

Eduarda Catarina Teixeira de Sousa

A construção de um Livro de História de vida numa pessoa com Demência



Porto, 2018

A construção de um Livro de História de vida numa pessoa idosa com Demência

Eduarda Catarina Teixeira de Sousa

A construção de um Livro de História de vida numa pessoa com Demência



Porto, 2018

Eduarda Catarina Teixeira de Sousa

A construção de um Livro de História de Vida numa pessoa idosa com demência

Atesto a originalidade do trabalho:

(Eduarda Sousa)

“Trabalho apresentado à Universidade Fernando Pessoa como parte dos requisitos para a obtenção do grau de Licenciatura em Terapêutica da Fala, sob orientação da Prof. Dr.^a Eva Antunes.”

SUMÁRIO

A construção de um livro de história de vida é um processo criativo que permite aumentar o sentido de identidade e as opções de interação da pessoa com demência. As investigações científicas sobre a terapia de reminiscência nas pessoas com demência não são conclusivas e têm fragilidades ao nível do impacto que pode ter na comunicação. Desta forma, este estudo pretendeu compreender o impacto que a construção de um livro de história de vida tem nas habilidades de comunicação, através de um estudo de caso. Foi realizado com recurso a registos de sessão numa unidade de internamento médico na zona norte do país. Após a seleção intencional da participante, realizou-se uma avaliação primária com recurso à grelha de observação de interações de *Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects of Language* e foi recolhida a história clínica da participante. Os resultados obtidos demonstraram que as alterações das competências pragmáticas estiveram interligadas com as estratégias comunicativas utilizadas e que foram maximizadas após a construção do livro de história de vida.

Palavras-chave: demência; terapia de reminiscência; história de vida; estratégias comunicativas; competências pragmáticas.

SUMMARY

The construction of a life history book is a creative process that allows the increase of sense of identity and interaction of the person with dementia. Scientific research on reminiscence therapy in people with dementia is not conclusive and have weaknesses in the impact it can have on communication. This study aimed to understand the impact that the construction of a life history book has on communication skills, through a case study. It was carried out using session records in a medical internment unit in the northern area of Portugal. After the participant's intentional selection, a primary evaluation was performed using the Prutting and Kirchner interaction observation checklist: Pragmatic Aspects of Language and the participant's clinical history was collected. The results obtained showed that the changes in the pragmatic competences are interconnected with the communicative strategies used and that they are maximized after the construction of the book of life history.

Key-words: dementia; reminiscence therapy; life's history; communicative strategies; pragmatic skills.

DEDICATÓRIA

A vós que me fizeste acreditar que:

“... os homens são anjos nascidos sem
asas, é o que há de mais bonito, nascer
sem asas e fazê-las crescer ...”

José Saramago

AGRADECIMENTOS

À participante e aos seus familiares que permitiram a realização deste estudo.

À Dr.^a Eva Antunes pelo apoio prestado no desenvolvimento deste projeto e pela confiança que depositou em mim. Obrigada por todos os conhecimentos transmitidos que me fizeram crescer quer a nível profissional quer a nível pessoal.

Aos profissionais do internamento médico que me ajudaram na concretização deste projeto.

A todos os professores do curso. Nunca teria chegado a esta etapa sem a vossa partilha de conhecimentos e sabedoria.

Índice

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	3
1. Demências	3
i. Demência de Alzheimer	5
ii. Demência Vascular	6
iii. Demência por Corpos de Lewy	7
2. Comunicação nas demências	8
3. A intervenção do Terapeuta da Fala em pessoas com demência	13
i. Terapia orientada para a comunicação	14
ii. Terapia orientada para a realidade	14
iii. Terapia da validação	15
iv. Terapia de reminiscência	15
II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	17
1. Objetivo do estudo	17
2. Tipo de estudo	17
3. Participante	18
4. Procedimentos	18
III. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	21
1. Antes da construção de um livro de história de vida	21
2. Durante a construção de um livro de história de vida	22
i. Aspectos verbais	23
ii. Aspectos paralinguísticos	24
iii. Aspectos não-verbais	24
3. Após a construção de um livro de história de vida	26
IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
V. CONCLUSÃO	33
Referências Bibliográficas	34
Anexos	41

Índice de Figuras

Figura 1 Processo de Comunicação..... 9

Figura 2 As 10 Estratégias de comunicação mais frequentes..... 12

Índice de Tabelas

Tabela 1 Resultados da avaliação realizada antes da construção do livro de história de vida.	21
Tabela 2 Resultados da avaliação dos aspetos verbais durante a construção do livro de história de vida.....	23
Tabela 3 Resultados da avaliação dos aspetos paralinguísticos durante a construção do livro de história de vida	24
Tabela 4 Resultados da avaliação dos aspetos não-verbais durante a construção do livro de história de vida.....	24
Tabela 5 Estratégias comunicativas que favorecem comportamentos pragmáticos	25

INTRODUÇÃO

O envelhecimento da população portuguesa coloca os profissionais de saúde perante novos desafios de saúde e doença, como é o caso da demência (Lopes *et alii*, 2016). A demência é uma síndrome neurológica adquirida, caracterizada pela progressiva deterioração das funções cognitivas, sobretudo da memória (Abreu, Fortalenza e Barros, 2005; Kay, 1999; Bertolucci, 2005). Porém, as perturbações de linguagem podem aparecer precocemente, pelo que a implementação de estratégias de comunicação é importante (Romero, 2005), uma vez que proporcionará ao paciente manter ou melhorar a eficácia da compreensão e/ou expressão de um discurso, aumentando a sua qualidade de vida (Brandão e Parente, 2005).

Numa fase inicial da demência, existe uma dificuldade em recordar acontecimentos recentes, contudo, com a progressão da doença, a pessoa com demência pode acabar por perder as memórias mais antigas, incluindo a memória episódica – autobiográfica (Kay, 1999). A construção de um livro de história de vida é uma atividade criativa que promove a interação e cooperação com os outros, mantendo um sentido de identidade e propagando a esperança de um futuro (Dynes, 2011).

O presente projeto foi desenvolvido durante 15 semanas, com uma pessoa com demência, numa unidade de internamento médico situada na zona norte de Portugal. O estudo consistiu na observação de sessões de terapia da fala individuais e na construção de um livro de história de vida, com recurso à intervenção de terapia de reminiscência. O objetivo foi compreender o impacto que a construção de um livro de história de vida pode ter nas habilidades de comunicação de uma pessoa com demência. A pesquisa apresentada é qualitativa e segue uma tipologia de estudo de caso instantâneo (Starman, 2013), dado que se pretende compreender e analisar as competências pragmáticas de uma pessoa com demência antes, durante e após o relato da sua história de vida.

A terapia de reminiscência tem sido considerada uma estratégia de intervenção que melhora a cognição, o comportamento, o humor, a sintomatologia depressiva, o bem-estar, a qualidade de vida, a comunicação e a capacidade funcional (Lopes, 2015;

Haberstroh *et alii*, 2011; Lopes, Afonso e Ribeiro, 2014; Lopes *et alii*, 2014; Jo e Song, 2015; Lopes *et alii*, 2016), mas o impacto que pode ter nas pessoas com demência ainda não é muito estudado (Lopes, Afonso e Ribeiro, 2014). Os princípios da terapia de reminiscência, desenvolvidos nesta pesquisa, encaixam-se sob a perspetiva do modelo social. Segundo Simmons-Mackie *et alii* (2007), este modelo pretende capacitar a participante para a comunicação do quotidiano, melhorar a confiança comunicativa e a sua autoestima.

A realização de um estudo nesta área deveu-se ao facto de não existir muito bibliografia que aponte as diferenças, ao nível da comunicação, que podem ocorrer com o recurso à intervenção da terapia de reminiscência. Este projeto respeitou as normas apresentadas no Manual de Elaboração de Trabalhos Científicos da Universidade Fernando Pessoa e está dividido em quatro capítulos: o Enquadramento Teórico, o Enquadramento Metodológico, Apresentação dos Resultados e Discussão dos Resultados.

O primeiro capítulo realiza um enquadramento teórico do estudo e é composto pelos seguintes temas: definição e caracterização de tipos de demência, a comunicação na demência e a intervenção do terapeuta da fala na pessoa com demência. No segundo capítulo encontram-se os objetivos da pesquisa, o tipo de estudo, a caracterização da participante e os procedimentos realizados. No terceiro capítulo expõe-se os resultados obtidos e no quarto capítulo, por fim, encontra-se a discussão desses mesmos resultados.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Demências

A palavra demência deriva do Latim *demens* que significa “privação da mente”. É uma síndrome que apresenta vários sinais e sintomas clínicos que geram um quadro de demência (Real e Massano, 2014). Deste modo, a demência define-se por uma alteração patológica cerebral adquirida que se caracteriza pela deterioração progressiva das funções cognitivas, sobretudo ao nível comportamental, funcional e da memória, sendo que as alterações resultantes destes planos provocam grandes implicações a nível pessoal, familiar, profissional, económico e social (Abreu, Fortaleza e Barros, 2005; Kay, 2003; Bertolucci, 2005; Real e Massano, 2014). Segundo Phaneuf (2010), a demência é acompanhada por uma perda significativa da memória, na capacidade de reconhecer pessoas, mudanças de personalidade e afetividade, desorientações espaciais e temporais, e dificuldades em resolver problemas ou de manifestar comportamentos apropriados a determinadas situações, ou seja, existe uma alteração significativa na qualidade de vida da pessoa.

Cada vez mais, a esperança de vida está a aumentar, tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. À vista disto, as síndromes demenciais destacam-se como uma situação crónico-degenerativa frequente na população geriátrica (Santana, 2005 e Fornari *et alii*, 2010). Em 2010, existiam cerca de 35,6 milhões de pessoas com demência em todo mundo e estima-se que o valor duplique a cada 20 anos, ou seja, 65,7 milhões de pessoas em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (Bayles e Tomoeda, 2014). De acordo com o relatório “Health at a Glance” (OECD, 2017), Portugal apresenta uma estimativa de 19.9 casos de demência por cada mil habitantes, quando a média da OCDE é de 14.8. O relatório também afirma que Portugal é o quarto país com mais casos de demência e que a estimativa de casos com demência no nosso país sobe para mais de 205 mil pessoas e que até 2037 este número alcançará as 322 mil.

Segundo Fornari *et alii* (2010) e Real e Massano (2014), na literatura encontram-se diferentes propostas de classificações para as síndromes demenciais. A classificação frequentemente adotada distingue-se em dois grupos: o grupo das demências degenerativas ou primárias (demências irreversíveis) e o grupo das demências não degenerativas ou secundárias (demências reversíveis). As demências irreversíveis abrangem todas as demências degenerativas, como, por exemplo, a demência de Alzheimer, frontotemporal, por corpos de Lewy, vascular, entre outras, e pormenorizam-se por serem mais frequentes e apresentarem um curso progressivo. Conforme afirma Fornari *et alii* (2010) este grupo de demências não é irrefutavelmente suscetível de prevenção, com a exceção da demência vascular. Em contrapartida, as demências reversíveis não são muito comuns na prática clínica, porém são consideradas bastante importantes no estabelecimento do diagnóstico, dado que o seu tratamento pode omitir a deterioração cognitiva. Neste grupo, englobam-se as demências induzidas por medicamentos, por carências vitamínicas, relacionadas com o hipotireoidismo, com neoplasias do sistema nervoso central, declínio cognitivo associado à depressão, entre outras (Real e Massano, 2014 e Fornari *et alii*, 2010).

Uma vez que as causas da demência são diversas é comum que estas afetem diferentes regiões cerebrais e redes neurais, resultando em diferentes quadros clínicos. Assim, dependendo do ponto de vista topográfico (localização da alteração estrutural), os quadros demenciais podem ser divididos em corticais, subcorticais e mistos (ASHA, 2013 e Real e Massano, 2014). Quando as alterações são na região cortical, está inerente a existência de “défices de memória (amnésia), linguagem (afasia), reconhecimento perceptivo (afasia), cálculo (acalculia) ou a capacidade de realização de tarefas motoras (apraxia)” (Real e Massano, 2014, p. 483). Na região subcortical “os défices incluem tipicamente lentificação no processo psicomotor e alterações das funções executivas” (Real e Massano, 2014, p. 483) e, no quadro demencial misto, encontram-se características dos dois grupos anteriores. Assim sendo, integra o quadro demencial cortical a doença de Alzheimer, demência vascular, degenerescência lobar frontotemporal, por exemplo, e o quadro demencial subcortical a demência associada à doença de Parkinson e a paralisia supranuclear progressiva. Por último, aos quadros mistos associa-se a demência por corpos de Lewy e a degenerescência corticobasal (Real e Massano, 2014 e ASHA, 2013). Visto que existem diversas causas de demência, o diagnóstico desta depende da história

clínica do paciente, do perfil neuropsicológico e de exames laborais e de neuroimagem (Caramelli e Barbosa, 2002).

O tratamento da demência envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas. O tratamento de base farmacológica tem demonstrado eficácia ao nível da sintomatologia, como, por exemplo, ao nível cognitivo, comportamental e na execução de atividades de vida diária (Bryan e Maxim, 2006), contudo não impedem a progressão da doença (Wannmacher, 2005). Por outro lado, os tratamentos não farmacológicos vêm colmatar os farmacológicos, já que estes se mostram eficazes e com menores riscos para a saúde, melhorando as condições de vida das pessoas com demência. Alguns autores, sobretudo os que defendem o modelo de intervenção tradicional, defendem que esta reabilitação não é possível devido à natureza progressiva das demências (Guerreiro, 2005). Porém, segundo a Organização Mundial de Saúde (2010), é necessário fazer “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, esta pesquisa recai sobre a perspectiva de intervenção do modelo social. Abaixo, serão apresentados os três tipos de demência mais frequentes na prática clínica, segundo Bayles e Tomoeda (2014).

i. Demência de Alzheimer

A doença de Alzheimer tem o nome de Alois Alzheimer (1864-1915), psiquiatra e neuropatologista, que observou pela primeira vez o cérebro de pessoas com esta patologia (Phaneuf, 2010). A doença caracteriza-se, inicialmente, por uma degenerescência da formação hipocampal, e das áreas corticais, preservando, relativamente, os córtex primários (Caramelli e Barbosa, 2002). Atualmente, esta é a causa mais frequente de demência e abrange cerca de 35 milhões de pessoas a nível mundial (Bayles e Tomoeda, 2014).

A demência de Alzheimer apresenta como fatores de risco a idade avançada (incidência duplica a cada cinco anos a cima dos 65 anos de idade, e após os 85 anos a prevalência é de aproximadamente 30%); baixo nível de escolaridade; género (abaixo dos 80 anos o número de mulheres afetadas será inferior ao dos homens mas após esta idade é maior); profissão de risco (exposição a inseticidas, colas ou fertilizantes); antecedentes familiares

com demência e a idade da mãe no nascimento da pessoa com demência (Bayles e Tomoeda, 2014; Phaneuf, 2010).

A doença de Alzheimer começa por afetar os processos que sustentam a saúde dos neurónios até que destrói a comunicação interneuronal. Desta forma, as pessoas com esta doença experienciam vários sintomas, como, por exemplo, a perda de memória, mudanças no tónus muscular, instabilidade postural, dificuldades a andar e alterações ao nível da fala e linguagem (Bayles e Tomoeda, 2014). As áreas importantes para a memória episódica ficam afetadas e propaga-se de modo a prejudicar a memória de trabalho e declarativa. Bayles e Tomoeda (2014) relatam que podemos observar os seguintes aspetos neste tipo de demência: as competências de comunicação ficam afetadas ao longo da doença; num estágio inicial a fala é fluente e as pessoas com demência são capazes de compreender a maior parte do leem e/ou ouvem, mas esquecem rapidamente as informações; num estágio avançado da doença a capacidade de comunicação é variável, alguns indivíduos apresentam um prejuízo na linguagem muito significativo enquanto outros apresentam uma linguagem significativa; no estágio final a produção da linguagem é muito diminuída e, na sua maioria, é sem sentido; as competências semânticas e pragmáticas da linguagem são afetadas cedo, enquanto as competências fonológicas e sintáticas se mantêm preservadas ao longo da doença.

A progressão da doença pode variar de indivíduo para indivíduo, contudo existe uma tendência geral a que ela siga uma determinada sequência. (Phaneuf, 2010).

ii. Demência Vascular

O termo de demência vascular surgiu como forma de designar os quadros demenciais decorrentes de doenças cerebrovasculares, tais como, grandes lesões tromboembólicas (demência por múltiplos infartos) e demência por acidentes vasculares cerebrais hemorrágicos (Caramelli e Barbosa, 2002). É a segunda forma mais comum de demência, ficando a par da demência por corpos de Lewy, e a sua prevalência, nos Estados Unidos,

situa-se entre as 594 mil e 1 milhão de pessoas afetadas acima dos 70 anos de idade (Bayles e Tomoeda, 2014).

Os fatores de risco para a demência vascular são a idade (o fluxo sanguíneo cerebral começa a ficar reduzido aumentando a probabilidade de hipóxia cerebral); hipertensão (quando não tratada por um longo tempo); antecedentes familiares; etnia (a prevalência é maior em indivíduos de raça negra do que em indivíduos de raça branca); gênero (é mais frequente nos homens); diabetes – tipo 2; e estilo de vida (tipo de dieta, alcoolismo, tabagismo e não praticar exercício físico) (Caramelli e Barbosa, 2002; Bayles e Tomoeda, 2014).

As pessoas com demência vascular apresentam vários sintomas, entre eles, o pensamento lento, a dificuldade em organizar e resolver problemas, evocar palavras da memória, perseveração de comportamentos, apatia e uma fluência verbal pobre. Quando comparadas com pessoas com demência de Alzheimer, verifica-se que a memória episódica é menos afetada, os défices de memória estão associados aos défices de atenção e défices funcionais que resultam da disrupção dos circuitos pré-frontais cortico-subcorticais, o comprometimento cognitivo é mais grave e mais precoce e existe um menor tempo de sobrevida (Bayles e Tomoeda, 2014).

iii. Demência por Corpos de Lewy

Friedrich Heinrich Lewy (1885-1950), contemporâneo de Alois Alzheimer, foi um neurologista alemão que se destacou pela descoberta dos corpos de Lewy, indicador característico da doença de Parkinson e da demência por corpos de Lewy (Bayles e Tomoeda, 2014), que representa cerca de 20% dos pacientes com demência (Gallucci, Tamelini e Forlenza, 2005).

Segundo Bayles e Tomoeda (2014), os principais fatores de risco para a demência por corpos de Lewy são: a idade (frequentemente superior a 50 anos); a apolipoproteína E (o

gene ApoE4 aumenta o risco de demência de Alzheimer e também da demência por copos de Lewy e de Parkinson); e o déficit de atenção e hiperatividade.

Clinicamente, este tipo de demência apresenta um declínio progressivo com défices nas funções executivas, resolução de problemas, fluência verbal e performance audiovisual. Verifica-se, ainda, flutuações dos défices cognitivos durante minutos ou horas, alucinações visuais e sintomas parkinsonianos (Caramelli e Barbosa, 2002; Gallucci, Tamelini e Forlenza, 2005). Ainda não existem muitos estudos que revelem os efeitos desta demência na linguagem e na comunicação. Porém, futuros investigadores preveem que estes revelarão que a comunicação é mais afetada do que o conhecimento da linguagem e que os indivíduos afetados têm perfis semelhantes aos dos indivíduos com demência de Alzheimer e demência de Parkinson (Bayles e Tomoeda, 2014).

2. Comunicação nas demências

“When we communicate we exchange or share information, emotion and ideas. (...) Without communication it is impossible to make our needs, feelings, desires, individuality and opinions known. This type of interaction is essential to the physical and mental wellbeing of an individual as without it we can become isolated and experience negative affects when a variety of needs go unmet (Walsh, 2011 *cit in* Green, 2012, p. 446).

O processo de comunicação envolve uma interação recíproca entre duas ou mais pessoas. É um processo que necessita de um emissor, um recetor, uma mensagem, um canal, um código e um contexto. Deste modo, o emissor codifica uma mensagem e transmite-a por um canal ao recetor que irá descodificá-la. O recetor interpretará a mensagem, que pode ter chegado com algum tipo de barreira/ruído, e dará o seu feedback. Quando não existe um feedback, o emissor pressupõe que o processo de comunicação falhou (Jootun e McGhee, 2011).

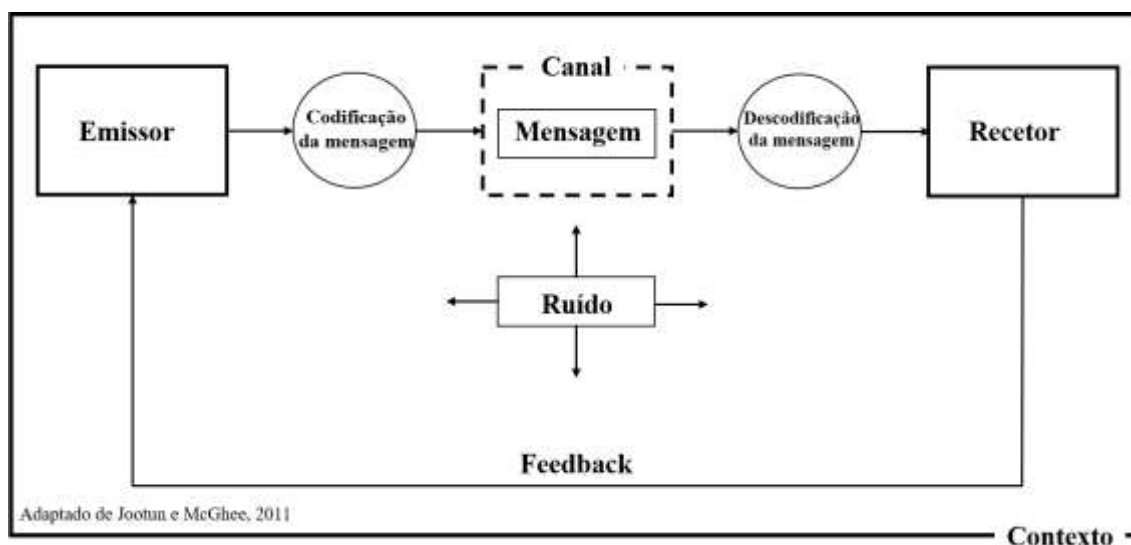


Figura 1 Processo de Comunicação

A comunicação está relacionada com aspetos de conteúdo e de relação. Nos aspetos de conteúdo examina-se o significado das palavras, enquanto nos aspetos de relação observa-se como o emissor considera o recetor e como pretende agir para que este o entenda. O ato comunicativo é bem-sucedido quando os parceiros de comunicação concordam com os dois aspetos referidos e são participantes voluntários na interação, contudo pode falhar quando o emissor apresenta informações conflituosas ou quando o recetor não descodifica corretamente um dos dois aspetos (Jootun e McGhee, 2011; Haberstroh, 2011).

Para que uma mensagem seja transmitida o emissor pode usufruir de duas vias de comunicação, a verbal e a não-verbal. A comunicação verbal consiste na utilização de um sistema de sinais convencionais organizados, como, por exemplo, a fala e a escrita. Por outro lado, a comunicação não-verbal abrange a troca de informação que não se processa de forma verbal como as expressões corporais e faciais, contacto visual e gestos (Jootun McGhee, 2011; Haberstroh, 2011; Vries, 2013; Bayles e Tomoeda, 2014). Segundo Jootun e McGhee (2011), alguns estudos afirmam que o ato de comunicação envolve na sua maioria uma comunicação não-verbal, ou seja, de acordo com Argyle (1988), apenas 7% da mensagem é comunicada verbalmente, enquanto 93% é comunicada de forma não-verbal. É de salientar que dentre estes 93%, 38% envolve aspetos suprasegmentais e 55% é atribuído à linguagem corporal.

À medida que o corpo envelhece existem mudanças ao nível físico e cognitivo. Quando isto acontece sob uma patologia demencial estes aspetos são observados assim como os problemas de linguagem e de funcionamento social (Messer, 2015). O ato de comunicar reivindica a produção e compreensão de ideias, e apesar da gramática de uma língua não garantir a capacidade de comunicação, esta só ocorre quando as palavras são estruturadas de modo a que o ouvinte as compreenda. Num quadro demencial a comunicação fica afetada porque os processos fisiopatológicos perturbam várias funções cognitivas e dificultam a criação e o processamento da informação. Os pacientes que têm problemas na comunicação devido à deterioração progressiva da cognição apresentam um diagnóstico de perturbação cognitiva-comunicativa (Bayles e Tomoeda, 2014).

Foi mencionado anteriormente que o termo demência representa um conjunto de alterações cerebrais que têm um efeito profundo na vida de um indivíduo. Em função destas alterações o ato de comunicar sofre gradualmente um declínio. Numa primeira fase, a pessoa com demência apresenta dificuldade em nomear objetos. Posteriormente, esquece o nome de amigos e familiares, confunde as relações entre eles e, muitas vezes, tem dificuldade em reconhecer pessoas queridas. Desta forma, o enfraquecimento das habilidades de comunicação destas pessoas criam barreiras e apresentam desafios únicos que comprometem a sua qualidade de vida (Jootun e McGhee, 2011).

Segundo Haberstroh (2011), na pessoa com demência, os aspetos de relação da comunicação estão mais favorecidos que os aspetos de conteúdo. Logo, mesmo que a fala se torne uma ferramenta de comunicação ineficaz, existe um conjunto de comportamentos verbais e não-verbais que podem ser utilizados para manter estas pessoas no mundo social.

A área da linguística que estuda a forma como os interlocutores usam a linguagem em diferentes contextos da interação social é a pragmática. A pragmática ocupa-se da observação dos atos de fala e das suas implicações culturais e sociais. A análise de conversas é um subdomínio da pragmática que considera como os participantes de uma conversação trabalham em conjunto para manter uma interação social bem-sucedida (Bryan e Maxim, 2006).

Alguns investigadores identificaram cerca de 30 aspetos pragmáticos que permitem estudar pessoas com perturbações cognitivo-comunicativas. Estes aspetos foram agrupados em três categorias: aspetos verbais, aspetos paralinguísticos e aspetos não-verbais. Nos aspetos verbais engloba-se a habilidade de selecionar, iniciar e terminar um tópico de conversação. Em alternativa, os aspetos não-verbais abrangem os gestos, as expressões faciais e o contacto ocular. Já os aspetos paralinguísticos incluem a intensidade e qualidade vocal e a prosódia. Assim, a análise destes aspetos permite examinar, por exemplo, a adequação social durante a interação, a forma como é selecionado o tópico de conversação e como o interlocutor responde, a permanência do contacto ocular e o volume vocal (Messer, 2015).

Uma vez que o conteúdo da linguagem e a finalidade para a qual é usada necessitam de um pensamento consciente, memória e planeamento, nos idosos com demência as habilidades pragmáticas e semânticas estão mais suscetíveis a défices (Hopper e Bayles, 2001). Devido ao declínio progressivo da cognição e das competências comunicativas, os estudos científicos existentes mostram que os resultados obtidos na reabilitação de pessoas com demência são limitados e de curta duração (Pinto *et alii*, 2011).

O efeito da demência na habilidade de comunicar varia consoante o estágio da doença (Vries, 2013) e devido aos défices apresentados serem de carácter progressivo e gradual não é possível para a pessoa alterar os seus padrões comunicativos (Small e Gutman, 2002; Vries, 2013). Contudo, os seus interlocutores podem usufruir de diversas estratégias de comunicação que permitem gerir estas dificuldades (Vries, 2013), uma vez que a qualidade de vida das pessoas com demência é fortemente influenciada pela comunicação e pelas relações sociais (Haberstroh, 2011).

Existem diversas estratégias de comunicação que possibilitam melhorar a interação comunicativa com pessoas com demência. Abaixo observam-se as 10 estratégias de comunicação mais recomendadas na literatura, segundo Small *et alii* (2003) *cit in* Vries (2013).

1. Eliminar distrações, como, por exemplo, televisão e/ou rádio;
 2. Aproximar da pessoa com demência devagar e pela frente, estabelecendo e mantendo o contacto ocular;
 3. Usar frases simples e curtas;
 4. Reduzir a velocidade da fala;
 5. Dar uma informação de cada vez;
 6. Colocar, preferencialmente, questões fechadas (sim/não);
 7. Repetir;
 8. Parafrasear;
 9. Não interromper o discurso da pessoa e dar pausas;
 10. Incentivar a pessoa para o ato de comunicação.
- Adaptado de Vries, 2013.

Figura 2 As 10 Estratégias de comunicação mais frequentes

Um trabalho levado a cabo por Fidalgo em 2012 demonstrou que existem estratégias que promovem a compreensão, outras que promovem a expressão e ainda as que favorecem a atenção e a motivação (ver anexo 1). Este trabalho também concluiu que a capacidade do cuidador usar as estratégias influencia a eficácia do ato comunicativo.

A comunicação é uma parte fundamental da vida de um indivíduo e quando as habilidades de comunicação ficam comprometidas é necessário que os cuidadores estimulem os doentes a comunicar com sucesso. As pessoas com demência são únicas, por isso as estratégias de comunicação devem ser utilizadas conforme as necessidades, desejos, preferências e escolhas de cada indivíduo (Green, 2012; Jootun e McGhee, 2011).

Sendo uma das áreas de intervenção do terapeuta da fala a comunicação, este profissional deve recorrer ao uso de estratégias e habilidades comunicativas que permitam minimizar as dificuldades sentidas na comunicação ao nível compreensivo e/ou expressivo (Egan *et alii*, 2010). Desta forma, é necessário analisar o desempenho verbal e não-verbal dos doentes numa conversa e tentar colmatar as dificuldades evidenciadas (Kindell e Griffiths, 2006). Para tal, é indispensável que inicialmente o terapeuta realize uma avaliação individual e/ou do grupo de conversação, recorrendo a baterias de avaliação, protocolos e escalas que ajudem a definir o diagnóstico terapêutico, a identificar os défices comunicativos e, posteriormente, na definição dos objetivos de intervenção. Segundo Stevens (2006), o *Mini-Mental State Examination* (MMSE) que avalia o grau do défice 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 algumas das ferramentas de avaliação que o terapeuta da fala pode utilizar na sua intervenção.

3. A intervenção do Terapeuta da Fala em pessoas com demência

A terapia da fala, segundo a APTF (2015), abrange várias áreas de intervenção desde o início (cuidados neonatais) até ao fim da vida (promoção e otimização de competências de comunicação no idoso) e tem sido diligente no esforço de reabilitar, melhorar e compensar as dificuldades de fala, linguagem, comunicação, voz, motricidade orofacial e deglutição. Ao longo dos anos, a atuação dos terapeutas da fala foi mudando, sobretudo com o aparecimento do modelo social.

Em 1960, o surgimento da abordagem social pretendia acabar com as barreiras ambientais e sociais. Assim, este modelo não responsabilizava só a pessoa, dava sobretudo ênfase à interação entre as pessoas e o meio ambiente e integrava-as na sociedade (Medeiros e Diniz, 2004). Apesar de não dispensar o uso da medicina, esta abordagem permitiu o aumento da qualidade de vida e da saúde das pessoas, uma vez que destacava as estratégias de intervenção multifatoriais (Carvalho, 2006). O objetivo do terapeuta da fala sob esta perspetiva é proporcionar oportunidades de comunicação ao indivíduo, visto que esta defende que a aquisição da linguagem é dada através das práticas discursivas e das interações sociais (Silva e Cintra, 2010).

Uma intervenção ao nível da comunicação do ponto de vista da abordagem social preocupa-se com a troca de informação e a colaboração dos interlocutores na interação. Deste modo, são utilizadas estratégias que explorem as habilidades de comunicação e as competências cognitivas do paciente, de forma a sustentar uma interação comunicativa eficiente (Simmons-Mackie *cit in* Hollinger, 2009, Herbert et al. *cit in* Peach, 2001 e Ylvisaker et al. *cit in* Chapey, 2001).

Segundo Ramírez e Matiz (2009), alguns dos objetivos do terapeuta da fala na intervenção de pessoas com demência passam por: promover e manter a comunicação funcional, criar intencionalidade comunicativa, reorganizar processos cognitivos e comunicativos, criar estratégias que estimulem os diferentes tipos de comunicação, proporcionar e expandir oportunidades de interação.

As dificuldades sentidas na comunicação da pessoa com demência criam barreiras no processo comunicativo e podem levar a sentimentos de stress, depressão e conflitos de relacionamento entre os interlocutores. Desta forma, é importante que o terapeuta da fala envolva as pessoas que lidam com a pessoa com demência, cuidadores formais e informais, na intervenção, transmitindo-lhes estratégias e/ou técnicas que promovam uma comunicação mais eficiente (Egan *et alii*, 2010).

O terapeuta da fala tem ao seu dispor um conjunto de terapias que lhe permite intervir na pessoa com demência ao nível da comunicação. Por exemplo, pode usar a terapia orientada para a comunicação, a terapia orientada para a realidade, a terapia da validação e a terapia de reminiscência (ASHA, 2015).

i. Terapia orientada para a comunicação

Este tipo de terapia tem como base a terapia de grupo e defende que independentemente do estado da demência existem benefícios para os pacientes, dado que promove a comunicação funcional e fornece oportunidades de interação num ambiente estruturado e suportado (Ripich e Horner, 2006 e Elman, 2007). Pela comunicação se dar num ambiente mais natural, a probabilidade da generalização dos ganhos para outros contextos é maior (Elman, 2007).

ii. Terapia orientada para a realidade

A terapia orientada para a realidade tem como finalidade a reaprendizagem da informação e permite uma melhora no sentido de controlo e autoestima (Guerreiro, 2005). Este tipo

de terapia ajuda as pessoas a lembrarem-se de factos sobre si e o seu ambiente (Douglas *et alii*, 2004).

iii. Terapia da validação

Esta terapia tem como fundamento a escuta dos sentimentos da pessoa com demência. Ao invés de corrigir-se potenciais erros de orientação, esta terapia pretende estabelecer um diálogo e validar o que foi dito (Kindell e Griffiths, 2006). Esta abordagem possibilita o alívio de desconfortos e conflitos emocionais, o aumento de autoestima e de atenção e propicia um contexto social natural (Camara *et alii*, 2009).

iv. Terapia de reminiscência

A terapia de reminiscência consiste no recrutamento de memórias passadas, pessoais e relevantes. Assim, este tipo de intervenção tem como objetivo ajudar as pessoas a reviver as experiências do passado, especialmente se for possível conseguir enumerar diferentes vivências positivas (Lopes *et alii*, 2016; Gibson, 2011). Existem quatro definições para a terapia de reminiscência, mas a que diz respeito às pessoas com demência refere que esta

“Involves the discussion of past activities, events and experiences with another person or group people, usually with the aid of tangible prompts. The vocal or silent recall of events in a person’s life, either alone, or with another person or group of people.” (Woods *et alii*, 2005 *cit in* Gibson, 2011)

Gibson afirma que existem dois tipos de reminiscência: a reminiscência simples ou geral e a reminiscência específica/especial. A reminiscência simples utiliza sobretudo questões abertas ou imagens/objetos que estimulem o recrutamento de memórias e tem como objetivo alcançar a partilha de memórias e a criação de momentos de socialização. Por outro lado, a reminiscência específica tem como meta a confirmação da identidade pessoal, aumento da autoaceitação e auto-estima e, possivelmente, permite mudanças comportamentais. Para realizar este tipo de terapia é necessário que o terapeuta tenha cuidado na seleção dos participantes, em definir objetivos, em manter o foco e selecionar questões (ver anexo 2) que permitam o desenvolvimento do tema. Uma vez que a revisão

de vida está muito presente, encoraja-se o indivíduo a escrever as suas memórias autobiográficas (ver anexo 3).

Deste modo, a terapia de reminiscência permite criar novos sentidos para o passado e a continuidade do sujeito, ao mesmo tempo em que ocorre a conversação e a orientação para o presente. O processo de reminiscência permite orientar a pessoa com demência no tempo (Camara *et alii*, 2009).

II. ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

1. Objetivo do estudo

O objetivo geral deste estudo enquadra-se na terapia de reminiscência e é compreender o impacto que a construção de um livro de história de vida tem no domínio das habilidades de comunicação de uma pessoa com demência. Por sua vez, os objetivos específicos são: 1) estabelecer um perfil de comunicação não-verbal e de conversação antes, durante e após a construção de um livro de história de vida; 2) analisar e comparar os perfis de comunicação não-verbal e de conversação dos três momentos referidos; 3) verificar quais são as estratégias de comunicação que são aplicadas com maior frequência e a influência que têm em termos pragmáticos na pessoa com demência.

2. Tipo de estudo

O estudo apresentado neste projeto é qualitativo e segue uma tipologia de estudo de caso instantâneo, ou seja, pretende-se interpretar uma experiência subjetiva e o significado que ela possa ter para a participante (Starman, 2013). Neste caso, irá ser analisado e descrito as competências pragmáticas de uma pessoa com demência no relato da sua história de vida.

A análise deste caso foi realizada através da observação direta da participante e os dados foram recolhidos por meio dos registos de sessão. Os registos foram submetidos a um estudo sistemático dos comportamentos observados e serão apresentados em forma de narrativa e tabelas. A análise decorreu sob uma perspetiva indutiva dado que a investigadora não tinha pontos de vista predefinidos antes do estudo, desta forma só foram registados e considerados os comportamentos importantes para responder aos objetivos do projeto. A seleção da participante foi realizada por conveniência, isto é, foi selecionada uma pessoa que representasse o que se tencionava alcançar e o estudo foi realizado até à

saturação teórica, ou seja, até ao momento em que se reparou que não se iriam levantar novos dados relevantes para a pesquisa (Fortin, 1999).

3. Participante

O participante deste estudo foi selecionado de uma unidade de internamento médico (convalescença, reabilitação e manutenção) e foram estabelecidos critérios de inclusão e exclusão que permitiram a escolha. Como critérios de inclusão, tem-se o facto de a pessoa selecionada ter de estar diagnosticada com uma síndrome demencial, independentemente do tipo e do grau em que se encontra, e a vontade própria de ser incluída. Em contrapartida, como critérios de exclusão colocou-se a ausência de motivação em participar e a existência de comportamentos agressivos ou disruptivos.

Perante os critérios supramencionados, foi selecionada uma participante do sexo feminino com 80 anos de idade e uma síndrome demencial de causa vascular, com 4 anos de evolução. Apresenta outros antecedentes clínicos como uma patologia osteoarticular degenerativa, infeções respiratórias e gastronomia percutânea endoscópica (PEG). A participante encontra-se apática mas num estado vígil, calma e desorientada no tempo. Tem grandes limitações locomotivas, pouca autonomia, défices de memória, cumpre ordens simples e apresenta muito pouca iniciativa. É capaz de se expressar oralmente através da fala, contudo tem dificuldade ao nível da escrita, devido à patologia osteoarticular, e da leitura, por causa das dificuldades visuais.

4. Procedimentos

O presente estudo realizou-se numa unidade de internamento médico do norte do país em regime semanal, com sessões de 45 minutos de duração, ao longo de 15 semanas.

Inicialmente, foi entregue à participante e aos seus familiares uma declaração de consentimento informado institucional, que garante a confidencialidade dos dados e a possibilidade de desistirem do estudo em qualquer momento sem prejuízo algum, e uma carta de apresentação do estudo. Esta carta continha um breve enquadramento teórico do papel do terapeuta da fala na intervenção de pessoas com demência, o tema do projeto e os seus procedimentos. Após as autorizações necessárias, foi recolhida a anamnese da participante que constava no processo clínico.

Para avaliar os comportamentos comunicativos, antes, durante e após a construção do livro de história de vida, foi utilizada a grelha de observação de interações de *Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects of Language* (ver anexo 4), que foi elaborada com o intuito de se obter um índice global de comunicação desde crianças em idade escolar até a adultos. Esta grelha analisa a interação, sobretudo os atos de fala, através da observação em contexto natural, espontâneo e não estruturado (Halliday *cit in* Modesto, 2006; Prutting e Kirchner, 1987).

Os comportamentos comunicativos observados foram analisados com recurso aos registos de sessão, onde estavam assentes todos os aspetos que ocorreram durante a interação, os relatos da história de vida, as competências pragmáticas observadas, as estratégias aplicadas e os efeitos que se obtiveram na participante. Para se obterem estes dados foi delineado um esboço de trabalho que permitiu estabelecer os momentos de avaliação e as atividades realizadas com a participante (ver anexo 5).

Este trabalho reincidiu sob a terapia de reminiscência, como foi dito anteriormente, visto que a literatura demonstra que este tipo de terapia tem um impacto globalmente positivo nos participantes ao nível da cognição, comportamento, humor, sintomatologia depressiva, bem-estar, qualidade de vida e da comunicação (Lopes, Afonso e Ribeiro, 2014). Para além disto, a construção de um livro de história de vida permite uma reflexão sobre a vida e promove o espírito da mesma, sendo também um forte impulsionador de competências pragmáticas (Dynes, 2011).

A investigadora principal é a pessoa que tem a responsabilidade de controlar a localização da paciente, o espaço em que ocorre as sessões (sala com poucos ruídos visuais e

auditivos), de preparar as atividades, de explicar os tópicos selecionados e de ser mediadora da interação. As atividades realizadas pretendem criar um ambiente sem erros de forma que a paciente não se sinta inibida. Para a realização das atividades usaram-se diversos materiais, tais como, papel, marcadores, imagens, computador, fotografias e objetos.

As estratégias de comunicação usadas durante as sessões foram as recomendadas pela literatura. No capítulo seguinte, encontrar-se-á exposto as competências pragmáticas observadas assim como as estratégias de comunicação.

III. APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

Uma vez que esta pesquisa relata os comportamentos observados antes, durante e após o processo de construção de um livro de história de vida, a pesquisa foi dividida em três momentos e agrupada nas seguintes categorias: 1) antes da construção do livro de história de vida; 2) durante a construção do livro de história de vida; e 3) após a construção do livro de história de vida. Por isso, a apresentação dos resultados será dividida pelos três momentos.

1. Antes da construção de um livro de história de vida

Primeiramente, realizou-se a avaliação das competências pragmáticas através da grelha de observação *Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects of language* durante 30 minutos. A paciente estava sentada na sala de convívio junto de outros pacientes e perante a supervisão de cuidadores formais. Durante a avaliação, foi mantido um ambiente natural, onde se observou a interação com as pessoas presentes na sala.

Neste ambiente de comunicação a paciente estava apática e uma grande parte dos parâmetros presentes no protocolo de Prutting e Kirchner não foram observados. Contudo, os que foram possíveis observar encontram-se ilustrados na tabela 1, que se segue:

	Apropriado	Inapropriado
Aspetos verbais	▪ Responde na sua vez;	▪ Mantém o tópico de conversa;
Aspetos paralinguísticos	▪ Inteligibilidade da fala; ▪ Prosódia; ▪ Fluência;	▪ Intensidade vocal;
Aspetos não-verbais	▪ Contacto ocular;	

Tabela 1 Resultados da avaliação realizada antes da construção do livro de história de vida.

É importante salientar que durante o tempo em que a participante estava a ser avaliada, esta só interagiu com os cuidadores formais e manteve o tópico de conversa por pouco

tempo. Durante esta interação notou-se o uso de algumas estratégias comunicativas, como, por exemplo, a identificação do tópico de conversa, o toque, a manutenção do contato ocular e a colocação de questões fechadas.

Assim, nesta etapa da pesquisa, a participante demonstrou um perfil cognitivo-comunicativo apático e sem iniciativa. Somente respondia a questões fechadas quando era solicitada, com um débito reduzido (3 a 5 palavras), mas não reagia perante o humor (estado depressivo). Para permanecer atenta era necessário o uso do toque ou utilizar o seu nome.

2. Durante a construção de um livro de história de vida

Na primeira sessão de intervenção a investigadora explicou à participante os objetivos da pesquisa e o que se pretendia ao longo das sessões. Também levou um livro de memórias que possui e mostrou-o à paciente. Este primeiro contacto teve como finalidade estabelecer uma relação de empatia e demonstrar à doente que cada pessoa tem a sua história de vida e a investigadora não estava lá para questionar a dela, a ideia era que a construção do livro de história de vida fosse uma atividade prazerosa (Dynes, 2011).

Nas doze sessões seguintes, procedeu-se à construção do livro de história de vida com recurso à terapia de reminiscência simples. Em todas as sessões, a pesquisadora usava a checklist de Prutting e Kichner, de modo a observar quais foram os comportamentos pragmáticos evidenciados. Notou-se posteriormente, com recurso aos registos de sessão, que de sessão para sessão existiu uma melhora nas habilidades de comunicação e uma diferença nas estratégias de comunicação usadas. As tabelas (2, 3 e 4) que se seguem mostram as diferenças ao longo da intervenção dos comportamentos comunicativos da paciente.

i. Aspectos verbais

Atos de Fala	<p>Inicialmente não se verificou a utilização de diferentes atos de fala. Contudo, na caracterização dos momentos da linha do tempo, observaram-se algumas vezes o uso de atos de fala assertivos.</p> <p>Exemplo: “Ele faz anos no dia 28 de Outubro” e “Eu disse que não podias ir para aí”.</p>
Tópico	<p>Este foi o aspeto verbal onde mais alterações positivas se notaram. No começo da intervenção a participante só iniciava um tópico de conversação quando estimulada e tinha grandes dificuldades na seleção e na mudança. Era capaz de manter o tópico de conversa mas por pouco tempo. A partir da 5ª sessão, a paciente começou a manter o tópico de conversação durante mais tempo e era capaz de iniciar uma conversa e, se necessário, mudá-la.</p> <p>Exemplo: “Hoje podemos falar sobre o meu filho?”.</p>
Tomada de vez	<p>No que diz respeito à responsividade a participante respondeu sempre que questionada, porém só iniciava a tomada de vez quando estimulada. Nunca foram verificadas a revisão de tópico, interrupções e sobreposições, e apenas três vezes fez reparações. Foram observadas algumas pausas relacionadas com questões de anomia.</p> <p>Exemplo: “Eu quero ...”</p>
Seleção lexical	<p>As palavras usadas possuíam conteúdo semântico e eram adequadas ao contexto, formando frases coerentes durante a construção do livro.</p> <p>Exemplo: “Os meus pais não queriam que andássemos na estrada a brincar porque podíamos ser atropelados”.</p>
Variações estilísticas	<p>Durante a construção do livro a paciente não apresentou variações estilísticas.</p>

Tabela 2 Resultados da avaliação dos aspetos verbais durante a construção do livro de história de vida.

ii. Aspectos paralinguísticos

Inteligibilidade e prosódia	Ao longo da intervenção, existiram alguns momentos em que a inteligibilidade do discurso e a intensidade vocal não foram apropriadas. De uma maneira geral, o discurso era monocórdico, ou seja, não existiam variações melódicas.
------------------------------------	--

Tabela 3 Resultados da avaliação dos aspectos paralinguísticos durante a construção do livro de história de vida

iii. Aspectos não-verbais

Cinésica e Proxémica	Em nenhum momento a paciente rejeitou a proximidade e o contato físico, mas devido às limitações motoras não foi capaz de realizar muitos movimentos. Utilizava com alguma frequência o movimento das mãos e as expressões faciais para demonstrar emoções. Por vezes, o contato ocular perdia-se devido à falta de atenção/concentração.
-----------------------------	---

Tabela 4 Resultados da avaliação dos aspectos não-verbais durante a construção do livro de história de vida

Após analisar os registos de sessão, constatou-se que existem estratégias que promovem certos comportamentos comunicacionais enquanto outras os inibem. Segundo a literatura existente, a utilização de certas estratégias de comunicação num determinado momento permite uma melhoria ao nível da compreensão, expressão, atenção e motivação. Nesta investigação reparou-se que a aplicação de certas estratégias, para além de facilitar as quatro categorias supramencionadas, permitiram influenciar diretamente alguns comportamentos pragmáticos da participante. De seguida, serão apresentadas as estratégias que beneficiam essas componentes pragmáticas (tabela 5).

Tópico	Apurou-se que as estratégias que facilitam o início e a seleção de um tópico de conversa é a pausa e a manutenção do contato ocular. Estas duas estratégias quando usadas simultaneamente impulsionavam a paciente a introduzir ou a selecionar um tópico. Por outro lado, para manter uma conversa pelo maior tempo possível, era necessário começar por questões fechadas e ir progredindo para questões abertas, usando sempre frases simples e curtas e realizando pausas prolongadas. A diminuição da velocidade do discurso aquando a identificação do tópico de conversa também permitia um maior tempo de manutenção do tópico.
Tomada de vez	Verificou-se que o uso do nome da participante (para chamar a atenção) e a reformulação dos conteúdos falados aumentavam a sua responsividade e a sua iniciativa em tomar a vez. Quando confrontada com a incoerência, a participante reparava e revia o tópico.
Inteligibilidade e prosódia	Quando a investigadora utilizava a estratégia comunicativa “verificação”, como forma de ter certeza que percebeu o que foi dito, a participante corrigia o discurso melhorando a inteligibilidade da fala e a intensidade vocal. A prosódia do discurso melhorava com o uso do humor acompanhado de três estratégias conjuntamente: reformulação do tópico, toque e promoção do contato ocular.
Cinésica e Proxémica	Devido às dificuldades motoras da paciente, a investigadora sentava-se de forma estratégica promovendo a possibilidade de contato físico e de contato ocular. Para manter o contato ocular, frequentemente usava-se o toque e o nome da participante (direcionar a atenção). Observou-se que o respeito do limiar de cansaço, o reforço positivo, e a utilização da escrita, imagens e esquemas promoviam o uso frequente de expressões faciais e gestos.

Tabela 5 Estratégias comunicativas que favorecem comportamentos pragmáticos

O perfil cognitivo-comunicativo ao longo da construção do livro de história de vida foi sofrendo alterações. Nas sessões iniciais desta parte da pesquisa a participante raramente

selecionava, iniciava, mudava ou finalizava o tópico de conversa. Mantinha um tópico de conversação por pouco tempo e raramente respondia a questões de resposta aberta. A partir da 5ª sessão, observou-se uma mudança em termos de competências pragmáticas. A paciente começou a manter o tópico de conversação por mais tempo, respondendo a questões abertas, era capaz de iniciar uma conversa e, se necessário, mudá-la. Em contrapartida, o aumento do débito da fala, demonstrou mais pausas relacionadas com a anomia. Começou a reagir de forma mais frequente ao humor, através das expressões faciais (ex: sorriso), e por vezes realizava alterações melódicas, sobretudo quando estava a relatar algum acontecimento positivo. A atenção/concentração era mais permanente, embora ainda se notasse algumas ausências.

3. Após a construção de um livro de história de vida

Na última sessão, a investigadora avaliou a participante usando novamente a checklist de Prutting e Kichner, durante 45 minutos, enquanto a participante folheava o livro construído, com ajuda, e conversava sobre ele.

Previamente foi dito que o livro de história de vida é uma atividade criativa que promove a interação e cooperação com os outros, mantendo um sentido de identidade, e propagando a esperança de um futuro (Dynes, 2011). Porém, para além disto, a criação desta ferramenta possibilitou modificações ao nível das competências de linguagem pragmática e até no recrutamento de novas memórias episódicas (que foram acrescentadas mais tarde no livro). Com o auxílio deste instrumento confirmou-se um aumento da confiança para o ato de comunicar.

Ao nível dos aspetos verbais, verificou-se o uso apropriado dos tópicos de conversação, um aumento na capacidade de tomada de vez, incluindo a reparação de tópico, e a continuação de um discurso coerente. Esporadicamente observou-se o uso de variações estilísticas, como, por exemplo, “abandonar o barco” e “agarrar com unhas e dentes”. Em termos de estratégias de comunicação, não foram utilizadas muitas, quando se compara este momento com o durante a construção do livro. E termos de estratégias de comunicação, a investigadora demonstrou estar num processo de escuta ativa e manteve

o contacto ocular. Ocasionalmente realizou algumas verificações e fez questões de resposta aberta mais frequentemente do que de resposta fechada.

Nesta última etapa do processo, em termos cognitivo-comunicativos, constatou-se que a participante era capaz de seleccionar e mudar o tópico de conversação de forma mais eficiente. Manteve um discurso mais prolongado apesar do aumento do débito do discurso provocar mais pausas relacionadas com a anomia ou com o comprometimento da recrutação de memórias. Quando estas pausas ocorriam, notava-se a procura do livro de história de vida como forma de tentar colmatar esta dificuldade.

No capítulo seguinte, os dados obtidos nesta pesquisa serão comparados com os dados fornecidos pela literatura existente.

IV. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A terapia de reminiscência consiste na recuperação de experiências e acontecimentos pessoais significativos através da memória autobiográfica. Vários são os estudos que afirmam uma correlação positiva deste tipo de intervenção com os benefícios ao nível da cognição, comportamento, humor, sintomatologia depressiva, bem-estar, qualidade de vida, comunicação e capacidade funcional (Lopes, 2015; Haberstroh *et alii*, 2011; Lopes, Afonso e Ribeiro, 2014; Lopes *et alii*, 2014; Jo e Song, 2015; Lopes *et alii*, 2016;). Nesta pesquisa, o uso da terapia de reminiscência como forma de intervenção permitiu uma melhoria ao nível da cognição, humor, sintomatologia depressiva, bem-estar, comunicação e da qualidade de vida.

Os distúrbios de comunicação na pessoa com demência diferem em quantidade e qualidade. As diferenças ao nível da quantidade referem-se ao estágio da doença, enquanto as diferenças ao nível da qualidade referem-se, no caso de pessoas com demência de causa vascular, às dificuldades compreensivas e expressivas, défices de memória e prejuízo ao nível da linguagem pragmática, semântica e sintática (Bayles, 2003, Perry e Hodges, 1999, e Bickel *et alii*, 2000 *cit in* Haberstroh, 2015). Segundo os estádios da demência (ver anexo 7) defendidos por Reisberg (1982) *cit in* Fidalgo (2012), a participante deste estudo apresenta-se em termos de quantidade no estágio 7, ou seja, com uma demência muito grave. No que diz respeito à qualidade, notam-se dificuldades em todos os parâmetros nomeados acima, sobretudo ao nível das competências pragmáticas, com a exceção do prejuízo da linguagem sintática.

É notável destacar que a alteração das competências pragmáticas numa pessoa é intrínseca a cada indivíduo, já que existem pessoas que estão mais predispostas para a comunicação do que outras. Assim, o grau de afetação das habilidades pragmáticas ao longo do tempo pode variar de pessoa para pessoa, por isso alguns indivíduos podem demonstrar défices mais graves do que outros quando se encontram num mesmo estágio (Messer, 2015). Ao longo da pesquisa, notaram-se que os perfis de comunicação não-verbal e de conversação foram melhorando. Esta mudança pode ter acontecido pela personalidade da participante e da sua predisposição para a comunicação, contudo a investigadora inclui outros aspetos que levam a um aprimoramento destas competências. A demência leva a diferentes

défices que podem comprometer o processo de comunicação nas diferentes etapas e levar a um isolamento social (Haberstroh, 2011), desta forma um dos objetivos do terapeuta da fala é criar uma intencionalidade comunicativa (Ramírez e Matiz, 2009). Sabendo que na pessoa com demência a memória de longo prazo é afetada mais tarde do que a memória a curto prazo (Bayles e Tomoeda, 2014), o relato de histórias de vida torna-se mais acessível, para além de que reforça e mantém o sentido de identidade (Dynes, 2011). Deste modo, com a aplicação de estratégias de comunicação que permitam a eficácia da comunicação, a construção de um livro de história de vida concede à participante uma intencionalidade comunicativa e uma maior confiança para o ato de comunicar. Muitas vezes, as pessoas não tem dificuldades comunicativas e o ato de comunicação fica comprometido, porque as pessoas não têm a intenção de que este ocorra. Assim, a pesquisadora, considera que a estimulação da intencionalidade comunicativa é um dos aspetos mais importante para o progresso das habilidades pragmáticas, uma vez que as dificuldades nas restantes etapas do processo de comunicação podem ser mediadas com o recurso a estratégias (Ramírez e Matiz, 2009).

Quando se consideram as estratégias para melhorar a comunicação da pessoa com demência é importante ter consciência de todas as dificuldades que esta pode experimentar, por isso é necessário que exista uma avaliação cuidadosa. A literatura defende que uma forma eficaz de recolher detalhes sobre as necessidades comunicativas de uma pessoa com demência é através duma abordagem de história de vida, visto que esta permite estabelecer um perfil mais abrangente (Bourgeois *et alii*, 2001; Keady e Jones, 2010 *cit in* Vries, 2013). É importante compreender que as habilidades de compreensão e expressão ficam afetadas e portanto é necessário ter cuidado com a forma como nos dirigimos à pessoa, o tom e o volume de voz usado e a comunicação não-verbal. Algumas pesquisas mostram que quando os cuidadores usam uma intensidade vocal mais elevada existe uma maior resistência por parte dos pacientes e quando se utiliza uma comunicação “infantilizada” os mesmos choram e gritam mais frequentemente (Williams e Herman, 2011).

Os resultados obtidos exibiram que algumas estratégias foram mais usadas do que outras e estas foram diversificando consoante os diferentes momentos da intervenção. A permanência do contacto ocular foi uma estratégia comum aos três momentos, ao passo

que a identificação do tópico de conversa, o toque e o uso do nome foram estratégias comuns aos momentos antes e durante a construção do livro. As estratégias intituladas de pausa e diminuição da velocidade do discurso só foram usadas durante a construção do livro. As estratégias comunicativas que despertaram especial interesse na investigadora foram o uso da questão aberta e da questão fechada. No primeiro momento, a paciente só respondia a questões fechadas, contudo no segundo momento houve uma progressão e foi possível alternar entre questões de resposta fechada e de resposta aberta. Já no terceiro momento, era possível realizar questões só de resposta aberta que se obteriam feedbacks.

Na pessoa com demência a probabilidade de responder a uma pergunta aberta é menor se esta questão estiver relacionada com o passado, uma vez que a memória episódica é mais sensível que a memória semântica (Bayles e Tomoeda, 2014; Small e Perry, 2005; Green, 2012). Por outro lado, a probabilidade de resposta aberta é maior se o tópico for centrado na pessoa (Vries, 2013). Estes conceitos aliados ao facto da construção de um livro de história de vida ser uma ferramenta que promove autoconfiança e permite uma interação eficiente (Dynes, 2011), justifica a progressão da utilização destas estratégias. No primeiro momento, a paciente não tinha nenhuma ferramenta que apoiasse a sua interação e os tópicos abordados poderiam não ser significativos e não causar-lhe intencionalidade comunicativa, portanto seria necessário a utilização de questões fechadas. Por outro lado, no segundo momento, os tópicos de conversa já eram do interesse da participante e à medida que ia recrutando algumas memórias e percebia que não existia um papel de censura por parte da investigadora, esta começou a desenvolver por mais tempo a conversa. Desta forma, considera-se que houve uma melhoria ao nível do bem-estar e do sentimento de autoconfiança e que a utilização do livro associada com estas estratégias permitiu promover alterações positivas ao nível das competências pragmáticas, especialmente ao nível do tópico nos aspetos verbais.

A permanência do contacto ocular foi uma estratégia frequentemente presente nos três momentos da avaliação. Fidalgo (2012) caracteriza esta estratégia como sendo relevante para a atenção. Neste caso verificou-se que o contacto ocular não permitia só chamar a atenção e facilitar a compreensão numa fase posterior. Este permite ter um feedback não-verbal, como, por exemplo, as expressões do olhar e demonstrar o gosto que os interlocutores estavam a ter pela conversa e também encorajava a estabelecer momentos

de atenção conjunta, ou seja, estabelecer foco num determinado objeto/imagem ou esquema (Vries, 2013). Esta estratégia por si só não causava grandes alterações ao nível das competências pragmáticas, mas quando associada a outras os benefícios eram bons, por exemplo, quando esta estratégia se associava à pausa, observavam-se alterações ao nível do tópico e da tomada de vez (aspetos verbais).

A diminuição da velocidade do discurso foi uma das estratégias associadas unicamente ao decorrer da construção do livro. Esta estratégia é um pouco controversa na literatura, visto que alguns investigadores afirmam que facilita a compreensão e outros dizem que não. Uma vez que a memória de trabalho está afetada e a diminuição da velocidade do discurso implica que as pessoas retenham informações por mais tempo, quando se chega ao fim da conversa estas já se esqueceram da parte inicial (Vries, 2013). Com a participante esta estratégia foi utilizada a par da construção de frases curtas e simples e portanto não se verificaram défices de memória. Por si só, esta não permitiu alterações ao nível pragmático, mas quando associada às estratégias de verificação, resumir e reformular, observam-se reparações comunicativas (tomar e dar a vez – aspeto verbal).

Segundo a literatura, a pausa é uma estratégia de expressão que permite fornecer tempo ao paciente para formular uma frase (Fidalgo, 2012). Foi uma das estratégias mais usadas sobretudo a par de outras e permitia várias alterações ao nível pragmático. Por exemplo, quando a investigadora, usava a pausa e mantinha contato ocular, a participante era capaz de iniciar um tópico de conversa. Quando a investigadora chamava pelo nome da paciente, identificava o tópico de conversa e realizava uma pausa de seguida, observava-se a manutenção do tópico de conversa, quando realizava verificações e posteriormente uma pausa, a participante executava reparações no discurso.

Uma outra estratégia que foi muito utilizada antes e durante a construção do livro foi o toque. Este gesto permitia chamar a atenção e transmitir sinceridade e bondade durante a interação, quando realizado de forma adequada e respeitosa (Fidalgo, 2012; Vries, 2013; Green, 2012). Permitiu melhorar a permanência do contato ocular entre as interlocutoras e aumentar os movimentos das mãos e das expressões faciais. Uma vez que com o toque a paciente voltava a ficar concentrada e estava mais atenta para situações de humor, por exemplo.

Assim, conclui-se que quando as abordagens de comunicação seguem os princípios da ética do cuidado, de responsabilidade, competência, capacidade de resposta e confiança (Barnes e Brannelly, 2008) os resultados obtidos são positivos. Após a análise e compreensão dos resultados desta investigação, percebeu-se que a terapia de reminiscência associada à construção de um livro de história de vida e ao uso de estratégias de comunicação melhora as habilidades de competência pragmática, ou seja, as habilidades de conversação e de comunicação não-verbal. Para além destes objetivos, outros foram alcançados de modo subentendido, como o aumento da qualidade de vida, uma vez que a melhora das competências pragmáticas permitem uma melhora da integração e no manter o contexto social (Haberstroh *et alii*, 2012).

V. CONCLUSÃO

O envelhecimento da população portuguesa coloca os profissionais de saúde perante novos desafios de saúde e doença, como, por exemplo, a demência. Esta é uma das principais causas de incapacidade na velhice e coexiste com muitas outras patologias, levando a problemas de saúde pública. Desta forma, torna-se necessário investigar alternativas às intervenções farmacológicas e analisar e compreender o benefício do uso de terapias não farmacológicas (Lopes *et alii*, 2016). Embora muitos estudos afirmem os efeitos positivos da terapia de reminiscência e abordem a necessidade do treino dos cuidadores, poucos retratam o que acontece ao nível das competências pragmáticas (Lopes *et alii*, 2014).

Os estudos existentes sobre os efeitos da terapia de reminiscência em pessoas com demência não são conclusivos e carecem de mais estudos de investigação, sobretudo com amostras mais alargadas e de caráter longitudinal (Lopes *et alii*, 2014). Assim, em investigações futuras seria importante aumentar a amostra e analisar por quanto tempo as competências pragmáticas observadas após a construção do livro de história de vida duram. A realização de um estudo mais interdisciplinar, acima de tudo entre terapeutas da fala e psicólogos, já que estes são profissionais habilitados para a comunicação e para o estudo dos processos mentais, respetivamente, iria permitir uma perspetiva mais holística do benefício deste tipo de intervenção para as pessoas com demência.

Este estudo permitiu concluir que uma intervenção de terapia de reminiscência associada à construção de um livro de história de vida e ao uso de estratégias de comunicação melhora as habilidades de competência pragmática. Percebeu-se que saber quando aplicar as diferentes estratégias influencia diretamente os habilidades de comunicação e que a presença de uma ferramenta de apoio (livro com a história de vida) aumenta a autoconfiança e a predisposição para o ato comunicativo.

Referências Bibliográficas

Abreu, I., Fortaleza, O. e Barros, H. (2005). Demência de Alzheimer: correlação entre memória e autonomia. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32 (3). pp 131-136. [Em Linha]. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a05v32n3.pdf>>. [Consultado em: 14/3/2017].

APTF – Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala. (2015). Campo de atuação. [Em Linha]. Disponível em < <http://www.aptf.org/reas-de-interveno>>. [Consultado em: 14/3/2017]

ASHA – American Speech, Language and Hearing Association. (2013). Common Dementias. [Em Linha]. Disponível em < <https://www.asha.org/Practice-Portal/Clinical-Topics/Dementia/Common-Dementias/>>. [Consultado em: 14/3/2017].

ASHA – American Speech-Language-Hearing Association (ASHA). (2015). Dementia. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.asha.org/public/speech/disorders/dementia/Retrieved>>. [Consultado em: 14/10/2016].

Bambini, V. *et alii*. (2016). Communication and pragmatic breakdowns in amyotrophic lateral sclerosis patients. *Brain & Language*. 153(154), [pp. 1-12].

Barnes, M. e Brannelly, T. (2008). Achieving care and social justice for people with dementia. *Nursing Ethics*. 15(3), [384-395].

Bayles, K. e Tomoeda, C. (2014). *Cognitive-Communication Disorders of Dementia – Definition, Diagnosis and Treatment*. 2ª Edição. United States of America: Plural publishing.

Bertolucci, P. (2005). Demências. In Ortiz, K. (org). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição*. 1ª Edição. Barueri, Editora Manole, [pp. 295-312].

Brandão, L. e Parente, M. (2005). Compreensão e produção do discurso oral em portadores da doença de alzheimer. In Ortiz, K. (org). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição*. 1ª Edição, Barueri, Editora Manole, [pp. 330-353].

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

Caramelli, P. e Barbosa, M. (2002). Como diagnosticar as quatro causas mais frequentes de demência?. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. 24. [pp. 7-10]. [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/0D/rbp/v24s1/8850.pdf>>. [Consultado em 15/3/2017].

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

Camara, V. et alii. (2009). Reabilitação Cognitiva das Demências. *Revista Brasileira de Neurologia*. 45(1), [pp. 25-33].

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

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

Dynes, R. *Writing life histories: A guide for use in caring environments*. United Kingdom, Speechmark.

Egan, M. et alii. (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].

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

Fidalgo, J. (2012). Utilização de estratégias comunicativas num grupo de conversação de pessoas com demência: estudo qualitativo. [Em Linha]. Disponível em <<https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3819>>. [Consultado em: 15/3/2017].

Fornari, L. *et alii*. (2010). As diversas faces da síndrome demencial: como diagnosticar clinicamente? *Scientia Medica*. 20(2). [pp. 185-193]. [Em Linha]. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/scientiamedica/article/viewFile/5824/5430>>. [Consultado em 15/3/2017].

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

Gallucci, J., Tamelini, M. e Forlenza, O. (2005). Diagnóstico diferencial das demências. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 32(3). [Em Linha]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a04v32n3>>. [Consultado em: 14/3/2017].

Gibson, F. (2011). *Reminiscence and Life Story Work*. London, Jessica Kingsley Publishers.

Green, D. (2012). Communication and cognitive impairment. *Nursing & Residential Care*. 14(9/Setembro), [pp. 446-449].

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

Haberstroh, J. (2011). TANDEM: communication training for informal caregivers of people with dementia. *Aging & Mental Health*. 15(3/Abril), [pp. 405-413].

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>. [Consultado em 12/3/17].

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].

Jo, H. e Song, E. (2015). The effect of reminiscence therapy on depression, quality of life, ego-integrity, social behavior function, and activities of daily living in elderly patients with mild dementia. *Educational Gerontology*, 41, [pp. 1-13].

Jootun, D. e McGhee, G. (2011). Effective communication with people who have dementia. *Nursing Standard*. 25(25), [pp. 40-46].

Kay, A. (2003). Linguagem nas demências. In Kay, A., Ferreira, V. e Ferreira, T. (orgs). *Afásias e demências: Avaliação e tratamento fonoaudiológico*. 1ª Edição. São Paulo, Editora Santos, [pp. 69-79].

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].

Lopes, T. (2015). Avaliação de um programa de reminiscência em pessoas idosas com demência leve. [Em Linha]. Disponível em < <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/83303?locale=pt>>. [Consultado em: 13/4/2017].

Lopes, T., Afonso, R. e Ribeiro, O. (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 15(3), [pp. 597-611].

Lopes, T. *et alii.* (2014). Impacto de intervenções de reminiscência em idosos com demência: Revisão da literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças*. 15(3), [pp. 597-611].

Lopes, T. *et alii.* (2016). Impacto de um programa de reminiscência livre e individual. *Revista de Psicologia*. 2(1), [pp. 105-111].

McNamara, P. e Durso, R. (2003). Pragmatic communication skills in patients with Parkinson disease. *Brain & Language*. (84), [pp. 414-423].

Messer, R. (2015). Pragmatic Language Changes During Normal Aging: Implications for Health Care. *Health Aging & Clinical Care in the Elderly*. (7), [pp. 1-7].

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

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

OECD – Organisation for Economic Cooperation and Development. (2017). *Health at a Glance 2017: OECD Indicators*. Paris, OECD Publishing, [Em Linha]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1787/health_glance-2017-en>. [Consultado em: 2/2/2018].

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

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, Lusodidatica.

Pinto, A. *et alii*. (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 [Consultado em 8/2/17].

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. *Revista Med*, 17(1), [pp. 26-33].

Real, R. e Massano, J. (2014). Demências. In Sá, M. (coor.). *Neurologia Clínica: Compreender as doenças neurológicas*. 2ª Edição. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa, [pp. 475-506].

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].

Romero, S. (2005). Intervenção Fonoaudiológica nas Demências. In Ortiz, K. (org). *Distúrbios Neurológicos Adquiridos: Linguagem e Cognição*. 1ª Edição, Barueri, Editora Manole, [pp. 313-321].

Santana, I. (2005). A Doença de Alzheimer e outras Demências. In Castro-Caldas, A. e Mendonça, A. *A doença de Alzheimer e outras demências em Portugal*. Lisboa, Lidel, [pp. 61-82].

Santana, I. *et alii*. (2015). The epidemiology of dementia and alzheimer disease in Portugal: Estimations of prevalence and treatment-costs. *Acta Médica Portuguesa*. 28(2). [pp. 182-188].

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].

Small, J. e Perry, J. (2015). Do you remember? How caregivers question their spouses who have Alzheimer's disease and impact on communication. *Journal of Speech, Language and hearing research*. 48(1), [pp. 125-136].

Starman, A. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of contemporary educational studies*. [pp. 28-43].

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].

Vries, K. (2013). Communicating with older people with dementia. *Nursing older people*. 25(4/Março), [pp. 30-37].

Wannamacher, L. (2005). Demência: evidências contemporâneas sobre a eficácia dos tratamentos. *Revista Pan American Health Organization*. 2(4), [pp. 1-6].

Williams, K. e Herman, R. (2011). Linking resident behavior to dementia care communication: effects of emotional tone. *Behavior Therapy*. 42(1), [42-46].

Anexos

Anexo 1 – Estratégias de Comunicação segundo Fidalgo (2012)

Compreensão	<ul style="list-style-type: none">▪ Diminuição da velocidade do discurso▪ Usar frases simples e curtas▪ Dar uma informação de cada vez▪ Reformulação▪ Identificar o tópico de conversa▪ Sumariar▪ Verificação▪ Escrita, Imagens e Desenhos
Expressão	<ul style="list-style-type: none">▪ Pausa▪ Confrontação com a incoerência▪ Pistas▪ Escrita, Imagens e Desenhos▪ Questões abertas▪ Questões fechadas▪ Questões de escolha múltipla▪ Questões dirigidas
Atenção	<ul style="list-style-type: none">▪ Promover o contato ocular▪ Toque▪ Repetição▪ Utilizar o nome da pessoa
Motivação	<ul style="list-style-type: none">▪ Respeitar o limiar de cansaço▪ Reforço positivo

Anexo 2 – Questões *prompts* para o processo de revisão de vida

INFÂNCIA

Descreva eventos que tenham sido significativos para si nos primeiros anos de vida, incluindo as primeiras memórias e histórias que outras pessoas lhe tenham contado sobre a sua infância. Quais são as suas primeiras recordações?

1. Onde nasceu?
2. Foi em casa ou no Hospital?
3. Onde você mora? Num país, numa cidade ou numa aldeia? Descreva o ambiente.
4. Seus pais tinham casa?
5. Viveu em diferentes casas?
6. Porque os seus pais escolheram o seu nome?
7. Você tem uma alcunha?
8. Os seus pais eram ricos ou pobres?
9. Qual é a sua primeira memória?
10. Tem irmãos ou irmãs? Como se sente sobre eles? Vocês davam-se bem ou mal?
11. Sentia-se amada quando era uma criança?
12. Lembra-se do seu cheiro favorito?

Os pais

1. Como se sente sobre o seu pai e a sua mãe? Eram bons, rigorosos, tímidos, estavam sempre a discutir, extrovertidos ou modestos?
2. Como é que eles são?
3. Que roupas usavam?
4. Qual era o trabalho do seu pai?
5. Qual era o trabalho da sua mãe?
6. O que eles faziam no tempo livre?
7. Que férias teve?
8. Eles decoravam a casa?
9. Eles usavam provérbios/expressões que ainda se lembre?
10. Que tipo de rotina é que eles tinham?
11. Que tipo de coisas faziam consigo?
12. Como é que se relacionava com eles e eles consigo?

Os avós

1. Vivia perto dos seus avós?
2. Via-os com frequência?
3. Como era a casa deles?
4. Gostava de visitá-los ou só o fazia por “obrigação”?
5. Como é que eles são?
6. Que tipo de atividades fazia com eles?
7. Ficava com eles às vezes?
8. Que memórias tem deles?

Os irmãos e as irmãs

1. Eles são mais novos ou mais velhos do que você?
2. Como era com eles?
3. Que tipo de atividades faziam?
4. De quem é que era mais próximo, porquê?
5. Vocês discutiam? Sobre o que discutiam?
6. Compartilhava o quarto?
7. Compartilhava as roupas?

A casa

1. Como olha o lugar, como se aproxima dele?
2. Usava a porta da frente ou de trás?
3. De que cor é a porta?
4. A janela tinha cortinas? De que cor eram?
5. Tinha uma chave?
6. Quando abria a porta o que via, cheirava ou ouvia?
7. No hall de entrada, estava lá um espelho, uma mesa, um suporte de chapéu?
8. Tinha um tapete no chão?

TEMPOS DE ESCOLA / CRESCIMENTO

Escreva sobre os seus dias de escola. Inclua memórias sobre os seus assuntos favoritos, a sua vida familiar, a área em que viveu, sobre os amigos e quaisquer outras experiências memoráveis. Quais eram as suas aulas preferidas?

Diga algo sobre a sua vida familiar, nos tempos de férias e em casa. Como gastava o seu tempo quando não estava na escola? Como era a escola? O que é que mais gostava? O que é que não gostava? Quem eram os seus melhores amigos? Houve celebrações familiares inesquecíveis? Foi para o ensino superior?

1. Como se chamava a sua primeira escola?
2. Onde ficava?
3. Era uma escola grande ou pequena?
4. Tinha irmãs ou irmãos na mesma escola?
5. Pode descrever o edifício?
6. O que levou no seu primeiro dia?
7. Vestia uniforme?
8. Como se sentia quando se aproximou da escola? Nervoso, excitado?
9. A escola era para rapazes e raparigas? Ou era só para raparigas?
10. Tinha uma turma grande ou pequena?
11. Pode descrever a sua primeira professora?
12. O que foi que mais gostou no primeiro dia de escola?

VIDA NO TRABALHO

Que idade tinha quando começou a trabalhar? Descreva os seus sentimentos no primeiro dia de trabalho. Você se deu bem com os outros colegas de trabalho?. Fez amizade com alguém?. O que fazia quando não estava a trabalhar?. Tinha muitos trabalhos?. A sua vida mudou quando começou a trabalhar? Como?.

1. Como se sentiu no último dia de aulas?
2. O que fez quando saiu da escola?
3. Conseguiu um emprego, onde?
4. Teve alguma escolha sobre o emprego que ia ter?
5. Qual foi o seu salário inicial?
6. Como se sentiu quando sentiu o dinheiro no seu bolso?
7. Foi para a universidade?
8. Que conselhos os seus pais davam sobre o trabalho e a vida?
9. Alguma vez os seus pais se opuseram a alguma coisa que fez/ ou gostava de ter feito?
10. Alguma vez fumou? O que os seus pais pensaram sobre isso?

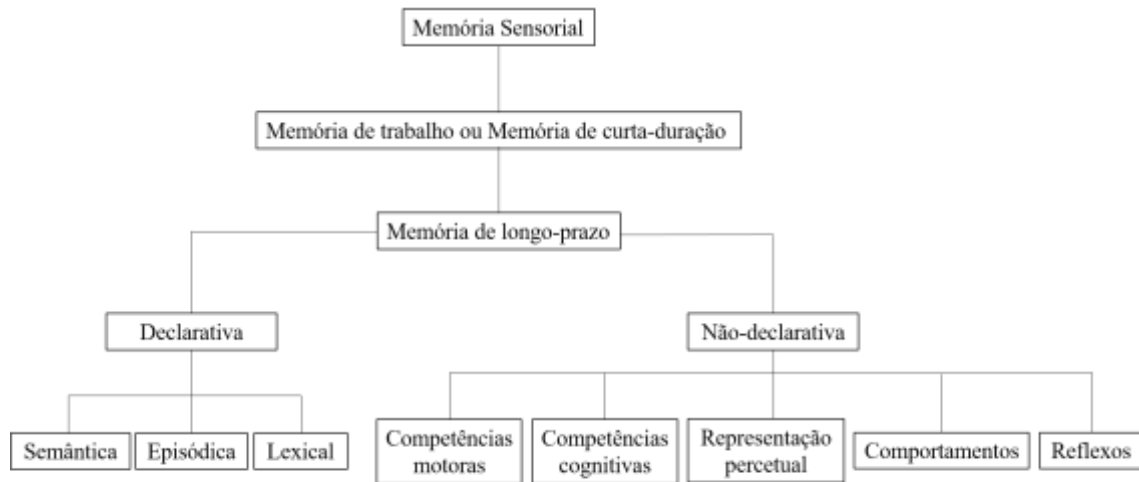
11. Esteve em algum sítio onde causou problemas?
12. Ia a concertos?
13. Como era o seu cabelo na adolescência?
14. A sua relação com os pais mudou depois de ter acabado a escola?
15. O que acha que mudou psicologicamente? Como se sentiu?
16. Com quem partilhava os seus sentimentos?

AMOR E ROMANCES

Descreva o seu primeiro encontro. Teve muitos namorados?. Quais são os seus sentimentos sobre o amor/romances no momento? Você só queria namorar ou pensava em casamento? Como conheceu/encontrou o seu parceiro?

Estas questões foram adaptadas do Writing Life Histories: A guide for use in caring environments de Robin Dynes (2011).

Anexo 3 – Diferentes tipos de memória



Adaptado de Bayles e Tomoeda, 2014

Memória de trabalho: armazena de forma temporária e limitada as informações.

Memória de longo prazo: capacidade de manter uma informação recente (poucos dias atrás) durante décadas.

Memória semântica: memória dos significados, compreensão e de todas as formas de conhecimento baseado em conceitos.

Memória episódica: memória de eventos autobiográficos, ou seja, é a coleção de experiências pessoais passadas que ocorrem num determinado momento e local.

Anexo 4 – Grelha de observação de interação de Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects Language

PRUTTING & KIRCHNER: *Pragmatic Aspects of Language* 117

APPENDIX
Pragmatic Protocol

NAME: _____ DATE: _____
COMMUNICATIVE SETTING OBSERVED _____ COMMUNICATIVE PARTNER'S 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 prosodics				
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 5 – Esboço do projeto

Legenda: Antes da construção do livro de história de vida
 Durante a construção do livro de história de vida
 Após a construção do livro de história de vida

Nr.º da sessão	Assunto
1	Avaliação (Protocolo Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects of Language)
2	Apresentação do livro de memórias da investigadora Explicação dos objetivos da pesquisa e da intervenção
3	Construção da árvore genealógica
4	Caraterização dos membros da árvore genealógica
5	Caraterização dos membros da árvore genealógica
6	Caraterização dos membros da árvore genealógica
7	Construção de uma linha do tempo com os momentos mais importantes
8	Caracterização dos momentos da linha do tempo
9	Caracterização dos momentos da linha do tempo
10	Caracterização dos momentos da linha do tempo
11	Caracterização dos momentos da linha do tempo
12	Caracterização dos momentos da linha do tempo
13	Construção de uma tabela com gostos e preferência
14	Caracterização dos gostos e preferências
15	Avaliação (Protocolo Prutting e Kirchner: Pragmatic Aspects of Language)

Anexo 6 – Estágios de deterioração associados à demência (Reisberg, 1982 *cit in* Fidalgo, 2012)

“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.”