



**Ana Sofia Miguel
Esteves**

**Relatório de Estágio em Perturbações
Neurológicas no Adulto e Idoso no Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira**



**Ana Sofia Miguel
Esteves**

**Relatório de Estágio em Perturbações
Neurológicas no Adulto e Idoso no Centro
Hospitalar Universitário Cova da Beira**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Terapia da Fala, realizado sob a orientação científica da Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos, Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha família. Grata pela força e apoio incondicional no meu percurso académico e ao longo da minha vida.

O júri

Presidente

Professora Doutora Marisa Lobo Lousada

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Arguente

Mestre Ricardo Jorge Ferreira dos Santos

Professor Adjunto Convidado da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto

Orientadora

Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos

Professora Adjunta da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Agradecimentos

Todo este percurso só se tornou possível pelo apoio e colaboração de algumas pessoas, às quais manifesto o meu maior agradecimento.

À minha orientadora Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos, pela orientação científica, partilha de conhecimento e acompanhamento ao longo de todo o percurso.

À Terapeuta Sílvia Almeida, pela orientação e encorajamento constante, pela confiança e pela amizade que teve ao longo de todo este processo.

À minha família, pelo incentivo e força necessários para a elaboração deste projeto.

A todos os profissionais de saúde do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira pela confiança, apoio e simpatia.

À Susana Portinha e Joana Sesta, companheiras de viagem, pela ajuda e incentivo.

À Catarina Figueiredo sempre disponível para ajudar e ouvir.

A todos os utentes que se cruzaram no meu caminho, no âmbito profissional, por me entusiasmarem todos os dias.

Palavras-chave Terapia da Fala; AVC; Perturbações da Comunicação e Deglutição; Estágio

Resumo Uma lesão encefálica, decorrente de um acidente vascular cerebral (AVC), pode ter como consequência várias alterações na comunicação e na deglutição da pessoa que sofreu esta lesão. Estas perturbações poderão ter repercussões não só ao nível do seu estado de saúde, como também, no seu bem-estar e qualidade de vida. De igual modo pode trazer consequências para as pessoas que a rodeiam. O terapeuta da fala (TF) é um dos profissionais de saúde que constitui a equipa multidisciplinar de apoio a estas pessoas. A sua intervenção poderá procurar reduzir os défices apresentados, assim como ensinar à pessoa que os apresenta e aos seus familiares e/ou amigos a viver com os mesmos, no seu dia-a-dia.

O estágio aqui reportado foi efetuado no âmbito do Mestrado em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, no ramo das Perturbações Neurológicas no Adulto. Desenvolveu-se no Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, nas unidades de AVC e de Consultas Externas, maioritariamente com utentes que sofreram um AVC. Este relatório é constituído por uma primeira parte (Capítulos I e II) onde é descrito o local onde decorreu o estágio e as diferentes atividades desenvolvidas durante o mesmo, e uma segunda parte (Capítulo III) onde se procura fazer a ligação entre esta componente prática e a sua fundamentação teórica. O enquadramento teórico feito segue uma linha orientadora com o tema: a importância do papel do TF na intervenção com adultos e idosos, em meio hospitalar.

Keywords

Speech and Language Therapy; Stroke; Communication and Swallowing Disorders; Internship

Abstract

A brain lesion, resulting from a stroke, can lead to several impairments in communication and swallowing. These impairments may have repercussions not only on the person state of health but also on his/her well-being and quality of life. It can also have consequences for their family and friends. The speech and language therapist (SLT) is one of the health professionals who constitute the multidisciplinary team supporting these people. Their intervention may seek to reduce the deficits presented, as well as teach the person and their family and/or friends to live with them in their daily life.

The internship reported here was carried out as part of the Master's Degree in Speech and Language Therapy at the University of Aveiro School of Health, speciality of neurological disorders in adults. It took place at the Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira, at the Stroke Unit and at the Outpatient Consultation Service, mostly with patients who suffered a stroke. This report consists of a first part (Chapters I and II) where the place where the internship took place and the different activities developed are described, and a second part (Chapter III) where the connection between this practical component and its theoretical basis is sought. The theoretical framework made follows a guiding line with the theme: the importance of the role of SLT in the intervention with adults and elderly in hospital environment.

Abreviaturas e/ou siglas

APTF – Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala
ASHA – American Speech-Language-Hearing Association
AVC – Acidente Vascular Cerebral
CHUCB – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira
CIF – Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
EENM – Eletroestimulação Neuromuscular
ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro
RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados
TF – Terapeuta da Fala
TpF – Terapia da Fala
TSDT – Técnicos Superiores de Diagnóstico e Terapêutica
U.AVC – Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais
UCE - Unidade de Consultas Externas

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO I - CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DE ESTÁGIO	3
1.1 Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira	3
1.2 Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais.....	3
CAPÍTULO II - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ESTÁGIO	7
2.1 Estágio.....	7
2.2 Objetivos do estágio.....	7
2.3 Atividades desenvolvidas	7
2.3.1 Fase de adaptação.....	8
2.3.2 Fase de intervenção.....	8
2.3.3 Fase de integração.....	9
2.4 Reflexão crítica.....	10
CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA NA INTERVENÇÃO COM ADULTOS E IDOSOS EM MEIO HOSPITALAR.....	11
3.1 Definição de terapeuta da fala	11
3.2 Conceções teóricas de base da atuação do terapeuta da fala	12
3.3 Atuação do terapeuta da fala nas patologias no adulto e idoso em meio hospitalar..	15
3.3.1. Nas perturbações da comunicação.....	16
3.3.1.1 Na afasia	16
3.3.1.2 Nas perturbações motoras da fala	20
3.3.2 Nas perturbações da deglutição.....	22
3.4 Considerações finais	26
CONCLUSÃO.....	29
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	31

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice 1 - Registo de utentes internos e externos	39
Apêndice 2 - Caderno de apoio à comunicação	41
Apêndice 3 - Caderno de comunicação aumentativo	43
Apêndice 4 - Apresentação da sessão técnica de Terapia da Fala.....	45

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Percorso hospitalar do utente	5
-----------------------------------------------	---

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Classificação dos diferentes tipos de afasia	17
Tabela 2. Classificação dos diferentes tipos de disartria	21

INTRODUÇÃO

No âmbito do Mestrado em Terapia da Fala da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro (ESSUA), Ramo de Perturbações Neurológicas no Adulto, foi elaborado este relatório, que pretende apresentar a reflexão do percurso de formação efetuado, os objetivos subjacentes, as atividades realizadas e as competências desenvolvidas e/ou adquiridas pela estudante no decorrer da Unidade Curricular Estágio, inserida no 2º ano do 2º Ciclo do plano curricular. O estágio realizou-se essencialmente com utentes que sofreram um AVC, na unidade de AVC (U.AVC) e na unidade de consultas externas (UCE) do Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira (CHUCB).

A opção do estágio considerou-se como uma oportunidade de dar continuidade ao processo de desenvolvimento profissional e académico da estudante, em contexto laboral. Este permitiu a sua integração na prática profissional, analisando pormenorizadamente as competências de atuação e de investigação por si desenvolvidas quando confrontada com diferentes situações clínicas. Considera-se a formação teórica e teórico-prática obtida durante o Mestrado como uma componente imprescindível para a preparação de um perfil profissional adequado e progressivamente autónomo na área da Terapia da Fala (TpF). O resultado das aprendizagens efetuadas durante as aulas frequentadas permitiram a discussão sobre diversos conteúdos considerados indispensáveis para o desenvolvimento de competências profissionais e pessoais. Conseguiu-se durante as mesmas, mobilizar e articular saberes científicos, pedagógicos, didáticos, culturais e ainda de investigação na prática baseada na evidência. Assim, a motivação e objetivo a longo prazo desta opção representa a preparação considerada necessária e a possibilidade de, futuramente, poder desempenhar funções na área das perturbações do adulto e do idoso.

A dinâmica de estágio será apresentada neste relatório, sob a forma de três capítulos. No Capítulo I, faz-se a apresentação do local onde decorreu o estágio e a caracterização das suas unidades. No Capítulo II são descritos os objetivos propostos para o estágio, as atividades desenvolvidas ao longo do mesmo, constando o número de utentes observados e atendidos, o material desenvolvido para intervenção com estes utentes e a participação em reuniões e em palestras, assim como, uma reflexão crítica sobre os resultados obtidos. Nos apêndices estão incluídos alguns dos materiais desenvolvidos pela estudante ao longo do estágio, referentes a este capítulo. No Capítulo III apresenta-se o enquadramento teórico relacionado com as temáticas da área da TpF necessárias durante o estágio, seguindo-se a linha orientadora definida, nomeadamente, a importância do papel do TF na intervenção com adultos e idosos em meio hospitalar. Deste modo, são abordados temas como a definição do TF em Portugal e respetivas funções, e a sua atuação com base em diferentes modelos de intervenção em saúde. São ainda caracterizados os diferentes quadros de patologia da comunicação e da deglutição mais frequentemente encontrados no adulto e idoso, e que foram intervencionados pela estudante no decorrer do estágio (afasia, apraxia, disartria e disfagia). É descrita a

atuação do TF em cada patologia abordada, integrando a avaliação (referindo alguns dos instrumentos mais usados no local do estágio) e intervenção, dividida nos subtemas de comunicação e deglutição. Por fim, surge na conclusão, uma reflexão, abordando um conjunto de potencialidades e constrangimentos respeitantes ao percurso pessoal e formativo da estudante. Para esta reflexão foi necessário adotar uma postura investigativa, crítica, reflexiva e avaliativa sobre o percurso de formação inicial para perceber as repercussões deste estágio no seu desenvolvimento pessoal e profissional.

A metodologia utilizada nos objetivos traçados, atividades desenvolvidas, experiências vivenciadas através da partilha de conhecimentos e/ou experiências profissionais com a supervisora é descritiva e reflexiva, alicerçada no recurso de bibliografia atual, baseada na evidência científica, suportada por uma revisão da literatura e conhecimentos adquiridos no decorrer da prática profissional.

CAPÍTULO I - CARATERIZAÇÃO DO CONTEXTO INSTITUCIONAL DE ESTÁGIO

1.1 Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira

O CHUCB é uma instituição de saúde de referência nacional e internacional, cuja missão é prestar cuidados de saúde, promover o ensino de alta responsabilidade e participar no ensino pré e pós-graduado de diferentes profissionais de saúde. Centrado no utente, presta cuidados personalizados e de excelência, tendo por base um conjunto de objetivos, entre os quais prestar cuidados de saúde com qualidade, desenvolver a investigação clínica e científica e fomentar a integração de cuidados de saúde. É constituído por dois hospitais: Hospital do Fundão e o Hospital Pêro da Covilhã (Centro Hospitalar Cova da Beira, 2018).

A instituição acreditada internacionalmente desde março de 2010, após seis anos renovou a acreditação da *Join Commission International* que consagra o CHUCB num patamar diferenciado e de prestígio internacional, enquanto Centro Médico Académico. Assim, a acreditação atesta que o CHUCB oferece produtos e serviços de excelência, com elevado grau de qualidade e segurança clínica, quer ao nível dos cuidados prestados, quer no campo da investigação e ensino das ciências da saúde, quer ainda no âmbito da gestão organizacional, sempre em conformidade com as melhores práticas internacionais (Centro Hospitalar Cova da Beira, 2018).

No âmbito do Decreto-Lei n.º 61/2018, publicado em 3 de agosto de 2018, em Diário da República, o Centro Hospitalar Cova da Beira E.P.E, passa a denominar-se Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira E.P.E. Constituído como centro académico clínico, formaliza-se o desenvolvimento, de forma integrada, das atividades assistencial, de ensino e de investigação clínica e de translação. Esta classificação é um reconhecimento do trabalho desenvolvido durante vários anos pelo CHUCB e pelos seus profissionais (Centro Hospitalar Cova da Beira, 2018).

1.2 Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais

O CHUCB é constituído por vários tipos de cuidados de saúde, unidades gestoras de atividades, serviços de cuidados agudos, unidade de consultas externas, unidade de psiquiatria e saúde mental, serviços médicos, meios complementares de diagnóstico e terapêutica, serviços cirúrgicos, serviços de medicina preventiva, serviços de saúde da criança e da mulher e serviços farmacêuticos (Centro Hospitalar Cova da Beira, 2018).

A U.AVC, de acordo com o organograma do CHUCB, encontra-se inserida nos serviços de cuidados agudos, no Serviço de Medicina Intensiva. Iniciou a sua atividade no dia 27 de dezembro de 2004 e localiza-se no 3º piso do Hospital Pêro da Covilhã. Atualmente está sob a direção da Dra. Fátima Paiva e é constituída por três enfermarias com capacidade para doze

camas, com lotação em uso atualmente de 10 camas (3 camas de agudos e 7 camas para utentes estabilizados, distribuídas por 2 enfermarias). A unidade dos utentes agudos disponibiliza monitorização contínua multiparamétrica, com aquisição de dados para análise gráfica de tendências. A U.AVC é composta por várias técnicas: monitorização, circulatória, neurológica, respiratória, ventilação, reabilitação e controlo de infusão (Centro Hospitalar Cova da Beira, 2018).

Composta por uma equipa técnica multidisciplinar, a unidade presta serviços de saúde com qualidade e eficiência, em consonância com os objetivos do CHUCB. Esta equipa é constituída por médicos, enfermeiros, equipa de reabilitação (Fisioterapia, Terapia Ocupacional e TpF), serviço social e equipa de secretariado. Estes profissionais trabalham em conjunto, baseando-se nos princípios de humanismo, respeito mútuo e entreajuda. Para alinhar os procedimentos e manter a qualidade dos serviços prestados, a equipa de profissionais de saúde reúne-se todas as terças-feiras, no período da manhã. Nestas reuniões, os utentes são apresentados um a um e cada um dos profissionais tem a oportunidade de expor e argumentar sobre os melhores procedimentos personalizados caso a caso.

Na chegada do utente agudo à unidade, este é avaliado pelo médico responsável, sendo posteriormente pedido aos vários profissionais da equipa que procedam à sua observação. No caso da TpF, o médico encaminha o pedido, que consta de um breve resumo do caso com o diagnóstico clínico e a solicitação de avaliação específica da situação. Assim que o TF recebe o pedido de encaminhamento, dirige-se à unidade para avaliar a situação e intervir, quando necessário. A partir desta avaliação é definido o plano de intervenção, respeitando sempre a individualidade e as necessidades da pessoa. Estes dados são registados num sistema informático destinado aos técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica (TSDT). Após alta da U.AVC, a maior parte dos utentes são encaminhados para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI).

Quando termina a reabilitação na RNCCI e os utentes necessitam de mais cuidados, principalmente de TpF, são encaminhados para a UCE. Outros utentes que não necessitam da RNCCI, mas que precisam de dar continuidade aos cuidados de saúde são igualmente encaminhados para esta Unidade. A UCE (situada no 2º piso no Hospital Pêro da Covilhã) tem como missão a prestação de cuidados de saúde, em regime de ambulatório, sob a forma de consulta médica de Neurologia e/ou de Doença Cerebrovascular, de apoios de Enfermagem e de outros profissionais de saúde da área da Nutrição, Neuropsicologia e Psicologia.

Na TpF, o utente é novamente avaliado e são agendadas, quando necessário, as consultas de intervenção. Apesar da maioria dos utentes internos encaminhados para TpF, serem oriundos da U.AVC, são também encaminhados utentes de outros serviços (Medicina e Gastroenterologia). De seguida é apresentado, na Figura 1, o percurso hospitalar usual dos utentes.



Figura 1. Percurso hospitalar do utente

CAPÍTULO II - ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO DECORRER DO ESTÁGIO

2.1 Estágio

O estágio decorreu essencialmente na U.AVC e na UCE do Hospital Pêro da Covilhã, no período compreendido entre 16 de setembro de 2019 e 9 de março de 2020, dois dias por semana (segundas e sextas-feiras), num total de 400 horas. Contou com a supervisão clínica da terapeuta da fala Mestre Sílvia Lopes Almeida (pertencente ao serviço de Pediatria, com tempo parcial - 10 horas - disponível no horário para o atendimento de adultos e idosos, nestes serviços) e com a orientação da Professora Doutora Maria da Assunção Coelho de Matos, Professora Adjunta da ESSUA.

2.2 Objetivos do estágio

O estágio teve como objetivo geral, o desenvolvimento de competências na área de especialização de perturbações da comunicação e da deglutição no adulto e no idoso.

Os seus objetivos específicos eram: construir uma atitude profissional investigativa e reflexiva, em articulação entre saberes teóricos e a prática; aprofundar conhecimentos sobre as perturbações da comunicação e da deglutição no adulto e no idoso; prestar cuidados de TpF, recolher informação, avaliar e intervir nos diversos casos; efetuar a ligação entre os processos de tomada de decisão baseados em conhecimentos científicos atualizados passíveis de fundamentar a prática profissional; planejar atividades promotoras de aprendizagens significativas e diversificadas e promover ações de formação cuja temática passe pela promoção de cuidados nas diversas perturbações (International Association of Logopedics and Phoniatrics, 2010).

2.3 Atividades desenvolvidas

Ao longo do período de estágio foram realizadas várias atividades que contribuíram para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências essenciais para o futuro desempenho profissional da estudante. Para além disso, a interação com outros profissionais das diferentes unidades em que este decorreu, proporcionaram a aquisição de conhecimentos fundamentais para o trabalho multidisciplinar.

Considera-se que a prática clínica ocorreu em três fases: adaptação, intervenção e integração, sendo descritas as atividades realizadas em cada fase e o seu desenvolvimento ao longo do tempo.

2.3.1 Fase de adaptação

A fase de adaptação contemplou as duas primeiras semanas de estágio e consistiu na acomodação da estudante ao serviço, tendo-lhe sido apresentadas as instalações, os profissionais de saúde com quem iria desenvolver o seu trabalho e as normas de funcionamento do mesmo. Estas semanas foram essencialmente de observação da prática clínica realizada pela TF supervisora, com o objetivo de conhecer os utentes habitualmente atendidos e os tipos de perturbações mais frequentemente encontradas. Foi ainda realizada, pela estudante, a construção dos protocolos de avaliação informais a utilizar posteriormente, de acordo com as perturbações observadas e com as intervenções realizadas neste período, no internamento (U.AVC) e na consulta externa (UCE).

2.3.2 Fase de intervenção

A fase de intervenção clínica decorreu nas semanas seguintes, no acompanhamento dos utentes em TpF, pela estudante, na U.AVC e na UCE. Esta fase decorreu em conformidade com os modelos de prestação de cuidados de saúde descritos na literatura (Worrall & Hickson, 2003) (ver Capítulo III, página 14), maioritariamente o modelo médico de intervenção, tentando-se contudo, sempre que possível, ir ao encontro da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) (Organização Mundial da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2004), de modo a complementar a intervenção realizada e resultar num acompanhamento o mais biopsicossocial possível.

Na U.AVC foram acompanhados, pela estudante, 26 utentes e realizadas 82 sessões, englobando as sessões de avaliação e intervenção. No Apêndice 1 está descrito o número de utentes apoiados, de acordo com o tipo de patologia apresentada, o número de sessões realizadas e, também, o envolvimento possível dos seus familiares. Antes da ida à unidade, e com base na informação cedida pelo médico através da sua prescrição, assim como após discussão com a TF supervisora, era preparado o material necessário, quer de avaliação quer de intervenção para aquela situação específica. Para uma abordagem inicial mais facilitada aos utentes que sofreram um AVC com alterações na comunicação, foi criado pela estudante, em colaboração com os colegas de enfermagem, um caderno de apoio à comunicação, que consta no Apêndice 2. Este caderno inclui informações que vão ao encontro das necessidades básicas sentidas numa unidade deste tipo tais como: a alteração da compreensão e do discurso dos utentes. Assim sendo foram incluídos símbolos para sim/não, números e um alfabeto, um relógio, um calendário e também um mapa de Portugal e outro do mundo. Consequentemente, com apoio neste caderno, foi possível estabelecer uma comunicação mais facilitada e conhecer melhor estes utentes. Nesta fase foi possível ainda a presença da estudante numa reunião de equipa semanal. Ainda que estas reuniões decorressem habitualmente às terças-feiras de manhã, horário não coincidente com o horário praticado pela estudante, a estudante organizou-se no sentido de poder comparecer na mesma, dada a sua importância para uma das utentes

em apoio. Nesta reunião foi discutido o seu estado geral, os resultados da avaliação efetuada em TpF, a intervenção feita, assim como a programação da sua alta.

Na consulta externa foram acompanhados, pela estudante, 4 utentes e realizadas 65 sessões, englobando igualmente sessões de avaliação e intervenção. No Apêndice 1 encontra-se um quadro com a descrição dos utentes acompanhados, de acordo com o tipo de patologia apresentada, número de sessões realizadas e, também, o envolvimento possível dos seus familiares. Os utentes eram marcados com base na informação que constava na prescrição do médico e na disponibilidade de horário da estudante. Maioritariamente, os utentes acompanhados em regime de ambulatório eram transportados de suas casas para o hospital pelos bombeiros e realizavam sessões de Fisioterapia e TpF no mesmo dia, sem acompanhamento, na maior parte das vezes, dos seus familiares. Os materiais utilizados na intervenção foram elaborados ou selecionados pela estudante, antes das sessões, de acordo com o plano de intervenção específico de cada situação. Alguns materiais foram produzidos especificamente para este efeito enquanto outros faziam parte do leque de materiais disponibilizados pelo hospital. De realçar que durante a intervenção com um utente com esclerose lateral amiotrófica foi construído um caderno de comunicação, exclusivo para as suas necessidades e considerando a sua baixa escolaridade, apresentado no Apêndice 3. Foi também possível, sob supervisão, a realização de intervenção com base numa abordagem recente de reabilitação (eletroestimulação neuromuscular) num utente com perturbação da comunicação (disartria) e da deglutição (disfagia). Após intervenção e discussão de cada caso com o médico e com a TF supervisora, era realizada e abordada a alta com o utente e a família. O contacto estabelecido com a família, dada a sua ausência frequente do hospital e da terapia, era muitas vezes efetuado por telefone.

Outra atividade de interesse que decorreu durante o estágio foi a participação da estudante nas sessões técnicas da saúde. Estas sessões eram organizadas, mensalmente, pelo conselho dos TSDT. Foi possível a participação na sessão de Cardiopneumologia onde foi abordado o tema da evolução tecnológica para a deteção e diagnóstico de fibrilação auricular, e na sessão de Neurofisiologia subordinada ao tema da epilepsia vascular. A sessão de TpF foi desenvolvida pela estudante e versava sobre o conceito de perturbações motoras da fala (ver Apêndice 4), no entanto não foi possível a sua apresentação devido às medidas de segurança criadas face à pandemia COVID-19. A estudante teve ainda a oportunidade de participar no evento da “Semana do bebé”, que decorreu durante o estágio, no mesmo hospital, constituído por diferentes palestras sobre os paradigmas das crianças do século XXI, com vários temas sobre a população mais nova.

2.3.3 Fase de integração

A fase de integração caracterizou-se pela maturação dos conhecimentos desenvolvidos pela estudante na sua prática clínica. A procura constante de informação teórica que permitisse

fundamentar e justificar todas as intervenções efetuadas (quer de avaliação, quer de intervenção) bem como a partilha de novos conhecimentos com a TF supervisora, permitiu que a atuação da estudante fosse mais refletida. A continuidade dos tratamentos, o trabalho com a equipa multidisciplinar, a realização de novas avaliações e monitorização dos resultados obtidos contribuíram para verificar e confirmar o processo de evolução.

2.4 Reflexão crítica

Este estágio permitiu uma evolução na prática profissional da estudante com a aplicação e o desenvolvimento de conhecimentos no contato com uma realidade desconhecida. Contribuiu para a construção da sua experiência profissional e para o desenvolver de competências práticas, ampliado pelo fato de esta não possuir, até à data, experiência de trabalho com adultos e idosos. Ao longo do estágio a estudante desenvolveu diferentes conceções e significados, de modo a articular a teoria e a prática das diferentes áreas do conhecimento exploradas no Mestrado. Após a finalização do estágio, o balanço é muito positivo, considerando-se terem sido atingidos os objetivos propostos para o seu desenvolvimento. Esta foi, sem dúvida, uma experiência memorável, permitindo à estudante superar constantemente os medos e obstáculos encontrados durante a sua realização.

CAPÍTULO III – ENQUADRAMENTO TEÓRICO: A IMPORTÂNCIA DO PAPEL DO TERAPEUTA DA FALA NA INTERVENÇÃO COM ADULTOS E IDOSOS EM MEIO HOSPITALAR

Reconhecendo-se a prática investigativa como uma competência essencial do TF e tendo sido fomentada, ao longo deste percurso formativo, uma postura meditativa baseada na evidência, apresentar-se-á, neste capítulo, a análise teórica - revisão da literatura. Devido às contingências provocadas pela pandemia (COVID-19) não foi possível a realização de um estudo empírico, como previsto. No entanto, para que a prática no estágio fosse fundamentada e respondesse aos desafios que foram sendo encontrados, foi definida como linha orientadora, a importância do papel do TF na intervenção com adultos e idosos em meio hospitalar. Com base neste objetivo realizou-se uma pesquisa bibliográfica em páginas de referência de suporte à prática do TF, bem como em bases de dados eletrônicas (*PubMed/Medline, B-On e ISI Web of Knowledge*), da literatura relevante sobre o tema a abordar. Desta forma optou-se por dividir este capítulo em quatro subcapítulos: o primeiro subcapítulo apresenta a definição do papel do TF; o segundo aborda o contexto de atuação do TF; o terceiro descreve a importância da atuação do TF nas patologias mais frequentes no adulto e no idoso, em meio hospitalar; e por último, o quarto capítulo aborda as considerações finais sobre o enquadramento teórico.

3.1 Definição de terapeuta da fala

Em Portugal, o exercício da profissão de TF depende do registo obrigatório na Administração Central do Sistema de Saúde (Decreto-Lei nº 320/99 de 11 de agosto), está definido pelo Decreto-Lei nº 564/99, de 21 de dezembro, e regulamentado pelos Decretos-Lei n.º 110 e 111/2017, de 31 de agosto, que definem o regime legal da carreira aplicável aos TSDT.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 564/99, de 21 de dezembro, o TF é o profissional responsável pelo “desenvolvimento de atividades no âmbito da prevenção, avaliação e tratamento das perturbações da comunicação humana, englobando não só todas as funções associadas à compreensão e expressão da linguagem oral e escrita, mas também outras formas de comunicação não verbal”. Contudo, nas definições mais atuais, sugeridas por diferentes associações internacionais responsáveis pela regulamentação da profissão, outros conteúdos profissionais são acrescentados. Assim, a *International Association of Logopedics and Phoniatrics* define o TF como “o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção, gestão e investigação científica das perturbações da comunicação humana e deglutição” (*International Association of Logopedics and Phoniatrics*, 2010). Tal como o *Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'EU* e a *American Speech-Language-Hearing Association (ASHA)*, referem que o TF atua nas áreas da comunicação e da deglutição, ao longo da vida (desde recém-nascidos até idosos), com o objetivo de otimizar as capacidades individuais, melhorando, assim, a qualidade de vida daqueles com que intervém

(American Speech-Language-Hearing Association, 2016; Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE, 1997).

Em 1978, foi fundada a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF), uma entidade de autorregulação profissional sem fins lucrativos, representando todos os terapeutas da fala em Portugal. Esta associação assegura o desenvolvimento da profissão e a qualidade de prestação de serviços a cada pessoa. A APTF tem como principais objetivos: incentivar e divulgar a profissão; fixar normas éticas deontológicas; defender os direitos dos seus associados; promover o aperfeiçoamento dos seus associados e dar colaboração nos programas de ensino; prestar informações e dar parecer sobre assuntos do seu âmbito profissional (a nível oficial e privado) e manter relações a nível nacional e internacional (Associação Portuguesa Terapeutas da Fala, 2014). O TF rege-se pelo Código Ético e Deontológico desta associação. Este Código foi aprovado em Assembleia Geral, no 17 de abril de 1999. Estes profissionais comprometem-se, sob compromisso de honra, a cumprir as normas éticas e deontológicas regulamentadas pelo Código Ético e Deontológico, bem como estão sujeitos à jurisdição disciplinar nos termos previstos do Regulamento Disciplinar (Associação Portuguesa Terapeutas da Fala, 1999).

3.2 Conceções teóricas de base da atuação do terapeuta da fala

O contexto de atuação do TF é vasto e abrange todas as faixas etárias, desde o nascimento até à idade adulta e idosa (American Speech-Language-Hearing Association, 2016). Uma vez que o estágio foi desenvolvido na área das patologias do adulto e do idoso, será apenas descrita a atuação deste profissional nestas faixas etárias.

A CIF, proposta pela Organização Mundial da Saúde em 2001, veio trazer grandes modificações na forma como os profissionais de saúde, e o TF em específico, se posicionavam perante aqueles com quem tinham que intervir, incluindo as funções desta profissão (Organização Mundial da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2004; World Health Organization, 2001).

A CIF permitiu a comunicação simplificada entre diferentes profissionais de saúde, de diversos países, sobre os cuidados de saúde, numa linguagem padronizada (American Speech-Language-Hearing Association, 2016). Permitiu igualmente, através de um sistema de codificação, a consulta da descrição da saúde e estados relacionados com a mesma, numa base científica comum (Threats, 2010). Tendo como base conceptual a CIF, e os domínios por si apresentados, a ASHA (2016) propõe que o papel do TF deve incluir a prevenção, diagnóstico, habilitação, reabilitação e otimização das funções da comunicação humana, da deglutição e de outras funções com elas relacionadas, considerando não só a pessoa com deficiência (funções e estruturas do corpo), mas também as suas limitações de atividade e restrições à participação, nos diferentes contextos em que se movimenta (atividade,

participação e fatores contextuais) (American Speech-Language-Hearing Association, 2016; Organização Mundial da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2004).

Por prevenção, em TpF, entende-se o conjunto de ações que evitem a ocorrência ou desenvolvimento de alterações na comunicação e na deglutição. Esta divide-se em três estádios: primária, secundária e terciária. Designa-se por prevenção primária, a prevenção da doença efetuada através da alteração da suscetibilidade ou da redução da exposição dos indivíduos suscetíveis. Estas ações focam-se na educação para a saúde da população em geral e na formação de todos os profissionais que tratam de populações específicas, passíveis de apresentarem problemas da comunicação, linguagem, fala e/ou deglutição (American Speech-Language-Hearing Association, 1988). A prevenção secundária envolve todos os atos destinados a diminuir a prevalência de uma doença e a reduzir a sua evolução, consistindo na deteção e tratamento precoce da mesma. Estas ações correspondem ao despiste, procurando eliminar a perturbação e/ou reduzir a sua evolução (American Speech-Language-Hearing Association, 1988). O objetivo da prevenção terciária é a diminuição da incapacidade crónica e da recidiva da doença. Este tipo de prevenção ocorre numa fase de doença avançada ou de incapacidade. A prevenção terciária corresponde ao tratamento e às diversas técnicas de reabilitação e de intervenção. Habitualmente, a atividade do TF centra-se maioritariamente neste tipo de prevenção, uma vez que a sua ação está direcionada sobretudo para o tratamento. Contudo, é necessário procurar dar maior ênfase e abordagem terapêutica nos primeiros estados de prevenção (American Speech-Language-Hearing Association, 1988).

O processo de avaliação pressupõe um estudo de todos os aspetos funcionais da competência comunicativa e alimentar, e das modificações observadas nos utentes, tendo em conta as suas necessidades e as características do meio social em que vivem. Trata-se de um processo contínuo e deve envolver a colaboração de outros profissionais e familiares, com o propósito de estabelecer o diagnóstico terapêutico e formular hipóteses acerca da natureza e da duração da intervenção. A avaliação pode ser formal ou informal; a primeira é baseada em testes padronizados e validados, e a segunda é mais descritiva, baseando-se na observação, em entrevistas ou testes não padronizados. Os dois tipos de avaliação podem ser utilizados em simultâneo, a fim de observar, recolher dados e medir parâmetros de comunicação, deglutição ou outras funções relacionadas. De acordo com os princípios da prática baseada na evidência, a avaliação é fundamental para um correto diagnóstico terapêutico (American Speech-Language-Hearing Association, 2016; Beech, Harding, & Hilton-Jones, 1993).

De acordo com a CIF, a avaliação pode ser definida como a recolha de dados quantitativos e qualitativos, incluindo funções comunicativas, de deglutição e limitações da atividade, compreendendo as restrições da participação e a definição dos objetivos de intervenção. Este processo deve incluir instrumentos e procedimentos que permitam recolher dados relativamente ao utente e à sua família estabelecendo um diagnóstico e prognóstico. Assim, a avaliação não se deve basear em instrumentos que se centrem exclusivamente nas perdas de função/estruturas do corpo, mas complementar a avaliação formal e informal de modo a

identificar limitações na atividade e restrições à participação e o impacto na qualidade de vida (Hallowell, 2017; Murray & Coppens, 2013).

A intervenção do TF ao nível da comunicação humana e da deglutição, pode ser efetuada de forma direta e/ou indireta, dependendo dos aspetos funcionais pretendidos. A intervenção direta é realizada individualmente com a pessoa portadora da doença e a intervenção indireta consiste no ensino e treino com a família, profissionais ou outras pessoas pertencentes ao seu contexto (American Speech-Language-Hearing Association, 2016). Segundo Thomson & Worrall (2008) a intervenção terapêutica pode apresentar duas abordagens distintas, uma com foco nas deficiências (por exemplo, reabilitar a afasia como uma perturbação da linguagem) e a outra centrada nas consequências (por exemplo, habilitar a pessoa com afasia e o contexto, perspetivando a afasia como uma perturbação psicossocial). O objetivo de tratamento da primeira abordagem visa recuperar o máximo possível das capacidades do indivíduo, ao passo que a segunda abordagem procura reduzir as barreiras que impedem o uso das suas capacidades preservadas na sua vida diária. Desta maneira, a intervenção envolve não só a terapia direta, mas também, a reabilitação e a reintegração da pessoa no seu meio social, familiar e profissional, a intervenção precoce, a orientação e o aconselhamento. Portanto, toda a intervenção deverá envolver não só a pessoa portadora de doença, mas também os seus familiares e/ou cuidadores e a comunidade em que se insere tendo em conta as suas potencialidades (American Speech-Language-Hearing Association, 2016).

Para a prática do TF, desde a prevenção até à intervenção no adulto e no idoso, é importante referir a existência de três modelos de prestação de cuidados de saúde diferentes: médico, de reabilitação e social. O seu conhecimento poderá ser relevante para a tomada de decisões e compreensão dos efeitos que estas possam trazer. O modelo médico tem como foco a deficiência da pessoa e é o profissional de saúde que controla todo o processo, tomando decisões sobre os processos de avaliação, diagnóstico, tratamento e alta. Este modelo tem sido criticado devido ao facto de o utente não ser o centro do foco de intervenção e este não ter maior envolvimento nas decisões sobre o seu tratamento. O modelo de reabilitação foca-se na perda de funcionalidade da pessoa e nas limitações de atividade sentidas, associadas à deficiência. Este modelo preconiza um maior envolvimento da pessoa com deficiência nas decisões relativas ao seu tratamento, defendendo uma tomada de decisão informada. Assim, a pessoa é informada pelo profissional de saúde, sobre as opções de avaliação e intervenção adequadas à sua situação, seguindo-se uma discussão entre ambos para chegar a uma decisão de como proceder. O modelo social tem como foco a interação entre a pessoa com deficiência e a sociedade e a redução das barreiras à sua participação. As decisões tomadas são partilhadas e discutidas entre o profissional de saúde e a pessoa, a fim de melhorar a qualidade de vida do mesmo. Este modelo tem como intuito mudar a sociedade e torná-la mais alerta para estas dificuldades. Assim, estes modelos ajudam não só a fundamentar a prática do TF como também a sua comunicação e relacionamento com cada pessoa com quem intervém. O TF deverá ser capaz de selecionar o modelo mais adequado a cada pessoa e a cada

contexto. Ser um bom profissional não se trata somente de avaliar e intervir corretamente, mas também de ser capaz de refletir sobre cada abordagem e escolher qual se adequa melhor a cada caso (Worrall & Hickson, 2003).

Como ferramenta clínica, a CIF poderá ajudar na avaliação, a especificar a intervenção e posteriormente os resultados. Esta classificação baseia-se no modelo médico e social para caracterizar a incapacidade e funcionalidade, de modo a complementar diferentes perspetivas, sendo elas, individual, biológica e social (Organização Mundial da Saúde & Direção-Geral da Saúde, 2004).

3.3 Atuação do terapeuta da fala nas patologias no adulto e idoso em meio hospitalar

As perturbações da comunicação e deglutição intervencionadas pela estudante durante o estágio, foram essencialmente as perturbações decorrentes de AVC, nomeadamente: afasia, apraxia do discurso, disartria e disfagia. Para uma melhor compreensão destas perturbações e suas implicações, optou-se por fazer uma definição do AVC, uma breve descrição das patologias e, seguidamente, uma revisão conceptual acerca do papel do TF nestas mesmas perturbações.

Em Portugal, o TF exerce funções em diferentes instituições de prestações de cuidados de saúde. Em contexto hospitalar, este profissional está inserido essencialmente nos serviços de Medicina Física e de Reabilitação, de Otorrinolaringologia e de Pediatria (Dias, 2008). O utente que sofreu um AVC necessita de cuidados de saúde, o mais precocemente possível, particularmente a nível de reabilitação. Esta patologia constitui-se como um dos problemas neurológicos agudos mais comuns, sendo o principal responsável por internamentos hospitalares (Ferro, 2006). A unidade de AVC é uma área hospitalar que recebe utentes com esta patologia específica. Estas unidades caracterizam-se por uma abordagem multidisciplinar ao tratamento do AVC, com profissionais de várias áreas com formação especializada (Organização Mundial da Saúde, 2009).

O AVC define-se, segundo a OMS (2009), como um desenvolvimento de alterações focais ou globais neurológicas de provável origem vascular, que podem ocorrer com um início súbito e com duração superior a 24 horas. Este ocorre quando uma parte do cérebro deixa de ser irrigada pelo sangue, podendo suceder-se através de um coágulo que se forma num vaso sanguíneo cerebral e interrompe o fornecimento de sangue ao cérebro, num local fixo (trombo) ou que vai circulando na corrente sanguínea (embolo), denominando-se AVC isquémico. Além disso, pode resultar da rutura de um vaso cerebral e, neste caso, o sangue derrama e destrói o tecido circundante, extracerebral ou intracerebral, designando-se AVC hemorrágico (Direção-Geral da Saúde, 2000).

O AVC é considerado uma das causas mais comuns de morbidade e mortalidade na Europa, sendo a primeira causa de morte em Portugal. Ocorre predominantemente em adultos e idosos, sendo a idade o fator de risco mais preocupante, pelo aumento de incidência, prevalência e mortalidade (Direcção-Geral da Saúde, 2006; Organização Mundial da Saúde, 2009). Por norma deixa inúmeras sequelas físicas, mentais e sociais, restringindo a funcionalidade do indivíduo, particularmente no que se refere à independência nas atividades de vida diária. A dependência funcional tem consequências e repercussões para a família, sociedade, sistema de saúde e acima de tudo, para o próprio utente, uma vez que a incapacidade e conseqüente dependência provocam maior vulnerabilidade, contribuindo para a diminuição do seu bem-estar e realização pessoal (Organização Mundial da Saúde, 2009).

O AVC é uma das causas mais comuns do aparecimento das perturbações da comunicação e da deglutição, no entanto estas perturbações podem advir de outras etiologias tais como: traumatismo crânio-encefálico, tumores de cabeça e pescoço, alterações emocionais ou alterações decorrentes do envelhecimento (Hallowell, 2017; Peranich, Reynolds, O'Brien, Bosch, & Cranfill, 2010).

3.3.1. Nas perturbações da comunicação

3.3.1.1 Na afasia

A afasia é, por definição, uma perturbação adquirida da linguagem, que resulta de uma lesão neurológica (Hallowell, 2017). Esta lesão ocorre normalmente no hemisfério cerebral esquerdo, afetando as áreas cerebrais responsáveis pela função linguística. Consequentemente, a pessoa com afasia apresenta dificuldades em compreender, falar, ler e escrever. Estas dificuldades revelam um impacto com grande intensidade na qualidade de vida da pessoa com afasia, que depende de diversas variáveis, entre elas, a etiologia e extensão da lesão, idade, características pessoais da pessoa, bem como a relação com os outros (Worrall & Hickson, 2003). Existem várias classificações possíveis de afasia, sendo que a sua maioria enfatiza a sua localização anatomofisiológica. Segundo Ardila (2006), o sistema de classificação de afasia de Boston, um dos mais utilizados, identifica oito síndromes afásicas: afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia de condução, afasia global, afasia extrassilvica motora, afasia extrassilvica sensorial, afasia extrassilvica mista e afasia anômica. Estas podem ser agrupadas ainda em: afasias com lesões nas áreas centrais (com lesão na região perissilvica) e afasias com lesões próximas às áreas centrais da fala (sem lesão na região perissilvica) (Ardila, 2006). A principal diferença entre elas é que as primeiras se caracterizam pela perda da capacidade de repetição, o que não acontece nas últimas, sendo mais fácil a distinção de uma afasia central de uma pericentral. Uma característica comum a todos os tipos de afasia é que a capacidade de nomeação encontra-se perturbada (anomia). Segundo o tipo de afasia, podem ser descritas dificuldades no discurso, compreensão, repetição, nomeação, leitura e escrita, assim como a presença de parafasias, agramatismo ou apraxia do discurso (Plaja, Rabassa, & Serrat, 2006).

Na tabela 1 são apresentados os diferentes tipos de afasia com as várias componentes de avaliação e localização mais provável da lesão.

Tabela 1. Classificação dos diferentes tipos de afasia (Ardila, 2006; Caldas, 1999; Plaja et al., 2006)

Tipo	Fluência	Compreensão	Repetição	Nomeação	Localização da Lesão
Broca	Discurso Não Fluente	Mantida	Perturbada	Perturbada	3º Circunvolução do lobo frontal esquerdo, regiões frontais vizinhas, substância branca subcortical, gânglios da base
Wernicke	Discurso Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada	Porção mais posterior e superior da face externa do lobo temporal esquerdo
Condução	Discurso Fluente	Mantida	Perturbada	Perturbada	Interrupção do fascículo arqueado que liga as áreas de Broca e de Wernicke ou lesão nas proximidades da área de Wernicke, no córtex da circunvolução supra-marginal com ou sem extensão para a substância branca subjacentes à ínsula ou então mais próximo da área auditiva primária
Anômica	Discurso Fluente	Mantida	Mantida	Perturbada	Localizações diversas no hemisfério esquerdo
Extrassilvica Motora	Discurso Não Fluente	Mantida	Mantida	Perturbada	Córtex frontal dorsolateral esquerdo
Extrassilvica Sensorial	Discurso Fluente	Perturbada	Mantida	Perturbada	Região temporoparietal
Extrassilvica Mista	Discurso Não Fluente	Perturbada	Mantida	Perturbada	Isolamento das áreas da linguagem, na fronteira entre a artéria cerebral anterior e artéria cerebral média e a artéria cerebral média e artéria cerebral posterior
Global	Discurso Não Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada	Lesão no hemisfério esquerdo que envolve todas as regiões da rede neuronal que suporta e trata a informação verbal

Para além das oito síndromes afásicas já descritas, através da imagiologia foi reconhecido que as estruturas cerebrais subcorticais também têm influência nas funções cognitivas e principalmente na linguagem. Uma lesão nos núcleos da base ou no tálamo poderá originar diferentes tipos de afasia, denominadas de afasias subcorticais (Peña, Vicente, Cobos, & Vega, 2018). Não tendo a estudante acompanhado nenhum utente com afasia subcortical durante o estágio optou-se por não aprofundar o tema no relatório¹.

Nos estudos realizados sobre afasia, Darrigrand et al.(2011), mostram que um terço das pessoas que sofreram um AVC ficam com afasia. De igual modo, no estudo de Talarico, Venegas, & Ortiz (2011) sobre o perfil populacional de utentes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral assistidos em hospital terciário é afirmado que existe uma maior prevalência da etiologia de AVC, com diagnósticos mais frequentes de afasia e disartria. No estudo de Oliveira (2009), cerca de 20% das pessoas que sofreram AVC apresentam alterações graves na expressão e compreensão que requerem avaliação e reabilitação.

Nas situações agudas e de rápida modificação, como acontece no AVC, o método de avaliação/triagem deve ser rápido e sensível à evolução da patologia. Assim, para o despiste de alterações da linguagem, em Portugal, pode ser aplicado o *Bedside de Lenguaje* (Cruz, Santos, Reis, & Faísca, 2014; Sabe et al., 2008). Este teste, traduzido, adaptado e validado para a população portuguesa, baseia-se nos parâmetros neurológicos avaliados em contexto agudo de AVC e pretende avaliar, de forma simples, cinco componentes (discurso espontâneo, compreensão, repetição, leitura, escrita) podendo ser aplicado por qualquer profissional de saúde (Cruz et al., 2014).

Em Portugal existem ainda outros instrumentos, utilizados pelos TF, que permitem avaliar a linguagem e a comunicação de uma forma mais detalhada. Estes, permitem avaliar os passos envolvidos no processamento linguístico e identificar em que domínio a pessoa apresenta mais dificuldades, sendo fatores determinantes para o desenvolvimento da intervenção terapêutica. A Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986) é o mais comumente utilizado. Foi criada no Laboratório de Estudos de Linguagem, no Centro de Estudos Egas Moniz, e estandardizada para o português europeu. Esta permite avaliar: tipo de discurso, linguagem serial e automática, a nomeação de objetos, a repetição de palavras, frases e dígitos, a compreensão auditiva de material verbal, leitura e escrita e as praxias bucofacial e dos membros. Possibilita, assim, além da classificação do tipo de afasia, determinar o seu quociente e gravidade (Fonseca et al., 2018).

Existem, também, outros instrumentos que permitem complementar esta avaliação e analisar a funcionalidade e as mudanças que ocorreram, depois da lesão, na vida da pessoa. Por

¹ Para mais informações sobre as afasias subcorticais poderá consultar a referência bibliográfica: Murdoch & Whelan, 2009

exemplo, a Escala de Funcionalidade para Afásicos (Leal, 2009) ou a versão portuguesa do *Functional Communication Profile* (Santos, 1980; Sarno, 1969) de fácil aplicação e que permite que a pessoa com afasia use outras modalidades comunicativas compensatórias, como por exemplo o gesto.

Assim sendo, a avaliação do TF deve ir além da identificação das perturbações da linguagem e da comunicação, procurando também centrar-se na forma como estas perturbações afetam a vida da pessoa. Esta informação pode ajudar na seleção dos objetivos de intervenção pois permite compreender, por exemplo, se é primordial tratar alguma área que está a comprometer a qualidade de vida em detrimento de outra. Uma avaliação detalhada deve incluir igualmente a família ou os cuidadores mais próximos. Estes podem proporcionar informações relativas à pessoa com perturbação, assim como, aos fatores contextuais (Hallowell, 2017).

A intervenção terapêutica deverá ser focada na pessoa e nos seus objetivos, visando atingir as suas necessidades de vida real, de modo a seguir uma abordagem biopsicossocial (Simmons-Mackie, King, & Beukelman, 2013). Esta intervenção deverá acontecer no estágio precoce após o AVC, em que o TF tem como papel: dar resposta imediata às necessidades de saúde relacionadas com a disfagia, diagnosticar a presença ou ausência de afasia e/ou de outras perturbações da comunicação, monitorizar as modificações ocorridas, transmitindo à família/cuidadores e amigos e tranquilizar o utente, informar e instruir outros colaboradores do hospital, familiares e amigos sobre a melhor forma de comunicar, informar, apoiar e aconselhar, assegurar que o utente é capaz de comunicar as suas necessidade de saúde aos profissionais de saúde e assegurar os apoios e encaminhamento necessários para grupos ou organizações de apoio após a alta (Worrall, Papathanasiou, & Sherratt, 2013).

Tal como defende Holland (2007), a intervenção junto da pessoa com afasia pode incidir na melhoria dos défices e funcionamento da linguagem, como também pode visar um processo de aprendizagem e adaptação com sucesso a essas dificuldades. A intervenção terapêutica nesta patologia deve visar a redução das incapacidades comunicativas associadas à afasia (défices, limitações na atividade e restrições à participação). Esta redução deve ocorrer através da melhoria da função linguística, da potencialização da realização de atividades que impliquem comunicação no dia-a-dia e na participação social, como também, através da otimização dos fatores contextuais (as barreiras e facilitadores incluem o comportamento comunicativo dos outros e a informação *aphasia-friendly*) (Worrall et al., 2013). O TF deverá aglutinar vários aspetos das abordagens, de modo a garantir que as pessoas com afasia têm oportunidades a nível pessoal e social (Davidson & Worrall, 2013).

O uso de sistemas de suporte à comunicação torna-se importante para complementar a intervenção na afasia. Quando a comunicação necessita de ser complementada de outra forma aumentativa e/ou alternativa durante a intervenção, o TF deve encontrar a melhor forma de explicar os fundamentos desta necessidade e definir objetivos e estratégias do método a utilizar. Existem vários tipos de materiais que podem ser utilizados para complementar a

intervenção, tais como: desenho, gestos, escrita e quadros de comunicação, com símbolos gráficos, fotografias, letras, selecionados e organizados conforme as necessidades, tendo em conta o nível cognitivo, atenção, acuidade visual e intenção comunicativa. A terapia deverá igualmente habilitar os parceiros de comunicação, de forma a treinar os mesmos a usar as estratégias de comunicação mais adequadas. A utilização deste material com pessoas com afasia, ocorre maioritariamente como um método aumentativo e desencadeia benefícios na vida da pessoa (Beukelman, Fager, Ball, & Dietz, 2007).

3.3.1.2 Nas perturbações motoras da fala

As perturbações motoras da fala, nomeadamente os quadros de disartria e apraxia, são também consequências frequentes após um AVC. A apraxia é caracterizada pela alteração na programação e execução de determinados movimentos, não atribuível a alterações sensoriais ou motoras, falta de coordenação, dificuldades de atenção ou compreensão de ordens verbais, falta de motivação ou deterioração intelectual, devido a uma lesão no sistema nervoso central. Tendo em conta o local da lesão diferenciam-se vários tipos de apraxia (Plaja et al., 2006). A apraxia do discurso é descrita como uma alteração na programação e sequencialização dos movimentos responsáveis pela produção do discurso, com comprometimento primariamente da articulação e também da prosódia (Miller & Wambaugh, 2013). O diagnóstico de apraxia do discurso pode aparecer isolado ou estar associado a outras perturbações, tal como a afasia (Freed, 2020; Souza & Payão, 2008).

A disartria é caracterizada por alterações na produção da fala, resultantes de uma lesão neuromotora do sistema nervoso central ou sistema nervoso periférico. Esta lesão pode ocorrer em várias partes do sistema motor: gânglios da base, cerebelo, tálamo, sistema piramidal e extrapiramidal, e junção neuromuscular. A ativação neuromuscular anormal resulta em modificações dos músculos responsáveis pela produção de fala, com alterações na força, velocidade, coordenação, tempo ou precisão dos movimentos necessários para o controlo da respiração, fonação, ressonância, articulação e aspetos prosódicos da fala (Duffy, 2013). A anartria é uma forma extrema da disartria e representa a incapacidade total para articular os sons verbais. A disartria, tendo em consideração a etiologia da lesão e características, é dividida em diferentes tipos. Assim, tal como nas afasias, a disartria pode ser avaliada em termos de localização da lesão específica consoante a alteração. Freed (2020) identifica e classifica sete tipos de disartria: disartria flácida, disartria espástica, disartria unilateral do neurónio motor superior, disartria atáxica, disartria hipocinética, disartria hipercinética e disartria mista. A diferenciação entre cada tipo de disartria é árdua, visto que apresentam várias características em comum, como por exemplo a imprecisão articulatória.

Na tabela 2 são apresentados os diferentes tipos de disartria, as localizações mais prováveis da lesão e características dos mesmos.

Tabela 2. Classificação dos diferentes tipos de disartria (Duffy, 2013; Freed, 2020)

Tipo	Lesão	Características
Flácida	Lesões nucleares ou infranucleares – nervos cranianos (V, VII, IX, X, XI, XII) Lesão da junção neuromuscular	Fraqueza muscular: imprecisão articulatória, hipernasalidade descoordenação pneumofonoarticulatória e prosódia alterada
Espástica	Lesão bilateral do neurónio motor superior do sistema piramidal e extrapiramidal	Espasticidade e fraqueza muscular: voz tensa e áspera, imprecisão articulatória, hipernasalidade e prosódia alterada
Hipocinética	Lesão dos gânglios da base – substância negra	Diminuição da velocidade dos movimentos, voz áspera e soprada, consoantes imprecisas e prosódia alterada
Hiperkinética	Lesão dos gânglios da base	Movimentos involuntários que afetam a produção vocal, inspirações e expirações repentinas e forçadas, pausas articulatórias irregulares e prosódia alterada
Unilateral do Neurónio Motor Superior	Lesão unilateral do neurónio motor superior (área motora primária, trato corticonuclear, sistema extrapiramidal, cápsula interna)	Característica mais comum: Imprecisão articulatória
Atáxica	Lesão do cerebelo ou tratos que conectem o cerebelo às restantes estruturas do sistema nervoso central	Dificuldades no controlo da velocidade e força dos movimentos Imprecisão articulatória, distorção de vogais, pausas articulatórias irregulares e prosódia alterada
Mista	Lesão em duas ou mais partes do sistema motor	Combinação de dois ou mais tipos de disartria

Nos estudos sobre estas perturbações, Talarico et al. (2011), mostram que em 244 utentes, 33% apresentavam o diagnóstico de disartria e 19,3% de apraxia. A avaliação, a este nível, tem como base a descrição do problema (localização da lesão), a avaliação da função do sistema motor da fala, os resultados dos instrumentos de avaliação e a análise instrumental da fala. A avaliação da respiração, fonação, ressonância, articulação e aspetos prosódicos da fala, através dos parâmetros força, velocidade, coordenação, tempo ou precisão dos movimentos da musculatura, pode contribuir diretamente e tem maior influência no diagnóstico (Duffy, 2013). A avaliação informal através de protocolos deverá ser complementada com instrumentos formais. Em Portugal, é utilizado o Protocolo de Avaliação OroFacial (Guimarães, 1995) que é um instrumento de avaliação formal, com o objetivo de ser um contributo para o diagnóstico e um guia de orientação para o planeamento da intervenção. Este pretende avaliar a morfologia e a função da face, dos lábios, da mandíbula, dentição, oclusão, da língua, palato duro e mole e por último a diadococinésia (Guimarães, 1995). A avaliação torna-se fundamental para decidir o diagnóstico (tipo de disartria) e a gravidade da perturbação, formular recomendações e os resultados comunicados à pessoa e familiares/cuidadores. Tal como na perturbação de afasia,

é importante complementar esta avaliação com a avaliação da funcionalidade e o impacto da perturbação na vida da pessoa (Duffy, 2013). Não se conhece, em Portugal, nenhum instrumento que permita avaliar estas questões, pelo que se sugere o recurso a uma entrevista, junto do utente e dos familiares, para identificação das mesmas.

A intervenção terapêutica nestas situações, tem como objetivos restaurar a função motora através de diferentes estratégias e exercícios, promover o uso de estratégias compensatórias (por exemplo, a utilização de próteses para amplificar a voz), ajustar temporariamente ou permanente o uso da função perdida (por exemplo, o período de utilização da voz de um professor) e desenvolver meios de comunicação aumentativos ou alternativos. Em geral, a função motora da fala deve ser tratada em primeiro lugar, uma vez que manifesta maior benefício funcional mais rapidamente ou que proporcionará o maior apoio à melhoria de outros aspetos da fala. A intervenção depende de vários fatores, principalmente, do diagnóstico e prognóstico, das limitações na atividade e restrições na participação, a caracterização do ambiente e dos parceiros de comunicação, a motivação da pessoa e as necessidades de comunicação, assim como outras alterações que possam afetar a comunicação (por exemplo, alterações cognitivas) (Duffy, 2013).

3.3.2 Nas perturbações da deglutição

A disfagia é uma perturbação da deglutição, traduzida por dificuldade no transporte do bolo alimentar da boca até ao estômago (Logemann, 1998). A deglutição pode ser caracterizada como sendo uma combinação temporal de adaptação das estruturas orofaríngeas entre as vias respiratória e digestiva, a transferência do bolo alimentar da boca para o esófago, e a recuperação da configuração respiratória (Rofes et al., 2011). O processo da deglutição envolve uma sequência complexa do sistema neuromuscular, que implica conhecimento da anatomia, fisiologia e controlo neurológico do seu processo normal (Marchesan, 2003). Este processo caracteriza-se pela atividade sensoriomotora de 30 músculos e 8 pares de nervos cranianos (Logemann, 1998).

O controlo neurológico da deglutição envolve as fibras sensoriais aferentes e fibras motoras eferentes contidas nos nervos cranianos e fibras cerebrais, do mesencéfalo e cerebelares no tronco cerebral (Marchesan, 2003). O processo da deglutição acontece em quatro fases: preparatória oral, oral, faríngea e esofágica (Logemann, 1998; Marchesan, 1999, 2003, 2005). A fase preparatória oral é voluntária e compreende o processo de transformação do alimento em bolo alimentar através da mastigação (incisão, trituração e pulverização do alimento) para que este seja deglutido de forma segura (Marchesan, 1999, 2005). A fase oral é também voluntária e inicia-se com a propulsão posterior do bolo pela língua, através do movimento ondulatório ântero-posterior, sendo desencadeado o processo de deglutição propriamente dito. Na fase faríngea (involuntária), o bolo alimentar é dirigido para a faringe com a finalidade de atingir o esófago, através da contração peristáltica descendente dos músculos constritores

faríngeos. Ocorre o encerramento do palato mole, para evitar a passagem do alimento para a nasofaringe (encerramento velofaríngeo). Simultaneamente ocorre o encerramento laríngeo, a fim de proteger a via aérea (Marchesan, 2005). Por último, a fase esofágica começa pela passagem do bolo alimentar da faringe para o esófago, através do processo de peristaltismo em que o bolo alimentar sofre uma série de contrações musculares. Esta fase é inconsciente e involuntária, e termina quando o bolo atinge a junção gastroesofágica e se inicia a digestão alimentar (Marchesan, 1999).

A disfagia pode ocorrer em qualquer fase da deglutição (Logemann, 1998) com sinais e sintomas específicos caracterizados por alterações no processo (Santini, 1999). Os sinais e sintomas da presença de disfagia podem ser variados. Logemann (1998) destaca sinais como a incapacidade de reconhecer o alimento, dificuldade em colocar o alimento na cavidade oral, incapacidade de controlar a saliva, tosse antes, durante e/ou depois da deglutição, “voz molhada” e a necessidade de múltiplas deglutições para um bolo alimentar pequeno. Os resíduos são a presença de saliva, secreções ou materiais, depositados na valécula, paredes laterais ou posteriores da hipofaringe ou nos seios piriformes, após a deglutição. A penetração refere-se à presença de resíduos alimentares na via aérea inferior até à linha superior das pregas vocais, podendo haver ou não resposta do reflexo de tosse (Filho, 2003). Por último, a aspiração ocorre quando o alimento orofaríngeo penetra na zona inferior às pregas vocais, sendo este sintoma o principal de compromisso funcional da segurança da deglutição. Quando não existe um sinal externo como a tosse ou dificuldade respiratória pode corresponder a aspiração silenciosa. A aspiração é a complicação mais grave da disfagia e é uma causa comum de morte em utentes com disfagia por doença neurológica e idosos institucionalizados (Silva & Jacobi, 2003). A deteção destes sintomas pode ser significativa, para prevenção da ocorrência de infeções respiratórias e mais tarde, do desenvolvimento de pneumonia por aspiração (Denk-Linnert, 2019; Logemann, 1998).

A disfagia pode ser dividida em diferentes tipos: mecânica, por alterações nas estruturas envolvidas no processo de deglutição (no caso de tumores de cabeça e pescoço); neurogénica, em que existem alterações no controlo neurológico da deglutição; psicogénica, com origem em alterações emocionais (Denk-Linnert, 2019) e decorrente da idade, como parte do processo normal de envelhecimento (Rofes et al., 2011).

Esta é uma importante complicação do AVC agudo, sendo a perturbação com mais ocorrência em utentes com sequelas neurológicas (Prosiegel, 2019). Meng, Wang, & Lien (2000) num estudo sobre disfagia após um AVC, afirmam que existe uma incidência relativamente alta em utentes vítimas de AVC do tronco cerebral, tendo observado um total de 81% dos utentes com perturbação, no momento da avaliação clínica inicial da deglutição. Destes 81%, 79% apresentavam uma alimentação por sonda, na avaliação inicial, e 22% não puderam retomar a ingestão oral até à data da alta hospitalar. Também, a incidência de pneumonia por aspiração foi de 11%.

No estudo de Arnold et al. (2016), a disfagia foi diagnosticada em 118 de 570 utentes com AVC isquémico e persistiu em 60 utentes até ao momento da alta hospitalar, sendo que a maior parte sofreram de pneumonia e permaneceram mais tempo na unidade hospitalar comparativamente aos utentes sem disfagia. Arnold et al. (2016) concluíram também que um em cada cinco utentes apresentava disfagia e que esta tem um grande impacto nos resultados clínicos, na mortalidade e na institucionalização. Cohen et al. (2016) referem que a disfagia é uma complicação comum e dispendiosa do AVC agudo, estando associada ao aumento de mortalidade, morbilidade e institucionalização devido à pneumonia de aspiração e desnutrição. Segundo estes autores, este tema tem sofrido vários avanços, principalmente no tratamento e prevenção secundária, no entanto é ainda uma área pouco explorada a nível de diagnóstico, investigação e tratamento. Assim, as complicações da disfagia, como a pneumonia de aspiração, tosse recorrente, asfixia, desnutrição e desidratação levam ao prolongamento do tempo de hospitalização (Cohen et al., 2016).

O despiste da disfagia é essencial para a redução de incidência de complicações e diminuição do tempo de hospitalização do utente (Cohen et al., 2016; Prosiegel, 2019). A escala *Gugging Swallowing Screen* (Trapl et al., 2007), traduzida e validada para o contexto português por Ferreira et al., (2018), permite identificar alterações na deglutição de uma forma rápida, na fase aguda. É composta por duas fases: fase 1 – avaliação preliminar/avaliação indireta da deglutição e fase 2 – avaliação direta da deglutição. Pode ser aplicada por profissionais de saúde sem especialidade nesta área.

A avaliação clínica da deglutição define-se por um exame físico das estruturas anatómicas que participam na deglutição, na avaliação da sua funcionalidade, sensibilidade e reflexos e ainda por um teste de ingestão oral. Esta avaliação visa compreender a dinâmica da deglutição e identificar os sinais/sintomas da disfagia determinando se existe um alto risco para a saúde da pessoa e a necessidade de inclusão de outros meios complementares de avaliação, como a avaliação instrumental (Logemann, 1998).

A avaliação instrumental da deglutição é fundamental para complementar a avaliação clínica e justificar o diagnóstico terapêutico. Esta permite identificar os fatores de risco associados ao processo de deglutição e fornece informação sobre a anatomia e fisiologia dos músculos e estruturas que nesta participam (Denk-Linnert & Schöfl, 2019). Existem vários exames complementares de avaliação, podendo estes ser dinâmicos como a cintigrafia, ultrassonografia, videofluoroscopia, videoendoscopia, eletroglotografia e eletromiografia e não-dinâmicos como a tomografia computadorizada axial, ressonância magnética, procedimentos de raios X e laringoscopia indireta (Logemann, 1998). A videoendoscopia, é um exame realizado pelo médico otorrinolaringologista, com a participação, sempre que possível, do TF. Este exame pode ser realizado em consultório ou em meio hospitalar. Permite a avaliação da deglutição, com a visualização anatómica da orofaringe e da laringe durante a ingestão de alimentos de várias consistências e volumes. Para além desta visualização também permite

avaliar a eficácia da intervenção, nomeadamente através da realização de manobras terapêuticas durante a sua ocorrência, possibilitando assim tirar conclusões sobre o sucesso da mesma (Denk-Linnert & Schöfl, 2019). Assim a avaliação instrumental permite efetuar um prognóstico mais realista, e conseqüentemente, informar e orientar os familiares e/ou cuidadores de forma adequada e deve ser considerada na prática do TF (Furkim, 1999).

É também importante referir a avaliação da higiene oral. Uma higiene oral pobre, em que existe acumulação de bactérias, a desnutrição que torna o organismo mais vulnerável e a disfagia orofaríngea podem resultar em pneumonia de aspiração. Atualmente, esta é uma causa importante de morbidade e mortalidade em pessoas com mais de 60 anos. Este tipo de infeção respiratória pode ser causado pela colonização da região orofaríngea por potenciais agentes patogénicos respiratórios que são aspirados para as vias aéreas (Carrión et al., 2019). O estudo de Klassman & Deranleau-Urban (2012) revela que a prevenção hospitalar tem demonstrado resultados positivos na prestação de cuidados orais e prevenção de potenciais pneumonias de aspiração.

O feedback na intervenção é muito importante para que a pessoa com disfagia adquira consciência e segurança no tratamento realizado. Este pode ser dado através de conversação e pela visualização dos resultados, utilizando alguns materiais como o espelho, automanipulação digital, programas informáticos, exames instrumentais, entre outros (Furkim, 1999).

No início da intervenção terapêutica na disfagia, a capacidade para seguir instruções, a função respiratória, a disponibilidade do cuidador para prestar apoio e a motivação da pessoa são características fundamentais a ter em consideração. O potencial da pessoa para o restabelecimento da capacidade de deglutição e de alimentação por via oral deve ser um fator decisivo no início da intervenção (Logemann, 1998). A intervenção envolve um processo com uma variedade de exercícios destinados ao tratamento da sensibilidade e/ou motricidade. Estes exercícios pode ser diretos ou indiretos, isolados ou combinados (Langmore & Pisegna, 2015).

O processo pode realizar-se através de duas abordagens estratégicas: abordagem compensatória e abordagem terapêutica. A primeira abordagem engloba o recurso a técnicas de adaptação, de modo a habilitar uma deglutição funcional, não alterando a fisiologia da deglutição. Recorre-se a técnicas, tais como: alterações posturais, aumentar o *input* sensorial, modificar o ritmo/velocidade da alimentação, alterações na consistência, viscosidade e volume dos alimentos e a introdução de próteses intraorais. A segunda abordagem destina-se a modificar a fisiologia da deglutição, melhorando a mobilidade das estruturas orais ou faríngeas, o *input* sensorial, e o controlo voluntário do tempo e coordenação dos movimentos orofaríngeos durante a mesma. Engloba técnicas passivas (terapia indireta) e ativas (terapia direta). A terapia indireta assenta sobre exercícios miofuncionais orofaciais e cervicais passivos, sem a presença de alimento, e consiste na normalização do tónus da cavidade oral. Por sua vez, a

terapia direta destina-se ao treino da deglutição com saliva e alimentos de diferentes consistências, volumes, temperaturas e sabores (Furkim, 1999; Logemann, 1998). Também as manobras de deglutição permitem a reabilitação da deglutição e uma deglutição mais segura e adequada durante a intervenção. Estas definem-se em deglutição supraglótica, deglutição supersupraglótica, deglutição supraglótica em extensão, deglutição em esforço, manobra de Masako e a manobra de Mendelsohn (Logemann, 1998).

Uma recente abordagem de reabilitação da disfagia orofaríngea é a eletroestimulação neuromuscular (EENM). Esta abordagem foi aprovada em 2001, nos Estados Unidos da América, pela *Food and Drug Administration*, como tratamento para a disfagia. Caracteriza-se como uma técnica não invasiva que envolve a aplicação de uma corrente elétrica nos grupos musculares envolvidos diretamente na deglutição, utilizando elétrodos na superfície da pele (Pownall, Enderby, & Sproson, 2017). Carnaby & Crary (2007) referem que a EENM proporciona mudanças relevantes na biomecânica da deglutição, na ingestão oral e na autoperceção do próprio sobre a capacidade de deglutição, o que pode conduzir a ganhos na sua coordenação. De igual modo, Shaw et al. (2007) revelam que 11 dos 18 utentes do seu estudo, com etiologias diferentes, demonstraram efeitos positivos na deglutição com a aplicação de EENM. Na eletroestimulação após um AVC, os estudos apontam para a mesma direção positiva. Segundo Gallas, Marie, Leroi, & Verin (2010), a EENM pode ajudar na reabilitação por trazer ganhos na coordenação da deglutição. Também no estudo de Chen et al. (2016), esta técnica parece ser mais eficaz do que a intervenção sem EENM nos utentes com disfagia após um AVC. Na comparação entre a EENM e a terapia tradicional, vários estudos revelam que existe uma maior eficácia na intervenção quando ambas são associadas. Blumenfeld, Hahn, LePage, Leonard, & Belafsky (2006) mostram que no tratamento de utentes com disfagia, a EENM apresenta maior eficácia relativamente à terapia tradicional somente na fase aguda. No entanto, segundo Bulow, Speyer, Baijens, Woisard, & Ekberg (2008) não obtiveram resultados significativos entre as duas intervenções quando se recorre ao uso simultâneo das duas, existindo contudo ganhos individualmente em cada uma. Assim, é possível concluir que a EENM é um método eficaz para a reabilitação destes utentes. Furkim, Guimarães, & Silva (2010) sugerem que a EENM deve ser considerada na decisão da intervenção e também como um complemento do tratamento tradicional, aumentando assim a eficácia da reabilitação na disfagia.

3.4 Considerações finais

A vida de uma pessoa que é vítima de um AVC pode mudar completamente em escassos segundos ou minutos. As lesões decorrentes deste acontecimento poderão condicionar uma perturbação da comunicação e/ou da deglutição, que afetam não só a qualidade de vida e o bem-estar da pessoa, como também a dos seus cuidadores/familiares e amigos.

No meio hospitalar, o TF é um dos profissionais de saúde que desempenha funções junto dos utentes que sofreram esta patologia. As decisões deste profissional, relativamente às perturbações da comunicação e/ou da deglutição envolvem uma série de considerações. No primeiro contacto, através da informação recolhida, deverá avaliar a linguagem, fala e deglutição e decidir qual o método de comunicação e de alimentação mais eficaz, seguro e eficiente. Posteriormente decidir o tipo de avaliação mais indicada e a intervenção e estratégias terapêuticas a utilizar e o envolvimento dos cuidadores/família e outros profissionais de saúde. Ao longo da intervenção, deverá monitorizar a evolução e questionar sobre os benefícios que o utente está a obter. Finalmente, surgirá a decisão relativamente ao fim da terapia e as recomendações necessárias a fazer ao utente e aos seus cuidadores/familiares e amigos.

CONCLUSÃO

A realização deste estágio, assim como deste relatório final, permitiram a aplicação prática de conhecimentos teóricos e teórico-práticos adquiridos durante a componente curricular do Mestrado, aprofundando novos conhecimentos de bases científicas sobre a temática das perturbações da comunicação e da deglutição no adulto e no idoso e o desenvolvimento de novas competências no exercício da prática clínica.

O AVC é uma doença que implica elevados períodos de internamento, recursos e despesas de saúde. É uma das principais causas de morte e de incapacidade em Portugal, deixando inúmeras sequelas que restringem a funcionalidade e a independência de quem os sofre, nas atividades de vida diária. Nas perturbações de comunicação e da deglutição, o papel do TF é fundamental em todos os contextos de atuação. Torna-se importante recorrer a evidência científica para fundamentar as práticas e decisões clínicas. A TpF é uma profissão em constante evolução, não só devido às mudanças na sociedade a nível de cuidados, como também a avanços científicos e tecnológicos. De forma a fornecer serviços com alta qualidade e especialidade, é essencial que todas as decisões do TF sejam baseadas nas melhores evidências disponíveis, suportadas por pesquisa atual, e integradas pela sua experiência profissional, em conjunto com os valores e preferências das pessoas intervenientes (American Speech-Language-Hearing Association, 2016).

Após a realização do estágio, de acordo com os objetivos atingidos, e depois de ter identificado os benefícios que os utentes obtiveram durante e após a intervenção, concorda-se com muitos autores que defendem que a TpF deve ter início o mais precocemente possível, pelo que quanto mais depressa se iniciar a intervenção, maior a probabilidade de recuperação, o que contribuí, a médio e longo prazo, para uma melhoria do bem-estar e da qualidade de vida das pessoas, assim como para menos gastos para o Sistema Nacional de Saúde.

Com base na evidência disponível, parece pertinente que os gestores hospitalares tenham conhecimento do papel da TpF, de modo a implementarem medidas que integrem cada vez mais os terapeutas da fala nas suas equipas de intervenção multidisciplinar, desenvolvendo um trabalho centrado nos utentes, que lhes permita alcançar os mais elevados níveis de funcionalidade e independência.

Ao longo das semanas de estágio, muitos foram os ganhos obtidos, tanto a nível de conhecimentos como de formação pessoal. Esta foi uma oportunidade excelente de contactar com pessoas com diferentes perturbações, aplicando os conhecimentos teóricos e práticos apreendidos durante o Mestrado. Permitiu ainda o aprofundar de conhecimentos através da observação, prática supervisionada e pesquisa, adquirindo-se uma melhor compreensão das diferentes condições clínicas e das suas consequências. A elaboração deste relatório foi também de extrema importância para aumentar a capacidade de registo, organização, reflexão e pesquisa científica.

Quanto às limitações do estágio, é importante referir que no princípio foram sentidas muitas dificuldades em relação ao processo de adaptação, por se tratar de uma experiência nova. A área de intervenção com pessoas com AVC é complexa, implica conhecimentos de diversas vertentes, mais especificamente de neurologia, abordagens de intervenção direcionadas e uma constante atualização das novas intervenções de carácter instrumental e científico. As limitações existentes no contato com os familiares dos utentes tornaram difícil a sua inclusão no processo de reabilitação como sugerido pela literatura em geral, o que poderá ter influenciado o modo como a intervenção decorreu. O impossível comparecimento em todas as reuniões de equipa da U.AVC também se torna uma limitação, no entanto, sempre que necessário, existia uma ponte de informação realizada através da TF supervisora. Resta acrescentar como limitações, o tempo de permanência (dois dias por semana) e duração do estágio e a compatibilização de horários de trabalho e estágio.

Concluindo, a realização deste estágio foi, sem sombra de dúvidas, uma experiência enriquecedora do ponto de vista clínico, científico e académico e também em ganhos pessoais e profissionais. Assim, todo este percurso superou as expectativas e todo o esforço despendido valeu a pena, considerando-se terem sido atingidos os objetivos propostos inicialmente para o mesmo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Speech-Language-Hearing Association. (1988). Prevention of Communication Disorders. Retrieved November 13, 2019, from <https://www.asha.org/policy/PS1988-00228/>
- American Speech-Language-Hearing Association. (2016). *Scope of Practice in Speech-Language Pathology*. Retrieved from <https://www.asha.org/uploadedFiles/SP2016-00343.pdf>
- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Florida International University, Miami.
- Arnold, M., Liesirova, K., Broeg-Morvay, A., Meisterernst, J., Schlager, M., Mono, M.-L., ... Sarikaya, H. (2016). Dysphagia in Acute Stroke: Incidence, Burden and Impact on Clinical Outcome. *PLoS ONE*, 11(2).
- Associação Portuguesa Terapeutas da Fala. (1999). *Código ético e deontológico da associação portuguesa terapeutas da fala*. Retrieved from <https://www.aptf.org/regulamentos>
- Associação Portuguesa Terapeutas da Fala. (2014). *Estatutos*. Retrieved from <https://www.aptf.org/regulamentos>
- Beech, J., Harding, L., & Hilton-Jones, D. (1993). *Assessment in Speech and Language Therapy*. London: Routledge.
- Beukelman, D., Fager, S., Ball, L., & Dietz, A. (2007). AAC for adults with acquired neurological conditions: A review. *Augmentative and Alternative Communication*, 23(3), 230–242.
- Blumenfeld, L., Hahn, Y., LePage, A., Leonard, R., & Belafsky, P. (2006). Transcutaneous electrical stimulation versus traditional dysphagia therapy: A nonconcurrent cohort study. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 135(5), 754–757.
- Bulow, M., Speyer, R., Baijens, L., Woisard, V., & Ekberg, O. (2008). Neuromuscular Electrical Stimulation (NMES) in Stroke Patients with Oral and Pharyngeal Dysfunction. *Dysphagia*, 23(3), 302–309.
- Caldas, A. C. (1999). *A Herança de Franz Joseph Gall – O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*. McGraw-Hill.
- Carnaby, G., & Crary, M. (2007). Examining the Evidence on Neuromuscular Electrical Stimulation for Swallowing. *Archives of Otolaryngology - Head and Neck Surgery*, 133(6), 564–571.
- Carrión, S., Costa, A., Ortega, O., Verin, E., Clavé, P., & Laviano, A. (2019). Complications of

- Oropharyngeal Dysphagia: Malnutrition and Aspiration Pneumonia. In O. Ekberg (Ed.), *Dysphagia - Diagnosis and Treatment* (pp. 823–858). Springer International Publishing AG.
- Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa, Portugal. Tese de doutoramento.
- Centro Hospitalar Cova da Beira. (2018). Caraterização do Centro Hospitalar Cova da Beira. Retrieved October 23, 2019, from <http://www.chcbeira.pt/?cix=457&ixf=seccao&lang=1>
- Chen, Y.-W., Chang, K.-H., Chen, H.-C., Liang, W.-M., Wang, Y.-H., & Lin, Y.-N. (2016). The effects of surface neuromuscular electrical stimulation on post-stroke dysphagia: A systemic review and meta-analysis. *Clinical Rehabilitation*, 30(1), 24–35.
- Cohen, D., Roffe, C., Beavan, J., Blackett, B., Fairfield, C., Hamdy, S., ... Bath, P. (2016). Post-stroke dysphagia: A review and design considerations for future trials. *International Journal of Stroke*, 11(4), 399–411.
- Comité Permanent de Liaison des Orthophonistes-Logopèdes de l'UE. (1997). *Profile of the Speech and Language Therapists*. (May). Retrieved from <http://www.cplol.eu/documents/finish/12-professional-profile/32-professional-profile.html>
- Cruz, M., Santos, M., Reis, A., & Faísca, L. (2014). Validação portuguesa de um teste breve para rastreio de afasia (Bedside de Lenguaje). *Sinapse*, 14(1), 9–17.
- Damásio, A. (1973). *Neurologia da linguagem*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa, Portugal. Tese de doutoramento.
- Darrigrand, B., Dutheil, S., Michelet, V., Rereau, S., Rousseaux, M., & Mazaux, J.-M. (2011). Communication impairment and activity limitation in stroke patients with severe aphasia. *Disability and Rehabilitation*, 33(13–14), 1169–1178.
- Davidson, B., & Worrall, L. (2013). Living with Aphasia: A Client-Centered Approach. In I. Papathanasiou, P. Coppens, & C. Potagas (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 255–271). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Decreto-Lei n.º 110/2017. (2017). Diário da República n.º 168/2017, Série I. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/110/2017/08/31/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 111/2017. (2017). Diário da República n.º 168/2017, Série I. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/111/2017/08/31/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 320/99. (1999). Diário da República n.º 186/1999, Série I-A. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/320/1999/08/11/p/dre/pt/html>

- Decreto-Lei n.º 564/99. (1999). Diário da República n.º 295/1999, Série I-A. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/564/1999/12/21/p/dre/pt/html>
- Decreto-Lei n.º 61/2018. (2018). Diário da República n.º 149/2018, Série I. Retrieved from <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/61/2018/08/03/p/dre/pt/html>
- Denk-Linnert, D.-M. (2019). Evaluation of Symptoms. In O. Ekberg (Ed.), *Dysphagia - Diagnosis and Treatment* (2nd Ed., pp. 83–93). Cham: Springer International Publishing AG.
- Denk-Linnert, D.-M., & Schöfl, R. (2019). Endoscopy of the Pharynx and Oesophagus. In O. Ekberg (Ed.), *Dysphagia - Diagnosis and Treatment* (2nd Ed., pp. 530–547). Cham: Springer International Publishing AG.
- Dias, A. (2008). *Ética Profissional em Terapêutica da Fala* (Universidade do Porto). Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/22234>
- Direcção-Geral da Saúde. (2000). *Viver Após um Acidente Vascular Cerebral*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Direcção-Geral da Saúde. (2006). *Programa Nacional de Prevenção e Controlo das Doenças Cardiovasculares*. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Duffy, J. (2013). *Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management* (3rd Ed.). St. Louis: Elsevier.
- Ferreira, A., Pierdevara, L., Ventura, I., Gracias, A., Marques, J., & Reis, M. dos. (2018). Gugging Swallowing Screen: contributo para a validação cultural e linguística para o contexto português. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(16), 85–94.
- Ferro, J. (1986). *Neurologia do comportamento – estudo da correlação com a Tomografia Axial Computorizada*. Faculdade de Medicina de Lisboa. Universidade de Lisboa, Portugal. Tese de doutoramento.
- Ferro, J. (2006). Acidentes vasculares cerebrais. In J. Pimentel & J. Ferro (Eds.), *Neurologia - Princípios, Diagnóstico e Tratamento* (pp. 77–87). Lisboa: Lidel.
- Filho, E. (2003). Mecanismos Protetores da Deglutição. In J. Jacobi, D. Levy, & L. Silva (Eds.), *Disfagia: Avaliação e Tratamento* (pp. 18–25). Rio de Janeiro: Revinter.
- Fonseca, J., Dias, A., Rofes, A., Ferreira, A., Carvalhal, A., Matos, A., ... Aguiar, V. (2018). *Afasia e comunicação após lesão cerebral* (1ª edição). Lisboa: Papa-Letras.
- Freed, D. (2020). *Motor Speech Disorders: Diagnosis and Treatment* (3rd Ed.). San Diego: Plural Publishing.

- Furkim, A. (1999). O Gerenciamento Fonoaudiológico nas Disfagias Orofaríngeas Neurogênicas. In A. Furkim & C. Santini (Eds.), *Disfagias orofaríngeas* (Vol. 1, pp. 229–258). São Paulo: Pró-Fono.
- Furkim, A., Guimarães, B., & Silva, R. (2010). Eletroestimulação neuromuscular na reabilitação da disfagia orofaríngea. *Revista Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 15(4), 615–621.
- Gallas, S., Marie, J., Leroi, A., & Verin, E. (2010). Sensory Transcutaneous Electrical Stimulation Improves Post-Stroke Dysphagic Patients. *Dysphagia*, 25(4), 291–297.
- Guimarães, I. (1995). *Protocolo de Avaliação Orofacial*. Lisboa: Edições Eupraxis.
- Hallowell, B. (2017). *Aphasia and Other Acquired Neurogenic Language Disorders: A Guide for Clinical Excellence*. San Diego: Plural Publishing.
- Holland, A. (2007). Counseling/Coaching in Chronic Aphasia: Getting on With Life. *Topics in Language Disorders*, 27, 339–350.
- International Association of Logopedics and Phoniatrics. (2010). Revised IALP education guidelines (September 1, 2009): IALP Guidelines for initial education in speech-language pathology. *Folia Phoniatica et Logopaedica: Official Organ of the International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, 62(5), 210–216. <https://doi.org/10.1159/000314782>
- Klassman, L., & Deranleau-Urban, L. (2012). Oral Care Protocol Reduces Risk of Aspiration Pneumonia in Acute Stroke Patients. *Stroke*, 43(1).
- Langmore, S., & Pisegna, J. (2015). Efficacy of exercises to rehabilitate dysphagia: A critique of the literature. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 17(3), 222–229.
- Leal, A. P. S. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal*. Universidade de Aveiro. Dissertação de Mestrado.
- Logemann, J. A. (1998). *Evaluation and treatment of swallowing disorders* (2nd Ed.). San Diego: Hill Press.
- Marchesan, I. (1999). Deglutição - Normalidade. In A. Furkim & C. Santini (Eds.), *Disfagias orofaríngeas* (Vol. 1, pp. 3–18). São Paulo: Pró-Fono.
- Marchesan, I. (2003). O que se considera normal na deglutição. In J. Jacobi, D. Levy, & L. Silva (Eds.), *Disfagia: Avaliação e Tratamento* (pp. 3–17). Rio de Janeiro: Revinter.
- Marchesan, I. (2005). *Fundamentos em fonoaudiologia - Aspectos clínicos da motricidade oral*

- (2nd Ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Meng, N.-H., Wang, T.-G., & Lien, I.-N. (2000). Dysphagia in Patients with Brainstem Stroke: Incidence and Outcome. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 79(2), 170–175.
- Miller, N., & Wambaugh, J. (2013). Acquired Apraxia of Speech. In I. Papathanasiou, P. Coppens, & C. Potagas (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 431–459). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Murdoch, B., & Whelan, B.-M. (2009). *Speech and Language Disorders Associated With Subcortical Pathology*. Wiley-Blackwell.
- Murray, L., & Coppens, P. (2013). Formal and Informal Assessment of Aphasia. In I. Papathanasiou, P. Coppens, & C. Potagas (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 67–93). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Oliveira, F. (2009). *Diagnóstico Localizatório Preliminar da Lesão Vascular Cerebral Isquêmica com Base em Distúrbios de Fala e Linguagem*. Universidade Estadual de Campinas.
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Manual STEPS de Acidentes Vascular Cerebrais da OMS: enfoque passo a passo para a vigilância de acidentes vascular cerebrais*. Geneva: Organização Mundial da Saúde.
- Organização Mundial da Saúde, & Direção-Geral da Saúde. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Organização Mundial da Saúde e Direção-Geral da Saúde.
- Peña, M. M. J. de la, Vicente, L. G., Cobos, R. G., & Vega, V. M. de. (2018). Correlación neurorradiológica de las afasias. Mapacortico-subcortical del lenguaje. *Radiología*, 60, 250–261. Retrieved from <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0033833818300079>
- Peranich, L., Reynolds, K. B., O'Brien, S., Bosch, J., & Cranfill, T. (2010). The Roles of Occupational Therapy, Physical Therapy, and Speech/Language Pathology in Primary Care. *Journal for Nurse Practitioners*, 6(1), 36–43. <https://doi.org/10.1016/j.nurpra.2009.08.021>
- Plaja, C., Rabassa, O., & Serrat, M. (2006). *Neuropsicologia da Linguagem*. São Paulo: Livraria Santos.
- Pownall, S., Enderby, P., & Sproson, L. (2017). Electrical Stimulation for the Treatment of Dysphagia. In A. Majid (Ed.), *Electroceuticals* (pp. 137–156). Springer International Publishing AG.

- Prosiegel, M. (2019). Neurology of Swallowing and Dysphagia. In O. Ekberg (Ed.), *Dysphagia - Diagnosis and Treatment* (2nd Ed., pp. 95–121). Cham: Springer International Publishing AG.
- Rofes, L., Arreola, V., Almirall, J., Cabré, M., Campins, L., García-Peris, P., ... Clavé, P. (2011). Diagnosis and management of oropharyngeal dysphagia and its nutritional and respiratory complications in the elderly. *Gastroenterology Research and Practice*, 1–13. <https://doi.org/10.1155/2011/818979>
- Sabe, L., Courtis, M., Saavedra, M., Prodan, V., Luján-Calcano, M., & Melián, S. (2008). Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: 'bedside de lenguaje'. Utilización en un centro de rehabilitación. *Revista de Neurología*, 46(8), 454–460.
- Santini, C. (1999). Disfagia Neurogênica. In A. Furkim & C. Santini (Eds.), *Disfagias orofaríngeas* (Vol. 1, pp. 19–34). São Paulo: Pró-Fono.
- Santos, M. E. (1980). *Functional Communication Profile – versão portuguesa*. Trabalho não publicado.
- Sarno, M. (1969). *The Communication Profile: Manual of directions*. New York: University Medical Center.
- Shaw, G., Sechtem, P., Searl, J., Keller, K., Rawi, T., & Dowdy, E. (2007). Transcutaneous Neuromuscular Electrical Stimulation (VitalStim) Curative Therapy for Severe Dysphagia: Myth or Reality? *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 116(1), 36–44.
- Silva, L., & Jacobi, J. (2003). Disfagia orofaríngea e sua importância na pneumologia. In J. Jacobi, D. Levy, & L. Silva (Eds.), *Disfagia: Avaliação e Tratamento* (pp. 163–180). Rio de Janeiro: Revinter.
- Simmons-Mackie, N., King, J., & Beukelman, D. (2013). *Supporting Communication for Adults with Acute and Chronic Aphasia*. Paul. H. Brookes Publishing.
- Souza, T., & Payão, L. (2008). Apraxia da fala adquirida e desenvolvimental: semelhanças e diferenças. *Revista Da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 13(2), 193–202.
- Talarico, T., Venegas, M., & Ortiz, K. (2011). Perfil Populacional de Pacientes com Distúrbios da Comunicação Humana Decorrentes de Lesão Cerebral, Assistidos em Hospital Terciário. *Revista CEFAC*, 13(2), 330–339.
- Thomson, C., & Worrall, L. (2008). Approaches to aphasia treatment. In N. Martin, C. Thomson, & L. Worrall (Eds.), *Aphasia rehabilitation: The impairment and its consequences* (pp. 3–25). San Diego: Plural Publishing.

- Threats, T. T. (2010). Application of the WHO ICF and ICF-CY to communication disability. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 10(1), 34–47.
- Trapl, M., Enderle, P., Nowotny, M., Teuschl, Y., Matz, K., Dachenhausen, A., & Brainin, M. (2007). Dysphagia Bedside Screening for Acute-Stroke Patients: The Gugging Swallowing Screen. *Stroke*, 38(11), 2948–2952.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Retrieved from <https://www.who.int/classifications/icf/en/>
- Worrall, L., & Hickson, L. (2003). *Communication Disability in Aging: From Prevention to Intervention*. New York: Delmar Learning.
- Worrall, L., Papathanasiou, I., & Sherratt, S. (2013). Therapy Approaches to Aphasia. In I. Papathanasiou, P. Coppens, & C. Potagas (Eds.), *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (pp. 93–109). Burlington: Jones & Bartlett Learning.

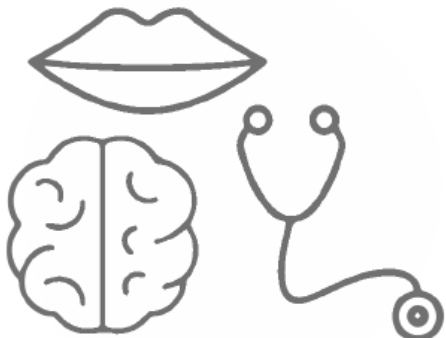
APÊNDICES

Apêndice 1 - Registo de utentes internos e externos

Registo de utentes internos				
Nº de Utentes	Patologia		Nº de Sessões	Envolvimento dos Familiares
	Comunicação	Deglutição		
8	Avaliados sem alterações - alta		8	Por telefone
4	Disartria	Disfagia	8	Por telefone
6	Disartria		18	Por telefone
14	Afasia		42	Por telefone
2	Afasia	Disfagia	6	Por telefone
No total foram acompanhados 26 utentes	Todos com perturbações da comunicação		82 sessões	Contacto era realizado por telefone

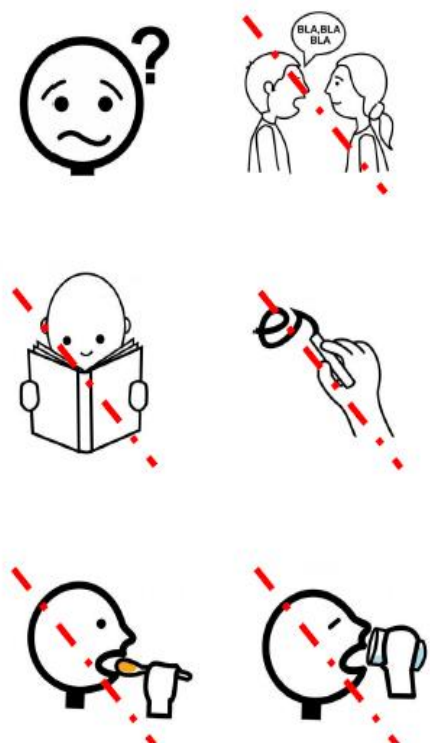
Registo de utentes externos				
Utentes	Patologia		Nº de Sessões	Envolvimento dos Familiares
	Comunicação	Deglutição		
G. F	Afasia		19	Por telefone
A. Q	Disartria	Disfagia	17	Esposa presente na sessão
A. S	Disartria	Disfagia	20	Por telefone
M. M	Afasia		7	Marido presente na sessão
M. B	Avaliado sem alterações - alta		2	Por telefone
No total foram acompanhados 4 utentes	Todos com perturbações da comunicação		65 sessões	Maior parte o contacto era realizado por telefone

Terapia Da Fala



**Caderno de Apoio à
Comunicação**

Estágio – Centro Hospitalar Universitário Cova da Beira



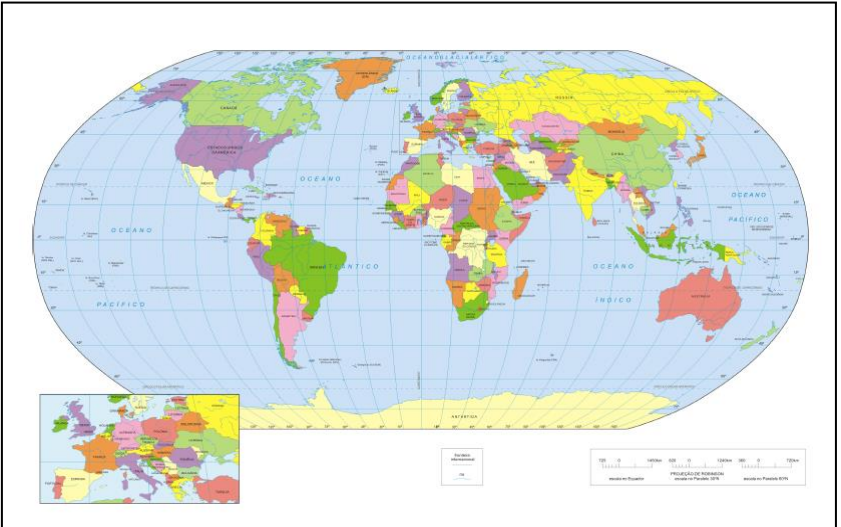
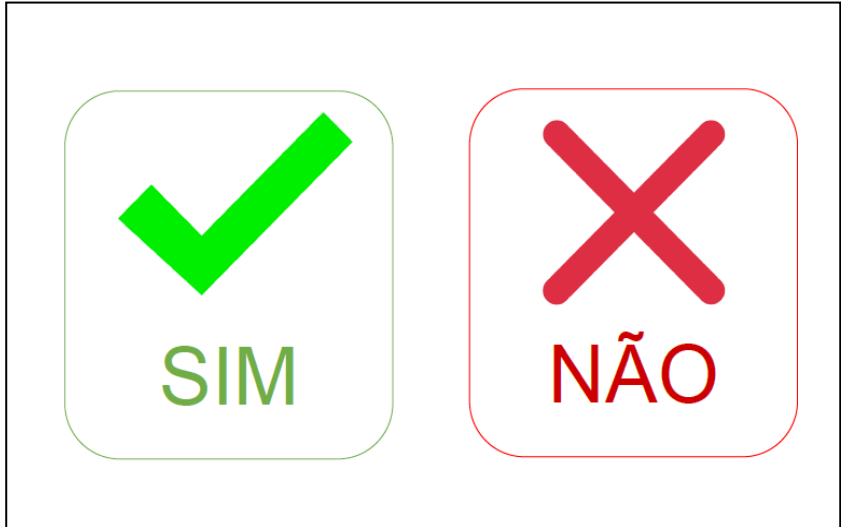
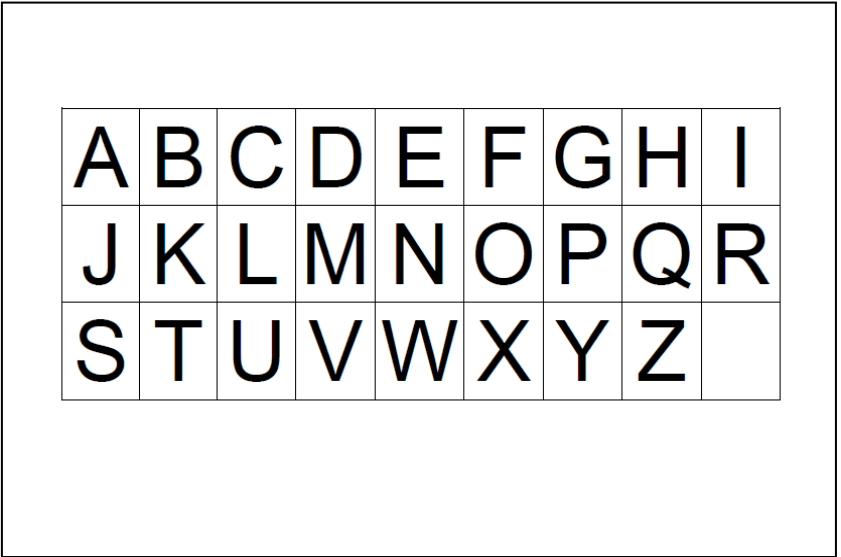
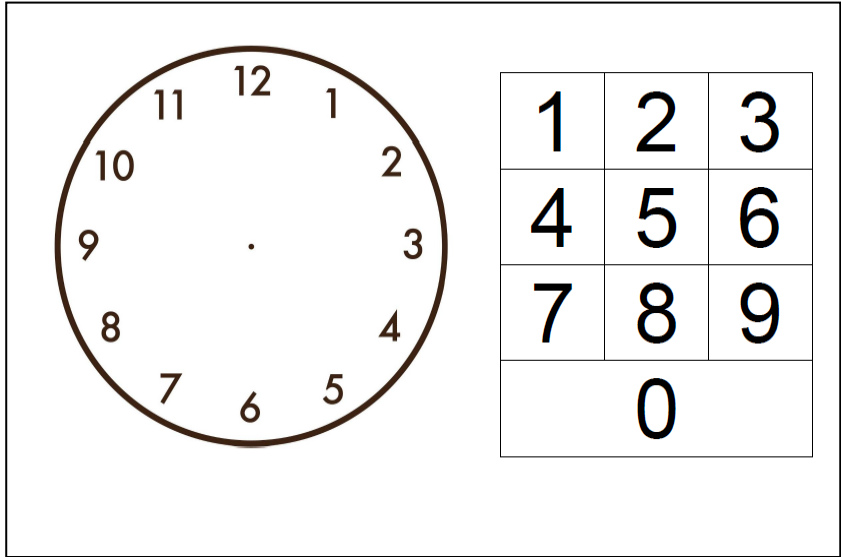
CALENDÁRIO

				1	2	3
4	5	6	7	8	9	10
11	12	13	14	15	16	17
18	19	20	21	22	23	24
25	26	27	28	29	30	31

MESES DO ANO

JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO
ABRIL	MAIO	JUNHO
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO
OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO





Apêndice 3 - Caderno de comunicação aumentativo

CADERNO DE COMUNICAÇÃO

Tenho Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA) e preciso deste caderno para conseguir comunicar.

- ✓ Dê-me tempo para escolher a folha e o símbolo que desejo comunicar
- ✓ Faça a leitura do símbolo e aguarde a minha confirmação

OLÁ	OBRIGADO	
EU	MARIA	ALEGRE
		ZANGADO
		DOENTE

VESTUÁRIO

CAMISOLA	CASACO	CALÇAS		CALOR
BONÉ	PIJAMA	ROUPA INTERIOR		FRIO
BOTAS	CHINELOS	SANDÁLIAS		

LUGARES

CASA	QUINTA	HOSPITAL	CASA IRMÃO	
TELEVISÃO	QUARTO	CASA DE BANHO	ROLO DE PAPEL	
RÁDIO	DORMIR	TOMAR BANHO	SANITA	

NÚMEROS

1	2	3	0
4	5	6	
7	8	9	
			ANIVERSÁRIO

Apêndice 4 - Apresentação da sessão técnica de Terapia da Fala


 Centro Hospitalar Universitário
Cova da Beira, E.P.E.
Covilhã / Fundão

Sessão Técnica de Terapia da Fala

MAIS DO QUE FALA: CONCEITO DE PERTURBAÇÕES MOTORAS DA FALA

Terapeutas da Fala Sílvia Almeida e Ana Sofia Esteves Março 2020

TÓPICOS DA SESSÃO



- ❖ Conceito de Perturbações Motoras da Fala
- ❖ Disartria
- ❖ Apraxia
- ❖ Bibliografia

PERTURBAÇÕES MOTORAS DA FALA 2

CONCEITO

Motor Speech Disorders

Motor – sistema nervoso que controla os movimentos voluntários
Speech – comunicação/fala
Disorders – anomalias na função

As Perturbações Motoras da Fala resultam de lesões a nível do sistema nervoso central, alterando a morfologia e função orofacial, e consequentemente a produção da fala

PERTURBAÇÕES MOTORAS DA FALA 3

DISARTRIA

É um défice na produção de fala que resulta de uma lesão neuromotora do SNC ou do SNP	Afeta os 5 componentes envolvidos na produção de fala: Respiração, Fonação, Ressonância, Articulação e Prosódia Severidade pode não ser igual em todas as áreas	Anartria - designa a incapacidade total para articular sons verbais e representa a forma extrema de disartria	Alterações da produção de discurso relacionadas com problemas estruturais locais tais como do palato, língua ou laringe não se classificam como disartria
---------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

PERTURBAÇÕES MOTORAS DA FALA 4

DISARTRIA FLÁCIDA

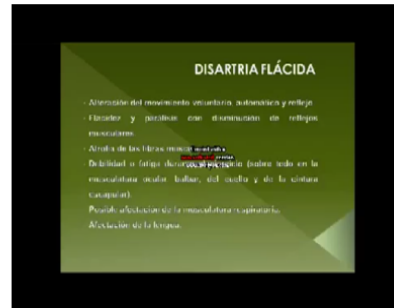
Lesão no neurónio motor inferior dos músculos bulbares que tem como comprometimentos neurológicos a flacidez, fraqueza, atrofia e fasciculações

Caraterísticas:

- Hipernasalidade e voz soprada
- Produção incorreta das consoantes
- Fraqueza muscular e diminuição do tónus

Exemplos: Poliomielite, Miastenia gravis, AVC na fase aguda, trauma físico e Síndrome de Guillain-Barré

https://www.youtube.com/watch?v=HXlyv_Slxlo



PERTURBAÇÕES MOTORAS DA FALA

5

DISARTRIA ESPÁSTICA

Lesões bilateral do neurónio motor superior do sistema piramidal e extra-piramidal

Caraterísticas:

- Imprecisão articulatória das consoantes
- Hipernasalidade com voz áspera, tensa e estrangulada

Exemplos: AVC's bilaterais, TCE, Tumor, Paralisia facial



<https://www.youtube.com/watch?v=fG0cFtmVRk>

PERTURBAÇÕES MOTORAS DA FALA

6

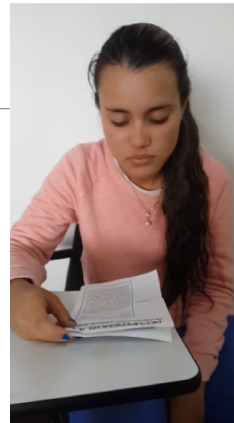
DISARTRIA ATÁXICA

Lesão ao nível sensório motor da produção da fala – lesões cerebelares

Caraterísticas:

- Articulação imprecisa de consoantes
- Pausas irregulares no discurso com explosões de sílabas interrompidas por pausas
- Discurso com ritmo lento com esforço excessivo em cada sílaba
- Hipernasalidade, voz trémula e áspera

Exemplos: AVC cerebeloso, tumores, doenças degenerativas (ex. Ataxia de Friedreich), condições tóxicas, metabólicas



<https://www.youtube.com/watch?v=rGo2nu0-2o>

PERTURBAÇÕES MOTORAS DA FALA

7

DISARTRIA HIPOCINÉTICA

Lesão no sistema piramidal nos gânglios da base – substância negra

Caraterísticas:

- Diminuição do volume (hipofonia), voz áspera e soprada
- Fala arrastada, palilalia (repetição de sílabas) e taquifemia (discurso rápido, juntando as sílabas)

Exemplos: Tipicamente observada na doença de Parkinson, TCE, AVC



<https://www.youtube.com/watch?v=0noKAlppepw>

PERTURBAÇÕES MOTORAS DA FALA

8

DISARTRIA HIPERCINÉTICA

Lesão no sistema piramidal - lesão nos gânglios da base - oposta à disartria hipocinética

Caraterísticas:

- Bloqueios e prolongamentos na articulação
- Hipernasalidade com voz áspera e tensa

Exemplos: Tipicamente observada em doenças do movimento hiperkinéticas tais como doença de Huntington e distonias



<https://www.youtube.com/watch?v=4qClIlfacS0>

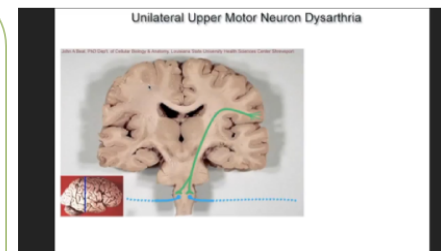
DISARTRIA UNILATERAL DO NEURÓNIO MOTOR SUPERIOR

Lesão unilateral no neurónio motor superior HE: afasia, disartria e apraxia do discurso HD: disartria e défices cognitivos

Caraterísticas:

- Produção imprecisa das consoantes
- Hipernasalidade e voz áspera
- Respiração raramente prejudicada

Exemplos: AVC, tumor cerebral, TCE

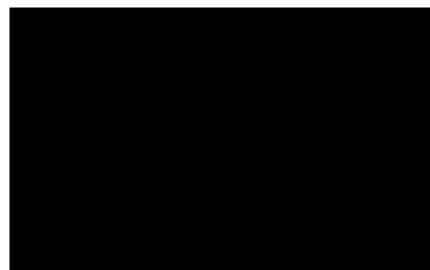


<https://www.youtube.com/watch?v=4qClIlfacS0&t=6s>

DISARTRIA MISTA

Conjunto de características presentes em vários quadros de disartria simultaneamente, assim como as áreas afetadas também podem corresponder a diferentes quadros

Exemplos: Esclerose lateral amiotrófica, Esclerose múltipla e Doença de Wilson



<https://www.youtube.com/watch?v=TwmuFjQx9TU>

APRAXIA

Tipos de apraxia: Ideomotora (membros, bucofacial, do discurso), ideacional (mais rara)

Definida como um défice na capacidade de sequenciar os comandos motores necessários a uma correta posição dos articuladores durante a produção voluntária de fonemas

Dificuldades na produção consistente de sons – o que leva a efeitos severos na habilidade comunicativa do doente

APRAXIA DO DISCURSO

Caraterísticas:

- Discurso mais artificial e hesitante
- Lapsos articulatórios (tentativa-erro para encontrar a posição articulatória correta dos fonemas)
- Erros de articulação inconsistentes (≠ disartria)
- Erros mais frequentes nos fonemas iniciais da palavra
- Sem problema na articulação individual dos fonemas (≠ disartria)
- Produção de frases estereotipadas;
- Casos mais severos: mutismo (Não consegue produzir voluntariamente qualquer som)



<https://www.youtube.com/watch?v=bZ7pnmd9UHl>

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Duffy, J. (2013). *Motor Speech Disorders: Substrates, Differential Diagnosis, and Management* (3rd Ed.). St. Louis: Elsevier.
- ❖ Freed, D. (2020). *Motor Speech Disorders: Diagnosis and Treatment* (3rd Ed.). San Diego: Plural Publishing.