “compreensão” foram identificadas 8 estratégias que têm como finalidade facilitar a compreensão do discurso, tal como se descreve de seguida.

##### ***1) Diminuição da velocidade do discurso***

Está incluída no grupo de estratégias menos intuitivas. Observou-se, inicialmente, alguma dificuldade por parte das facilitadoras na adequação do ritmo de fala, uma vez que estas falavam naturalmente rápido. Para isso, e tal como referido anteriormente, foi necessário alguma prática e a realização de auto e heteroavaliação da sua performance com a supervisora. Foram registadas 7 vezes a utilização incorreta desta estratégia o que promoveu um estado de confusão dos pacientes. Foi perceptível que não estava a ser bem aplicada porque os pacientes questionaram o que tinha sido dito, acompanhado de expressão de incompreensão (enrugar da testa e contração dos olhos) ou desviaram o olhar. A pouca prática desta estratégia levou a outro comportamento pouco natural que foi o aumento da intensidade vocal e a prosódia pouco genuína (considerados comportamentos paternalistas). O discurso tornou-se pouco espontâneo e fragmentado.

Esta estratégia encontra-se também incluída no grupo de estratégias universais, que como referido anteriormente, foi utilizada em todas as situações de interação e com todos os participantes. O objetivo da utilização desta estratégia foi facilitar a compreensão do discurso e antecipar comportamentos como o referido anteriormente. Foram registadas 156 vezes a sua utilização correta.

Bayles e Tomoeda (2007) fazem referência à importância desta estratégia. Os danos cerebrais associados à demência resultam numa lentidão do processamento da

informação. Diminuindo a quantidade de palavras faladas diminui-se o acesso à memória de trabalho porque quantas mais palavras se disserem num minuto, mais conceitos tem que se processar (Bayles e Tomoeda, 2007).

## **2) Usar frases simples e curtas**

Esta estratégia foi incluída no grupo de estratégias menos intuitivas e universais. Verificou inicialmente alguma dificuldade das facilitadoras mais a nível da seleção do vocabulário apropriado de forma a enunciar frases simples, do que na adequação do comprimento das frases. Em relação à seleção do vocabulário, o desafio reside em não infantilizar o discurso e em não manifestar um discurso pouco natural. Estas dificuldades foram registadas 6 vezes.

As facilitadoras relataram que as suas dificuldades consistiam na escolha de palavras com conteúdo e de palavras frequentes no vocabulário dos pacientes. Estas necessitariam de utilizar nomes específicos e ter atenção ao uso de palavras gerais (aquilo, ali, ela, entre outras), bem como ter cuidado para não menosprezar as competências da pessoa com demência. Em relação ao comprimento das frases foram registadas 3 vezes a utilização de frases complexas. Estas dificuldades também foram ultrapassadas devido às razões acima citadas. Tal como a estratégia anterior, a não utilização correta promoveu um estado de confusão/incompreensão expresso através de fugas ao contexto, desvio do olhar, questionamento do que tinha sido dito acompanhado de expressão de incompreensão (enrugar da testa e contração dos olhos). Esta estratégia foi utilizada corretamente 158 vezes.

Snowden et al. (2006) confirmam que a comunicação é ideal quando são utilizadas frases curtas e estruturalmente simples. Bayles e Tomoeda (2007) afirmam que é importante a utilização de palavras com conteúdo. Estas afirmam que estas palavras aumentam o nível de ativação de conceitos relacionados com a sua representação semântica e lexical, proporcionando rapidez no julgamento. Os pacientes com demência apresentam *deficits* em relação à memória episódica, tendo conseqüentemente maiores dificuldades em se lembrarem do que foi dito. Desta forma, as autoras dizem que não se deverão utilizar pronomes utilizando sempre que possível o nome. Estas referem também a importância da utilização de palavras de maior frequência.

M.E. encontrava-se perto da co-facilitadora e da C.S.

Co-facilitadora – *“Ela está muito bonita hoje, não acha? Está muito bem arranjada.”*

C.S. (com défice cognitivo grave) – riu-se *“Eu queria ir lá.”*

Co-facilitadora – *“A M.E. está bonita.”*

C.S. – *“Pois está!”*

### **3) Dar uma informação de cada vez**

Está incluída no grupo de estratégias menos intuitivas e universais. As facilitadoras relataram que quanto à dificuldade na aplicação desta estratégia, naturalmente não necessitam de ter este tipo de cuidado. *“Muitas vezes num diálogo com amigos nem acabamos o que estamos a dizer e passamos para o tópico seguinte, tudo numa só frase.”* Inicialmente, durante a observação estas dificuldades foram notadas devido à informação complexa das frases que realizaram, à artificialidade e fragmentação do discurso que apresentavam. Foi registada 3 vezes a utilização incorreta desta estratégia. Tal como as estratégias abordadas anteriormente, a não utilização correta promoveu um estado de confusão/incompreensão expresso através de fugas ao contexto, desvio do olhar ou de não responder no caso de ter sido colocada uma questão. Os défices de memória presentes deverão ser tidos em conta e poderão explicar a dificuldade em processar muita informação simultaneamente. Esta estratégia foi utilizada corretamente 157 vezes.

De acordo com as autoras Bayles e Tomoeda (2007) quanto maior o número de proposições, mais recursos cognitivos auditivos deve o paciente reunir. Rochon (cit in Bayles e Tomoeda, 2007) observou que o número de preposições afetou a performance de pacientes com demência de Alzheimer. Quando o número de preposições era reduzido as suas prestações foram semelhantes a idosos sem patologia. À medida que se aumentou o número de frases as suas prestações foram significativamente inferiores.

Facilitadora – *“O Senhor quer ir para a sala? Assim pode ver televisão. Ah! Agora não pode ir porque está ocupada. Se quiser vamos para a outra sala conversar um bocado.”*

S.G. (com défice cognitivo ligeiro) não respondeu e desviou o olhar

Facilitadora – *“Não podemos ir para a sala.”*

S.G. – *“Está bem.”*

Facilitadora – *“Vamos para a outra sala conversar.”*

S.G. – *“Vamos.”*

#### **4) Reformulação**

O uso desta estratégia tem como objetivo facilitar a compreensão, ao clarificar uma ideia anteriormente exposta. Encontra-se incluída no grupo de estratégias menos intuitivas e não universais. Foi utilizada quando as facilitadoras de grupo detetaram que os pacientes não tinham percebido o que tinha sido transmitido. Estas compreenderam a incompreensão deles através do desvio do olhar, da fuga ao contexto e do questionamento do que tinha sido dito acompanhado da expressão facial de incompreensão (enrugar da testa e contração dos olhos). Foi registado que esta estratégia além de ter sido aplicada na situação anteriormente apresentada foi utilizada com todos os pacientes.

As facilitadoras relataram, em relação às dificuldades de aplicação desta estratégia, que tinham pouco conhecimento de sinónimos, sendo-lhes difícil explicar o que era necessário recorrendo a outras palavras. Estas dificuldades foram observadas 8 vezes. Foi verificado que as facilitadoras apresentavam um discurso pouco fluente, nestas situações. Dentro do grupo de estratégias menos intuitivas esta foi a que foi considerada pelas facilitadoras como sendo uma das que lhes causou mais dificuldades. Esta estratégia foi utilizada corretamente 15 vezes.

Bayles e Tomoeda (2007) referem-se à utilização desta estratégia, dizendo que mais importante que saber o que é um conceito é compreendê-lo. Assim, dizem que quando um paciente com demência não compreender mesmo depois da utilização desta estratégia a melhor forma para melhorar a compreensão é não sermos condescendentes.

Facilitadora – *“Foi também chamada a revolução dos cravos”.*

M.P.C. (com défice cognitivo ligeiro) – *“O quê?”*

Facilitadora – *“O 25 de Abril foi chamado a revolta dos cravos.”.*

M.P.C. – *“Revolta...”* manifestou expressão de incompreensão

Facilitadora – *“Porque os soldados saíram à rua e meteram flores nas espingardas.”*

M.P.C. – *“Pois é. A minha mãe levava flores para dar às pessoas.”*

Este relato de fala foi um exemplo da incorreta aplicação desta estratégia. De forma a utilizá-la corretamente as facilitadoras poderiam ter pedido ajuda tanto à supervisora como aos próprios pacientes e poderiam ter falado abertamente que não sabiam explicar.

##### **5) Identificar o tópico de conversa**

O uso desta estratégia tem como objetivo facilitar a compreensão do discurso, ao dar uma contextualização do mesmo. Encontra-se incluída no grupo de estratégias menos intuitivas e não universais. Foi utilizada em três situações: 1) sempre que se deu início a uma atividade ou a um tópico de conversa; 2) durante a atividade/tópico de conversa, começando as questões ou afirmações com a palavra-chave que as identifica, de forma a facilitar a permanência no tópico; 3) sempre que se finalizou um tópico e houve mudança do mesmo, diminuindo as perseverações. As facilitadoras aplicaram esta estratégia de três formas: escreveram em letras maiúsculas num papel A4 com marcador preto o tópico abordado; verbalizaram “Vamos falar sobre o Natal” (e.g.); ou os dois em simultâneo. É de salientar que a escrita tornou o processo de conversação menos natural, mas foi necessária para que os pacientes mantivessem o foco de atenção.

Esta estratégia foi considerada menos intuitiva uma vez que se verificou que as facilitadoras tiveram dificuldades na identificação da mudança do tópico. Foram observadas 9 situações em que os pacientes fizeram perseveração do tópico anterior porque as facilitadoras não o identificaram (não escreveram, nem verbalizaram). Mesmo quando as facilitadoras utilizaram corretamente esta estratégia por 11 vezes os pacientes que faziam mais perseverações não foram capazes de se manter no tópico, tendo as facilitadoras que reforçar novamente a mudança de tópico. Foi utilizada corretamente 39 vezes. Verificou-se que favoreceu os pacientes que fazem perseveração do tópico anterior, facilitando a mudança de tópico e mantendo-os na nova conversa.

Esta estratégia é referida pela Associação Americana de Alzheimer (2011) com sendo de importante uso, principalmente durante o tópico de conversa salientando a ideia chave. A identificação do tópico também se encontra entre o programa SCA como

Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de pessoas com demências: estudo qualitativo

demonstrado no anexo 2. O objetivo é fazer passar a mensagem utilizando recurso a pistas visuais, como referido anteriormente.

Facilitadora – *“Vamos falar sobre o Vasco Santana. (pausa) O Vasco Santana era ator?”*

M.E. (com défice cognitivo ligeiro) – *“Sim.”*

M.C. (com défice cognitivo ligeiro) – *“Era cantora.”*

Facilitadora – *“Agora estamos a falar do Vasco Santana.” (pausa) “Da Amália já falamos.”*

M.C. – *“Ah sim, era ator e dos bons!”*

## **6) Sumariar**

Esta estratégia favorece a compreensão porque dá uma oportunidade para reflexão e correção e encontra-se incluída no grupo de intuitivas e não universais. Foi considerada intuitiva porque não foram observadas quaisquer dificuldades na sua aplicação. As facilitadoras utilizaram-na quando se finalizou uma atividade ou um tópico de conversa. Esta estratégia foi dirigida a todos os pacientes. Foi aplicada através de apoio visual (escrita), onde foi realizado um resumo de todas as ideias expostas anteriormente. Tal como na estratégia anterior, a escrita não facilitou o contexto natural, mas deu oportunidade para que se acrescentassem ideias ao tópico de conversa ou fizessem correção das mesmas e favoreceu, também, a finalização do tópico sobretudo para os pacientes que faziam perseveração do tópico anterior. Esta estratégia foi aplicada 22 vezes.

Esta estratégia não se encontra referida nos artigos relacionados com a intervenção em demência. Esta foi adaptada do programa SCA, tal como é demonstrado no anexo 2. Este tipo de estratégia ajuda a revelar a competência dos pacientes, sendo que também é uma forma de verificar se o parceiro comunicativo compreendeu o que foi transmitido (Kagan, 1999).

Facilitadora – *“Vamos ver o que estivemos a falar.” (pausa) “Não se podia namorar na rua.”*

S.G. (com défice cognitivo ligeiro) – *“Isso está mal! Não é aí.”*

Facilitadora – *“Tem razão S.G. enganei-me.” (pausa) “Não é nesta coluna.”*

S.G. – “*É nesta.*”

### **7) Verificação**

Esta estratégia permite a compreensão do discurso através da confirmação da ideia transmitida e encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais. Foi utilizada quando as facilitadoras de grupo não compreenderam totalmente o que foi dito, repetindo o que perceberam para que os pacientes tivessem oportunidade de corrigir. Esta estratégia foi utilizada frequentemente nos pacientes que, devido à anomia, faziam circunlóquios ou nos que tinham um discurso mais incoerente. Foi usada algumas vezes em simultâneo com a escrita quando se registaram as ideias transmitidas no papel. Esta estratégia foi aplicada 13 vezes.

Segundo Small e Gutman (2002) esta estratégia também é muito funcional noutros contextos como em casa, uma vez que se dá oportunidade ao pacientes para exprimirem os seus desejos, confirmando o que ele quer fazer como ir à casa de banho ou comer.

F.T. (com défice cognitivo ligeiro) – “*Ajude-me, ajude-me! Já são horas e eu tenho que ir.*”

Co-facilitadora – “*Está-me a dizer que quer ir embora?*”

F.T. – “*Sim.*”

Facilitadora – “*Quem é esta senhora?*”

M. (com défice cognitivo grave) – “*É a Amália.*”

Facilitadora – “*Muito bem. E o que ela fazia?*”

M. – “*Era...fazia..cantar.*”

Facilitadora – “*Está a dizer que era cantora?*”

M.- “*Sim.*”

### **8) Escrita, Imagens e Desenhos**

Esta estratégia foi incluída em duas categorias: compreensão e expressão. Tem como objetivo facilitar a iniciação e manutenção do tópico, bem como a permanência do foco de atenção, recorrendo a outro tipo de memória – memória visual de imagens/objetos. Foi classificada como uma estratégia intuitiva e não universal. A escrita foi usada pelas

facilitadoras simultaneamente com outras estratégias (sumariar, identificar tópico de conversa e questões dupla escolha) e para salientar as ideias referidas pelo grupo (foram escritas com marcador preto e letra maiúscula as palavras-chave das ideias lançadas pelo grupo). Observou-se que quando as facilitadoras recorreram a esta estratégia alguns pacientes foram acompanhando em voz baixa o que estava a ser escrito e outros leram posteriormente a lista de ideias. As imagens ou fotografias foram utilizadas como pistas visuais nas atividades selecionadas. Verificaram-se duas situações: quando os pacientes reconheciam a imagem faziam observações sobre ela, dirigidas às facilitadoras; quando os pacientes não conheciam a imagem questionavam o parceiro ou parceira do lado sobre quem era ou o que era a imagem que tinham na mão. Não foram usados desenhos. Esta estratégia foi utilizada 21 vezes para todos os pacientes. Mesmo quando as facilitadoras utilizaram corretamente esta estratégia por 6 vezes os pacientes não foram capazes de se manter no tópico fazendo perseveração do tópico anterior ou lançando ideias repetidas.

Segundo as autoras Bayles e Tomoeda (2007) este tipo de pistas visuais promovem um melhor processamento o que pode resultar numa melhor aprendizagem. Alguns estudos referidos pelas autoras demonstraram que em tarefas de reminiscência com apoio visual (imagens ou fotografias) os pacientes foram capazes de participar melhor na atividade do que em tarefas sem qualquer pista, sendo capazes de definir os objetos pelo seu atributo e categoria. Estas pistas são também referenciadas em terapia individual quando o objetivo é melhorar nomeação. As autoras referem que gradualmente tem que se ir reduzindo nas pistas fornecidas, como por exemplo: se o objetivo é que o paciente se lembre do nome de uma enfermeira pode-se inicialmente mostrar a fotografia e o nome escrito. Posteriormente, estas pistas vão sendo retiradas até que o paciente seja capaz de associar a pessoa ao nome sem qualquer pista. Van der Linder e Coytte (cit in Bayles e Tomoeda, 2007) referiram que este tipo de treino é eficaz na aprendizagem de novos factos em pacientes com demência.

#### *v. Aplicação das estratégias – Expressão*

Na categoria denominada “expressão” foram englobadas 8 estratégias que têm como finalidade facilitar a expressão do discurso.

### ***1) Pausa***

Esta estratégia tem como objetivo favorecer a expressão, fornecendo tempo ao paciente para a formulação da frase. Encontra-se incluída no grupo de estratégias menos intuitivas e universais. Observou-se alguma dificuldade por parte das facilitadoras para saber até quando teriam de esperar para obter uma resposta dos pacientes. Inicialmente o tempo fornecido aos pacientes foi bastante curto, sendo que as facilitadoras acabavam por responder ou terminar as frases por eles, o que foi verificado 10 vezes. Para isso, e tal como referido anteriormente, foi necessário alguma prática e a realização de auto e heteroavaliação da sua performance com a supervisora. Reconheceu-se que este tipo de comportamento é considerado paternalista, o que deve ser contrariado. Uma correta aplicação desta estratégia levou a que os pacientes tivessem oportunidade de se exprimir, mesmo sendo, algumas vezes, de forma incoerente. Foram registadas 151 vezes a sua utilização correta.

Os pacientes com demência, devido à idade e à patologia, são mais lentos no processamento da informação. Desta forma, Bayles e Tomoeda (2007) referem que a utilização desta estratégia é muito importante permitindo que os pacientes tenham mais tempo para formular uma frase.

Facilitadora – *“O que leva no saco são ba...”* (pausa)

M. (com défice cognitivo grave) – *“Batatas.”*

Facilitadora – *“Gosta mais de batatas cozidas ou assadas?”* (pausa)

M. – *“Cozidas.”*

(tópico sobre a moeda antiga)

Co-facilitadora – *“Com pouco dinheiro comprava-se muitas coisas.”*

Facilitadora – *“Pois agora já não é assim.”*

Co-facilitadora – *“Sabe como se chamava a moeda antiga?”*

C.F. (com défice cognitivo moderado) – *“Eram os”*

Co-facilitadora – *“Os escudos não é?”*

## 2) *Confrontação com a incoerência*

O uso desta estratégia permitiu a expressão e a recolha de informação mais precisa. Encontra-se incluída no grupo de estratégias menos intuitivas e não universais. Tal como o nome indica a aplicação desta estratégia levou ao confronto da incoerência que os pacientes estavam a transmitir, não de uma forma direta mas “entrando” na sua história (ver exemplo abaixo). Não levou necessariamente a um feedback negativo, uma vez que não foi isso que se pretendeu. Foi classificada como menos intuitiva porque as facilitadoras nem sempre sabiam se a informação transmitida pelos pacientes era verídica como foi o exemplo dos pacientes falarem de familiares que já faleceram como se estivessem no presente. Estas dificuldades foram observadas 5 vezes. Foi verificado que quando as facilitadoras estavam perante um paciente que tinha um discurso muito incoerente mostravam algum desconforto, ou porque não tinham reação, ou porque ignoravam o que tinha sido dito. Depois de alguma prática, de convivência com estes casos e das reuniões com a supervisora estas dificuldades foram ultrapassadas. Posteriormente, quando as facilitadoras não sabiam se a informação transmitida era verdade ou não tomaram-na como verdadeira, uma vez que foi importante tratar os pacientes como adultos.

Esta estratégia foi criada ao longo das sessões devido à necessidade das facilitadoras de saberem concretamente o que os pacientes necessitavam ou de os ajudarem a que a sua contribuição no tema fosse positiva. Foi utilizada 9 vezes e foram sempre dirigidas aos pacientes que apresentavam um discurso incoerente quando interpelados. Em algumas situações, devido à incoerência destes pacientes os restantes participantes manifestaram-se verbalmente dizendo “Ela(e) só diz disparates!” ou com risos, desta forma, as facilitadoras tentaram sempre recolher uma informação mais concreta das incoerências que estavam a realizar para que estes também tivessem uma participação positiva.

(estava muito calor)

C.S. (com défice cognitivo grave) – “*Estou com frio.*” (esfregou os braços)

Facilitadora – “*Quer um casaco?*”

C.S. – “*Não, está calor.*”

(imagem de loureiros)

C.S. – “Eu tenho muitos.”

Facilitadora de grupo – “Tem muitos loureiros no quintal?”

C.S. – “Eu não tenho loureiros.” (riu-se)

### **3) Pistas**

O uso desta estratégia tem como objetivo facilitar a nomeação e a evocação (aptidão para ir buscar à memória semântica conceitos armazenados) através da utilização de pistas verbais como as pistas fonémicas, semânticas e *responsive naming*. Encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais.

Foi classificada como uma estratégia não universal porque foi utilizada num momento específico: quando foi necessário ajudar os pacientes a se exprimirem porque estes apresentavam pausas anómicais. Desta forma, as facilitadoras não disseram por eles o que estes queriam transmitir. Esta estratégia foi aplicada 26 vezes a todo o tipo de pacientes, sendo que não houve não registos de que tivesse sido mal sucedida. Através do questionamento às facilitadoras sobre a eficácia desta estratégia, estas disseram que com a experiência que tinham esta estratégia funcionava bem em terapia individual quando necessitavam que o paciente nomeasse ou evocasse o nome de algum objeto ou imagem. Depois de alguma discussão sobre este tópico conclui-se, também, que esta estratégia não seria muito funcional para o dia-a-dia porque teríamos que saber de antemão a resposta que queríamos que fosse transmitida.

Esta estratégia foi denominada inicialmente como pistas semânticas mas foi alterada porque verificou-se a utilização de outras pistas, como as fonémicas e o *responsive naming* (pistas fornecidas sobre a função do objeto/imagem). Desta forma, a designação desta estratégia foi alterada para uma denominação geral de forma a enquadrar todas as pistas fornecidas em sessão.

Bottino et al. (2002) mencionam a importância de utilização de pistas verbais na intervenção com pacientes demência como um recurso mnemónico que facilita o resgate da informação. Segundo um estudo referido por estes autores aquando da aplicação de pistas verbais e visuais verificou-se uma tendência de melhoria dos aspetos cognitivos em todos os graus de gravidade.

(tópico sobre os namorados)

M. (com défice cognitivo grave) – “*Agora é diferente do nosso tempo...hum...*”

Facilitadora – “*Antes não se podia na...*”

M. – “*Namorar.*”

(alguma confusão na nomeação da imagem)

A.T (com défice cognitivo ligeiro) – “*É...*”

Facilitadora - “*Serve para comer. É uma fru...*”

A.T (com défice cognitivo ligeiro) – “*É uma fruta.*”

Facilitadora - “*É cor de laranja, costuma-se fazer sumo.*”

A.T. – “*É uma laranja.*”

#### **4) Escrita, Imagens e Desenhos**

Tal como explicado anteriormente, esta estratégia encontra-se incluída em duas categorias: expressão e compreensão (ver descrição fornecida na categoria anterior).

#### **5) Questões abertas**

O uso desta estratégia teve como objetivo dar início a um tópico de conversa e permitir mais liberdade, especialmente ao falar de assuntos menos concretos, por exemplo, opiniões, emoções e sentimentos. Esta estratégia encontra-se incluída no grupo de estratégias não universais e intuitivas.

Foi englobada nas estratégias não universais porque foi aplicada quando as facilitadoras quiseram iniciar interação e não tinham necessidade de saber algo concreto, ou seja, deram espaço para que os pacientes respondessem livremente ao que tinha sido perguntado, fomentando a troca de ideias e permitindo a discussão de novos tópicos. Esta estratégia foi aplicada 29 vezes, sendo que por 9 vezes não foi bem-sucedida. Quando as facilitadoras não obtiveram resposta a uma questão aberta ou os pacientes foram incoerentes estas limitaram a opção de resposta colocando uma questão fechada. Verificou-se que das 9 vezes em que esta estratégia não foi bem-sucedida foi aplicada a pacientes que tinham pouca iniciativa, incoerência no discurso e fugiam frequentemente do contexto. No presente estudo a frequência das questões abertas foi bastante superior relativamente a outras 12 estratégias utilizadas.

Esta estratégia não é recomendada pela literatura mas foi utilizada porque foi importante promover a interação e a abertura entre os pacientes. Small e Gutman (2002) referem que as questões abertas encorajam a conversação sobre relações e sentimentos e funcionam melhor para a interação ao contrário das questões fechadas que muitas vezes tornam o discurso pouco natural, dando a perceção de uma entrevista. Tappen et al. (cit in Small e Gutman, 2002) encontraram nos seus estudos várias pessoas com demência que foram capazes de compreender e de responder de forma significativa às questões abertas efetuadas, concluindo que cada estratégia parece ser eficaz quando utilizada num contexto apropriado.

(tópico sobre uma caixa de música)

M.C. (com défice cognitivo ligeiro) – *“A minha mãe pô-la para o lixo.”* (pausa longa)

Co-facilitadora – *“Como se sentiu?”*

M.C. – *“Triste. Chorei muito.”*

(paciente tinha um casaco meio vestido)

Facilitadora de grupo – *“O que quer fazer?”*

C.S. (com défice cognitivo moderado) continuou a mexer no casaco

Facilitadora de grupo – *“Quer vestir ou despir o casaco?”*

C.S. – *“Quero vestir.”*

## **6) Questões fechadas**

O uso desta estratégia permite facilitar a expressão, possibilitando a obtenção de resposta concreta. Esta estratégia encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais. Foi colocada quando foi necessário que o paciente desse uma resposta precisa. Foi aplicada 42 vezes e por 7 vezes esta estratégia não foi bem-sucedida. Tal como a estratégia anterior, quando as facilitadoras não obtiveram resposta, limitaram essa opção colocando uma questão de dupla escolha. Verificou-se que das 7 vezes em que esta estratégia não foi bem-sucedida foi aplicada a pacientes que apresentavam incoerência no discurso e fugiam frequentemente ao contexto.

Segundo os autores Small e Gutman (2002) este tipo de estratégia funciona melhor em atividades de vida diárias quando é necessário saber especificamente o que o paciente

quer, ao contrário das questões abertas “O que quer fazer?” – “Quer ver televisão?” (e.g.).

Facilitadora – “*Quem era o Salazar?*”

M.S. (com défice cognitivo grave) – “*É...é....*” (levantou a imagem do Salazar que tinha na mão)

Facilitadora – “*Tem a imagem do Salazar?*”

M.S. virou a imagem ao contrário

Facilitadora deu-lhe um toque

Facilitadora – “*Tem a imagem do Salazar? Sim ou Não?*”

M.S. abanou a cabeça afirmativamente

### **7) *Questões de múltipla escolha***

Esta estratégia tem objetivo facilitar a expressão através da obtenção de resposta e facilitar a manutenção do tópico de conversa. Encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais. Tal como a estratégia anterior esta foi aplicada quando as facilitadoras tiveram necessidade de obter uma resposta precisa, sendo que só foi aplicada quando a estratégia anterior não funcionou. Foi aplicada 20 vezes e foi sempre bem-sucedida. Esta estratégia foi aplicada aos pacientes que tinham muita incoerência no discurso e fugiam frequentemente do contexto. As questões de múltipla escolha foram, algumas vezes, simultaneamente aplicadas com recurso a dois cartões, sendo que os pacientes apontavam para a resposta que queriam.

Bayles e Tomoeda (2007) referem que todos os estudantes sabem que um teste de múltipla escolha é mais fácil de realizar do que um ensaio porque contém as respostas corretas, precisando só de as identificar. Responder a um ensaio implica um maior esforço na acessibilidade à memória, bem como na formulação de uma resposta correta. O mesmo se passa com os pacientes com demência. As questões de múltipla escolha são consideradas pelas autoras uma forma de preservar a dignidade dos pacientes, ajudando-os na elaboração de uma resposta concreta. Estas referem que as questões de resposta sim e não são as que os pacientes têm maior facilidade em responder.

Facilitadora – “*Com quem ia aos bailes?*”

M. (com défice cognitivo grave) não respondeu

Facilitadora – *“Ia ao baile com o seu irmão ou com a sua mãe?”*

M. – *“Com o meu irmão.”*

Através de alguns relatos de fala registados verificou-se a possibilidade de o paciente responder com a última palavra que foi dita. Esta situação foi transmitida às facilitadoras que tiveram o cuidado ao longo das sessões de começar a questão sempre com a hipótese mais provável de resposta, para que os pacientes não fizessem ecolalias.

### **8) Questões dirigidas**

O uso desta estratégia permite facilitar a expressão, possibilitando a discussão de ideias ou a obtenção de resposta concreta, através da manutenção do foco de conversa. Está incluída no grupo de estratégias não universais e intuitivas.

Durante a análise dos registos foi possível verificar a utilização de dois tipos de questões que não se encontravam referenciadas na bibliografia. De forma a gerar alguma discussão entre os participantes, as facilitadoras lançavam frequentemente questões para o grupo, sendo que os pacientes com maior iniciativa e com maior permanência do foco de atenção foram capazes de participar nessa troca de ideias. Como os restantes não participavam na discussão, frequentemente as facilitadoras lhes dirigiam uma questão para que estes também pudessem contribuir. Estas questões foram denominadas pela investigadora de questões dirigidas ao grupo e questões dirigidas ao indivíduo. A primeira foi aplicada quando as facilitadoras quiseram fomentar a troca de ideias entre os participantes, a segunda quando quiseram que os participantes dessem uma resposta concreta. Simultaneamente com a aplicação das questões dirigidas ao indivíduo foram utilizadas em algumas ocasiões outras estratégias como o toque ou a utilização do nome da pessoa

Estas questões não têm a ver com a forma como são colocadas (como as questões abertas ou fechadas) mas sim a quem se dirigem, porque maioritariamente a questão colocada ao grupo foi igual à questão colocada ao indivíduo. Apenas foi necessário algum estímulo para que o paciente respondesse como: utilizar o nome da pessoa, promover o contacto ocular e o toque físico. Esta estratégia foi utilizada 38 vezes sendo

Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de pessoas com demências: estudo qualitativo

que 23 vezes foram questões colocadas ao grupo e 15 vezes foram questões colocadas ao indivíduo.

Facilitadora - *“Alguém se quer apresentar?”*

S.G. (com défice cognitivo ligeiro) – *“Eu sou o S.G. muito prazer!”*

Facilitadora - *“Muito prazer S.G.”* (pausa) *“Como se chama a senhora?”* (com olhar e corpo dirigido a outro membro do grupo)

M.E. (com défice cognitivo ligeiro) – *“M.E.”*

#### *vi. Aplicação das estratégias – Atenção*

Na categoria denominada “atenção” foram englobadas 4 estratégias que têm como finalidade facilitar a permanência do foco de atenção.

##### ***1) Promover contacto ocular***

Esta estratégia tem como objetivo captar a atenção da pessoa, facilitando posteriormente a compreensão do discurso. Encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e universais. Foi registada a sua utilização 161 vezes.

No artigo apresentado pelos autores Roque et al. (2009) há referência sobre a aplicação desta estratégia. O estudo demonstra a eficácia do treino dos cuidadores, sendo que o contacto ocular encontrou-se entre as estratégias usadas mas não entre as mais utilizadas. Segundo a Associação Americana de Alzheimer (2011) é importante promover contacto ocular de forma a mostrar interesse pelo que a pessoa está a dizer.

Facilitadora – *“Pode-me dar o papel que tem na mão?”*

M.S. (com défice cognitivo grave) murmurou e guardou a folha do bolso

Facilitadora – *“Essa folha é minha!”* com a mão tocou no queixo do M.S. para que este olhasse para ela

M.S. tirou a folha do bolso.

Facilitadora – *“Pode dar-me?”*

M.S. esticou a mão e entregou a folha

## **2) Toque**

O uso desta estratégia tem como objetivo chamar a atenção para o tópico de conversa e transmitir conforto. Encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais. Foi utilizada em duas situações: com os pacientes que devido aos grandes défices de atenção se distraíam mais facilmente e para confortar os pacientes que se mostravam demasiados emotivos. Verificou-se que o toque realizado foi diferente nas duas situações acima referidas. Quando os pacientes estavam distraídos, ou seja, o foco de atenção não era o grupo, mas algo externo foi realizado um toque subtil (no braço, por exemplo) para os chamar de novo para o tópico. Isto fez com que os pacientes desviassem o seu olhar e se focassem novamente no grupo. Quando os pacientes se tornavam emotivos devido ao tópico que se estava a desenvolver foi realizado um toque um pouco mais forte. Foi perceptível que os pacientes ficaram confortados ao saber que tinham alguém que os ouvisse porque a sua expressão facial e corporal alterava-se. Primeiro, mostravam alguma tensão dos músculos faciais e cervicais, bem como um enrugamento dos músculos da testa e depois um relaxamento dos mesmos músculos.

Registou-se também a utilização desta estratégia simultaneamente com outras duas estratégias – utilizar o nome da pessoa e questão dirigida ao indivíduo. Foi necessário ter em atenção se se fazia um recurso excessivo a esta, uma vez que podia causar algum desconforto no paciente por estar sempre a ser chamado a atenção. O toque foi utilizado 26 vezes.

Os autores Roque et al. (2009) afirmam que o toque é uma estratégia importante para chamar a atenção do paciente. De acordo com o estudo que realizaram sobre o treino de cuidadores, esta estratégia encontrou-se entre as mais utilizadas pelos mesmos.

## **3) Repetição**

O uso desta estratégia tem como objetivo chamar a atenção da pessoa e recordar a frase original. Encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais. Foi aplicada quando as facilitadoras de grupo perceberam que foi devido aos défices de atenção ou de memória que os pacientes não responderam adequadamente e não porque não compreenderam a questão. Foi, então, utilizada quando os pacientes desviavam o olhar ou o seu foco de atenção não era o interlocutor. Assim, a questão ou afirmação foi

repetida, reforçando a ideia. Quando se utilizou esta estratégia e continuou a não se obter resposta recorreu-se à estratégia de reformulação. Apesar de ter sido perceptível que no início das sessões as facilitadoras sempre que utilizavam esta estratégia aumentavam a intensidade vocal, esta não foi considerada como menos intuitiva porque rapidamente corrigiram este comportamento. Foi registado que a repetição foi utilizada 21 vezes com todo o tipo de pacientes.

Small e Gutman (2002) referem que quando o paciente tem dificuldade de compreensão de algum aspeto do enunciado deve-se fazer a reformulação do mesmo. No entanto, se o enunciado original é entendido, mas é rapidamente esquecido deve-se utilizar a repetição reforçando o traço de memória do enunciado original. Por vezes, pode não ser imediatamente óbvio qual das situações se verificou: esquecimento ou incompreensão.

Facilitadora – “*Quer vir comer?*”

C.F. (com défice cognitivo ligeiro) desviou o olhar e continuou a andar

Facilitadora deu um toque à paciente

C.F. olhou para a facilitadora

Facilitadora - “*Quer vir comer?*”

C.F. não respondeu

Facilitadora – “Tem fome?”

C.F. – “Sim.”

#### **4) Utilizar o nome da pessoa**

Esta estratégia tem como objetivo estabelecer contacto com os pacientes e chamar a atenção. Está incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais. Esta estratégia foi utilizada em dois momentos distintos: quando se realizou uma questão dirigida para que o paciente soubesse que lhe era direcionada e quando os pacientes se encontravam posicionados longe das facilitadoras e não tinham o seu foco de atenção no grupo, estando tentos a acontecimentos externos. No primeiro caso os pacientes direcionavam o seu foco de atenção para a facilitadora esperando que lhes fosse colocada alguma questão. No segundo caso os pacientes voltavam a direcionar o foco de atenção ao grupo e na maioria das vezes foram interpelados pelas facilitadoras a participar, sendo colocadas questões abertas como “O que acha disto?” ou reafirmando o que tinha sido

dito pelo último participante. Foi registado que esta estratégia foi utilizada 18 vezes com todo o tipo de pacientes.

De acordo com a Associação Americana de Alzheimer (2011) esta é uma das estratégias que se devem ter em conta quando se quer comunicar com uma pessoa com demência porque orienta a pessoa e capta a sua atenção.

#### *vii. Aplicação das estratégias – Motivação*

Na categoria denominada “motivação” foram englobadas 2 estratégias que têm como finalidade a cativação e manutenção do interesse dos pacientes nas tarefas.

##### ***1) Respeitar o limiar de cansaço***

Esta estratégia tem como objetivo diminuir a frustração e não baixar a autoestima dos pacientes. Encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais. Foi utilizada sempre que os pacientes mostraram sinais de fadiga e desconforto. Devido ao cansaço manifestado o rendimento e a atenção que eram necessários para permanecer no grupo eram bastante diminuídos. Por vezes as manifestações eram explícitas, com pedidos para sair, questões sobre quando seria o final da sessão, ou até alguma agressividade. Inicialmente as facilitadoras tentavam mantê-los na sessão dizendo estava quase a acabar ou puxando-os para o tópico de conversa. Quando estes comportamentos passavam a ser repetidos e incomodavam o grupo, estas permitiam-lhes sair da sessão. Foi registado que esta estratégia foi utilizada 8 vezes (houve 8 desistências ao longo das sessões) com todo o tipo de pacientes. Foram registadas 12 vezes que as facilitadoras conseguiram manter os participantes no grupo mesmo depois de estes terem dado sinais de que queriam sair. Não foram encontradas quaisquer referências relativamente ao uso desta estratégia com pessoas com demência, este será um contributo relevante desta pesquisa.

##### ***2) Reforço positivo***

Esta estratégia tem como objetivo incentivar e melhorar a autoestima. Encontra-se incluída no grupo de estratégias intuitivas e não universais. Foi utilizada quando os pacientes fizeram uma intervenção relevante. Foi aplicada de duas formas diferentes: ou

dizendo diretamente algo como “Muito bem”, ou de uma forma subtil “Ouviram o que o(a) senhor(a) disse?”, ou ainda concordam com algo que foi partilhado. Quando esta estratégia foi aplicada verificou-se uma mudança na expressão facial porque os pacientes sorriam. Foi necessário ter em atenção à prática excessiva desta estratégia de modo a não infantilizar a situação. Foram registadas 21 vezes a utilização desta estratégia. Tal como na estratégia anterior, não foram encontradas quaisquer referências relativamente ao uso desta estratégia com pessoas com demência.

*viii. Aplicação das estratégias – Outras estratégias genéricas*

No seguimento da análise dos registos verificou-se que, ao longo das sessões, as facilitadoras de grupo foram recorrendo a outros comportamentos que se verificaram ser essenciais para a promoção e estimulação da interação entre os participantes. Desta forma, além das estratégias já descritas, utilizou-se um conjunto de técnicas clínicas que tinham esse objetivo. Uma das práticas foi a disposição dos membros ou **organização do grupo**, que demonstrou ser importante para estimular uma participação mais igualitária de todos em termos de oportunidade de participação. Nas primeiras 3 sessões realizadas as facilitadoras não tiveram em atenção a organização do grupo, sendo que foi necessário recorrer frequentemente à utilização do nome dos participantes para os chamar à atenção, levando a uma quebra da cadência da sessão. Depois de conhecerem melhor os participantes do grupo estas fizeram uma reestruturação dos lugares, sendo que os pacientes com maiores défices de atenção foram sentados junto das facilitadoras de grupo, de forma a utilizar-se mais facilmente, por exemplo, o toque para os chamar para a tarefa.

Foi também necessário **eliminar os ruídos** externos, tanto visuais como auditivos (estes mais difíceis de controlar), para que os pacientes tivessem um único foco de atenção. Estes ruídos perturbavam o grupo, na medida em que os pacientes ou se levantavam para ver quem passava na rua ou de onde tinha vindo o barulho ou estavam constantemente focados no que acontecia lá fora. As mesas encontravam-se sempre arrumadas, com pouco material e as portas fechadas.

Foi utilizado durante as sessões um **tom de voz natural** o que levou a uma participação mais natural e espontânea. Inicialmente verificou-se que as facilitadoras utilizavam uma prosódia um pouco infantilizada. Depois de uma reflexão sobre este tópico junto da supervisora percebeu-se que o faziam de forma inconsciente. Ambas entenderam que embora os pacientes não demonstrassem nenhum sinal de desconforto com esta situação, devido à capacidade de responder à prosódia e às emoções presentes na fala estar diminuída (Bayles e Tomoeda, 2007), estas não estavam a agir da melhor forma porque não estavam a reconhecer a competência dos pacientes, tratando-os como crianças. Deste modo, depois de alguma prática, as facilitadoras foram adequando a prosódia e o tom de voz. Segundo um estudo referido por Bayles e Tomoeda (2007) os cuidadores formais e informais que utilizaram esta estratégia evocaram uma reação positiva nos pacientes, sendo que os que não utilizaram criaram *stress* nos pacientes interferindo com a compreensão.

Foram tidos em conta todos os **tópicos emergentes** e os **interesses pessoais** como é o exemplo do paciente M.C. que gostava de escrever os tópicos que iam sendo abordados e a paciente M.P.C. que gostava de cantar. As **preocupações** dos pacientes também foram tidas em conta para não diminuir a autoestima e para que estes não estivessem desconfortáveis na sessão. O **humor** encontrou-se muito preservado em todos os pacientes. Alguns pacientes contavam frequentemente piadas, trocadilhos, lengalengas ou cantavam, sendo que os outros manifestavam a sua alegria através de sorrisos ou gargalhadas. Como as facilitadoras perceberam que os pacientes regiam bem a estas situações incentivavam-nos contando também algumas piadas ou cantando. O humor foi, então, utilizado para captar e motivar os pacientes, contribuindo para um ambiente descontraído e natural.

Foi também utilizada a **expressão corporal e facial** porque foi uma mais-valia na interpretação e julgamento da mensagem. As facilitadoras foram muito expressivas durante as sessões acompanhando o seu discurso com gestos e com expressões faciais exageradas, para que os pacientes compreendessem a mensagem que queriam transmitir. Foi importante que a expressão corporal e facial correspondesse à mensagem que se transmitiu porque os pacientes têm essa competência presente.

#### **4. Descrição dos perfis cognitivo-comunicativos**

Os perfis cognitivo-comunicativos foram traçados ao longo das sessões, sem recurso a *checklist*, pois foi necessário conhecer melhor os pacientes e observar as suas interações em várias situações (ver anexo 8). Na análise dos perfis-cognitivo-comunicativos verificou-se semelhanças em relação a características advindas da doença como discurso incoerente, perseverações, estereotípias, fuga ao contexto, entre outras. A idiosincrasia de cada participante contribuiu, por outro lado, para uma heterogeneidade da amostra.

Através da análise da aplicação das estratégias verificou-se que existiram estratégias que foram utilizadas com maior frequência para determinado perfil cognitivo-comunicativo, tais como: a identificação do tópico que foi mais aplicada a pessoas que faziam perseverações, a confrontação com a incoerência que foi mais usada em pessoas que tinham o discurso muito incoerente e as pistas que foram frequentemente empregadas em pessoas que faziam pausas anómicadas.

Durante as várias sessões verificaram-se oscilações no comportamento e no humor dos pacientes, sendo que em três destes foram mais notadas essas alterações. Um dos exemplos foi o paciente F.T. que algumas vezes demonstrava agressividade e recusava participar (resistia ao toque, dizia que não queria ir e oferecia violência), outras vezes aparentava estar calmo, mas não se mantinha na sessão porque estava preocupado com as horas ou com quem o vinha buscar e, outras vezes, já se apresentava calmo e bem-disposto mantendo-se na sessão até ao fim. Outro exemplo é o paciente M.C. que teve uma intervenção ativa nos grupos de conversação, sendo que se encontrou algumas vezes apático e sonolento (foi necessário muito estímulo para este participar). A paciente C.S. também demonstrou oscilações comportamentais porque frequentemente participava nas sessões mas em algumas recusou-se a entrar na sala, dizendo que não queria ir, desviando-se do trajeto que tinha que fazer e resistindo ao toque. Estas alterações comportamentais e do humor manifestam-se devido à progressão da doença, sendo que algumas vezes também coincidiu com o ajuste da medicação (informação fornecida pelos cuidadores formais). Supõe-se que também sejam a explicação para que a aplicação de uma estratégia a uma pessoa em momentos distintos, deu esporadicamente resultados diferentes.

Verificou-se que, durante a receção aos pacientes, seria importante identificar as mudanças comportamentais para saber que pessoas poderiam enquadrar o grupo de conversação naquele dia, para saber que comportamentos se haviam de esperar dos pacientes que foram inseridos no grupo e, conseqüentemente, saber os melhores procedimentos a adotar. Só a manifestação verbal de que não queriam participar ou a agressividade demonstrada levou a que os pacientes não enquadrassem os grupos em determinado dia. Foi de salientar que as facilitadoras tentaram fazer sempre com que os pacientes assistissem às sessões utilizando a boa-disposição e explicando o que ia suceder.

### **5. Análise da composição dos grupos**

Foram analisados grupos com composições diferentes, porque os participantes e a dimensão dos grupos foi variável de sessão para sessão (entre dois a oito pessoas com demência por grupo), uma vez que nem todos os utentes frequentam o Centro todos os dias ou o dia inteiro. Tal como referido anteriormente, além das pessoas com demência, os grupos continham 2 facilitadores, papéis desempenhados por uma terapeuta da fala e docente supervisora de estágio e/ou por alunas estagiárias de terapeutas da fala, estando a investigadora sempre presente. Foi definido que haveria um facilitador grupo e um co-facilitador com papéis apenas ligeiramente diversos, tal como já foi descrito.

Devido à constante alteração da dimensão dos grupos a investigadora achou necessário refletir sobre esse parâmetro e verificar se este influenciou a intervenção realizada, colocando a questão - Será que foram utilizadas estratégias diferentes num grupo de conversação pequeno e num grupo de conversação grande?

Quando houve um número reduzido de participantes o foco de atenção das facilitadoras não foi tão abrangente e estas conseguiram dirigir a sua atenção a todos os elementos do grupo fazendo recurso às estratégias e técnicas clínicas necessárias para os cativar e para os levar a interagir de forma mais individualizada. Os pacientes permaneceram atentos e motivados para as tarefas contribuindo com novas ideias (alternaram o contacto visual entre as facilitadoras e os restantes elementos do grupo, responderam às questões colocadas, as expressões faciais revelavam entusiasmo). A interação dos participantes foi mais adequada em termos de coerência e conteúdo semântico porque as

facilitadoras puderam-se focar num só indivíduo, recolhendo informação precisa e útil para o contexto através de questões abertas, fechadas, de dupla escolha, confrontação com a incoerência, entre outras.

As facilitadoras utilizaram mais questões dirigidas ao grupo do que ao indivíduo porque: 1) conseguiram controlar melhor o foco de atenção dos pacientes através do toque; 2) conseguiram desenvolver melhor os tópicos de que eles gostavam, motivando-os; 3) a motivação favoreceu a iniciativa dos pacientes não sendo necessário perguntar constantemente o que tinham a dizer sobre o assunto. Uma vez que a proximidade física entre as facilitadoras e os elementos do grupo era menor, estas não recorreram tantas vezes às estratégias utilizar o nome da pessoa e a repetição. A primeira porque a os participantes encontravam-se próximos das facilitadoras e quando perdiam a atenção estas utilizavam o toque, a segunda porque como a concentração e atenção dos pacientes era maior não foi necessário repetir a informação. A escrita e as imagens também funcionaram melhor porque estavam ao alcance de todos. As suas preocupações foram também reconhecidas e ouvidas mais atentamente.

Com um número grande de participantes houve, por vezes, dificuldade de estimular os pacientes com maiores défices de atenção, devido à distância física entre estes e os facilitadores. Foi necessário fazer mais recurso às estratégias que promoviam a atenção como utilizar o nome da pessoa e a repetição, sendo que o toque foi mais difícil de realizar. Muitas vezes, os pacientes com maior iniciativa sobrepuseram-se aos outros elementos, tendo uma participação mais ativa o que levou à maior utilização de questões dirigidas ao indivíduo para que estes também pudessem colaborar. A escrita e as imagens funcionaram pior porque não estavam ao alcance de todos e os seus gostos e preocupações não foram tão atendidas. No decorrer das sessões verificou-se que mesmo existindo um número grande de participantes, houve uma participação mais equitativa de todos os elementos devido à experiência dos facilitadores de grupo enquanto líderes.

Baddeley et al. e Collette et al. (cit in Bayles e Tomoeda, 2007) referem que manter o controlo sobre o tópico e saber quem disse o quê e a quem, quando muitas pessoas estão a conversar, pode oprimir os pacientes com demência devido aos seus défices de memória e de atenção. Desta forma, consideram que é melhor limitar o número de

parceiros comunicativos. Respondendo à questão anteriormente colocada pôde-se afirmar que houve diferença em relação à frequência com que determinadas estratégias foram aplicadas principalmente as estratégias que promoviam a atenção.

## 6. Estrutura das sessões: etapas e atividades

Ao longo da análise dos registos verificou-se que todas as sessões tinham o mesmo fio condutor, isto é, estavam bem definidas as fases de receção aos participantes, de introdução, manutenção e conclusão das tarefas e saudações finais. Foram, assim, identificadas 6 etapas que estão referidas na tabela 2.

Tabela 2 – Estrutura geral das sessões

<b>Etapas e Atividade</b>
<b>1 - Receções e saudações (15 min.)</b>
<b>2 – Reunião mesa redonda, apresentações e conversação social inicial (5-10 min.)</b>
<b>3 - Proposta/atividade, tema, conversa (1-2 min.)</b>
<b>4 - Conversação facilitada sobre todos os assuntos emergentes (30-45 min.)</b>
<b>5 – Revisão, verificação e sumário da sessão: tópicos, opiniões, sugestões (5 min.)</b>
<b>6 - Saudações finais (15 min.)</b>

As atividades propostas para as sessões de terapia de grupo foram selecionadas com base na avaliação inicial do grupo, no facto de que deveriam ser potenciadoras das conversas e das interações e nos programas de intervenção referidos no capítulo de Terapia de grupo, que referem as tarefas de reminiscência e de imaginabilidade (ver anexo 9).

Foi perceptível que nem todas as tarefas propostas foram sempre do interesse de todos os pacientes. Alguns foram capazes de expressar verbalmente que não queriam fazer a atividade, pediam para realizar outra mais a seu gosto, perguntavam se já tinha acabado e respondiam com desinteresse dizendo que não sabiam a resposta às questões colocadas. As expressões faciais e corporais também eram indicativas de que não estavam a gostar da atividade porque mostravam desinteresse e desagrado (olhar carrancudo), ou inclinando-se para trás. As facilitadoras tentaram contornar este problema recorrendo ao humor (contavam piadas, cantavam) e ao reforço positivo de forma a mantê-los motivados. Tentaram, ainda, conduzir os assuntos discutidos para

algo do interesse de todos os pacientes e insistiram na interação com estes pacientes recorrendo às questões abertas, fechadas, entre outras.

Algumas atividades não foram muito bem sucedidas porque, de forma geral, todos os pacientes apresentaram algumas dificuldades, por exemplo, em jogos Quem sou eu?, Adivinhar o objeto e Jogo de cartas. Para a realização destas três atividades foi fundamental que os pacientes entendessem e seguissem as regras do jogo. Verificou-se que muitos foram perdendo o interesse, porque questionavam quando acabava e o seu foco de atenção foi diminuindo, sendo necessário chamá-los através do nome ou do toque para a tarefa. Verificou-se também que muitos necessitavam de ajuda para realizar a sua jogada, porque depois de terem sido chamados a atenção que seriam eles a jogar não sabiam o que fazer (e.g. olhavam para as cartas e viravam-nas). Desta forma, foi necessário que as facilitadoras explicassem frequentemente quais eram as regras do jogo, bem como verificassem que estas tinham sido bem compreendidas, dando exemplos de jogadas ou envolvendo outros pacientes pedindo-lhes para exemplificar. Nas duas situações acima descritas, nenhum dos pacientes abandonou a sessão o que permite afirmar que mesmo que os pacientes não gostem ou tenham maiores dificuldades nas tarefas, através da utilização correta das estratégias todos os participantes são capazes interagir e manter-se em sessão.

## CONCLUSÃO

As doenças neurodegenerativas como as demências têm vindo a aumentar exponencialmente devido ao aumento da esperança de vida, levando a uma maior procura de profissionais que intervêm nesta área e conseqüentemente a um maior desenvolvimento de trabalhos neste campo. Para fins deste estudo, não foram encontrados trabalhos realizados em Portugal sobre a problemática da comunicação nas demências. Algumas das pesquisas realizadas noutros países abordam as limitações comunicativas destas pessoas, a necessidade do treino dos cuidadores, a utilização de meios alternativos de comunicação, sendo que poucos relatam o trabalho desenvolvido pelo terapeuta da fala (Small e Gutman, 2002, Mahendra e Arkin, 2003 e Burgio et al., 2000). Com este projeto tentou demonstrar-se um pouco do trabalho que o terapeuta da fala pode realizar com pessoas com demência.

O facto de não se ter recorrido a filmagens para registar as interações do grupo poderá ter restringido o registo exaustivo de todas as estratégias utilizadas. Desta forma, considera-se importante a continuação da investigação desta problemática.

Em investigações futuras poder-se-ão analisar as qualidades intrínsecas dos facilitadores (comparando dois grupos: um de controlo com facilitadores sem formação específica e outro experimental de pessoas treinadas), uma vez que se verificou que para a aplicação das estratégias comunicativas foi necessária experiência e flexibilidade por parte dos mesmos. Poder-se-á também realizar uma análise quantitativa sobre a eficácia das estratégias comunicativas aplicadas a grupos de conversação de pessoas com demência, utilizando as estratégias e categorias identificadas neste estudo e aqui relatadas. Com esta mesma informação, será possível a construção de questionários que permitam analisar quais as estratégias mais utilizadas pelos cuidadores informais em casa e, ainda, investigações sobre a sua utilização pelos cuidadores formais.

Com este estudo demonstrou-se que a promoção do contacto ocular, a utilização de frases simples e curtas, fornecer uma informação de cada vez e a diminuição da velocidade do discurso são exemplos de estratégias importantes na interação com pessoas com demência. Concluiu-se também que existem estratégias que são utilizadas

com maior frequência a determinado perfil cognitivo-comunicativo como a identificação do tópico que foi mais aplicada a pessoas que faziam perseverações, a confrontação com a incoerência que foi mais usada em pessoas que tinham o discurso muito incoerente e as pistas que foi frequentemente empregada em pessoas que faziam pausas anômicas. Verificou-se que existem variáveis que influenciam a aplicação de estratégias como o treino das facilitadoras, a composição do grupo e as atividades selecionadas e verificou-se que existem estratégias universais.

A intervenção do terapeuta da fala enquanto facilitador da comunicação passa por saber observar e ouvir o grupo. Só desta forma sabe quais as estratégias a aplicar e quando aplicá-las. Não existem quaisquer regras de aplicação das estratégias, sendo fundamental a técnica clínica, a experiência necessária para a automatização das que são menos intuitivas e, ainda, flexibilidade e capacidade de adaptação. Para além de saber que estratégias existem, é fundamental conseguir observar todos os elementos do grupo e saber em que contexto aplicá-las.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Americana de Alzheimer - Alzheimer's Association (2011). Communication – Best ways to interact with the person with dementia. [Em linha]. Disponível em [http://www.alz.org/national/documents/brochure\\_communication.pdf](http://www.alz.org/national/documents/brochure_communication.pdf). [Consultado em 8/11/11].

Ávila, R. (2003). Resultados da Reabilitação Neuropsicológica em Paciente com Doença de Alzheimer leve. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, 4, pp. 139-146.

Bampi, L. et al. (2010). Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. In: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18, 4, pp. 1-9.

Barreto, J. (2005). Os sinais da Doença e a sua Evolução. In: Castro-Caldas, A. e Mendonça, A. *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa, Lidel, pp. 27-40.

Bayle, F. (2004). O demente, a família e as suas necessidades. In: *Análise Psicológica*, 22, 3, pp. 621-627.

Bayles, K. e Tomoeda, C. (2007). *Cognitive-Communication Disorders of Dementia*. United Kingdom, Plural Publishing.

Bottino, C. et al. (2002). Reabilitação cognitiva em pacientes com doença de Alzheimer. In: *Arq Neuropsiquiatria*, 60, 1, pp. 70-79.

Bryan, K. e Maxim, J. (2006). *Communication Disability in the Dementias*. England, Whurr Publishers.

Burgio, D. et al. (2000). Come talk with me: improving communication between nursing assistants and nursing home residents during care routines. In: *Gerontologist*, 41, pp. 449-460.

Camara, V. et al. (2009). Reabilitação Cognitiva das Demências. In: *Rev Bras Neurol.*, 45, 1, pp. 25-33.

Caramelli, P. e Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência? In: *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, pp. 7-10.

Carvalho, G. (2006). Criação de ambientes favoráveis para a promoção de estilos de vida saudáveis. In: Pereira, B. e Carvalho, G. *Actividade Física, Saúde e Lazer: A Infância e Estilos de Vida Saudáveis*. Lisboa, Lidel, pp. 19-37.

Chapey, R. (2001). Cognitive Stimulation: Stimulation of Recognition/Comprehension, Memory and Convergent, Divergent and Evaluation Thinking. In: Chapey, R. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª Edição. Philadelphia, Lippincot Williams & Williams, pp. 469-506.

Damasceno, B. (1999). Envelhecimento cerebral: o problema dos limites entre o normal e o patológico. In: *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 57, 1, pp. 78-83.

Damico, J. e Simmons-Mackie, N. (2003). Qualitative Research and Speech-Language Pathology: A Tutorial for the Clinical Realm. In: *American Journal of Speech-Language Pathology*, 12, pp. 131-143.

Douglas, S. et al. (2004). Non-pharmacological interventions in dementia. In: *Adv Psychiatr Treat.* 10, pp. 171-177.

Dunlosky, J e Hertzog, C. (1998). Training programs to improve learning in later adulthood: Helping older adults educate themselves In: *Metacognition in educational theory and practice*, pp. 249 – 276.

Elman, R. (2007). *Group treatment of neurogenic communication disorders*. United Kingdom, Plural Publishing.

Egan, M. et al. (2010). Methods to Enhance Verbal Communication between Individuals with Alzheimer's Disease and Their Formal and Informal Caregivers: A Systematic Review. In: *Int J Alzheimers Dis*, pp. 1-12.

Engelhardt, E. et al. (2011). Demência vascular - Critérios diagnósticos e exames complementares. In: *Dementia Neuropsychology*, 5, 1, pp. 49-77.

Fornari, L. et al. (2010). As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente. In: *Scientia Medica*, 20, 2, pp. 185-193.

Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusodidacta.

Garcia, F. e Mansur, L. (2006). Habilidades funcionais de comunicação: idoso saudável. In: *Acta Fisiatriátrica*, 13, 2, pp. 87-89.

Guerreiro, M. (2005). Avaliação Neuropsicológica das Doenças Degenerativas. In: Castro-Caldas, A. e Mendonça, A. *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa, Lidel, pp. 83-110.

Guimarães, J. et al. (2006). Demência Frontotemporal: Que Entidade? In: *Acta Med Port* 19, pp. 319-324.

Hollinger, D. (2009). The Impact of Supported Conversation Strategies on Persons with Acute Versus Chronic Aphasia and Their Conversation Partners. [Em linha]. Disponível em [http://soar.wichita.edu/dspace/bitstream/handle/10057/2533/THESES2009\\_4.pdf?sequence=1](http://soar.wichita.edu/dspace/bitstream/handle/10057/2533/THESES2009_4.pdf?sequence=1)[Consultado em 2/12/12].

Hopper, T. e Bayles, K. (2001). Management of Neurogenic Communication Disorders Associated with Dementia. In: Chapey, R. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª Edição. Philadelphia, Lippincott Williams & Williams, pp. 988-1008.

Instituto de Afasia do Canadá (2003). *Communication Tools: Communicative Access & SCA*. Toronto, Aphasia Institute.

Kagan, A. (1999). *Supported Conversation for Adults with Aphasia – Methods and Evaluation*, Toronto, Canada, pp. 1-125.

Kindell, J. e Griffiths, H. (2006). Speech and language therapy intervention for people with Alzheimer's disease. In: Bryan, K. e Maxim, J. *Communication Disability in the Dementias*. England, Whurr Publishers, pp. 201-237.

Leal, A. (2009). Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal. [Em linha]. Disponível em <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/3302/1/2010000555.pdf> [Consultado em 14/12/11].

Mahendra, N. e Arkin, S. (2003). Effects of four years of exercise, language and social interventions on Alzheimer discourse. In: *Aphasiology*, 15, 6, pp. 533-569.

Mansur, L. et al. (2005). Linguagem e Cognição na Doença de Alzheimer. In: *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 3, pp. 300-307.

Massano, J. (2009). Demências. In: Sá, M. *Neurologia clínica – Compreender as doenças neurológicas*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa, pp. 375-405.

Medeiros, M. e Diniz, D. (2004). *Envelhecimento e Deficiência*. In: *Muito além dos 60: os novos idosos brasileiros*, pp. 107-120.

Miranda, A. (2003). História, deficiência e Educação Especial. In: *Revista Histedbr On-line*. 15, pp. 1-7.

Modesto, T. (2006). Abordagens funcionalistas. In: *Revista Electrónica de Divulgação Científica em Língua Portuguesa, Linguística e Literatura*, 4, s/ pp.

Nubila, H. e Buchalla, C. (2008). O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. In: *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 11, 2, pp. 324-335.

Oliveira, C. e Stivanin, L. (2005). A nomeação de figuras e o acesso lexical na demência de Alzheimer. In: *Distúrbios da comunicação*, 17, 3, pp. 359-364.

OMS - Organização Mundial de Saúde (1990). *History of the development of the ICD*. Geneva, World Health Organization.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2002). *Active ageing: a policy framework. Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster; Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion Department; Ageing and Life Course*. Geneva, World Health Organization.

OMS - Organização Mundial de Saúde (2010). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)*. Geneva, World Health Organization.

Ortiz, K. e Bertolucci, P. (2005). Alterações de Linguagem nas fases iniciais da doença de Alzheimer. In: *Arquivo Neuropsiquiatria*, 63, pp. 311-317.

Peach, R. (2001). Global Aphasia: Identification and Management. In: Chapey, R. *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª Edição. Philadelphia, Lippincot Williams & Williams, pp. 565-594.

Phaneuf, M. (2010). *O Envelhecimento Perturbado – A Doença de Alzheimer*. 2ª Edição. Lisboa, Lusodidacta.

Pinto, A. et al. (2011). Linguagem e envelhecimento: proposta de intervenção em grupos de idosos ativos. [Em linha]. Disponível em [http://www.geracoes.org.br/arquivos\\_dados/foto\\_alta/arquivo\\_1\\_id-135.pdf](http://www.geracoes.org.br/arquivos_dados/foto_alta/arquivo_1_id-135.pdf) [Consultado em 19/12/11].

Pontes, C. (2007). Perspetivas neurológicas sobre as demências. [Em linha]. Disponível em [http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/412/2/36-43\\_FCS\\_04-2.pdf](http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/412/2/36-43_FCS_04-2.pdf) [Consultado em 22/12/11].

Prutting, C. e Kirchner, D. (1987). A Clinical Appraisal of the Pragmatic Aspects of Language. In: *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 52, pp. 105-119.

Ramírez, S. e Matiz, S. (2009). Papel del fonoaudiólogo en el área de salud mental: una experiencia profesional en el Hospital Militar Central. In: *Revista Med*, 17, 1, pp. 26-33.

Ribeira, S. et al. (2004). Avaliação inicial da demência. In: *Revista Port Clínica Geral*, 20, pp. 569-77.

Rieser, R. (2008). *Implementing inclusive education*, London: Commonwealth Secretariat.

Ripich, D. e Horner, J. (2006). Communication Disability in the Dementias. In: Bryan, K. e Maxim, J. *Communication Disability in the Dementias*. England, Whurr Publishers, pp. 285-318.

Robert, A. et al. (1998). Communication patterns between caregivers and their spouses with Alzheimer's disease: A case study. In: *Archives of Psychiatric Nursing*, 12, pp. 202-208.

Roque et al. (2009). Eficácia de treinamento de estratégia comunicativas a cuidadores de pacientes com demência. In: *Pró-Fono Revista*, 21, 3, pp. 225-230.

Rozenfeld, M. (2007). Fonoaudiologia: atuação junto a cuidadores e pacientes com doença de Alzheimer. In: *A doença de Alzheimer e seu cuidador um olhar interdisciplinar*, pp. 37-42.

Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e Outras Demências – Diagnóstico Diferencial. In: Castro-Caldas, A. e Mendonça, A. *A doença de Alzheimer e outras Demências em Portugal*. Lisboa, Lidel, pp. 61-82.

Silva, C. e Cintra, L. (2010). A reabilitação do sujeito afásico: uma visão sociointeracionista. In: *O Mundo da Saúde*, 34, pp. 238-243.

Simmons-Mackie, N. et al. (2007). Management of Discourse in Group Therapy for Aphasia. In: *Top Language Disorders*, 27, 1, pp. 5-23.

Small, A. e Gutman, G. (2002). Recommended and reported use of communication strategies in Alzheimer caregiving. In: *Alzheimer Dis Assoc Disord*. 16, pp. 270-278.

Smid, J. et al. (2001). Caracterização clínica da Demência Vasculiar - Avaliação retrospectiva de uma amostra de pacientes ambulatoriais In: *Arquivo de Neuropsiquiatria*, 59, pp. 390-393.

Snowden, J. et al. (2006). Diagnosis semantic dementia and managing communication difficulties. In: Bryan, K. e Maxim, J. *Communication Disability in the Dementias*. England, Whurr Publishers, pp. 125-145.

Stevens, S. (2006). Assessment of language and communication difficulties in the dementia. In: Bryan, K. e Maxim, J. *Communication Disability in the Dementias*. England, Whurr Publishers, pp. 125-145.

Tavares, A. e Azeredo, C. (2003). Demência com corpos de Lewy: uma revisão para o psiquiatra. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, 30, 1, pp. 29-34.

Teixeira-Jr, A. e Cardoso, F. (2005). Demência com corpos de Lewy: abordagem clínica e terapêutica. In: *Revista de Neurociências*, 12,1, pp. 28-33.

Teixeira-Jr, A. e Salgado, J. (2006). Demência fronto-temporal: aspetos clínicos e terapêuticos. In: *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28, 1, pp. 69-76.

Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de pessoas com demências: estudo qualitativo

Turato, E. (2007). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. In: *Revista de Saúde Pública*, 39, 3, pp. 507-514.

Wannmacher, L. (2005). Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos. In: *Revista PanAmericana de Saúde Pública*, 2, 4, pp. 1-3.

Yamaguchi, H. et al. (2010). Overview of non-pharmacological intervention for dementia and principles of brain-activating rehabilitation. In: *Psychogeriatrics*, 10, pp. 206-213.

# **ANEXOS**

## **ANEXO 1 - Sete estádios da deterioração associada à demência** (adaptado de Reisberg, 1982)

---

### **Estádio 1: Normalidade**

Não há queixas de defeito de memória.

---

### **Estádio 2: Queixas subjetivas**

O indivíduo começa a referir que se esquece frequentemente de nomes ou do local onde colocou os objetos. Há, pois, consciência do problema, mas não se encontra um defeito objetivo consistente no trabalho ou nas situações sociais. Este estágio pode ser considerado ainda normal, no limite do que é próprio do envelhecimento.

---

### **Estádio 3: Ligeiro defeito de memória**

Surgem defeitos bem definidos no desempenho social ou familiar. O indivíduo esquece o nome de pessoas próximas, retém pouco após aprendizagem, esquece ou deita fora objetos de valor e pode perder-se em lugares não familiares. A depressão é frequente. Pode começar a manifestar-se o fenómeno da negação: a pessoa minimiza os seus lapsos ou tenta justificá-los. A duração média deste estágio é cerca de sete anos.

---

### **Estádio 4: Demência ligeira ou inicial**

O defeito torna-se evidente na entrevista clínica com dificuldades de nomeação, reconhecimento de pessoas e desorientação no tempo. Dificuldades crescentes nas atividades de vida diária (AVD) instrumentais: falhas na lida da casa, esquece obrigações e pagamentos. Pode estar ainda razoavelmente orientado em lugares familiares e deslocar-se sem problema. Pode existir depressão ou, mais frequentemente, apatia. Duração: cerca de dois anos.

---

### **Estádio 5: Demência moderada**

O doente começa a estar afetado nas AVD básicas, primeiramente no que se refere à capacidade de deliberação: não é capaz de escolher roupa para se vestir. Na entrevista mostra-se incapaz de recordar alguns aspetos importantes da sua vida diária, por exemplo, o endereço ou o nome dos netos. No entanto sabe o seu nome e o do cônjuge ou pessoas com quem vive. O doente não parece ter consciência dos defeitos ou não se mostra afetado por eles. Duração: cerca de um ano e meio.

---

### **Estádio 6: Demência grave**

O doente já requer ajuda constante na vida diária para a higiene, vestir-se e deslocar-se. Pode ficar incontinente. Está alheado dos acontecimentos recentes e esquecido de muitas partes da sua vida. Tem dificuldade em identificar familiares próximos. É a fase em que se manifestam mais os sintomas comportamentais do tipo da desconfiança, distorções preceptivas, hostilidade e mesmo agressão quando contrariado ou por defesa. Duração de dois a três anos.

---

### **Estádio 7: Demência muito grave**

O doente perde gradualmente a capacidade de falar. Vai deixando de sorrir ou acenar. Incontinente, é inteiramente passivo na alimentação e higiene. Perde progressivamente a capacidade para a marcha e, mais tarde, para se sentar ou para erguer a cabeça. Termina em total imobilização. Duração de três a sete anos.

---

**ANEXO 2 – Estratégias do Supported Conversation for Adults with Aphasia –**  
(Instituto de Afasia do Canadá, 2003).

<b>Reconhecer a competência</b>	Falar naturalmente com volume normal Usar tom de voz adulto
<b>Revelar a competência</b>	Dizer “eu sei que você sabe” Tratar abertamente as situações em que se tem que comunicar com o parceiro para obter informações Admitir as nossas próprias limitações
<b>IN</b> <b>Fazer passar a mensagem –</b> “A nossa mensagem foi clara?”	Usar frases curtas, simples e voz expressiva Usar gestos para complementar o discurso Escrever as palavras-chave ou a ideia principal em letras grandes com marcador preto Usar materiais pictográficos Eliminar tanto quanto possível a distração (ruído de outras pessoas ou muito material) Observar o paciente para avaliar a compreensão (avaliar a expressão facial e corporal) Usar uma hierarquia de técnicas – gestos, escrita, imagens/objetos e desenho
<b>OUT</b> <b>Ajudar a transmitir a mensagem–</b> “Será que o paciente tem forma de responder ou fazer perguntas?”	Fazer perguntas de resposta sim/não e verificar se o paciente tem forma de responder Pedir uma coisa de cada vez Pedir ao paciente para gesticular ou apontar para objetos, fotos, palavras escritas Dar tempo para o paciente responder Fazer questões de escolha múltipla Ir de uma ideia geral para uma específica (questão aberta – questão fechada)
<b>VERIFY</b> <b>Verificar se NÓS compreendemos o que foi transmitido –</b> “Estamos certos que entendemos o que o paciente disse?”	Refletir – repetir a mensagem do paciente para ordenar o pensamento Expandir/Reformular – adicionar informação e dizer o que você acha que o paciente disse Resumir/Verificar – fazer um apanho geral da conversa para confirmar a ideia transmitida

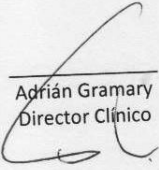
### ANEXO 3 – Declaração da Autorização Institucional



#### DECLARAÇÃO

Venho por este meio informar que o Projecto de Graduação de JOANA FIDALGO, aluna do 4º ano da Licenciatura em Terapêutica da Fala da Universidade Fernando Pessoa, intitulado “Utilização de estratégias comunicativas num grupo de pessoas com demência: estudo qualitativo”, foi autorizada pela Comissão de Apoio Executivo deste Centro Hospitalar.

Porto, 18 de Junho de 2012

  
Adrián Gramary  
Director Clínico



Centro Hospitalar Conde de Ferreira  
Rua Costa de Cabral 1211  
4200-227 Porto  
Telef. 225 071 200 Fax. 225 071 295

#### ANEXO 4 - Histórias clínicas e dados sócio-demográficos dos participantes

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	F. T.
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Data de nascimento:</b>	01-10-1931 (81 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Porto
<b>Localidade:</b>	São Mamede de Infesta, Porto
<b>Estado civil:</b>	Casado Com 2 filhos e 3 netos
<b>Profissão:</b>	Reformado da EDP (técnico de eletrónica)
<b>Escolaridade:</b>	9º Ano
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência de Alzheimer (6 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Ligeiro
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	Enxaquecas desde muito jovem Hipercolesterolemia Não realizou intervenções cirúrgicas Sem diabetes e hipertensão
<b>Medicação atual:</b>	Sistema nervoso central Anticonvulsivantes Vitaminas Ansiolíticos
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Vígil Desorientado no tempo Orientado no espaço Atenção mantida Calmo e colaborante Sem alterações graves de comportamento Intercorrências psiquiátricas (muito desconfiado) Leitura, escrita e cálculo preservados Discurso inteligível e coerente Nível de dependência leve Sem limitações dos movimentos e da marcha Sem alterações do tónus e força muscular
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	Segunda, quarta e sexta
<b>Acompanhamento:</b>	Terapia ocupacional Psicologia Serviço social Psiquiatria

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	C. S.
<b>Sexo:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	17-04-1928 (84 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Penafiel
<b>Localidade:</b>	São Mamede de Infesta, Porto
<b>Estado civil:</b>	Casada Com 2 filhos
<b>Profissão:</b>	-----
<b>Escolaridade:</b>	-----
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência de Alzheimer (4 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Grave
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	-----
<b>Medicação atual:</b>	Sistema nervoso central
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Atingimento preferencial da linguagem Desorientação no tempo e espaço (sabe só o seu nome) Marcha conservada Não apresenta sintomas psicóticos ou depressivos Défice cognitivo geral Compreende ordens simples Discurso logorreico e vago Autonomia moderada
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	Todos os dias
<b>Acompanhamento:</b>	-----

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	M. P. C.
<b>Sexo:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	11-02-1956 (56 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Gaia
<b>Localidade:</b>	Afurada, Gaia
<b>Estado civil:</b>	Solteira
<b>Profissão:</b>	Reformada por invalidez
<b>Escolaridade:</b>	-----
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência não especificada (5 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Ligeiro
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	Asma Osteoporose Sintomas de depressão Bruxismo
<b>Medicação atual:</b>	Antiasmáticos e broncodilatadores Sistema nervoso central Ansiolíticos
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Nível intelectual baixo Desorientada no tempo Orientada no espaço Não tem alterações sensoriais Dificuldades de lateralidade Calma e colaborante Reduzida iniciativa mas de fácil contacto Independente nas AVD's Discurso coerente e inteligível Tem dificuldades motoras Emoções presentes
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	Segundas e quartas
<b>Acompanhamento:</b>	Psiquiatria Terapia ocupacional Psicologia Serviço social

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	M. C.
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Data de nascimento:</b>	13-10-1928 (84 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Elvas
<b>Localidade:</b>	Porto
<b>Estado civil:</b>	Casado Com 4 filhos
<b>Profissão:</b>	Reformado (administrador)
<b>Escolaridade:</b>	Licenciado em Ciências Farmacêuticas
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência não especificada (3 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Ligeiro
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	Diabetes Dificuldades de audição do lado direito Dificuldades de visão (usa óculos) Incontinência urinária (usa fralda)
<b>Medicação atual:</b>	Antidepressivos Antiepiléticos Antidislipidémicos Sistema nervoso central
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Desorientado no tempo e no espaço Nível intelectual alto Dependente nas AVD's Cálculo, leitura e grafia preservados
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	Todos os dias
<b>Acompanhamento:</b>	-----

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	S. G.
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Data de nascimento:</b>	4-8-1922 (90 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Porto
<b>Localidade:</b>	Campanhã, Porto
<b>Estado civil:</b>	Casado Com 2 filhos
<b>Profissão:</b>	Reformado (canalizador)
<b>Escolaridade:</b>	4º ano
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência senil (3 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Ligeiro
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	Hipertensão arterial Sem diabetes Úlcera gástrica Incontinência urinária (algaliado) Divertículos nos intestinos Obstipação Défices auditivos e visuais
<b>Medicação atual:</b>	Sistema nervoso central Anticonvulcivantes Antiinfeciosos Antidepressivos Ansiolíticos
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Colaborante Desconfiado Orientado relativamente a si mesmo e aos seus Desorientado no tempo e no espaço Dependente nas AVD's Marcha com pequenos passos Falta de equilíbrio
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	Todos os dias
<b>Acompanhamento:</b>	-----

Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de pessoas com demências: estudo qualitativo

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	M. S.
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Data de nascimento:</b>	10-10-1942 (70 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Sintra
<b>Localidade:</b>	Lordelo do Ouro, Porto
<b>Estado civil:</b>	Casado Com 3 filhos
<b>Profissão:</b>	Reformado (administrador)
<b>Escolaridade:</b>	9º ano
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência fronto-temporal (6 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Grave
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	Cirurgia ao joelho Artroses Défice auditivo
<b>Medicação atual:</b>	Antipsicóticos Ansiolíticos
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Pouco colaborante Emoções desadequadas ao contexto Estereótipos verbais e motores Desorientado no tempo e espaço Afasia de compreensão e expressão
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	-----
<b>Acompanhamento:</b>	Neurologia

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	C. F.
<b>Sexo:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	18/10/1936 (76 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Chinde, Moçambique
<b>Localidade:</b>	Porto
<b>Estado civil:</b>	Casada (com 3 filhos)
<b>Profissão:</b>	Reformada (dactilógrafa)
<b>Escolaridade:</b>	4º ano
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência de Alzheimer (5 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Moderado
<b>Primeiras queixas:</b>	Alteração de comportamento e falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	Amigdalectomia Apendicectomia Acidente isquémico transitório (há 4 anos) Osteoporose
<b>Medicação atual:</b>	Antidepressivos Antiinfeciosos Anticoagulantes Sistema nervoso central
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Vígil Calma Colaborante Desorientada no tempo e espaço Afasia de compreensão e expressão Cumprir ordens simples Grandes défices de memória Dependente nas AVD's Marcha preservada
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	-----
<b>Acompanhamento:</b>	-----

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	A. T.
<b>Sexo:</b>	Masculino
<b>Data de nascimento:</b>	20/6/1937 (75 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Porto
<b>Localidade:</b>	Paranhos, Porto
<b>Estado civil:</b>	Casado (com 2 filhas)
<b>Profissão:</b>	Reformado (gerente)
<b>Escolaridade:</b>	9º ano
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência mista (3 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Ligeiro
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	<i>Diabetes mellitus</i> tipo 2 Hipertrofia prostática
<b>Medicação atual:</b>	Antidepressivos Sistema nervoso central Analgésicos Vasodilatadores
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Vígil Orientado no tempo Desorientado no espaço (parcialmente) Sem limitações na locomoção Autónomo nas AVD's
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	-----
<b>Acompanhamento:</b>	-----

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	M. E.
<b>Sexo:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	17- 11-1937 (74 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Porto
<b>Localidade:</b>	Porto
<b>Estado civil:</b>	Casada (com 2 filhos)
<b>Profissão:</b>	Reformada (secretária)
<b>Escolaridade:</b>	12º ano
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência de Corpos de Lewy
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Ligeiro
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	Depressão Perturbação bipolar tipo I
<b>Medicação atual:</b>	Sistema nervoso central Anticonvulsivantes Antidepressivos Ansiolíticos
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Independente nas AVD's Vígil Colaborante Vontade de se isolar Desorientada no tempo e orientada no espaço Compreende ordens simples e complexas Leitura preservada
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	Todos os dias
<b>Acompanhamento:</b>	Psiquiatria

<b>História Pessoal</b>	
<b>Nome do paciente:</b>	M.
<b>Sexo:</b>	Feminino
<b>Data de nascimento:</b>	12/2/1924 (89 anos)
<b>Naturalidade:</b>	Vale de Espinho (Guarda)
<b>Localidade:</b>	Porto
<b>Estado civil:</b>	Casada
<b>Profissão:</b>	Reformada (operária fabril)
<b>Escolaridade:</b>	1ª classe
<b>História clínica</b>	
<b>Diagnóstico clínico:</b>	Demência não especificada (2 anos de evolução)
<b>Grau de défice cognitivo:</b>	Grave
<b>Primeiras queixas:</b>	Falta de memória
<b>Antecedentes médicos:</b>	Hipertensão arterial Insuficiência cardíaca
<b>Medicação atual:</b>	Antidislipidémicos Sistema nevosos central Anticoagulantes
<b>Avaliação do Estado Mental e outras:</b>	Calma Colaborante Vígil Desorientada do tempo Orientada no espaço
<b>Alimentação:</b>	Sem restrições
<b>Frequência do Centro de dia:</b>	-----
<b>Acompanhamento:</b>	-----

**ANEXO 5 – Grelha de avaliação de pragmática de Prutting e Kirchner**

PRUTTING & KIRCHNER: *Pragmatic Aspects of Language* 117

APPENDIX  
Pragmatic Protocol

NAME: \_\_\_\_\_ DATE: \_\_\_\_\_  
COMMUNICATIVE \_\_\_\_\_ COMMUNICATIVE PARTNER'S \_\_\_\_\_  
SETTING OBSERVED \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP \_\_\_\_\_

<i>Communicative act</i>	<i>Appropriate</i>	<i>Inappropriate</i>	<i>No opportunity to observe</i>	<i>Examples and comments</i>
<i>Verbal aspects</i>				
A. Speech acts				
1. Speech act pair analysis				
2. Variety of speech acts				
B. Topic				
3. Selection				
4. Introduction				
5. Maintenance				
6. Change				
C. Turn taking				
7. Initiation				
8. Response				
9. Repair/revision				
10. Pause time				
11. Interruption/overlap				
12. Feedback to speakers				
13. Adjacency				
14. Contingency				
15. Quantity/conciseness				
D. Lexical selection/use across speech acts				
16. Specificity/accuracy				
17. Cohesion				
E. Stylistic variations				
18. The varying of communicative style				
<i>Paralinguistic aspects</i>				
F. Intelligibility and prosodies				
19. Intelligibility				
20. Vocal intensity				
21. Vocal quality				
22. Prosody				
23. Fluency				
<i>Nonverbal aspects</i>				
G. Kinesics and proxemics				
24. Physical proximity				
25. Physical contacts				
26. Body posture				
27. Foot/leg and hand/arm movements				
28. Gestures				
29. Facial expression				
30. Eye gaze				

## ANEXO 6 - Resumo da avaliação inicial para caracterização dos comportamentos comunicativos

---

### ASPETOS VERBAIS

---

#### Atos de fala

Segundo Halliday (cit in Modesto, 2006) a variedade dos atos de fala baseia-se na representação, troca e conteúdo da mensagem. Verificou-se que mesmo que houvesse interação entre os pacientes e/ou cuidadores formais o conteúdo da mensagem transmitida revelava pouco valor semântico. O discurso foi pouco coeso e pouco coerente, com a existência de circunlóquios, expressões automáticas e perseverações.

Exemplo 1:

*Cuidador formal – “Quer alguma coisa?”*  
*C.S. – “Meu Deus! Meu Deus!” (riu-se e olhou para o casaco)*  
*Cuidador formal – “O que tem?”*  
*C.S. – “Assim, sim.”*

---

#### Tópico

A maioria dos pacientes só teve iniciativa quando estimulados. Desta forma, existe uma dificuldade acentuada a nível da introdução, mudança e seleção de tópico de conversa. Também tiveram dificuldades na manutenção do tópico devido aos *deficits* de atenção, fazendo muitas vezes perseveração do tópico anterior.

Exemplo 2:

*(paciente F.T. encontrava-se nervoso e a olhar para o relógio)*  
*F.T. – “Que horas são?”*  
*Cuidador formal – “São 10.30h. A sua filha vem só depois do almoço. Ainda vamos tomar o iogurte, o almoço é mais tarde.”*  
*F.T. – “Que horas são? Vêm-me buscar.”*  
*Cuidador formal - “A sua filha vem só depois do almoço.”*  
*F.T. – (pausa e olha para a rua) “Está sol lá fora. Está bom!”*

---

#### Tomada de vez

Para iniciar a tomada de vez foi necessário estímulo. Já em relação à responsividade os pacientes responderam sempre que questionados. Nenhum dos pacientes fez revisão de tópico. As reparações não foram frequentes e só foram utilizadas pelos pacientes que não apresentavam um declínio cognitivo acentuado. As pausas foram frequentes principalmente no início do discurso devido à anomia. Não foram observadas interrupções nem sobreposições (como conversas paralelas) o que neste contexto seriam adequadas. Os pacientes responderam quando as questões lhes eram dirigidas mas não quando estas foram colocadas ao grupo. A quantidade de discurso foi reduzida e frequentemente a mensagem transmitida não era fidedigna.

Exemplo 3:

*Cuidador formal – “Alguém está com fome? (ninguém respondeu) S.G. tem fome?”*  
*S.G. – “Não.”*  
*Cuidador formal – “Vamos todos para a cantina comer.” (cuidador formal levantou-se e mais ninguém se levantou)*

---

#### Seleção lexical

Alguns pacientes utilizaram palavras vagas, sem conteúdo semântico e não as adequam ao contexto, produzindo frases sem sentido.

Exemplo 4:

*Cuidador formal – “Está muito bonita hoje.”*  
*C.S. – “Sim, sim. (riu-se) Agora não vou lá.”*

---

---

### **Variações estilísticas**

Alguns pacientes utilizaram expressões populares que se enquadram no seu contexto sócio-cultural.

Exemplo 5:

*Cuidador formal – “Onde está o seu cachecol?”*

*M.C. – “Foi para o maneta!”*

---

### **ASPETOS PARALINGUÍSTICOS**

#### **Inteligibilidade e Prosódia**

Nem toda a informação transmitida pelos pacientes foi clara e perceptível aos outros interlocutores, não sendo a inteligibilidade do discurso apropriada. Os pacientes apresentaram, em geral, fraca intensidade vocal e um dos pacientes tem alterações vocais, apresentando rouquidão. Alguns pacientes são monocórdicos, não fazendo variações melódicas ao longo do discurso. Os pacientes produziram frases curtas, estando presente muitas vezes o discurso telegráfico. Fizerem bloqueios frequentes no início do discurso e o conteúdo informativo não foi fidedigno.

---

### **ASPETOS NÃO-VERBAIS**

#### **Proxémia e Cinésica**

Nenhum dos elementos do grupo rejeitou a proximidade física e o contato físico, reagindo positivamente aos cumprimentos com beijos (e.g.). Muitos dos pacientes apresentaram movimentos limitados e alterações da postura devido a *deficits* motores e mau posicionamento na cadeira. O grupo não fez utilização de gestos complementares de discurso mas fez transparecer as suas emoções através das expressões faciais (e.g. sorriso e franzir das sobrancelhas). O grupo perdeu a atenção/concentração frequentemente, deixando de manter contato ocular.

---

**ANEXO 7 – Exemplo de análise de registo de sessão**

<b>Registo de Sessão – Nº 12</b>	
<b>Atividade:</b> Objeto e contar uma história sobre ele	
<b>Participantes:</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitadora – F1.</li> <li>• Co-facilitadoras – F2 + F3 (supervisora)</li> </ul>	
F1 deu início à consulta e explicou o jogo.	Identificar tópico de conversa
F2 começou e deu a vez ao M.C. que retomou a ideia da F2	
M.C.: “Em casa também tinha uma caixa de música. Tocava uma música muito bonita mas a minha mãe não gostava daquela música e deitou-a ao lixo.” “Foi a minha mãe que me a deu.”	
F3: “Como se sentiu?”	Questão aberta
M.C.: “Aborrecido, chorei muito.” (falou bastante sobre a história)	
Agora F1, depois F2 que deu a vez a M.	
M. tem dificuldade em manter conversa sobre a caixa (desvia o tópico, diz que tem uma caixa mas não conta nada sobre ela). Faz muitos estereótipos “Oh filha”, “Eu moro ali” (ri-se).	
F1: “Serve para guardar sapatos? Sim ou não?”; “Serve para guardar fotografias?”; M. respondeu sim ou não	Questões de dupla escolha
M. “Serve.”	
F1 “Serve para guardar fotografias? Sim ou Não?”	Questões de dupla escolha
M. “Sim, sim.”	
Foi feito uma revisão/sumário dos tópicos.	Reflexão
M.C. pediu para ver o que estava dentro da caixa.	
Grupo mudou de tópico – roupas que se usavam antigamente	
M. tem dificuldade em manter o tópico.	
F1 utilizou o toque físico e fez responsive naming – facilita para a M. completar. Deu pistas semânticas e pistas fonémicas.	Toque Pistas
M.C. está a escrever num papel mas ouve o que dito porque quando foi interpelado a dar a opinião, seguiu aquilo que foi dito. Só não tomou iniciativa.	
F3 lança pergunta: “Porque é que é que os homens gostam de se vestir de mulher?”	Questão aberta
M. ri-se.	
M.C. precisa de toque e repetição para dar opinião.	Toque Repetição
F2 volta atrás e marca mudança de tópico – saídas à noite.	Identificar tópico de conversa
M.C. responde	
M. precisa de contacto ocular	Contacto ocular
F1 “Gostava de ir ao baile?”	Questão dirigida
M.. “Ai não não gostava!”	
F1 “Com quem costumava ir?”	

Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de pessoas com demências: estudo qualitativo

M. não responde e divaga e diz palavras soltas sem sentido.	
F1 afunila a pergunta e dá opção de resposta sim/não: “Ia com a sua mãe? Sim ou não?”	Questões de dupla escolha
M. “Não.”	
F1 “Ia com o seu irmão? Sim ou não?” “Sim.”	Questões de dupla escolha
M. “Sim.”	
M.: “Agora é diferente do nosso tempo...hum..é..é..é..(pausa) eu moro ali.”	
F1 fez responsive naming mas M. mudou de tópico – lembra-se do irmão e conta algumas coisas sobre ele (perseveração da questão anterior).	Pistas
F1 utilizou espera estruturada e responsive naming ajudando a M. acabar a ultima frase. Utilizou pista semântica para conseguir manter o tópico.	Pistas Pausa
M.C. continua a escrever e não participa mas respondeu corretamente à questão sim/não colocada.	Questões de dupla escolha
F1 introduz novo tópico – namorados.	Identificar tópico de conversa
M. participa voluntariamente quando M.C. fala nas raparigas dos bailes.	
M.C.: “Encontrava lá boas raparigas!.”	

## **ANEXO 8 – Perfis cognitivo-comunicativos dos participantes**

---

### **M.E.**

Apática e com pouca iniciativa; limita-se a responder ao que lhe é perguntado; débito reduzido (2 a 3 palavras por oração); não responde ao humor; encontra-se frequentemente num estado depressivo; na maioria das vezes responde que não sabe mas quando não o faz responde adequadamente (em termos de coerência e conteúdo semântico); interage bem com cantigas; não demonstra prazer em abordar determinado tópico

---

### **C.S.**

Discurso muito incoerente e logorreico mesmo quando não é interpelada (fala muito sozinha); foge frequentemente do tópico; com pouca iniciativa mas participativa na medida em que se ri com o grupo; responde muito bem ao humor; permanência do foco de atenção muito diminuído sendo necessário frequentemente o toque; faz comentários sempre que existem ruídos externos através de estereótipos “Oh!Oh!”; contribui frequentemente com assuntos que lhe são diretamente relacionados mas de forma incoerente; é necessário recorrer a questões fechadas e de dupla escolha para se obter uma resposta concreta; interage bem com cantigas

---

### **M.C.**

Participativo e com iniciativa (é necessário pouco estímulo); participa adequadamente quando intervém (em termos de coerência e conteúdo semântico); faz perseveração do tópico anterior; gosta de escrever as ideias lançadas pelo grupo e fazer desenhos; responde bem a questões abertas; reage bem ao humor; intervém muito bem quando o tópico se refere a comidas

---

### **A.T.**

Grande utilização do humor (conta piadas e faz trocadilhos); participativo e com iniciativa (é necessário pouco estímulo); participa adequadamente quando intervém (em termos de coerência e conteúdo semântico); faz sobreposição de papéis (fala quando os pacientes estão a falar); responde bem a questões abertas; faz pausas anómicadas frequentes; faz perseveração do tópico anterior; intervém muito bem quando o tópico se refere a mulheres

---

### **S.G.**

Participativo e com iniciativa (é necessário pouco estímulo); participa adequadamente quando intervém (em termos de coerência e conteúdo semântico); emoções bastante presentes no discurso; reage bem ao humor; responde bem a questões abertas; permanência do foco de atenção diminuído é necessário utilizar o toque muitas vezes

---

### **M.S.**

Pouca iniciativa; responde frequentemente corretamente através de acenos com a cabeça quando lhe é colocado uma questão sim/não; quando lhe é colocado uma questão aberta ou fechada ri-se; permanência do foco de atenção muito diminuído sendo necessário frequentemente o toque

---

### **M.P.C.**

Pouca iniciativa (é necessário muito estímulo); demonstra incoerência no discurso quando lhe são colocadas questões abertas; utilização do humor; gosta muito de cantar; frequentes flutuações de humor; é necessário recorrer a questões fechadas e de dupla escolha para se obter uma resposta concreta; intervém muito bem quando o tópico se refere a personalidades antigas principalmente cantores

---

### **F.T.**

Pouca iniciativa; demonstra incoerência no discurso quando lhe são colocadas questões

---

---

abertas; difícil manter-se motivado; débito reduzido (4 a palavras por oração); algumas vezes demonstra-se agressivo; não responde bem a figuras masculinas; é necessário estar durante toda a intervenção a estimulá-lo se não abandona a sessão; revela teimosia; permanência do foco de atenção muito diminuído sendo necessário frequentemente o toque; é necessário recorrer a questões fechadas e de dupla escolha para se obter uma resposta concreta; devido aos ruídos externos levanta-se muitas vezes para verificar o que é; foge muitas vezes do tópico; é mais interventivo quando o tópico se refere a carros e a personalidades antigas principalmente políticos

---

**M.**

Pouca iniciativa e pouco participativa; discurso muito incoerente; fala muitas vezes sozinha; débito reduzido (2 a 3 palavras por oração); responde bem ao humor; foge frequentemente do tópico; contribui frequentemente com assuntos que lhe são diretamente relacionados; faz muitas estereotipias; permanência do foco de atenção muito diminuído sendo necessário frequentemente o toque; faz pausas anómicamente frequentes; é necessário recorrer a questões fechadas e de dupla escolha para se obter uma resposta concreta

---

**C.F.**

Apática e com pouca iniciativa; discurso muito incoerente quando lhe são colocadas questões abertas; débito reduzido (2 a 3 palavras por oração); foge frequentemente do tópico e faz perseverações; permanência do foco de atenção muito diminuído sendo necessário frequentemente o toque; faz pausas anómicamente frequentes; é necessário recorrer a questões fechadas e de dupla escolha para se obter uma resposta concreta; reage bem ao humor; faz muitas estereotipias

---

## ANEXO 9 - Atividades realizadas durante as sessões do estudo

<b>Regras de conversação</b>	<p><b>Competências:</b> Raciocínio lógico e julgamento moral (Mahendra e Arkin, 2003).</p> <p><b>Descrição da atividade:</b> Este jogo teve como objetivo o de o grupo colaborar no preenchimento de um “contrato” onde seriam escritas algumas ideias sobre o bom funcionamento de um grupo como: dizer uma ideia de cada vez, respeitar a vez do outro, não falar alto, confidencialidade, entre outras. As ideias foram descritas em papel de cenário.</p>
<b>Antes e depois do 25 de Abril</b>	<p><b>Competências:</b> Atenção visual, nomeação, produção de discurso narrativo e processamento de conceitos literais e interpretativos das imagens (Mahendra e Arkin, 2003).</p> <p><b>Descrição:</b> Foram entregues ao grupo imagens que remetiam ao antes e o depois do 25 de Abril. O objetivo do jogo consistiu na colocação das imagens nas colunas correspondentes (antes e depois) e também na recordação de episódios passados sobre o 25 de Abril comparando-os com a atualidade. Os temas abordados foram: transportes, namoros, educação, economia e liberdade de expressão.</p>
<b>Personalidades da época</b>	<p><b>Competências:</b> Memória Semântica (Mahendra e Arkin, 2003).</p> <p><b>Descrição:</b> Foram distribuídas ao grupo algumas imagens de personalidades antigas como: Amália Rodrigues, Vasco Santana, Beatriz Costa, entre outras. Este jogo constou na recordação e no desenvolvimento do tópico de conversa referente a essas personalidades.</p>
<b>Objetos antigos</b>	<p><b>Competências:</b> Atenção visual, nomeação, produção de discurso narrativo e processamento de conceitos literais e interpretativos das imagens (Mahendra e Arkin, 2003).</p> <p><b>Descrição:</b> O objetivo da atividade consistiu na colaboração do grupo no tópico de conversa sobre as diversas imagens que representavam objetos antigos, recordando os factos do passado, como: moedas de escudo, lamparinas, telefones, chaves, selos, máquinas de escrever, entre outros.</p>
<b>Contar uma história sobre a caixa</b>	<p><b>Competências:</b> Memória episódica, imaginação, produção de discurso narrativo.</p> <p><b>Descrição:</b> Foi colocada uma caixa de cartão sobre a mesa. O jogo centrou-se na enumeração de vários objetos que poderiam estar dentro daquela caixa, associando a alguma experiência do passado.</p>
<b>Provérbios para completar</b>	<p><b>Competências:</b> Raciocínio verbal abstrato (Lezak cit in. Mahendra e Arkin, 2003) e compreensão da linguagem figurativa (Van Lancker cit in. Mahendra e Arkin, 2003).</p> <p><b>Descrição:</b> O objetivo desta atividade foi transmitir partes de provérbios para que os pacientes os completassem.</p>
<b>Quem sou eu?</b>	<p><b>Competências:</b> Memória semântica.</p> <p><b>Descrição:</b> Foram entregues cartões com ações escritas aos pacientes em que estes não podiam ver a palavra escrita. O objetivo do jogo consistiu em fazer perguntas específicas aos restantes elementos para que conseguissem adivinhar que ação</p>

	tinham.
<b>Jogo da verdade ou mentira</b>	<p><b>Competências:</b> Raciocínio lógico e julgamento moral (Mahendra e Arkin, 2003).</p> <p><b>Descrição:</b> O objetivo do jogo centrou-se na transmissão de informações verídicas ou falsas sobre si mesmo para que os outros pacientes dissessem se as consideravam verdade ou mentira.</p>
<b>Adivinhar o objeto</b>	<p><b>Competências:</b> Memória lexical e semântica que exige aos pacientes gerar atributos significativos dos objetos (Mahendra e Arkin, 2003).</p> <p><b>Descrição:</b> Foram colocados objetos de uso comum dentro de um saco opaco (escova, espelho, vela, entre outros) para que os pacientes adivinhassem que objetos eram. Foi desenvolvido um tópico de conversa sobre esses objetos.</p>
<b>Debate sobre notícias da atualidade</b>	<p><b>Competências:</b> Raciocínio lógico e julgamento moral (Mahendra e Arkin, 2003).</p> <p><b>Descrição:</b> Com recurso a um jornal diário foram lidas as notícias mais relevantes do dia e fomentou-se o debate entre os pacientes.</p>
<b>Jogo de cartas</b>	<p><b>Competências:</b> Memória episódica, atenção visual e raciocínio lógico.</p> <p><b>Descrição:</b> No centro da mesa estavam colocadas de face para baixo todas as cartas do baralho misturadas. Foram distribuídas por cada paciente 4 cartas desse baralho. As terapeutas não jogaram e ajudaram os pacientes. O objetivo do jogo consistiu em que cada paciente fosse capaz de agrupar 4 cartas do mesmo valor. Para isso, cada paciente perguntou aos restantes se tinham alguma carta do mesmo valor das que ele já tinha em sua posse. Quando os pacientes tinham essa carta para dar entregavam-na, se não tinham, o paciente que pediu teve que ir ao baralho buscar uma. O jogo continuou pelo paciente que estava à esquerda que fez o mesmo procedimento.</p>