

**Universidade Fernando Pessoa**

**Porto**

**Provas Públicas para obtenção do Título Académico de Agregado em  
“Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, especialização em  
Perturbações da Linguagem”**

Lição apresentada nos termos da alínea c) do n.º 5 do Decreto-Lei n.º 239/2007, de 19 de Julho, no âmbito do ramo de conhecimento em Desenvolvimento e Perturbações de Linguagem, especialização em Perturbações da Linguagem

Unidade Curricular **Comunicação e Relação de Ajuda** do Plano de Estudos do  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Aula

**As Linguagens da Comunicação: Principais Perturbações da Linguagem ao  
Longo do Ciclo Vital e Comunicação em Saúde**

Comunicação em saúde como ferramenta promotora da literacia em saúde junto dos cuidadores informais de doentes com Perturbação da Linguagem Adquirida: Afasia no Adulto

**Ana Maria Nunes Português Galvão**

**Janeiro de 2019**



**Universidade Fernando Pessoa**  
**Porto**

**Provas Públicas para obtenção do Título Académico de Agregado em**  
**“Desenvolvimento e Perturbações da Linguagem, especialização em**  
**Perturbações da Linguagem”**

Lição apresentada nos termos da alínea c) do n.º 5 do Decreto-Lei n.º 239/2007, de 19 de Julho, no âmbito do ramo de conhecimento em Desenvolvimento e Perturbações de Linguagem, especialização em Perturbações da Linguagem

Unidade Curricular **Comunicação e Relação de Ajuda** do Plano de Estudos do  
Mestrado em Enfermagem de Saúde Familiar

Aula

**As Linguagens da Comunicação: Principais Perturbações da Linguagem ao**  
**Longo do Ciclo Vital e Comunicação em Saúde**

Comunicação em saúde como ferramenta promotora da literacia em saúde junto dos cuidadores informais de doentes com Perturbação da Linguagem Adquirida: Afasia no Adulto

**Ana Maria Nunes Português Galvão**  
**Janeiro de 2019**



## Índice

<b>INTRODUÇÃO ÀS PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM AO LONGO DO CICLO VITAL E COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.....</b>	<b>7</b>
<b>PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM .....</b>	<b>11</b>
PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM EM ADULTOS COM DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS ADQUIRIDOS .....	14
PERTURBAÇÃO DA LINGUAGEM ADQUIRIDA: AFASIA NO ADULTO .....	15
AVALIAÇÃO DA AFASIA.....	16
<i>Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)</i> .....	16
<i>Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)</i> .....	17
ALTERAÇÕES DE LINGUAGEM E FALA EM DOENTES ADULTOS COM DISTÚRBIOS NEUROLÓGICOS ADQUIRIDOS: AVC E TCE.....	17
<i>Epidemiologia</i> .....	17
ALTERAÇÕES DE COMUNICAÇÃO E DA LINGUAGEM EM PATOLOGIAS NEURO-DEGENERATIVAS: DOENÇA DE ALZHEIMER .....	20
<b>INTERVENÇÃO DA REABILITAÇÃO EM DOENTES COM AFASIA DECORRENTE DE AVC E TCE.....</b>	<b>25</b>
<b>A COMUNICAÇÃO PARA A SAÚDE COMO FERRAMENTA PARA A PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE DOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES COM AVC, TCE E DOENÇA DE ALZHEIMER.....</b>	<b>31</b>
MODELO CONCEPTUAL DA LITERACIA EM SAÚDE DE NUTBEAM.....	33
MODELO CONCEPTUAL DA LITERACIA EM SAÚDE DE SØRENSEN ET AL.....	35
<b>EXERCÍCIO PRÁTICO SOBRE UM PLANO DE PROMOÇÃO DA LITERACIA EM SAÚDE NOS CUIDADORES INFORMAIS DE DOENTES COM AVC E PORTADORES DE DOENÇA DE ALZHEIMER .....</b>	<b>37</b>
<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>41</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>45</b>

### **Índice de Tabelas**

TABELA 1 – DEFINIÇÕES DE PERTURBAÇÕES DA LINGUAGEM.....	14
TABELA 2 - TIPOS DE AFASIA DE ACORDO COM A CLASSIFICAÇÃO DE BOSTON.....	16
TABELA 3 - DADOS REFERENTES AO AVC EM PORTUGAL.....	18
TABELA 4 - PERTURBAÇÕES DE LINGUAGEM NA DOENÇA DE ALZHEIMER .....	24
TABELA 5 – NÍVEIS DE RECOMENDAÇÃO.....	26
TABELA 6 - INTERVENÇÃO NA ATENÇÃO.....	27
TABELA 7 – INTERVENÇÃO NOS DEFICITS VISO-ESPACIAIS E PRÁXICOS .....	27
TABELA 8 - INTERVENÇÃO NOS DEFICITS DE LINGUAGEM E COMUNICAÇÃO .....	28
TABELA 9 – INTERVENÇÃO NOS DEFICITS DE MEMÓRIA .....	29
TABELA 10 – INTERVENÇÃO NOS DEFICITS DE FUNÇÕES EXECUTIVAS .....	29
TABELA 11 - INTERVENÇÃO DE REABILITAÇÃO NEURO-PSICOLÓGICA COMPREENSIVA-HOLÍSTICA.....	30
TABELA 12 - AS QUATRO DIMENSÕES DE LITERACIA EM SAÚDE DE ACORDO COM SØRENSEN ET AL. (2012) .....	36

### **Índice de Figuras**

FIGURA 1 - PROGRESSÃO DOS SINTOMAS NA DOENÇA DE ALZHEIMER .....	21
FIGURA 2 - MODELO DE LITERACIA EM SAÚDE (KICKBUSCH, 2004).....	32

**Lista de Abreviaturas**

AVC	Acidente Vascular Cerebral
IPB	Instituto Politécnico de Bragança
OMS	Organização Mundial de Saúde
UC	Unidade Curricular
UCCI	Unidade de Cuidados Continuados Integrados
WHO	World Health Organization

*Página deixada propositadamente em branco*

**Aula 2 - As Linguagens da Comunicação: Principais Perturbações da Linguagem  
ao Longo do Ciclo Vital e Comunicação em Saúde**

Comunicação em saúde como ferramenta promotora da literacia em saúde junto dos cuidadores informais de doentes com Perturbação da Linguagem Adquirida: Afasia no Adulto

***Aula Teórico Prática – 6 horas***

**Subtemas:**

1. Introdução às perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital e comunicação em saúde
2. Perturbações da linguagem
  - 2.1. Perturbações da linguagem em adultos com distúrbios neurológicos adquiridos
  - 2.2. Perturbação da linguagem adquirida: afasia no adulto
  - 2.3. Avaliação da afasia
    - 2.3.1. Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)
    - 2.3.2. Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)
  - 2.4. Alterações de linguagem e fala em doentes adultos com distúrbios neurológicos adquiridos: AVC e TCE
  - 2.5. Epidemiologia
  - 2.6. Alterações de comunicação e da linguagem em patologias neuro-degenerativas: doença de alzheimer
3. Intervenção da reabilitação em doentes com afasia decorrente de AVC e TCE
4. A comunicação para a saúde como ferramenta para a promoção da literacia em saúde dos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e doença de Alzheimer
  - 4.1. Modelo conceptual da literacia em saúde de Nutbeam
  - 4.2. Modelo conceptual da literacia em saúde de Sørensen et al.
5. Exercício prático sobre um plano de promoção da literacia em saúde nos cuidadores informais de doentes com avc e portadores de doença de alzheimer

Pretende-se com a presente aula que os mestrandos conheçam as principais perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital. Neste sentido, propõem-se os seguintes objetivos.

**Objetivos da aula:**

- Assimilar conceitos sobre perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital
- Identificar alterações da linguagem em doentes portadores de doenças neuro-degenerativas: doença de Alzheimer
- Identificar alterações da linguagem nas Perturbações da Linguagem Adquiridas: afasia no adulto decorrente de AVC e TCE
- Desenvolver estratégias de comunicação em saúde e de reabilitação nas alterações de linguagem e da fala em doentes adultos com distúrbios neurológicos adquiridos: AVC e TCE
- Relacionar a Comunicação em Saúde com a promoção da Literacia em saúde nos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e portadores de Doença de Alzheimer
- Planear intervenções de promoção da literacia em saúde junto dos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e portadores de Doença de Alzheimer

## **Introdução às perturbações da linguagem ao longo do ciclo vital e comunicação em saúde**

Os seres humanos, como várias espécies vivas desenvolveram elaborados sistemas de comunicação ao longo de milhões de anos. Não obstante haver estas várias linguagens, a linguagem humana é reconhecida como uma forma de comunicação única para o homo sapiens. Atendendo ao atrás descrito, vários investigadores concluíram que a faculdade da linguagem humana deve de alguma forma depender de um componente genético específico. Contudo, a base genética específica da linguagem ainda é amplamente desconhecida e só mais recentemente está a ser explorada com os novos desenvolvimentos na área da genética (Onnis, 2017).

Também a investigação sobre a comunicação médico-doente mostra que a linguagem tem um papel importante não só através da transmissão de informação, mas também através da forma como a linguagem é utilizada. Sugestões ou afirmações verbais positivas, são um forte preditor de diminuição da dor, quando os doentes precisam ser submetidos a um procedimento invasivo. Foi descoberto que um estilo de comunicação positivo (versus negativo) do médico promove uma melhor recuperação e aumenta as expectativas positivas sobre os resultados do tratamento. Por outro lado, efeitos negativos para a saúde ou resultados do tratamento, podem surgir quando, por exemplo, os doentes recebem mensagens de aviso sobre procedimentos médicos ou quando recebem informações sobre possíveis efeitos colaterais de um tratamento. As evidências sugerem, portanto, que a comunicação e o correto uso da linguagem podem levar a melhores resultados nos tratamentos e na recuperação dos doentes (Stortenbeker et al., 2018).

Assim, a comunicação entre duas pessoas ocorre quando há um sistema de linguagem compartilhada, ou seja, quando ambas as partes entendem o significado por trás do sistema de símbolos usados pela outra pessoa. A comunicação bem-sucedida envolve excelência na compreensão, bem como competência expressiva e, portanto, estende-se muito além das palavras e inclui todas as sugestões expressas através da comunicação não verbal (Beard, 2018).

A comunicação, surge assim, quando duas pessoas compartilham e entendem o código de linguagem de cada um. Da comunicação vem interação, relacionamento e desenvolvimento social e emocional. As regras complexas que governam a comunicação significam que ela é uma construção social, com o código compartilhado de linguagem como a “cola” e um sistema altamente sofisticado, subtil e em evolução, de símbolos em constante mudança, sendo o mecanismo pelo qual amizades, equipas e comunidades são construídas e sustentadas (Beard, 2018).

A comunicação é dividida em duas grandes vertentes. Por um lado, temos a comunicação verbal, que se caracteriza pela transmissão da palavra ou de sons, sempre de forma articulada, podendo a transmissão da palavra revestir a forma oral (palavra emitida) ou pela forma escrita. Por outro lado, existe a comunicação não-verbal, que expressa sentimentos e comportamentos não por via da palavra mas antes através de: contato físico, gestos e movimentos, postura corporal, expressões faciais, o tom de voz e outras expressões como, entre outros, os risos, suspiros, gritos ou assobio (Dinică, 2014; Phaneuf, 2005).

Este último tipo de comunicação, a não-verbal, é mais espontâneo do que a comunicação verbal, uma vez que o ser humano tende a pensar menos nos seus comportamentos verbais e em muitos casos não os consegue sequer controlar, dado fazerem parte da sua personalidade. Embora os comportamentos não-verbais traduzam ou reforcem as palavras ditas, nem sempre as duas formas de comunicação estão sintonizadas, podendo inclusivamente o comportamento não-verbal, revelar sentimentos ou estados de espírito que não se queriam transmitir.

Lazure (1994), conceituada autora e teórica, tendo definido claramente a relação de ajuda, refere que a linguagem não-verbal diz nos tanto, ou mais, que a linguagem verbal. Segundo a mesma autora, a linguagem não-verbal reforça, contradiz ou cora a linguagem verbal. É a linguagem não-verbal que na maior parte das vezes traduz estados de alma e a linguagem corporal não sabe mentir porque a maioria das vezes é involuntária e pode ser inconsciente.

Embora o peso da comunicação não-verbal no exercício comunicacional é difícil de medir, existe um consenso generalizado que este tipo de comunicação representa a maioria absoluta do método de comunicação. Existem estudos que

concluem que somente 7% da comunicação é verbal e a restante comunicação é não-verbal, dividida entre as características da voz (por exemplo, o volume, o timbre ou o ritmo), a mímica, a gesticulação, o olhar e o espaço que ocupamos, ou seja, a proxémica (Beard, 2018; Phaneuf, 2005).

A comunicação não verbal pode ser classificada em quatro grandes grupos (Dinică, 2014; Pennycook, 1985):

1. cinésica ou a linguagem do corpo;
2. proxémica, ou seja, o espaço que ocupamos e a proximidade física de com quem comunicamos;
3. paralinguagem, ou seja, a forma como emitimos as palavras; e
4. tacésica ou o tato, como tocamos nos outros.

Além dos quatro grupos aqui mencionados, há autores que incluem também as questões relacionadas com a forma de vestir, os adornos, os odores, as cores, e outras formas de afirmação que podem transmitir uma mensagem, mesmo que inconsciente, a quem está a ser recetor da comunicação.

*Página deixada propositadamente em branco*

### **Perturbações da Linguagem**

Contudo, a comunicação, é dificultada quando surgem perturbações na capacidade de comunicar, em especial quando estas são provocadas por perturbações da linguagem.

A literatura não é consensual na definição das Perturbações da Comunicação, existindo diversas classificações, embora nenhuma delas seja usada universalmente, havendo contudo uma utilização para vários fins da definição do DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (American Psychiatric Association, 2013), que inclui nas perturbações da comunicação, nomeadamente:

- défices na linguagem;
- défices da fala; e
- défices da comunicação.

Uma perturbação ocorre quando existe um desvio ou alteração da norma e dos padrões comumente aceites numa sociedade, sendo que esse desvio tem significado clínico (Gorno-Tempini et al., 2011).

De acordo com o DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), outra referência utilizada ao longo do ciclo vital, a categoria das perturbações da comunicação inclui as seguintes perturbações:

1. perturbações da linguagem;
2. perturbação do som e da fala;
3. perturbação da fluência com início na infância (gaguez);
4. perturbação da comunicação social (pragmática);
5. perturbações da comunicação com outra especificação; e
6. perturbações da comunicação não especificadas.

Assim, uma perturbação de comunicação é uma deficiência na capacidade de receber, enviar, processar e compreender conceitos ou sistemas de símbolos verbais, não verbais e gráficos e pode manifestar-se nos processos de audição, linguagem e/ou fala, podendo variar em gravidade de leve a profunda e podendo ser do desenvolvimento ou adquirida (American Speech-Language-Hearing Association,

1993). Os indivíduos podem demonstrar uma ou qualquer combinação de perturbações da comunicação, podendo estas resultar de incapacidade primária ou podendo ser secundária a outras deficiências.

Ainda de acordo com a American Speech-Language-Hearing Association (1993), mais conhecida pela sua sigla ASHA, para uma caracterização mais eficaz destas perturbações é necessário ter em conta três aspetos, i) a severidade da perturbação (de ligeira a profunda), ii) o período de aparecimento (adquirida ou de desenvolvimento) e iii) a etiologia (primária ou secundária a outras patologias). Esta associação apresenta como exemplos de perturbações primárias as perturbações do desenvolvimento da linguagem ou fala ou as perturbações da linguagem expressiva ou recetiva. Como perturbações secundárias apresenta a perda auditiva e as perturbações do espectro do autismo, entre outros.

Assim, de acordo com esta associação, as perturbações de comunicação, podem ser subdivididas em quatro categorias:

1. Perturbações da Linguagem;
2. Perturbações da Fala;
3. Perturbações da Audição; e
4. Perturbação do Processamento Auditivo Central.

Sendo que a presente aula versa sobre as perturbações da linguagem, veremos em maior pormenor como a ASHA descreve este tipo de perturbações.

Assim de acordo com esta associação, uma perturbação de linguagem é a compreensão prejudicada do uso de sistemas de símbolos falados, escritos e/ou outros. A perturbação pode afetar (1) a forma da linguagem (fonologia, morfologia, sintaxe), (2) o conteúdo da linguagem (semântica) e/ou (3) a função da linguagem na comunicação (pragmática) em qualquer combinação.

#### 1. Forma da Linguagem

- a. A fonologia é o sistema de som de uma linguagem e as regras que governam as combinações sonoras.

- b. A morfologia é o sistema que governa a estrutura das palavras e a construção de formas de palavras.
  - c. Sintaxe é o sistema que governa a ordem e a combinação de palavras para formar sentenças e os relacionamentos entre os elementos dentro de uma frase.
2. Conteúdo da Linguagem
- a. A semântica é o sistema que governa os significados das palavras e frases.
3. Função da Linguagem
- a. Pragmática é o sistema que combina os componentes da linguagem acima em comunicação funcional e socialmente apropriada.

As definições e subdivisões propostas pela American Speech-Language-Hearing Association (1993) e acima apresentadas, assumem grande consenso entre os profissionais de saúde e em particular os Terapeutas da Fala, sendo, por isso, utilizadas ao longo da presente aula.

As perturbações de linguagem, nas suas várias formas, foram esquematizadas por Lahey e Bloom (1988), conforme apresentadas na Tabela 1, podendo-se verificar que a fala, embora uma perturbação própria para a ASHA, é considerada uma perturbação da linguagem por parte destes conceituados autores.

**Tabela 1 – Definições de Perturbações da Linguagem**

<b>Caraterística</b>	<b>Ausência</b>	<b>Dificuldade</b>	<b>Problema</b>
Fonética	Anartria	Disartria, diglossia	-
Compreensão	Agnosia, asemia, assimbolia	-	-
Fala	Afasia, afrasia	Disfasia, esquizofasia, logorreia	Parafasia
Entoação	Aprosodia	Disprosody	-
Pobreza de fala	Alogia	-	-
Leitura (processo)	Alexia	Dislexia	Paralexia
Linguagem escrita	Agrafia	Disgrafia, graforreia	Parágrafo
Linguagem falada	Alalia	Dislalia, coprolalia, ecolalia	Palilalia
Lembrar nomes	Anomia	Disnomia	-
Perturbação motora	Apraxia	Dispraxia	-
Ortofonia	-	Disinfania	-
Ortografia	-	disortografia	-
Sintaxe	Agramismo	-	Paragramatismo
Voz	Afonia	Disfonia	-

Fonte: Lahey e Bloom (1988)

Tendo em conta os objetivos específicos desta aula, apenas serão abordadas as perturbações da linguagem adquirida, em concreto a afasia no adulto.

## **Perturbações da Linguagem em Adultos com Distúrbios Neurológicos**

### **Adquiridos**

A linguagem é uma faculdade extremamente complexa que permite aos humanos codificar, elaborar e comunicar os seus pensamentos e experiências através do uso de símbolos arbitrários. A função das redes neurológicas envolvidas na linguagem e suas interações com as demais redes neurocognitivas dependem de ordenadas interconexões.

Algumas patologias podem afetar estruturas encefálicas cerebrais envolvidas na linguagem e as suas redes adjacentes, como os Acidentes Vasculares Cerebral (AVC), Traumatismo Cranioencefálico (TCE) e os tumores cerebrais, bem como as doenças degenerativas como o Alzheimer, e outras situações como condições tóxicas, desordens desmielinizantes e doenças infecciosas, sendo que vários estudos concluem

que as afasias estão entre as principais perturbações da comunicação originadas por um dano neurológico, juntamente com as apraxias e a disartrias (Cicerone et al., 2000; Mesulam, 2001).

### **Perturbação da Linguagem Adquirida: Afasia no Adulto**

O conceito de afasia é considerado um tema de controverso, dado existirem várias definições utilizadas para descrever esta perturbação, não havendo, contudo, um consenso em torno da definição exata. McNeil e Pratt (2001), baseando-se num estudo criterioso das definições historicamente mais consensuais, defenderam a seguinte definição com base em vários critérios que, per si, são considerados consensuais:

A afasia é uma ineficiência fisiológica multimodal com manipulações simbólicas verbais (por exemplo, associação, armazenamento, recuperação e implementação de regras). Na forma isolada, é causada por danos focais nas estruturas corticais e/ou subcorticais do(s) hemisfério(s) dominante(s) para tais manipulações simbólicas. É afetado e afeta outros processos de informação fisiológica na medida em que eles apoiam, interagem ou são suportados pelos deficits simbólicos (McNeil & Pratt, 2001, p. 907).

Paradoxalmente, os tipos de afasia estão estabilizados há já várias décadas, bem como a magnitude das mesmas, conforme a classificação de Boston (Murdoch, 1990) como apresentada na Tabela 2.

**Tabela 2** - Tipos de Afasia de Acordo com a Classificação de Boston

<b>Tipo de afasia</b>	<b>Fluência</b>	<b>Compreensão</b>	<b>Nomeação</b>	<b>Repetição</b>
Broca	-	+	-	-
Wernicke		-	-	-
Condução	+	+	+/-	-
Transcortical mista	-	-	-	+
Transcortical motora	-	-	-	+
Transcortical sensorial	+	-	-	+
Global	-	-	-	-
Anómica	+	+	-	+

Adaptado de Murdoch (1990)

Finalmente, no que diz respeito ao diagnóstico da afasia, Hallowell e Chapey (2008) defenderam que o diagnóstico de afasia deve atender a quatro princípios essenciais:

1. a existência de alteração neurológica;
2. a presença de alteração adquirida;
3. a manifestação de perturbação de linguagem; e
4. a ausência de défices sensoriais ou mentais.

### **Avaliação da Afasia**

Para valiar as afasias, bem como a sua evolução, existem vários instrumentos disponíveis. Apresentamos de seguida alguns dos testes mais utilizados presentemente, tendo selecionados estes dois pela sua facilidade de uso e provas demonstradas em vários contextos e estudos científicos:

#### **Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)**

O Frenchay Aphasia Screening Test (Enderby, Wood, Wade, & Hewer, 1986), é um instrumento de avaliação de afasia breve e direta. Avalia a presença de dificuldades de comunicação nas vertentes: compreensão, expressão, leitura e escrita.

### **Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (ANELT)**

O Amsterdam Nijmegen Everyday Language Test (Blomert, Kean, Koster, & Schokker, 1994) foi desenvolvido para medir, em primeiro lugar, o nível de capacidades comunicativas verbais de doentes afásicos e, em segundo lugar, mudanças nessas capacidades ao longo do tempo. Os itens de teste são construídos como cenários de situações quotidianas familiares. O teste é adequado para procedimentos individuais de avaliação, diagnóstica e terapêutica, bem como para pesquisas mais profundas.

### **Alterações de linguagem e fala em doentes adultos com distúrbios neurológicos adquiridos: AVC e TCE**

#### **Epidemiologia**

O AVC pode provocar défices a vários níveis, como os motores, os cognitivos e perturbações da linguagem adquirida, tal como a afasia. De entre as perturbações adquiridas da linguagem, para esta aula, foi selecionada a afasia, dado que esta é a seqüela comunicacional mais comum decorrente do AVC (Nicholas, Hunsaker, & Guarino, 2017). O efeito a longo prazo do AVC é determinado pelo local e tamanho da lesão inicial do AVC e pela extensão da recuperação subsequente.

A maioria dos AVC resultam em algum tipo de alteração a nível cognitivo, sendo que a intensidade de alterações depende essencialmente da área lesada (Langhorne, Bernhardt, & Kwakkel, 2011). Como sabemos, o nosso cérebro realiza as diversas tarefas através de uma utilização de várias áreas difusas, coordenando-as de forma coordenada e integrada, não significando que não exista alguma especialização funcional no cérebro. Algumas áreas estão associadas a um papel mais preponderante na execução de certas tarefas, tal como, por exemplo, o lado esquerdo do cérebro está relacionado na maioria das pessoas com as funções linguísticas, com o lobo temporal esquerdo a ter uma função vital na linguagem.

O AVC é um problema de saúde pública em todo o mundo. Os programas de prevenção são essenciais para reduzir a incidência de derrames e prevenir a quase

inevitável epidemia de derrame cerebral, que atingirá os países menos desenvolvidos com mais força à medida que suas populações envelhecem e adotam estilos de vida dos países mais desenvolvidos (Warlow, Sudlow, Dennis, Wardlaw, & Sandercock, 2003).

Só nos Estados Unidos da América, estima-se que 6,4 de pessoas com mais de 20 anos de idade sofreram um AVC. A prevalência geral de AVC na população, é atualmente estimada em 2,9% (Lloyd-Jones et al., 2010).

Em Portugal, no Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, são apresentados dados sobre os casos de AVC, hemorrágicos e isquémicos, no período compreendido entre 2013 e 2015, conforme apresentado na Tabela 3.

**Tabela 3 - Dados referentes ao AVC em Portugal**

	AVC HEMORRÁGICO			AVC ISQUÉMICO		
	2013	2014	2015	2013	2014	2015
Número de Óbitos	1.773	1.940	1.834	6.099	4.838	4.598
Taxa de Mortalidade	17,8	19,6	18,6	61,3	48,9	46,6

Fonte: Direção Geral de Saúde (2017)

Também Langhorne et al. (2011), entre outros autores, definem que o AVC é um problema de saúde global comum, sério e incapacitante, e que a reabilitação é uma parte importante do atendimento ao doente, havendo evidências para apoiar a reabilitação em unidades de AVC multidisciplinares bem coordenadas. É nesta fase da reabilitação que o enfermeiro, e em especial o enfermeiro de saúde familiar, tem um papel importante, tanto na recuperação do doente, bem como na comunicação e promoção da literacia em saúde no contexto familiar e domiciliário.

A recuperação é um processo complexo que provavelmente ocorre através de uma combinação de processos espontâneos e dependentes de aprendizagem, incluindo:

- Restituição: restauração da funcionalidade do tecido neural danificado;
- Restituição: reorganização de vias neurais separadas para reaprender as funções em deficit; e

- Compensação: melhoria da disparidade (Kollen, 2006).

Vários princípios gerais sustentam o processo de reabilitação do AVC, e alguns foram estudados em estudos randomizados e revisões sistemáticas. Evidências substanciais sustentam o atendimento multidisciplinar como a base para a realização da reabilitação do AVC (Govan, Blomstrand, Cabral, & Cavallini, 2007). Um bom resultado de reabilitação parece estar fortemente associado à alta motivação e envolvimento do doente (e da família). Estabelecer metas que reproduzam os objetivos específicos de reabilitação de um indivíduo pode melhorar o resultado.

A intervenção multidisciplinar na reabilitação do doente vítima de um AVC, visa recuperar a autonomia na realização das atividades instrumentais de vida diária e nas atividades mais refinadas que envolvem a cognição e a comunicação (Murphy & Corbett, 2009).

Vários autores têm investigado se a alta de doentes com acidente vascular cerebral pode ser acelerada, concluindo que essas altas hospitalares antecipadas, desde de que acompanhadas de um programa de reabilitação no domicílio, são inclusivamente benéficas para todas as partes (Langhorne et al., 2011). As evidências sugerem que esses programas de reabilitação devem ser prestados por equipas multidisciplinares, sendo que a maioria dos estudos tenha concluído que são mais eficazes para um subgrupo de doentes com incapacidades leves a moderadas (Langhorne et al., 2007).

Os resultados de um estudo de meta-análise, mostraram que os serviços domiciliários conseguiram, no espaço de um ano desde a ocorrência do AVC, melhorar tanto as atividades da vida diária quanto as atividades mais complexas. No entanto, continuam a subsistir dúvidas sobre se a reabilitação ambulatória é melhor do que domiciliária, uma vez que a primeira, ou seja, reabilitação diária mas sem estadia no hospital, é quase inexistente nos vários países (Forster, Young, Lambley, & Langhorne, 2015).

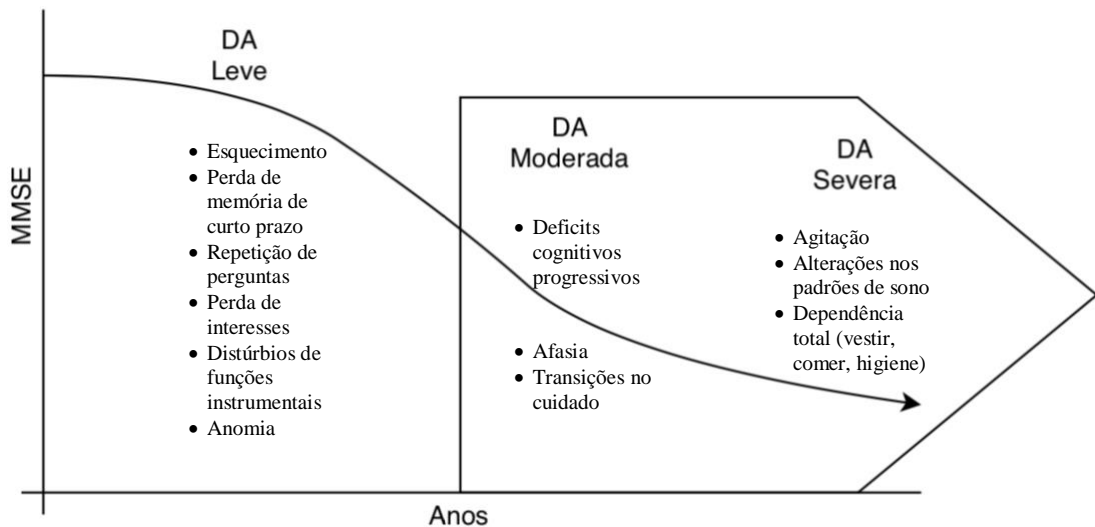
### **Alterações de comunicação e da linguagem em patologias neuro-degenerativas: doença de Alzheimer**

A Doença de Alzheimer (DA) é caracterizada por uma perda irreversível da memória e por alterações cognitivas e comportamentais que interferem nas práticas sociais e funcionais do dia a dia. Na DA existe um comprometimento da linguagem ocorrendo esta nas três fases da neurodegenerescência. Estas alterações na linguagem variam em amplitude entre leve a severa, da seguinte forma:

- **Leve:** por perturbações nos aspetos semântico-lexicais-pragmáticos;
- **Moderada:** por perturbações fonológicas, sintáticas e morfológicas; e
- **Severa:** por perturbações em todas as habilidades linguísticas, podendo levar o doente, frequentemente, ao mutismo.

Quando há suspeita de demência devem ser aplicados, testes breves para despistagem, sendo que um dos testes exame amplamente utilizado é o Mini-Mental State Examination (MMSE). O MMSE é um teste breve encontrando-se validado para a população Portuguesa (Guerreiro et al., 1994). Trata-se de um instrumento de rastreio útil para detetar uma suspeita de demência, não sendo, contudo, um instrumento de diagnóstico.

A linguagem é uma das funções cognitivas mais afetadas na DA, sendo que a doença desenvolve-se a vários ritmos ao longo das suas várias fases, tendo um início gradual com um desenvolvimento consonante os sintomas que vão desenvolvendo-se e agravando ao longo do tempo (Ferris & Farlow, 2013), conforme apresentado na Figura 1.



**Figura 1** - Progressão dos Sintomas na Doença de Alzheimer

Adaptado de Ferris e Farlow (2013)

Os doentes com DA progridem através de estágios leve, moderado e grave, e espera-se que mais da metade esteja nos estágios moderados ou graves da doença em qualquer momento. O declínio cognitivo progressivo é a característica fundamental da doença. A DA é caracterizada por perda de memória episódica e prejuízos na atenção/concentração, orientação, julgamento, habilidades viso-espaciais, função executiva e linguagem, embora a importância relativa do declínio nesses diferentes domínios cognitivos permaneça indefinida (Ferris & Farlow, 2013).

Na fase inicial, DA leve, a doença manifesta-se por falha de memória, revelando o doente dificuldade em recordar-se de factos recentes, descrever acontecimentos e em reconhecer pessoas familiares. Começa a haver frequentemente desorientações, em que o doente fica perdido em locais desconhecidos, mas também em locais familiares, como, por exemplo, o seu próprio bairro. A noção de tempo deixa de existir, confundindo o doente muitas vezes o ano, mês e até o dia da semana em que se encontra. É também nesta fase que se começam a manifestar as alterações na linguagem, a dificuldade em fazer cálculos simples ou em utilizar dinheiro. Acontecem igualmente alterações a nível da personalidade, tornando-se o doente mais desinibido e por vezes egocêntrico, podendo começar a utilizar linguagem menos própria, havendo simultaneamente uma despreocupação com a higiene. Estas

alterações são normalmente acompanhadas de instabilidade emocional, podendo-se manifestar episódios depressivos, ansiosos, apáticos ou até suicidais (Ferris & Farlow, 2013).

Nas fases intermédias, DA moderada, torna-se mais evidente a deterioração cognitiva, verificando-se um aumento da dificuldade em realizar atos motores intencionais (apraxia), deixando o doente de ser capaz de vestir-se ou alimentar-se sozinho. A comunicação começa a ficar seriamente comprometida, não sendo o doente capaz de manter uma conversa fluente e contínua sobre um qualquer tema. Passa a ser evidente a incapacidade de reconhecer rostos e pessoas, lugares e até objetos comuns, passando as alucinações e delírios a serem frequentes. É também nestas fases que deixa de ser capaz de diferenciar imagens de pessoas reais e que atitudes hostis e por vezes agressivas, originadas na ilusão de que os outros o querem agredir, começam a ser frequentes, vivendo o doente momentos de grande agitação. As alterações nos padrões de sono passam a ser a norma, invertendo-se frequentemente (Feldman & Woodward, 2005).

Numa fase terminal, DA severa, o estado apático do doente cresce e a incapacidade de reconhecer pessoas sobejamente evidente. É nesta fase que a memória de curto prazo fica completamente comprometida, verificando-se uma dependência total dos cuidadores. A linguagem do doente fica reduzida a monossílabas ou meros ruídos. Por vezes, a alimentação passa a ser totalmente assistida ou até sonda nasogástrica, podendo o doente, devido à perda da coordenação motora, ficar acamado (Feldman & Woodward, 2005).

Vários estudos sugerem que os distúrbios da linguagem, a afasia, têm mais relevância clínica do que outros distúrbios, como a memória, a orientação e o raciocínio, na progressão da fase leve e moderada para a fase severa da DA, dado que o declínio da linguagem correlaciona-se com os distúrbios não cognitivos (Schwam & Xu, 2010). No entanto, mesmo no início da doença, a afasia é uma característica importante, sendo que critérios recentemente publicados para o diagnóstico clínico da DA, incluem as perturbações da linguagem como início de um dos subtipos (McKhann et al., 2011). A diferenciação entre DA e outros tipos de demência, como a afasia progressiva primária, um dos principais tipos de demência frontotemporal,

pode ser feita com base na associação das mutações causadoras ou diferentes patologias. Contudo, vários estudos mostraram que 22%-28% dos casos de afasia progressiva primária são causados por DA (Mesulam et al., 2008; Rohrer, Rossor, & Warren, 2012).

A perturbação da linguagem na DA é principalmente resultado do declínio nos níveis semântico e pragmático do processamento da linguagem (Ferris & Farlow, 2013).

O processamento semântico envolve conteúdo de linguagem, como palavras e os seus significados, e os distúrbios associados incluem dificuldades em encontrar palavras, nomeação e compreensão de palavras, bem como parafasia semântica (escolha de palavras incorretas), fala vazia (usando referências ambíguas), inventando palavras e perda da capacidade verbal (Savundranayagam, Hummert, & Montgomery, 2005). O processamento pragmático vai além das palavras e do seu significado, e diz respeito à adaptação da linguagem à situação social. Exemplos de problemas pragmáticos são falar demais em momentos inapropriados, falar alto demais, repetir ideias e fazer digressões do tópico (Savundranayagam et al., 2005). Deficits no processamento pragmático também podem ser influenciados por outros sintomas da DA, tais como deficits da memória e concentração ou a desinibição. No entanto, acredita-se que a semântica e a pragmática sejam interdependentes, de modo que os deficits semânticos na descoberta e nomeação de palavras possam contribuir para problemas pragmáticos na manutenção do tópico da conversação ou sobrecarregar a capacidade cognitiva do doente, resultando em falar muito alto ou uso de palavrões (Savundranayagam et al., 2005). Embora os defeitos de linguagem subtis sejam detetados nas fases iniciais da DA, a mecânica da fala (ou seja, desempenho fonológico e sintático) parece estar bem preservada, e pelo menos alguns dos deficits identificados, resultam de disfunção em domínios não linguísticos, como atenção e controle executivo (Manenti et al., 2004). Nas fases iniciais da DA, os distúrbios da linguagem envolvem problemas de recuperação lexical, perda de fluência verbal e declínio na compreensão das linguagens escritas e faladas de ordem superior. Nas fases moderadas e severa da DA, a perda da fluência verbal é profunda, com declínio

da compreensão e a fala é muitas vezes restrita à ecolalia e à estereotipia verbal (Feldman & Woodward, 2005; Tang-Wai & Graham, 2008).

Podemos assim, resumir as diferenças em termos do impacto na linguagem nos doentes de Alzheimer, nas várias fases da doença, conforme descrito na Tabela 4.

**Tabela 4 - Perturbações de Linguagem na doença de Alzheimer**

	<b>Fase leve</b>	<b>Fases moderada a severa</b>
Discurso espontâneo	Fluente, gramático	Não fluente
Erros parafrásticos	Semântico	Semântico e fonémico
Repetição	Intacta	Distúrbio
Nomeação	Distúrbio (ligeiro)	Distúrbio
Compreensão de palavras	Intacta	Distúrbio
Compreensão sintática	Intacta	Distúrbio
Reconhecimento de palavras e objetos	Intacto para palavras e objetos mais comuns	Distúrbio

Adaptado de (Tang-Wai & Graham, 2008)

### **Intervenção do Enfermeiro da Família em doentes com afasia**

A alteração da comunicação relacionada com a afasia é manifestada por dificuldade na expressão, compreensão ou pela sua associação.

A afasia é um quadro abrupto e permanente, que condiciona as possibilidades comunicacionais do doente, conforme anteriormente descrito. As sequelas neurológicas e as neuro-psicológicas influenciam o grau de dependência nas atividades diárias e indiretamente as mudanças psicossociais. Os défices linguísticos específicos e o seu impacto negativo no contexto psicossocial acarretam diferentes tipos e graus de dificuldades na comunicação e dependem das capacidades linguísticas e intelectuais prévias e da localização e da extensão da lesão.

A alteração na linguagem afeta negativamente o indivíduo com afasia e compromete a capacidade comunicacional, o poder de decisão e os níveis de participação nos âmbitos familiar, profissional e social, afetando as interações sociais (Savundranayagam et al., 2005).

As limitações físicas, a perda de autonomia, as modificações psicológicas, os défices cognitivos, as restrições na realização de atividades, as modificações das relações sociais, a estigmatização e a dificuldade no controlo das emoções podem desencadear perturbações emocionais e comportamentais (Buckwalter et al., 1999; Langhorne et al., 2007; Smith, Gerdner, Hall, & Buckwalter, 2004).

Os sintomas comportamentais associados ao AVC ou à demência são uma preocupação para a pessoa que os vivencia e para os cuidadores que os supervisionam, apoiam e assistem. O conhecimento sobre a patologia e a competência dos cuidadores formais e informais, afetam a qualidade do cuidado que podem proporcionar e a sua capacidade de lidar com os desafios do cuidar. Os enfermeiros estão em excelente posição para promoverem a literacia nesta área da saúde, de forma a capacitar os cuidadores com os conhecimentos e as competências necessárias para reduzir e gerir adaptativamente os comportamentos dos doentes ao seu cuidado (Buckwalter et al., 1999; Forster et al., 2011; Langhorne et al., 2011; Savundranayagam et al., 2005; Smith et al., 2004).

Os programas de reabilitação, com responsabilidades partilhadas entre profissionais de saúde, o doente e os seus familiares, tem ganho maior relevância nos tempos mais recentes, uma vez que cresce a convicção da importância da prestação de cuidados de saúde que visam um maior *empowerment* dos doentes e, nos casos em que os doentes não têm a capacidade de assumir essa responsabilidade, o *empowerment* dos cuidadores informais (Nutbeam, 2000, 2008, Sørensen et al., 2012, 2015).

Por isso são objetivos da enfermagem, facilitar a capacidade de compreensão e expressão do doente, bem como reduzir a frustração, deste e dos seus cuidadores, relacionada com a incapacidade de comunicar.

### **Intervenção da reabilitação em doentes com afasia decorrente de AVC e TCE**

O enfermeiro da família, pode recorrer à intervenção através da reabilitação, nomeadamente através da utilização da investigação de Cicerone et al. (2000), que propuseram um conjunto de recomendações para um modelo de programas de intervenção de reabilitação em situação de danos cerebrais traumáticos. Estes autores testaram e melhoraram as orientações existentes, em conjunto com vários

investigadores a nível mundial, tendo apresentado um conjunto revisto de orientações em 2011 (Cicerone et al., 2011). Propõe-se, nesta Unidade Curricular que o enfermeiro, como profissional de saúde, e em especial o enfermeiro especialista em saúde familiar, assimile estas recomendações, de forma a melhor desempenhar a sua função junto dos doentes e seus cuidadores informais.

Estas recomendações são baseadas na revisão sistemática de 283 artigos científicos, que foram divididos em três classes (I a III), dependendo da relevância científica do artigo bem como do número de citações e fator de impacto, sendo que “I” denota a classe com maior relevância. Com base nestas classes, foram depois desenhadas as recomendações para a prática, podendo as orientações ter um de três níveis: (1) padrão; (2) diretriz; ou (3) opção.

Os níveis de recomendação foram assim definidos conforme esquematizado na Tabela 5.

**Tabela 5 – Níveis de Recomendação**

Padrão	Baseado em pelo menos um estudo de classe I, bem projetado(s) com uma amostra adequada, com apoio de evidência de classe II ou classe III, que aborda diretamente a eficácia do tratamento em questão, fornecendo evidências substanciais de eficácia para apoiar uma recomendação de que o tratamento ser especificamente considerado para pessoas com deficiências neuro-cognitivas e incapacidades adquiridas.
Diretriz	Baseado em um ou mais estudos de classe I, com limitações metodológicas, ou estudos de classe II bem elaborados com amostras adequadas, que abordem diretamente a eficácia do tratamento em questão, fornecendo evidência de provável eficácia para apoiar uma recomendação de que o tratamento seja especificamente considerado para pessoas com deficiências neuro-cognitivas e incapacidades adquiridas.
Opção	Baseado em estudos de classe II ou classe III que abordam diretamente a eficácia do tratamento em questão, fornecendo evidência de possível eficácia para apoiar uma recomendação de que o tratamento seja especificamente considerado para pessoas com deficiências neuro-cognitivas adquiridas e incapacidade.

Adaptado de Cicerone et al. (2011)

O primeiro conjunto de recomendações incide sobre a intervenção na atenção, sendo as recomendações a que se encontram descritas na Tabela 6.

**Tabela 6 - Intervenção na Atenção**

Padrão	Recomenda-se a correção da atenção durante a reabilitação pós-aguda após o TCE ou AVC. A remediação dos deficits de atenção após o TCE ou AVC deve incluir treinamento de atenção direta e treinamento metacognitivo para promover o desenvolvimento de estratégias compensatórias e promover a generalização para tarefas do mundo real. Existem evidências insuficientes para distinguir os efeitos do treinamento específico de atenção durante a recuperação aguda e a reabilitação da recuperação espontânea ou de intervenções cognitivas mais gerais.
Opção	Intervenções baseadas em computador podem ser consideradas como um complemento ao tratamento orientado pelo médico para a correção de deficits de atenção após TCE ou AVC. A única confiança na exposição repetida e prática em tarefas baseadas em computador sem algum envolvimento e intervenção por um terapeuta não é recomendada.

Adaptado de Cicerone et al. (2011)

O segundo conjunto de recomendações, num total de seis, incide sobre a intervenção dos deficits viso-espaciais, chamando-se especial atenção para as recomendações padrão, ou seja, devendo estar sempre presentes num programa de reabilitação, conforme descrito na Tabela 7.

**Tabela 7 – Intervenção nos Deficits Viso-espaciais e Práxicos**

Padrão	Recomenda-se a reabilitação viso-espacial que inclua o treinamento de um scan visual para a negligência visual esquerda após o AVC do hemisfério direito.
Diretriz	O uso de exercícios isolados de microcomputadores para tratar a negligência à esquerda após o AVC não parece eficaz e não é recomendado.
Opção	Inclusão de ativação de membros ou tecnologias eletrônicas para treinamento de de um scan visual pode ser incluída no tratamento de negligência após o AVC no hemisfério direito.
Opção	O treinamento sistemático de deficits viso-espaciais e habilidades de organização visual pode ser considerado para pessoas com deficits visuais perceptuais, sem negligência visual, após o AVC do hemisfério direito como parte da reabilitação aguda.
Opção	Intervenções baseadas em computador destinadas a produzir extensão de campos visuais danificados podem ser consideradas para pessoas com TCE ou acidente vascular cerebral.
Padrão	Recomenda-se o treinamento específico gestual ou estratégico para a apraxia durante a reabilitação aguda do AVC do hemisfério esquerdo

Adaptado de Cicerone et al. (2011)

As recomendações para os deficits da Linguagem e Comunicação, o cerne desta aula, encontram-se descritos na Tabela 8, sendo de salientar que existem seis

recomendações que os profissionais de saúde podem seguir, sendo que duas são consideradas padrão e outras duas diretrizes. Contudo, é opinião da candidata, que neste ponto específico, as seis recomendações deveriam ser parte integrante de qualquer programa de intervenção em reabilitação.

**Tabela 8 - Intervenção nos Deficits de Linguagem e Comunicação**

Padrão	Terapias cognitivo-linguísticas são recomendadas durante a reabilitação aguda e pós-aguda para deficits de linguagem secundários ao AVC do hemisfério esquerdo.
Padrão	Intervenções específicas para deficits de comunicação funcional, incluindo habilidades de conversação pragmática, são recomendadas para habilidades de comunicação social após o TCE ou AVC.
Diretriz	Intervenções cognitivas para deficiências específicas de linguagem, como compreensão de leitura e formulação de linguagem, são recomendadas após AVC do hemisfério esquerdo ou TCE.
Diretriz	A intensidade do tratamento deve ser considerada um fator chave na reabilitação das habilidades de linguagem após o AVC do hemisfério esquerdo.
Opção	Intervenções baseadas em grupos podem ser consideradas para a correção de deficits de linguagem após o derrame do hemisfério esquerdo e para deficits de comunicação social após o TCE.
Opção	Intervenções baseadas no computador como adjuvante do tratamento orientado pelo clínico podem ser consideradas na remediação de deficits cognitivo-linguísticos após o AVC do hemisfério esquerdo ou TCE. A única confiança na exposição repetida e prática em tarefas baseadas em computador sem algum envolvimento e intervenção por um terapeuta não é recomendada.

Adaptado de Cicerone et al. (2011)

As recomendações são extensivas à intervenção nos deficits de memória, conforme apresentados na Tabela 9.

**Tabela 9 – Intervenção nos Deficits de Memória**

Padrão	O treinamento de estratégia de memória é recomendado para deficiências leves de memória do TCE ou AVC, incluindo o uso de estratégias internalizadas (por exemplo, imagens visuais) e compensações de memória externa (por exemplo, cadernos).
Diretriz	O uso de compensações externas com aplicação direta às atividades funcionais é recomendado para pessoas com deficits de memória graves após o TCE ou AVC.
Opção	Para pessoas com problemas graves de memória após o TCE ou AVC, técnicas de aprendizado sem erros podem ser eficazes para o aprendizado de habilidades ou conhecimentos específicos, com transferência limitada para novas tarefas ou redução de problemas gerais de memória funcional.
Opção	Intervenções baseadas em grupo podem ser consideradas para correção de deficits de memória após o TCE ou AVC.

Adaptado de Cicerone et al. (2011)

As recomendações para a intervenção nos deficits de funções executivas, são apresentadas na Tabela 10.

**Tabela 10 – Intervenção nos Deficits de Funções Executivas**

Padrão	O treinamento da estratégia metacognitiva (auto-monitorização e autorregulação) é recomendado para deficits no funcionamento executivo após o TCE ou AVC, incluindo prejuízos na autorregulação emocional e como um componente de intervenções para deficits de atenção, negligência e memória.
Diretriz	O treinamento em estratégias formais de resolução de problemas e sua aplicação a situações cotidianas e atividades funcionais é recomendado durante a reabilitação pós-aguda após o TCE ou AVC.
Opção	Intervenções baseadas em grupos podem ser consideradas para a correção de deficits executivos e de resolução de problemas após o TCE ou AVC.

Adaptado de Cicerone et al. (2011)

O último conjunto de recomendações incide sobre a Intervenção de Reabilitação Neuro-psicológica Compreensiva-Holística, e funciona, de acordo com os autores da revisão sistemática, como a “cola” que une os vários níveis de remediação do programa recomendado. Este conjunto de recomendações é apresentada na Tabela 11.

**Tabela 11 - Intervenção de Reabilitação Neuro-psicológica Compreensiva-Holística**

---

Padrão	A reabilitação neuro-psicológica abrangente e holística é recomendada durante a reabilitação pós-aguda para reduzir a incapacidade cognitiva e funcional para pessoas com TCE ou AVC moderado ou grave.
Opção	Recomenda-se o tratamento integrado de terapias cognitivas e interpessoais individualizadas para melhorar o funcionamento no contexto de um programa abrangente de reabilitação neuro-psicológica e facilitar a eficácia de intervenções específicas.
Opção	Intervenções baseadas em grupos podem ser consideradas como parte da reabilitação neuro-psicológica abrangente e holística após o TCE ou AVC.

---

Adaptado de Cicerone et al. (2011)

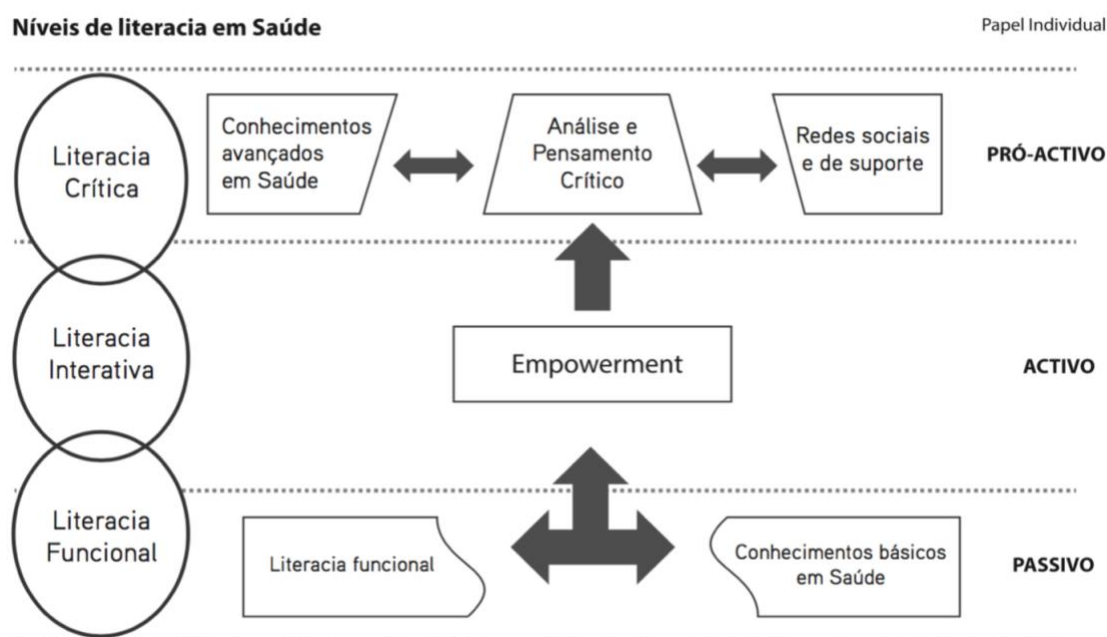
**A Comunicação para a Saúde como ferramenta para a promoção da Literacia em saúde dos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e Doença de Alzheimer**

O conceito de Literacia em Saúde surgiu pela primeira vez nos anos 70 e tem sido definido de várias formas. A OMS e o Consórcio Europeu para a Literacia em Saúde adotaram, em 2012, uma definição abrangente e inclusiva:

A Literacia em Saúde está ligada à Literacia e inclui os conhecimentos, motivações e competências para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação sobre Saúde, de modo a fazer julgamentos e a tomar decisões sobre cuidados de Saúde na vida quotidiana, assim como para prevenir a doença, promover a Saúde e manter ou melhorar a qualidade de vida durante o ciclo de vida.

Desta forma, a Literacia em Saúde diz respeito à forma como as pessoas compreendem informação acerca da Saúde e dos cuidados de Saúde e de como a aplicam às suas vidas, utilizando-a para tomar decisões. A Literacia em Saúde influencia assim a Saúde dos indivíduos, assim como a segurança e a qualidade dos cuidados de Saúde.

Para ir ao encontro destes objetivos, Kickbusch (2004), propôs um modelo de literacia em saúde, dividido em três níveis de literacia em saúde e três formas de executar o papel individual de cada pessoa, conforme apresentado na Figura 2.



**Figura 2 - Modelo de Literacia em Saúde (Kickbusch, 2004)**

Não obstante o programa de intervenção de Cicerone et al. (2011), proposto no subcapítulo anterior, ser extremamente completo e incidir sobre uma plenitude de áreas, a reabilitação do doente não pode só ser deixada à responsabilidade dos profissionais de saúde. Assim, o profissional de saúde, e em especial o enfermeiro, por ser quem mais tempo passa com o doente e família, deve ter uma função de aumentar junto dos cuidadores informais, normalmente os familiares do doente, a literacia em saúde.

Por forma a conseguir atingir este objetivo, deve o profissional de saúde, e aqui com especial ênfase no enfermeiro especialista em saúde familiar, transmitir um conjunto de técnicas, que podem ajudar o doente no seu processo de reabilitação e tornar os familiares aliados dos profissionais de saúde nesta tarefa.

Assim, propõe-se um plano de promoção da Literacia em saúde dos cuidadores informais de doentes com AVC, TCE e portadores de Doença de Alzheimer, conforme melhor explicitado na última parte da presente aula.

### **Modelo conceptual da literacia em saúde de Nutbeam**

A avaliação da promoção da saúde é uma tarefa difícil, que muitas vezes é mal executada. Muitos dos problemas enfrentados pelos profissionais que tentam avaliar a atividade de promoção da saúde decorrem de expectativas não razoáveis tanto da atividade quanto da avaliação. A promoção da saúde é um campo complexo. Traçar o caminho causal de uma intervenção comunitária para as mudanças subsequentes a longo prazo nos resultados sociais e de saúde é repleto de dificuldades, e é inadequado e irrealista, na maioria dos casos, que os programas façam isso. Muito mais relevante é que as intervenções de promoção da saúde sejam julgadas pela sua capacidade de alcançar os resultados de promoção da saúde definidos acima, usando métodos de avaliação que melhor se ajustem à atividade. Tal posição nem sempre se encaixa confortavelmente com pontos de vista predominantes na saúde e na medicina.

De acordo com Nutbeam (2008) a relação entre o baixo nível de literacia em saúde e o estado de saúde é atualmente bem reconhecida e melhor compreendida. De acordo com este autor, o conceito de literacia em saúde surgiu de duas fontes distintas: do atendimento clínico e da saúde pública. As conclusões de Nutbeam, são o resultado de mais de uma década de investigação e têm a sua génese na análise exaustiva efetuada sobre o impacto de programas de informação sobre saúde e hábitos saudáveis em vários países. Assim, o autor propõe uma metodologia que analisa os impactos desses programas em três vertentes:

- Alcance do programa;
- Aceitabilidade do programa;
- Integridade do programa.

#### **Alcance do programa: o programa atingiu toda a população-alvo?**

Em qualquer programa de saúde, um elemento-chave do sucesso deve ser alcançar o contato ideal com a população-alvo definida, seja esta um grupo de risco, toda uma comunidade, gestores de uma organização ou políticos. Para avaliar os efeitos de um programa, é essencial poder determinar a extensão e o nível de exposição a ele.

Isso é relativamente simples, onde a intervenção pode ser claramente definida, como por exemplo, campanhas dirigidas à redução do consumo do tabaco, mas muito mais difícil em programas comunitários onde a intervenção é menos fácil de definir.

**Aceitabilidade do programa: o programa é aceitável para a população-alvo?**

Embora um programa de saúde possa atingir seu público-alvo, a resposta dessa população ao programa é crítica. Estudos que avaliam a aceitabilidade dos programas e sua subsequente assimilação pela população alvo, ou pelos “mensageiros” da mensagem (por exemplo: professores, profissionais de saúde, político, etc.) formam uma parte essencial da avaliação do processo. Existem diferentes abordagens para fazer essa avaliação, podendo examinar a nível do público-alvo:

- até que ponto as pessoas se sentem envolvidas no programa;
- percepções da relevância do programa para as suas necessidades e prioridades; e
- percepções da viabilidade das ações que são defendidas no programa.

**Integridade do programa: o programa foi implementado conforme planeado?**

Finalmente, para entender completamente a mudança observada nos resultados da promoção da saúde, é essencial registar até que ponto um programa foi implementado como planeado. Não atingir os objetivos definidos no programa pode ser resultado de uma intervenção mal desenhada ou de uma intervenção mal executada.

Intervenções que foram avaliadas e definidas como eficazes por investigadores altamente motivados, não são automaticamente um sucesso, podendo ser mal executadas quando transpostas para cenários da "vida real" (Nutbeam, 2008).

### **Modelo conceptual da literacia em saúde de Sørensen et al.**

Sørensen et al. (2012), após uma revisão exaustiva às evidências científicas sobre os modelos de promoção de literacia em saúde, bem como sobre o impacto que os programas de promoção em saúde tinham, integraram as evidências científicas existentes, abrangendo diferentes perspetivas sobre a literacia em saúde, num só modelo. As duas principais críticas que os autores apontavam aos programas de literacia em saúde existentes, eram:

1. a maioria dos modelos conceptuais existentes não é suficientemente fundamentada em teoria nem em termos das noções e conceitos incluídos.
2. poucos modelos integraram as componentes incluídos nos modelos de literacia “médica” e “saúde pública”.

Os únicos modelos que estes autores encontraram que explicitamente tentam colmatar a diferença entre as duas visões são Nutbeam (2000) e Manganello (2008), cuja dimensão de literacia funcional corresponde às competências cognitivas da literacia em saúde médica. Sørensen et al. (2012), embora reconhecendo que a literacia em saúde envolve dimensões diferentes, concluíram que a maioria dos modelos existentes é bastante estática e não explica explicitamente o facto de que a literacia em saúde também é um processo, que envolve as etapas sequenciais de acesso, compreensão, processamento e comunicação de informação. Finalmente, de acordo com estes autores, enquanto a maioria dos modelos conceptuais identifica os fatores que influenciam a literacia em saúde e menciona o seu impacto no uso de serviços de saúde, custos de saúde e resultados de saúde, os caminhos que ligam a literacia em saúde aos seus antecedentes e consequências não são muito claros.

Com base nas evidências encontradas e nas razões acima enunciadas para a reduzida eficácia dos modelos de literacia em saúde existentes, Sørensen et al. (2012) propuseram um modelo com quatro dimensões de literacia em saúde em três níveis, conforme apresentado de forma esquemática na Tabela 12.

**Tabela 12** - As quatro dimensões de literacia em saúde de acordo com Sørensen et al. (2012)

	Acesso/ obtenção de informação relevante para a saúde	Compreensão da informação relevante para a saúde	Avaliação/ processamento da informação relevante para a saúde	Aplicação/ utilização da informação relevante para a saúde
Cuidados de saúde	Capacidade de obter informação médica ou assuntos clínicos	Capacidade de compreender informação médica e extrair significado	Capacidade de interpretar e avaliar informação médica	Capacidade da tomada de decisões informadas em questões médicas
Prevenção da doença	Capacidade de obter informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de compreender e extrair significado sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre fatores de risco para a saúde	Capacidade da tomada de decisões informadas sobre fatores de risco para a saúde
Promoção da saúde	Capacidade de atualizar-se em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade de compreender e extrair significado em relação aos determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade de interpretar e avaliar informação sobre os determinantes para a saúde no ambiente social e físico	Capacidade da tomada de decisões informadas sobre em determinantes para a saúde no ambiente social e físico

### **Exercício prático sobre um plano de promoção da Literacia em saúde nos cuidadores informais de doentes com AVC e portadores de Doença de Alzheimer**

A promoção da literacia na doença de Alzheimer, junto dos cuidadores informais, passou a ser uma função prioritária para os enfermeiros, e em especial os enfermeiros que prestam serviço domiciliário, área em que o enfermeiro especialista em saúde familiar tem um papel central, especialmente tendo em conta o já aqui enunciado sobre o *empowerment* dos doentes e seus cuidadores informais (Nutbeam, 2000, 2008, Sørensen et al., 2012, 2015).

Contrariamente à intervenção da reabilitação em doentes acometidos por AVC ou TCE, no caso da doença de Alzheimer, não existe uma reabilitação, e os programas de intervenção conseguem somente abrandar a degeneração ou atrasar o agravamento dos sintomas relacionados com a doença.

Assim, um programa de intervenção de aumento da literacia sobre a doença de Alzheimer, junto dos cuidadores informais do doente, será menos complexo do que o visto para os AVC e TCE, não deixando, contudo, de ser um instrumento poderosíssimo na melhoria da qualidade de vida do doente e de quem o rodeia, especialmente os próprios familiares.

Propõe a candidata, um programa de intervenção de implementação simples, mas eficaz, por parte do enfermeiro especialista em saúde familiar, ao longo das seguintes linhas:

1. Ser capaz de identificar as alterações decorrentes da doença de Alzheimer
2. Descrever atividades promotoras da conservação da memória em contexto familiar
3. Mostrar o caminho para recursos e programas informáticos de treino cognitivo como, por exemplo, o programa Cogweb.

Neste sentido, recomendam-se as seguintes técnicas:

- a) Usar técnicas que aumentem a capacidade de expressão verbal:
  1. Permitir tempo suficiente para o doente se expressar;
  2. Repetir a mensagem transmitida em voz alta;

3. Não valorizar a pronúncia imperfeita;
4. Ignorar erros e profanidades proferidas pelo doente;
5. Não interromper e fornecer palavras apenas ocasionalmente.

b) Ensinar ao doente técnicas que ajudem a melhorar o discurso

1. Incentivá-lo a expressar-se calma e claramente, dando exemplo se necessário;
2. Encorajá-lo a utilizar frases curtas;
3. Explicar as palavras que não claramente perceptíveis;
4. Sugerir que fale com calma e pausadamente (e se necessário “ganhar folgo”);
5. Incentivá-lo a escrever a mensagem ou fazer um desenho caso a comunicação oral não seja possível.

c) Reconhecer as frustrações de cada doente

1. Manter uma atitude positiva;
2. Tranquiliza-lo usando o toque, se possível;
3. Permitir que chore, caso seja benéfico;
4. Permitir que tome decisões acerca do seu autocuidado;
5. Permitir formas alternativas de expressão: cantar, andar, pintar, desenhar.

d) Identificar junto dos doentes fatores que promovem a compreensão

1. Avaliar a acuidade auditiva;
2. Verificar a acuidade visual, se necessário encorajar o uso de óculos;
3. Dirigir-se ao doente apenas quando este está disposto a escutar, utilizando o contacto visual;
4. Proporcionar ambiente calmo e com luz suficiente;
5. Modificar o discurso: falar pausadamente, não colocar várias questões ao mesmo tempo, não aumentar o tom de voz e usar uma linguagem própria de adultos;

6. Demonstrar um comportamento não verbal compatível com o verbal
- e) Orientar os familiares para as formas alternativas de comunicação, explicar o motivo das reações do doente para com eles e explicar os benefícios do treino, bem como a necessidade de acompanhamento por um técnico especializado (logo que possível).

*Página deixada propositadamente em branco*

### Conclusão

Ao longo desta lição, ficou explícita que a ocorrência de alterações de linguagem e fala em doentes adultos com distúrbios neurológicos adquiridos: AVC e TCE, bem como as alterações de comunicação e da linguagem em perturbações neuro-degenerativas: doença de Alzheimer vêm provocar, no seio da família, uma série de acontecimentos e de mudanças, onde “(...) sobressai o papel dos profissionais de saúde – dos quais destacamos os Enfermeiros de Saúde Familiar – cujo papel e desempenho se revestem de importância fulcral no apoio e orientação das famílias (...)” (Monteiro & Martins, 2006, p. 171) e dos cuidadores informais.

Como se encontra descrito nas Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais (Ordem dos Enfermeiros, 2003), que “... o exercício da atividade profissional dos enfermeiros tem, como objetivos fundamentais da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social” (p.7). O exercício profissional da atividade de enfermagem “(...) centra-se na relação interpessoal entre um enfermeiro, (...) família ou comunidade (...) e a relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de enfermagem caracteriza-se pela parceria estabelecida com o doente (incluindo família e comunidade), no respeito pelas suas capacidades (...)” (ibidem,p.4).

É nesta base que a intervenção de enfermagem familiar deve ser desenvolvida, sempre que possível, num contexto de proximidade de cuidados.

O exercício da profissão de enfermagem, em enunciados descritivos definidos nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE), refere, no que diz respeito à readaptação funcional do utente, que, para uma gestão efetiva dos cuidados, urge conhecer as especificidades inerentes às dificuldades/problemas confrontados no quotidiano. O enfermeiro e o utente/cuidador informal desenvolvem processos eficazes para a adaptação destes aos problemas de saúde que este apresenta, sendo fundamental “(...) o ensino, a instrução e o treino do doente sobre a adaptação individual requerida, face à readaptação funcional (...)” (OE, 2001, p.15).

O enfermeiro, no seu papel de prestador de cuidados de saúde, é determinante no processo de suporte ao cuidador informal, como entidade fortalecedora das

competências e atributos dos mesmos, uma vez que surge como interlocutor entre o doente, a família/cuidador e os cuidados de saúde (Monteiro & Martins, 2006).

Com base nas evidências, constata-se a necessidade de preparação e da capacitação do cuidador informal para a prestação de cuidados; é um procedimento que deve ser iniciado desde a admissão no internamento da pessoa que sofreu AVC e TCE. É importante que o enfermeiro identifique quem será o cuidador informal do doente que sofreu, após a alta e que o chame “(...) ainda em contexto hospitalar, a desenvolver um processo educacional e de aprendizagem (...) dirigido às dificuldades/necessidades do doente e da família, transferindo, progressivamente, as competências ao cuidador, com promoção de ações de suporte que assista e/ou ajude o cuidador informal (...)” (Lourenço & Mendes, 2007, p.17). No entanto, por vezes, em ambiente hospitalar, a intervenção de enfermagem apresenta “(...) uma conceção de tratar a doença, não a pessoa doente (...)” (Silva, 2007, p.69), pois a centralidade na doença, aliada à insuficiência de recursos de enfermagem, pode influenciar o processo de preparação da alta clínica, de modo que este se afaste, pelo menos em parte, da sua essência.

Com as tendências atuais de saúde, redefinidas por políticas de saúde onde impera a redução de custos, altas precoces e maior responsabilização das famílias nos cuidados às pessoas doentes, torna-se consciente que, as pessoas dependentes e os seus cuidadores, são um alvo dos cuidados de enfermagem (Silva, 2007). Para Andrade (2010), a ocorrência das altas, precocemente, privilegiando “(...) o domicílio como local de eleição para as famílias/cuidadores informais prestarem cuidados (...)” (p.36), promove a necessidade de apoio às pessoas dependentes e aos familiares/cuidadores no domicílio.

Torna-se necessário e importante que os profissionais de enfermagem desempenhem a sua função, junto destas pessoas dependentes e dos seus cuidadores por forma a promoverem a sua literacia em saúde nas áreas em apreço. Assim, em contexto domiciliário, “(...) os profissionais de saúde devem ajudar os prestadores de cuidados informais a descobrir formas mais eficazes de lidar com os problemas que advêm desta prestação (...)” (Dias & Imaginário, 2005, p. 200).

A capacitação do cuidador informal deve promover a educação do cuidador no sentido de desenvolver todas as potencialidades, no domínio das várias dimensões da vida que ficaram comprometidas no indivíduo dependente, assegurando informação sustentada, demonstração prática e treino, de modo a contribuir para a preparação do cuidador na sua tarefa de cuidar. Deste modo, estão criadas condições suscetíveis de serem mobilizados os conhecimentos, em outras situações que possam surgir (Andrade, 2010).

Num estudo realizado por Marques (2005), envolvendo cuidadores informais de doentes com AVC, concluiu que “(...) a necessidade do apoio profissional e de informação sobre os cuidados a ter com o doente, a forma de lidar com o doente e com a evolução da doença, são as necessidades mais, comumente, referenciadas pelos cuidadores (...)” (pp.139-140). Segundo a mesma autora, os profissionais de saúde devem centrar os cuidados no cuidador informal, e não apenas no doente, uma vez que o bem-estar de um, depende do bem-estar do outro.

*Página deixada propositadamente em branco*

### Referências

- American Psychiatric Association. (2013). *DSM-V-TR - Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais. 5a. Ed. Rev.* Lisboa: Climepsi.  
<https://doi.org/10.11769780890425596>
- American Speech-Language-Hearing Association. (1993). Definitions of Communication Disorders and Variations.  
<https://doi.org/10.1044/policy.RP1993-00208>
- Beard, A. (2018). Speech, language and communication: a public health issue across the lifecourse. *Paediatrics and Child Health (United Kingdom)*, 28(3), 126–131.  
<https://doi.org/10.1016/j.paed.2017.12.004>
- Blomert, L., Kean, M. L., Koster, C., & Schokker, J. (1994). Amsterdam—Nijmegen everyday language test: Construction, reliability and validity. *Aphasiology*, 8(4), 381–407. <https://doi.org/10.1080/02687039408248666>
- Buckwalter, K. C., Gerdner, L., Kohout, F., Hall, G. R., Kelly, A., Richards, B., & Sime, M. (1999). A nursing intervention to decrease depression in family caregivers of persons with dementia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 13(2), 80–88.
- Cicerone, K. D., Dahlberg, C., Kalmar, K., Langenbahn, D. M., Malec, J. F., Bergquist, T. F., ... Morse, P. A. (2000). Evidence-based cognitive rehabilitation: Recommendations for clinical practice, 81(12), 1596–1615.  
<https://doi.org/10.1053/apmr.2000.19240>
- Cicerone, K. D., Langenbahn, D. M., Braden, C., Malec, J. F., Kalmar, K., Fraas, M., ... Ashman, T. (2011). Evidence-based cognitive rehabilitation: Updated review of the literature from 2003 through 2008, 92(4), 519–530.  
<https://doi.org/10.1016/j.apmr.2010.11.015>
- Dinică, R. C. (2014). Non-verbal Communication - Indispensable Complement of Oral and Written Communication. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 137, 105–111. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.05.260>
- Direção Geral de Saúde. (2017). Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares. *Saúde Em Números*, 21. <https://doi.org/ISSN:2183-0746>
- Enderby, P. M., Wood, V. A., Wade, D. T., & Hower, R. L. (1986). The frenchay

- aphasia screening test: A short, simple test for aphasia appropriate for non-specialists. *Disability and Rehabilitation*, 8(4), 166–170.  
<https://doi.org/10.3109/03790798709166209>
- Feldman, H., & Woodward, M. (2005). The staging and assessment of moderate to severe Alzheimer disease. *Neurology*, 65(6), S10–S17.  
[https://doi.org/10.1212/WNL.65.6\\_suppl\\_3.S10](https://doi.org/10.1212/WNL.65.6_suppl_3.S10)
- Ferris, & Farlow, M. (2013). Language impairment in alzheimer’s disease and benefits of acetylcholinesterase inhibitors. *Clinical Interventions in Aging*, 8, 1007–1014. <https://doi.org/10.2147/CIA.S39959>
- Forster, A., Lambley, R., Hardy, J., Young, J., Smith, J., Green, J., & Burns, E. (2011). Rehabilitation for older people in long-term care ( Review ). *WILEY Publishers*, (4).
- Forster, A., Young, J., Lambley, R., & Langhorne, P. (2015). Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care (Review) Medical day hospital care for the elderly versus alternative forms of care. *The Cochrane Collaboration*, (4), 2008–2010.  
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD001730.pub2.Copyright>
- Gorno-Tempini, M., Hillis, A., Weintraub, S., Kertesz, A., Mendez, M., Cappa, S., ... Grossman, M. (2011). Classification of primary progressive aphasia and its variants. *Neurology*, 76(11), 1006–1014.  
<https://doi.org/10.1212/WNL.0b013e31821103e6>
- Govan, L., Blomstrand, C., Cabral, N. L., & Cavallini, A. (2007). Organised inpatient (stroke unit) care for stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (4). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000197.pub2>
- Guerreiro, M., Silva, A. P., Botelho, M. A., Leitão, O., Castro-Caldas, A., & Garcia, C. (1994). Adaptação à população portuguesa da tradução do Mini Mental State Examination (MMSE). *Revista Portuguesa de Neurologia*, 1(9), 9–10.
- Hallowell, B., & Chapey, R. (2008). Introduction to language intervention strategies in adult aphasia. In *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (pp. 3–19). Lippincott Williams & Wilkins.

- Kickbusch, I. (2004). Improving Health Literacy in the European Union : towards a Europe of informed and active health citizens. *European Health Forum Gastein 2004 – Special Interest Session Improving*, (October), 1–16.
- Kollen, B. J. (2006). *Recovery of gait after stroke (Doctoral Thesis)*. Universiteit Utrecht.
- Lahey, M., & Bloom, L. (1988). *Language disorders and language development*. New York: McMillan Publishing Company Inc.
- Langhorne, P., Bernhardt, J., & Kwakkel, G. (2011). Stroke rehabilitation. *The Lancet*, 377(9778), 1693–1702. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60325-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60325-5)
- Langhorne, P., Widen-Holmqvist, L., Taylor, G., Murray, G., Askim, T., Dennis, M., ... Wolfe, C. (2007). Early supported discharge after stroke. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39(2), 103–108. <https://doi.org/10.2340/16501977-0042>
- Lazure, H. (1994). *Viver a relação de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta.
- Lloyd-Jones, D., Adams, R. J., Brown, T. M., Carnethon, M., Dai, S., De Simone, G., ... Wylie-Rosett, J. (2010). *Executive summary: Heart disease and stroke statistics-2010 update: A report from the american heart association. American Heart Association (Vol. 121)*.  
<https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192667>
- Manenti, R., Repetto, C., Bontrovato, S., Marcone, A., Bates, E., & Cappa, S. F. (2004). The effects of ageing and Alzheimer’s disease on semantic and gender priming. *Brain*, 127(10), 2299–2306. <https://doi.org/10.1093/brain/awh264>
- Manganello, J. A. (2008, November 17). Health literacy and adolescents: A framework and agenda for future research. *Health Education Research*.  
<https://doi.org/10.1093/her/cym069>
- McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., Hyman, B. T., Jack, C. R., Kawas, C. H., ... Phelps, C. H. (2011). The diagnosis of dementia due to Alzheimer’s disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. *Alzheimer’s and Dementia*, 7(3), 263–269.  
<https://doi.org/10.1016/j.jalz.2011.03.005>

- McNeil, M. R., & Pratt, S. R. (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, *15*(10–11), 901–911. <https://doi.org/10.1080/02687040143000276>
- Mesulam, M. M. (2001). Primary progressive aphasia. *Annals of Neurology*, *49*(4), 425–432. <https://doi.org/10.1007/s00115-004-1770-z>
- Mesulam, Wicklund, A., Johnson, N., Léger, G. C., Rademaker, A., Weintraub, S., & Bigio, E. H. (2008). Alzheimer and Frontotemporal Pathology in Subtests of Primary Progressive Aphasia. *Annals of Neurology*, *63*(6), 709–719. <https://doi.org/10.1002/ana.21388>. Alzheimer
- Murdoch, B. E. (1990). Bostonian and Lurian aphasia syndromes. In *Acquired Speech and Language Disorders* (pp. 60–96). Boston, MA: Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3458-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-3458-1_2)
- Murphy, T. H., & Corbett, D. (2009). Plasticity during stroke recovery: From synapse to behaviour. *Nature Reviews Neuroscience*, *10*(12), 861–872. <https://doi.org/10.1038/nrn2735>
- Nicholas, M., Hunsaker, E., & Guarino, A. J. (2017). The relation between language, non-verbal cognition and quality of life in people with aphasia. *Aphasiology*, *31*(6), 688–702. <https://doi.org/10.1080/02687038.2015.1076927>
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, *15*(3), 259–267. <https://doi.org/10.1093/heapro/15.3.259>
- Nutbeam, D. (2008). The evolving concept of health literacy. *Social Science and Medicine*, *67*(12), 2072–2078. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.09.050>
- Onnis, L. (2017). Caregiver communication to the child as moderator and mediator of genes for language. *Behavioural Brain Research*, *325*, 197–202. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2017.02.003>
- Pennycook, A. (1985). Actions Speak Louder Than Words: Paralanguage, Communication, and Education. *Tesol Quarterly*, *19*(2), 259–282.
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, Entrevista, Relação de Ajuda e Validação*. Lisboa: Lusodidacta.

- Rohrer, J. D., Rossor, M. N., & Warren, J. D. (2012). Alzheimer's pathology in primary progressive aphasia. *Neurobiology of Aging*, 33(4), 744–752. <https://doi.org/10.1016/j.neurobiolaging.2010.05.020>
- Savundranayagam, M. Y., Hummert, M. L., & Montgomery, R. J. V. (2005). Investigating the effects of communication problems on caregiver burden. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences*, 60(1), S48–S55. <https://doi.org/10.1093/geronb/60.1.S48>
- Schwam, E., & Xu, Y. (2010). Cognition and function in alzheimer's disease: Identifying the transitions from moderate to severe disease. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders*, 29(4), 309–316. <https://doi.org/10.1159/000269837>
- Smith, M., Gerdner, L., Hall, G., & Buckwalter, K. C. (2004). History, development and future of the progressively lowered threshold model: A conceptual model for dementia care. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(10), 1755–1760.
- Sørensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., ... Helmut Brand. (2015). Health literacy in Europe: Comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *European Journal of Public Health*, 25(6), 1053–1058. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckv043>
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012, December 25). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*. BioMed Central. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- Stortenbeker, I. A., Houwen, J., Lucassen, P. L. B. J., Stappers, H. W., Assendelft, W. J. J., van Dulmen, S., ... Das, E. (2018). Quantifying positive communication: Doctor's language and patient anxiety in primary care consultations. *Patient Education and Counseling*. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2018.05.002>
- Tang-Wai, D., & Graham, N. (2008). Assessment of Language Function in Dementia. *Geriatrics and Aging*, 11(2).
- Warlow, C., Sudlow, C., Dennis, M., Wardlaw, J., & Sandercock, P. (2003). Stroke. *The Lancet*, 362(9391), 1211–1224. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(03\)14544-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(03)14544-8)