



**Ana Paris Sebastião
Leal**

**Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em
Portugal**



**Ana Paris Sebastião
Leal**

**Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em
Portugal**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Ciências da Fala e da Audição, realizada sob a orientação científica do Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus, Professor Coordenador da Universidade de Aveiro e da Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes, Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro.

Dedico este trabalho à minha irmã, pelo seu exemplo de força de viver. E em memória da minha avó.

o júri

presidente

Professor Doutor Armando José Formoso de Pinho
Professor Associado da Universidade de Aveiro

vogais

Professor Doutor José Augusto Simões Gonçalves Leitão
Professor Auxiliar da Universidade de Coimbra

Professor Doutor Luís Miguel Teixeira de Jesus (Orientador)
Professor Coordenador da Universidade de Aveiro

Professora Doutora Ana Cardoso Allen Gomes (Co-orientadora)
Professora Auxiliar da Universidade de Aveiro

agradecimentos

Ao Doutor Luís pela disponibilidade e motivação constantes.

Aos professores Ana, Assunção e Pedro pelo empenho e dedicação a este trabalho.

À Dora, Catarina e Sónia pelo seu contributo.

À minha família e amigos pela compreensão deste momento.

Ao João pela partilha e paciência.

palavras-chave

afasia, avaliação, CIF, Terapia da Fala, modelos de prestação de serviços de saúde.

resumo

Nos últimos tempos tem-se assistido a grandes mudanças, a nível internacional, em relação à forma de actuação dos terapeutas da fala na área da afasia. Este estudo surge com o objectivo de descrever as condições actuais do processo de avaliação em Terapia da Fala das pessoas com afasia, e caracterizar as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde neste processo. Foi construído um questionário para fazer o levantamento da opinião dos terapeutas da fala. Os terapeutas da fala inquiridos caracterizam a afasia centrando-se nos aspectos linguísticos, no entanto, também reconhecem o seu impacto ao nível comunicativo e social. A sua prática clínica caracteriza-se pela utilização mais frequente do modelo de reabilitação e pela actuação ao nível da actividade. Relativamente às necessidades sentidas pelos terapeutas da fala, o modelo social surge como o modelo que acham que deveria ter maior importância, e a participação como nível de actuação que maior relevância deveria ter. Os resultados obtidos traduzem uma insatisfação relativa aos instrumentos actualmente disponíveis para a população portuguesa. É urgente o desenvolvimento de novos instrumentos de avaliação adaptados à cultura e realidade portuguesas.

keywords

Aphasia, assessment, ICF, Speech and Language Therapy, models of health care services.

abstract

Recently there have been considerable worldwide changes in the way speech language therapists work with aphasia. The objective of this study is to describe the current assessment process of people with aphasia, characterising the needs of speech language therapists. A questionnaire was constructed to assess speech language therapists' opinions. Inquired speech language therapists, characterised aphasia according to linguistic aspects, recognising, nevertheless, its impact on social and communicational levels. Their clinical practice was mostly characterised by the rehabilitation model and by focusing on the activity level. The social model appears seems to be the model that speech language therapists believe to be the most important. Results show dissatisfaction towards the available instruments for the Portuguese population, There is an urgent need to develop new instruments.

Índice

Índice	1
Lista de Figuras	3
Lista de Tabelas	5
Lista de Siglas	7
Capítulo 1: Introdução	9
1.1. Motivações do Estudo.....	9
1.2. A Afasia.....	10
1.2.1. Definição.....	10
1.2.2. Etiologia.....	12
1.2.3. Consequências de um AVC.....	14
1.2.4. Impacto no dia-a-dia.....	14
1.3. Objectivos do Estudo.....	15
1.4. Organização da Dissertação.....	16
Capítulo 2: Revisão da Literatura	17
2.1. Introdução.....	17
2.2. Modelos de Prestação de Serviços de Saúde.....	17
2.3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).....	19
2.4. A Avaliação da Afasia.....	21
2.4.1. A Avaliação Funcional da Afasia.....	24
2.4.2. Avaliação da Afasia pelo Terapeuta da Fala em Portugal.....	26
2.4.3. Avaliação da Afasia pelo Terapeuta da Fala no Estrangeiro.....	28
2.5. Sumário.....	33
Capítulo 3: Método	35
3.1. Introdução.....	35
3.2. Questões de Investigação.....	35

3.3. Tipo de Estudo.....	36
3.4. Construção e Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados.	36
3.5. Critérios de Inclusão e Exclusão da Amostra.....	38
3.6. Caracterização da Amostra.....	39
3.7. Análise Estatística.....	41
3.8. Sumário.....	42
Capítulo 4: Resultados.....	43
4.1. Introdução.....	43
4.2. Análise das Questões de Resposta Aberta.(questões 1 e 2).....	43
4.3. Caracterização da Prática Profissional (questões 3, 6, 7,8, 9 e 12).....	45
4.4. Necessidades da Prática Profissional (questões 17, 18, 19, 20, 21, 22 e 23).....	49
4.5. Comparação entre a Caracterização e as Necessidades da Prática Clínica	54
4.6. Instrumentos de Avaliação (questões 4, 5, 10, 11, 13, 14, 15 e 16).....	56
4.7 Sumário.....	61
Capítulo 5: Conclusões e Trabalho Futuro.....	63
5.1. Introdução.....	63
5.2. Conclusões.....	63
5.3. Trabalho Futuro.....	65
Bibliografia.....	67
Anexo 1: Instrumento para a recolha de dados: Questionário.....	71
Anexo 2: Transcrição da questões 1 “O que entende por entende por afasia?” e 2 “Na sua opinião, quais são as consequências da afasia?” do questionário.....	85

Lista de Figuras

Figura 1 – Escala de frequência utilizada no questionário.....	38
Figura 2 – Escala de importância utilizada no questionário.....	38
Figura 3 – Comparação da utilização dos modelos (médico, reabilitação e social) na prática clínica (■) (questão 12) com a relevância que os terapeutas consideram que estes deveriam ter (□) (questão 23).....	55
Figura 4 – Formas de avaliação utilizadas pelos terapeutas da fala (questão 10).....	58
Figura 5 – Instrumentos que os terapeutas da fala conhecem e gostariam de ter disponíveis (questão11).....	59

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Modelos de Prestação de Cuidados de Saúde. Adaptado de Worrall e Hickson (2003).....	19
Tabela 2 – Alguns dos testes utilizados pelos terapeutas da fala em Portugal.....	26
Tabela 3 - Alguns dos testes referidos na literatura.....	29
Tabela 4 – Caracterização da amostra: sexo e grau de escolaridade.....	39
Tabela 5– Caracterização da amostra: locais de trabalho.....	39
Tabela 6 – Caracterização da amostra: idade e anos de experiência.....	39
Tabela 7 – Caracterização da amostra: áreas de intervenção.....	40
Tabela 8 – Lista das instituições frequentadas no Bacharelato.....	40
Tabela 9 – Lista das instituições frequentadas na Licenciatura.....	40
Tabela 10 – Lista das instituições frequentadas na Pós-Graduação	40
Tabela 11 – Lista das instituições frequentadas no Mestrado.....	40
Tabela 12 – Lista das áreas de especialização na Pós-Graduação.	41
Tabela 13 – Lista das áreas de especialização no Mestrado.....	41
Tabela 14 – Análise na questão 1 “O que entende por afasia?”.....	44
Tabela 15 – Análise na questão 2 “Na sua opinião, quais são as consequências da afasia?”.....	44
Tabela 16 – Frequência de actuação dos Terapeutas da Fala ao nível da deficiência, actividade e participação (questão 3).	45
Tabela 17 – Correlações das questões 3, 7, 8 e 9 com a questão 12.....	46
Tabela 18 – Frequência com que as expectativas das pessoas em relação à intervenção são tidas em conta (questão 6).....	47
Tabela 19 – Pessoas que definem os critérios para que o indivíduo com afasia fique em intervenção (questão 7).....	47

Tabela 20 – Formas de envolvimento do indivíduo nas tomadas de decisão (questão 9).....	49
Tabela 21 – Correlações das questões 17, 18, 19, 20, 21 e 22 com a questão 23.....	50
Tabela 22 – Importância atribuída à avaliação do envolvimento da pessoa com afasia nas tomadas de decisão fora do contexto terapêutico (questão 17).....	51
Tabela 23 – Importância do reconhecimento da pessoa com afasia como sendo capaz de contribuir para o processo terapêutico (questão 18).....	51
Tabela 24 – - Importância dada aos níveis de actuação (questão 19).....	51
Tabela 25 – Importância de diferentes factores na intervenção (questão 20).....	52
Tabela 26 – Peso que diferentes objectivos deveriam ter na avaliação (questão 21).....	53
Tabela 27 – Importância dada a diferentes processos de tomada de decisão na prática clínica (questão 22).....	54
Tabela 28 – Valores de correlação entre os modelos de prestação de cuidados de saúde aplicados na prática clínica (questão 12) e o modelo desejado (questão 23) (N=58).....	56
Tabela 29 – Objectivos da avaliação (questão 4).....	56
Tabela 30 – Considerações na escolha do instrumento de avaliação (questão 5).....	57
Tabela 31 – Importância de diferentes aspectos a serem contemplados pelos instrumentos de avaliação (questão 16).....	61

Lista de Siglas

AAT – Aachen Aphasia Test

AIT - Acidentes Isquémicos Transitórios

APTF – Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala

ASHA-FACS – ASHA Functional Assessment of Communication Skills

AVC – Acidente Vascular Cerebral

BAAL – Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa

BAA – Bateria de Avaliação de Alcoitão

BOSS – Burden of Stroke Scale

CADL – Communicative Abilities in Daily Living

CDP – Communication Disability Profile

CETI – Communicative Effectiveness Index

CHART – Craig Handicap Assessment and Reporting Technique

CHIEF – Craig Hospital Inventory of Environmental Factors

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

COMACT – Communicative Activities Checklist

DP – Desvio Padrão

ESSA – Escola Superior de Saúde do Alcoitão

ESSA-UCP – Escola Superior de Saúde do Alcoitão e Universidade Católica Portuguesa

ESSAf – Escola Superior de Saúde de Faro

ESSEm – Escola Superior de Saúde Egas Moniz

ESS-IPS – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal

ESSUA – Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

ESTSP – Escola Superior de Tecnologia da Saúde do Instituto Politécnico do Porto

FCP – Functional Communication Profile

FCSH-UNL – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas da Universidade Nova de Lisboa

FLUL – Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa

FMH – Faculdade de Motricidade Humana

FMUP – Faculdade de Medicina da Universidade do Porto
HE – Hemisfério Esquerdo
HD – Hemisfério Direito
HTA – Hipertensão arterial
CIDID – Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
ISAVE – Instituto Superior de Saúde do Alto Ave
ISPA – Instituto Superior de Psicologia Aplicada
MOF – Motricidade oro-facial
OMS – Organização Mundial de Saúde
PALPA-P – Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português
PICA – Porch Index of Communication Ability
POPS – Participation Objective, Participation Subjective
SOCACT – Social Activities Survey
SPSS – Social Package for Social Sciences
TCE – Traumatismo craneo-encefálico
TF – Terapeuta da Fala
UCP – Universidade Católica Portuguesa
UFP – Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade Fernando Pessoa

Capítulo 1: Introdução

1.1. Motivações do Estudo

Nos últimos anos tem-se assistido a grandes mudanças, a nível internacional, em relação à forma de actuação dos terapeutas da fala na área da afasia (Parr, 1996). Estas mudanças têm vindo a ser ajustadas à aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (conhecida entre nós por CIF). Alguns dos profissionais de saúde que trabalham nesta área em Portugal têm consciência de que algo mais poderia ser feito para que a sua prática clínica fosse mais adequada às necessidades da população em apoio.

Não existem estudos nacionais relacionados com a afasia que permitam ter uma visão sobre o grau de satisfação e/ou necessidade que os terapeutas da fala sentem sobre a sua avaliação/intervenção. Para que possam ser criadas melhores condições para as pessoas com afasia, para as pessoas que com elas se relacionam e para os terapeutas da fala que consigo intervêm é primordial consultar a opinião destes profissionais de saúde sobre esta problemática.

Espera-se deste modo um maior reconhecimento da profissão, a definição do papel do Terapeuta da Fala na afasia e a divulgação da própria afasia. Este objectivo é essencial para que a profissão de Terapeuta da Fala em Portugal seja reconhecida como uma profissão multidisciplinar, capaz de colmatar as dificuldades das pessoas com afasia.

Sendo a afasia uma das consequências mais comuns do Acidente Vascular Cerebral (AVC) e a esperança de vida de quem os sofre estar a aumentar (Direcção Geral da Saúde, 2006), é urgente colmatar estas necessidades.

A existência de um projecto na Universidade de Aveiro com o tema “Avaliação das Consequências da Afasia: Desenvolvimento de um Instrumento de Avaliação dos Níveis de Deficiência, Actividade e Participação”, motivou e conferiu maior importância a este estudo. Pretende-se analisar a opinião dos terapeutas da fala portugueses que trabalham com pessoas com afasia sobre o que esta representa, quais as suas consequências, caracterizando as

necessidades relativamente ao processo de avaliação e conseqüentemente a prática profissional desenvolvida.

1.2. Afasia

Comunicar é mais do que falar. A comunicação é uma actividade social, rica e complexa, que envolve competências linguísticas e cognitivas (Muma, 1978; Hoeman, 1996). A linguagem consiste num sistema de sinais simbólicos utilizados por uma pessoa para comunicar com outras. Uma linguagem eficaz implica diversos processos: o desenvolvimento dos pensamentos a serem comunicados; a selecção, a formulação e a ordenação das palavras; a aplicação das regras gramaticais e o início dos movimentos musculares para produzir um discurso falado ou escrito (Hoeman, 1996).

A linguagem é um processo complexo em que as principais áreas cerebrais envolvidas são a área de Broca (lobo frontal) e a área de Wernicke (lobo temporal), embora sejam também importantes as áreas de associação e outras estruturas (Caldas, 2000). Para além de envolver múltiplas estruturas do hemisfério cerebral esquerdo (HE), nos indivíduos dextros, o hemisfério cerebral direito (HD) também é reconhecido como estrutura participativa neste processo (prosódia, compreensão do humor e provérbios) (Caldas, 2000).

1.2.1. Definição

Num estudo, a definição da problemática é fundamental para que se verifique o desenvolvimento teórico do fenómeno, a possibilidade da adaptação dos dados, e a generalização dos resultados (McNeil & Praat, 2001).

Em 1861 Broca definiu afasia como a “perda da faculdade de linguagem articulada”. Desde então foram surgindo novas definições na literatura, gradualmente mais abrangentes e que variam na sua adequação científica e no seu propósito.

Hallowell e Chapey (2008) referem que para definir afasia é essencial mencionar quatro elementos primários: é uma alteração neurológica; é uma

alteração adquirida; afecta a linguagem; não se deve a défices sensoriais ou mentais. Assim, podemos descrever a afasia como uma alteração de linguagem resultante de uma lesão cerebral, localizada nas estruturas que se supõe estarem envolvidas no processamento da linguagem, e se traduz na perda total ou parcial da capacidade para compreender e/ou produzir linguagem (escrita, oral e através do gesto), reconhecer/identificar figuras e objectos, podendo ainda surgir défices ao nível do cálculo (Roth & Worthington, 1997; Caldas, 2000; Hallowell & Chapey, 2008).

Existe, contudo, alguma dificuldade em seleccionar ou construir uma definição suficientemente abrangente e consensual. A inconsistência na terminologia pode ser considerada uma das causas pelas quais os pacientes não estão devidamente representados (Schindler, 2005). Um estudo recente mostrou que profissionais de saúde não sabiam definir afasia ou apenas demonstravam conhecimentos básicos sobre esta (Simmons-Mackie *et al.*, 2002). Esta falta de conhecimento pode afectar o financiamento, a qualidade dos serviços prestados, a aceitação dos indivíduos com afasia, a adequação psicossocial e a importância e as contribuições dos profissionais de saúde que lidam com a afasia (Simmons-Mackie *et al.*, 2002).

As diferenças nas concepções da afasia ainda hoje constituem uma polémica que é importante debater. A gestão das instituições prestadoras de serviços de saúde depende da conceptualização da afasia (McNeil & Praat, 2001), o que remete para a urgência de uma definição formal de afasia.

A comunidade científica defende que a afasia não pode ser identificada simplesmente como um “problema neurológico” ou um “defeito de linguagem”, sendo inadequado estudar a afasia sem contemplar a pessoa que a adquiriu e as que a rodeiam. Se não for considerada a opinião de todos os intervenientes corremos o risco de nos limitarmos aos défices e negligenciarmos o impacto que estes têm na vida do indivíduo e dos seus parceiros comunicativos (Leal, 2006).

1.2.2. Etiologia

Os AVCs são a principal causa de afasia (Hallowell & Chapey, 2008). Os AVCs são a primeira causa comum de morbidade e mortalidade na Europa. Em Portugal são a primeira causa de morte e incapacidade (Direcção Geral da Saúde, 2006). Devido ao aumento da sobrevivência e do crescimento da população idosa, a sua prevalência tem vindo a aumentar, causando um tremendo impacto não só no próprio indivíduo, mas também na sua família e na sociedade em geral. O AVC é considerada uma doença ligada ao envelhecimento, mas a realidade actual mostra que também há casos de jovens que sofrem AVCs (Direcção Geral da Saúde, 2006).

A maioria dos AVCs é de origem isquémica. A doença cerebrovascular isquémica pode ser de origem embólica, trombótica ou lacunar (Martins, 2006). A isquémia consiste na interrupção do fluxo sanguíneo provocando o sofrimento dos tecidos em territórios bem definidos, irrigados pelo vaso danificado. Quando este fenómeno se prolonga para lá da resistência das células, estas morrem. A patologia que na maioria das vezes está na origem deste tipo de AVC é a aterosclerose, que se caracteriza pela deposição de placas de uma substância lipídica (ateroma) nas paredes das artérias. A placa de ateroma pode provocar a diminuição progressiva do calibre da artéria até à sua oclusão completa (trombose), ou pode ser libertada para a circulação sanguínea (êmbolo) e obstruir uma artéria de calibre mais pequeno (embolia). As embolias podem ser causadas por porções de sangue coagulado, que geralmente têm origem no coração, obstruindo a artéria pelo mesmo processo. É importante referir que, quando um indivíduo sofre este tipo de AVC, significa que possui uma condição ou doença, que provocou uma alteração nas paredes das artérias. Estas alterações podem implicar a existência de lesões noutras artérias capazes de desenvolver um processo semelhante. É, por isso, frequente que a mesma pessoa tenha múltiplos acidentes vasculares, desenvolvendo um quadro denominado por “multi-enfarte” e que frequentemente evolui para situações demenciais (Caldas, 2000).

Episódios muito breves de isquémia cerebral dão origem aos denominados acidentes isquémicos transitórios (AIT). Nestes casos, a duração dos sintomas é inferior a 24 horas e a lesão é reversível (Habib, 2000). As

lesões resultantes de AVC isquémicos são focais e provocam sinais clínicos delimitados que correspondem à perda da função desempenhada pela área afectada (Caldas, 2000), deixando os restantes tecidos intactos e capazes de processar informação (Habib, 2000).

O AVC hemorrágico ocorre quando se rompe uma artéria cerebral que origina uma hemorragia afectando o aporte sanguíneo normal a uma determinada área cerebral. Secundariamente, a hemorragia pode-se espalhar ou formar uma massa, aumentando a pressão intracraniana e provocando uma lesão mais extensa do que a inicial. Os quadros iniciais são geralmente mais graves do que os resultantes de AVC isquémico, uma vez que as lesões são difusas e podem ser muito extensas (Caldas, 2000).

Os factores de risco que podem precipitar a possibilidade de ocorrência de uma lesão vascular, segundo o National Institute of Neurological Disorders and Stroke, dos EUA, podem subdividir-se em três grupos: características e estilos de vida (idade, sexo, raça, factor familiar, consumo de álcool, tabaco ou drogas); patologias ou marcadores patológicos (hipertensão arterial (HTA), doença cardíaca, AIT, hematócrito elevado, diabetes mellitus, elevada concentração de fibrinogénio, enxaqueca ou migraine); lesões estruturais assintomáticas (ruído carotídeo, embolia retiniana, diferença da pressão arterial entre os dois braços, diminuição da pressão na oculoplestimografia, enfartes silenciosos ou hemorragias detectados por tomografia axial computadorizada ou ressonância magnética, malformações arteriovenosas, aneurisma, hamartoma, aterosclerose com estenose arterial ou displasia fibromuscular) (Martins, 2006).

Para além dos AVCs, existem outras causas para o quadro da afasia, nomeadamente os traumatismos craneo-encefálicos (TCE), a cirurgia cerebral, as infecções, os tumores cerebrais, as doenças degenerativas, e a exposição a agentes neurotóxicos (Roth & Worthington, 1997; Milcoch & Metter, 2008).

1.2.3. Consequências de um AVC

As consequências de um AVC podem ser muito variáveis, dependendo da localização e extensão da área lesada e do estado de saúde geral da pessoa que sofreu a lesão. Alguns dos problemas comuns após o AVC são: hemiplegia, disfagia, disartria, apraxia, alterações visuais, agnosia, cinestesia, incontinência e dor no ombro. Para além destas alterações, podem ocorrer reacções emocionais e comportamentais que expõem a pessoa a graves riscos de saúde e de bem-estar (Martins, 2006).

Podem afectar a motricidade, a sensibilidade e a cognição, nomeadamente a linguagem (Hallowell & Chapey, 2008). Existem diferenças se a lesão ocorrer no HE ou HD, no que diz respeito às alterações provocadas em termos motores, sensoriais e cognitivos. Se a lesão ocorrer no HD podemos encontrar défices motores (hemiplegia ou hemiparésia) e sensoriais (hemiparestesia) no hemicorpo esquerdo. Se a lesão for no HE os défices verificam-se no hemicorpo direito.

As alterações psicológicas e físicas, que frequentemente se manifestam em simultâneo com a afasia, podem contribuir, dificultar ou manter as dificuldades comunicativas da pessoa ou, ainda, interferir no processo de intervenção. Estas alterações deverão ser consideradas no diagnóstico (Patterson & Chapey, 2008) e na escolha do instrumento de avaliação.

1.2.4. Impacto no Dia-a-Dia

A afasia é uma das sequelas mais incapacitantes que resulta do AVC (Leal, 2006). O indivíduo com afasia pode sentir-se prisioneiro da sua própria mente, no seu próprio corpo. Isto porque quer movimentar-se, andar, expressar-se e não consegue (Hallowell & Chapey, 2008). Pelo seu fraco desempenho comunicativo a participação destas pessoas na vida familiar, profissional e social fica limitada (Leal, 2006). Indivíduos que estavam empregados antes de terem adquirido afasia podem não apresentar capacidades suficientes para manter o emprego, o que pode causar stress financeiro e sentimentos de isolamento, frustração e incapacidade (Hallowell & Chapey, 2008).

Segundo Leal (2006) as queixas mais comuns dos indivíduos que sofreram AVC são a depressão, a limitação física, os défices cognitivos, o isolamento social e a falta de suporte social. Assim, como o AVC, a afasia não afecta apenas o próprio indivíduo, mas também os que com ele lidam e a comunidade em geral (Leal, 2006; Hallowell & Chapey, 2008). Independentemente do grau de severidade, algumas pessoas encaram a sua situação relativamente bem, no entanto, outras ficam desesperadas e tornam-se solitárias.

A incapacidade comunicativa afecta quase todas as actividades da vida mas principalmente as relações comunicacionais e interpessoais, que têm um grande peso em todas as áreas de participação, nomeadamente participação social.

Apesar do contínuo esforço para melhorar a relação com a diferença, isto é, com pessoas com incapacidades, as pessoas com afasia são sujeitas a barreiras comportamentais, falta de acesso a informação pertinente, diminuição do companheirismo com familiares e amigos, estatuto social marginal, rejeição, estigmatização, falta de confiança e falta de auto-estima.

A vida dos indivíduos que têm afasia sofre drásticas mudanças, bem como a vida dos que os rodeiam, a sociedade em que estão inseridos e a comunidade em geral.

1.3. Objectivos do Estudo

Os objectivos deste estudo são descrever as condições actuais do processo de avaliação em Terapia da Fala das pessoas com afasia, e caracterizar as necessidades sentidas pelos profissionais de saúde neste processo. Pretende-se ainda determinar relações entre as condições e desejos no processo de avaliação e os modelos de prestação de cuidados de saúde. Para atingir estes objectivos foi construído um questionário para recolher a opinião dos terapeutas da fala.

1.4. Organização da Dissertação

O conteúdo da presente Dissertação é dividido em cinco partes. Neste primeiro capítulo de introdução são apresentadas as motivações do estudo, as características da afasia, os objectivos e a organização da Dissertação. No segundo capítulo de revisão da literatura são descritos os modelos de prestação de cuidados de saúde, a CIF e a avaliação da afasia em Portugal e no estrangeiro. No terceiro capítulo é descrito o método utilizado no estudo empírico. Os resultados obtidos são apresentados no quarto capítulo. As conclusões são apresentadas no quinto capítulo.

Capítulo 2: Revisão da Literatura

2.1. Introdução

Neste capítulo serão apresentados os modelos de prestação de serviços de saúde, a CIF e a avaliação da afasia pelos terapeutas da fala, que serão os temas aprofundados no presente estudo.

2.2. Modelos de Prestação de Serviços de Saúde

É essencial que os terapeutas da fala tenham conhecimento da natureza dos diferentes modelos e os seus efeitos nos indivíduos, uma vez que cada um está associado a diferentes valores e atitudes por parte do indivíduo, do profissional de saúde e da própria organização. Caso não tenham estes conhecimentos há o risco de não corresponderem às expectativas do indivíduo, ou da instituição prestadora de cuidados de saúde. Apesar de os modelos apresentados nesta Dissertação serem três, reconhece-se que a prestação de serviços de saúde se processa num contínuo, que se estende desde o modelo médico até ao modelo social (Worral & Hickson, 2003).

Os principais factores que diferenciam os três modelos são: a comunicação entre o serviço que presta os cuidados e a pessoa a quem estes são prestados; o processo de tomada de decisão; e a dimensão da OMS focada (Worral & Hickson, 2003).

O *modelo médico* foca-se na deficiência e não na pessoa, ou na sua relação com os outros e com a sociedade (Worral & Hickson, 2003). A pessoa que procura os serviços é geralmente denominada por paciente e os problemas que experiencia são referidos como doença ou patologia. O papel do indivíduo é ser um receptor passivo dos cuidados médicos e o controlo da interacção comunicativa é da responsabilidade do profissional de saúde. A popularidade deste modelo assenta essencialmente na sua eficácia em termos de tempo, uma vez que o profissional de saúde assume todas as decisões. É praticado na

maioria dos casos em contexto hospitalar. Apesar de o modelo ser frequentemente criticado por não ter em conta a perspectiva do indivíduo, reconhece-se que existem situações em que o próprio paciente prefere a prática do mesmo.

Entre o *modelo médico* e o *modelo social* encontra-se o *modelo de reabilitação*, que não é tão referenciado na literatura como os dois anteriores. As principais diferenças entre o modelo médico e o de reabilitação estão relacionadas com o foco do processo terapêutico e a tomada de decisão (Worral & Hickson, 2003). A ênfase passa a ser atribuída à pessoa com deficiência (e não à deficiência propriamente dita) e à sua capacidade de funcionar na vida diária. Isto é, para além de se medir a deficiência são tidas em conta as limitações da actividade associadas a esta. Reconhece-se que alguns testes clínicos de deficiência não permitem a percepção de um quadro adequado e completo das dificuldades verificadas no dia-a-dia. O processo de tomada de decisão aplicado neste modelo inclui um maior envolvimento do indivíduo.

No *modelo social* o indivíduo é considerado tendo em conta o contexto em que vive, uma vez que a comunicação inclui uma dimensão social (Worral & Hickson, 2003). O foco da intervenção é a participação na sociedade, e por isso, este é o modelo que mais se relaciona com o nível de participação da OMS. Requer a comunicação entre o indivíduo e o profissional de saúde, sendo o processo de tomada de decisão partilhado entre os dois, pendendo mais para as visões do indivíduo do que no modelo de reabilitação. A pessoa com alterações é considerada um perito na sua condição e por isso, a sua contribuição para o processo terapêutico é crucial (Bing & Duchan, 2005). O objectivo da intervenção não é somente melhorar a capacidade de funcionar no dia-a-dia, mas sim melhorar a qualidade de vida, uma vez que a evolução das capacidades comunicativas nem sempre se traduz no aumento da participação em situações comunicativas.

Na Tabela 1 são apresentados sucintamente os três modelos.

Tabela 1 – Modelos de prestação de cuidados de saúde. Adaptado de Worrall e Hickson (2003).

	Modelo Médico	Modelo de Reabilitação	Modelo Social
Nível principal da actuação	Deficiência	Actividade	Participação
Causa das dificuldades do indivíduo	A sua deficiência	A sua incapacidade de ser funcional em actividades do dia-a-dia	Uma sociedade não inclusiva
Foco da intervenção	Incapacidades comunicativas	Pessoa com alterações de comunicação	Interacção entre a pessoa e a comunidade e redução das barreiras de participação
Objectivo da intervenção	Reduzir a incapacidade	Melhorar a capacidade para funcionar no dia-a-dia	Promover a qualidade de vida
Definição de Incapacidade	Uma doença que tem de ser curada	Uma pessoa que precisa de melhorar as suas capacidades	Uma diferença e não um problema
Quem determina maioritariamente os serviços a receber	O profissional de saúde	O profissional de saúde e o indivíduo	O indivíduo
Processo de tomada de decisão	Directivo, de cima para baixo	Informado	Partilhado, colaboração
Local	Hospital	Unidades de reabilitação	Residenciais, centros comunitários

Diferentes modelos podem ser utilizados apropriadamente em diferentes contextos e a melhor prática em cada caso depende dos valores e objectivos do profissional de saúde, da instituição e do indivíduo. Apesar de o profissional de saúde poder ter uma preferência por um dos modelos, é da sua responsabilidade profissional ser flexível e capaz de se adaptar aos diferentes contextos, isto é, às diferentes necessidades dos indivíduos e instituições (Worrall & Hickson, 2003).

2.3. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A CIF é um sistema de classificação de saúde e dos estados com ela relacionados, desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001. Este documento surge como uma versão extensivamente revista e

aumentada da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), elaborada em 1980.

Define incapacidade em múltiplas dimensões incluindo *Estruturas e Funções do Corpo, Actividades e Participação, e Factores Ambientais*. Desde a sua publicação, a classificação tem sido aplicada para diversos fins: estatísticos; clínicos; pedagógicos; de investigação e de política social. Os seus principais objectivos específicos são: proporcionar uma base científica para compreensão e estudo de dados relacionados com a saúde; estabelecer uma linguagem comum para melhorar a comunicação entre diferentes utilizadores; permitir a comparação de dados entre países, disciplinas e serviços de saúde; proporcionar um esquema de codificação para sistemas de informação de saúde.

Actualmente, é requerido aos profissionais o máximo de funcionalidade com o mínimo investimento em tempo e recursos, o que obriga os profissionais de saúde a fazerem uma gestão de controlo do tempo, esforço e dinheiro (Ross & Wertz, 1999).

De acordo com as directrizes da CIF, o processo terapêutico deve capacitar a pessoa para que esta possa ter uma vida activa e participar em todas as situações de vida. Este objectivo provocou uma mudança na aplicação dos modelos de prestação de serviços de saúde, com implicações nas pessoas com problemas de comunicação.

A mudança implica a passagem do modelo médico para o modelo social. Este último modelo considera que a causa das dificuldades de comunicação pode também estar no contexto/meio. A CIF veio aumentar a consciência de que os factores ambientais tanto podem facilitar como, pelo contrário, podem impedir as funções corporais assim como a participação (Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Patterson & Chapey, 2008), chamando à atenção para a possibilidade do contexto social não ter em conta as necessidades das pessoas com problemas de comunicação (Pound *et al.*, 2002).

Antes da publicação da CIDID, a avaliação e intervenção na afasia estavam centradas na deficiência (Ross & Wertz, 1999). Nas últimas duas décadas os cuidados de saúde focaram a sua atenção na incapacidade e na desvantagem (Ross & Wertz, 1999).

A definição de afasia também foi condicionada por esta mudança na abordagem com a pessoa com incapacidade. Tradicionalmente, a afasia tem sido definida nos termos de deficiência das estruturas e funções do corpo.

Visto que a comunicação é um requisito para a maioria das actividades diárias, o impacto da afasia no desempenho do dia-a-dia pode ser significativo (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

2.4. Avaliação da Afasia

A avaliação da pessoa com afasia é um aspecto muito importante em todo o processo terapêutico. Devido às co-morbilidades, o indivíduo é, frequentemente, submetido a diferentes avaliações por parte dos vários profissionais de saúde que com ele intervêm.

A avaliação é uma apreciação organizada, com objectivos direccionados para os seguintes componentes comunicativos inter-relacionados: cognição, linguagem e pragmática (Patterson & Chapey, 2008). Inclui também avaliação da qualidade de vida do indivíduo, das interacções comunicativas que ocorrem no seio da família e da sociedade e os papéis desempenhados nesses dois contextos (Patterson & Chapey, 2008). A avaliação é feita para determinar as capacidades e incapacidades do indivíduo e perceber como essas áreas podem evoluir.

No fim da Segunda Guerra Mundial, muitos “afasiologistas” tinham consciência de que o processo clínico tinha muitas limitações e de que era necessário desenvolver instrumentos de avaliação mais objectivos (Basso, 2003). Para responder à exigência crescente da reabilitação foram construídos vários testes estandardizados. Estes testes permitem a comparação entre indivíduos com afasia e a população normal, entre indivíduos com afasia e entre grupos de pacientes com lesões semelhantes. Nos anos seguintes, surgiram outros instrumentos de avaliação noutros países e em diferentes línguas (Basso, 2003). Actualmente estão disponíveis novos métodos para determinar alterações de linguagem.

Quando neuropsicólogos dirigiram a sua atenção para modelos normativos do processamento da linguagem e para os dados funcionais

subjacentes que causam os sintomas afásicos, desenvolveram testes para avaliar as diversas componentes do modelo de processamento de linguagem (Basso, 2003). Quando os “afasiologistas” começaram a pensar que a alteração mais importante da afasia era a perda da funcionalidade comunicativa construíram testes focados nas capacidades comunicativas (Basso, 2003).

Uma avaliação precisa, minuciosa e eficaz do indivíduo com afasia é um processo complexo, actualmente assente na prática baseada na evidência.

Existem inúmeros testes de avaliação formal, incluindo avaliações de despiste ou cabeceira (geralmente aplicadas na fase sub-aguda), testes de “screening” (permitem determinar a presença ou ausência de afasia de uma forma rápida), testes de funções linguísticas específicas (“comprehensive examinations”) e testes de comunicação funcional. No entanto, em Portugal, a realidade não é exactamente esta. Muito poucos testes foram/são adequados às necessidades da nossa população.

Vários tipos de avaliação informal podem e devem, também, ser incluídos no processo de avaliação. Observações não estruturadas, tais como registos de fichas clínicas ou conversas informais com os familiares e médicos, ou ainda observações do dia-a-dia, durante outras terapias e ainda de vídeos, podem completar os resultados de avaliações formais.

Existem inúmeros factores que são considerados, consciente ou inconscientemente, na escolha do instrumento de avaliação. Diferentes conceptualizações da afasia supõem diferentes avaliações (Spreeen & Risser, 2003), porque a orientação teórica que o profissional de saúde segue influencia a escolha dos instrumentos de avaliação (Davidson & Worrall, 2000). A construção dos testes é directamente influenciada pelo facto de os seus autores conceberem a afasia como uma perturbação específica de determinadas capacidades ou uma perturbação difusa da comunicação, e ainda se a afasia é vista como uma alteração unitária ou se abrange vários subtipos (Spreeen & Risser, 2003; Ross & Wertz, 2005). Cada teste tem como base uma interpretação explícita ou implícita da natureza da afasia, e cada um tem um objectivo principal distinto (Basso, 2003). Para escolher o instrumento de avaliação a utilizar deve ser tido em conta o objectivo da mesma avaliação (Davidson & Worrall, 2000; Spreeen & Risser, 2003; Patterson & Chapey, 2008).

A recolha do historial clínico é, geralmente, o primeiro passo na avaliação, e não menos importante do que a aplicação dos testes. Deve conter informações sobre a identificação da pessoa com afasia, relativas à sua história clínica, condições físicas e de comunicação, actuais e pré-morbidas, bem como os dados sócio-familiares relevantes e o motivo da consulta (Spreeen & Risser, 2003). Deve ainda contemplar um factor importante nestes casos: a lateralidade. As características pessoais são o que permite caracterizar os padrões de comunicação pré-morbidos e perceber o estilo de vida que a pessoa tinha (Spreeen & Risser, 2003). Esta informação deverá ser discutida com a pessoa com afasia e os seus familiares, para perceber quais os objectivos da avaliação e da intervenção.

Deverá existir uma forte relação entre a definição de linguagem e comunicação do profissional de saúde, a descrição das capacidades linguísticas e comunicativas da pessoa com afasia e os objectivos estabelecidos para a intervenção. É fundamental saber quais as expectativas da pessoa com afasia e dos seus familiares para que isso aconteça, e o processo seja o mais adequado, começando pela avaliação (Spreeen & Risser, 2003; Patterson & Chapey, 2008).

A etiologia pode afectar o prognóstico e pode, também, fazer com que sejam feitas outras considerações no processo de avaliação tendo em conta as co-morbilidades e as alterações relacionadas.

Apesar de a afasia ser considerada uma perturbação da linguagem, há alterações que lhe podem estar associadas: cognitivas, tais como as capacidades de memória, visuo-espaciais, e de resolver problemas; emocionais; físicas (Patterson & Chapey, 2008). Estas condicionantes deverão ser ponderadas, nomeadamente na duração da aplicação do instrumento de avaliação.

A comunicação é uma capacidade contextualizada (Worral *et al.*, 2002) e por isso o próprio local onde a avaliação decorre deverá ser contemplado (Davidson & Worral, 2000; Spreeen & Risser, 2003; Patterson & Chapey, 2008) e tido em conta quer para a escolha do instrumento quer para a interpretação dos resultados. O tempo de evolução da afasia também deverá ser um factor a considerar na escolha do instrumento (Patterson & Chapey, 2008). Os testes

de cabeceira transmitem essa mesma ideia, respeitando a fase sub-aguda em que a pessoa se encontra e o facto de frequentemente, ainda, estar acamada.

Não existe um instrumento que consiga dar resposta a questões sobre classificação, funcionalidade, intervenção e recuperação. Cabe ao terapeuta da fala seleccionar o melhor instrumento para os seus objectivos, não esquecendo que nenhuma bateria pode responder a questões não previstas na sua construção.

2.4.1. Avaliação Funcional da Afasia

A transição do *modelo médico* para o *modelo social* afectou também o foco da avaliação. Nas últimas décadas, instrumentos de avaliação funcional da comunicação têm sido desenvolvidos e estudados, para melhor servirem a prática baseada na evidência e conseqüentemente a população.

A *avaliação funcional* deve focar o nível de incapacidade causada pela afasia, sendo a medição desse nível feita considerando a perspectiva do próprio e dos seus familiares e amigos, principalmente nas referências qualitativas da comunicação (Worral, 1992).

Relativamente à avaliação da leitura e escrita, o instrumento de avaliação deve ser construído de modo a que seja sensível e delineie as necessidades pré-mórbidas e as actuais, as práticas e as interpretações do indivíduo com afasia. Para que a avaliação funcional tenha relevância é necessário que sejam contempladas as diferenças inter- e intra-culturais (Parr, 1996). No entanto, reconhece-se a dificuldade em construir um único instrumento universal que contemple todos os possíveis interesses e níveis de capacidade (Pierce, 1996), sendo que as opções possíveis serão incluir exemplos representativos da comunicação do dia-a-dia ou uma lista de actividades comunicativas seleccionadas pela pessoa com afasia e/ou profissional de saúde. Deve referir-se que existem estudos que sugerem que as actividades comunicativas do dia-a-dia são influenciadas por factores culturais e pelo tipo de alteração comunicativa (Worral *et al.*, 2002).

A importância da inclusão da perspectiva do próprio é reconhecida por inúmeros autores (Frattali, 1992; Worral, 1992; Parr, 1996; Pierce, 1996; Pound

et al., 2002; Spreen & Risser, 2003; Worrall & Hickson, 2003; Bing & Duchan, 2005; Ross & Wertz, 2005; Leal, 2006; Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Hallowell & Chapey, 2008; Patterson & Chapey, 2008; Threats, 2008). A avaliação deve ser *para* a pessoa, *sobre* a pessoa e *com* a pessoa. O primeiro passo do processo deverá ser identificar e aprofundar as preocupações e prioridades da pessoa com afasia e seguidamente avaliar apenas os conteúdos relevantes para a pessoa (Worrall & Cruice, 2005). Não será razoável avaliar tarefas que não são relevantes para o indivíduo, e por outro lado, não é apropriado negligenciar a avaliação de actividades que a pessoa continuará a desempenhar no seu dia-a-dia (Pierce, 1996). Acredita-se que o contributo da pessoa é útil e de grande valor no processo de avaliação e subsequente intervenção (Threats, 2008). Do mesmo modo, é necessária a reflexão sobre os objectivos atingidos e a não evolução da pessoa no seu contexto social (Threats, 2006).

Cada pessoa é única, tem os seus valores, crenças e preferências na gestão do processo clínico. O processo de tomada de decisão é um factor fundamental na metodologia funcional. Apesar de existirem pessoas com afasia que preferem delegar todo o poder de decisão aos profissionais de saúde e/ou aos seus familiares, é preciso considerar a sua opinião. É crucial que a pessoa se sinta como elemento participativo no seu processo terapêutico. Mesmo que a pessoa delegue as decisões noutras pessoas, essa decisão terá sido sua.

Um papel activo na tomada de decisão, ouvir as suas expectativas, perceber os seus interesses, são factores que delineiam a “funcionalidade” da avaliação para a pessoa com afasia.

Para que a avaliação satisfaça as expectativas de todos os elementos envolvidos é essencial que o Terapeuta da Fala tenha um profundo conhecimento sobre os instrumentos de avaliação disponíveis e que considere a avaliação como um processo de aprendizagem contínuo, à medida que o seu conhecimento pessoal se desenvolve e aparecem novos métodos e instrumentos (Spreen & Risser, 2003).

É essencial, também, que o profissional de saúde promova os melhores serviços adequados ao indivíduo, disponibilizando tempo, dedicação e recursos para completar uma avaliação sensível, válida e bem fundamentada, da qual

possa retirar informação para os objectivos de intervenção e os processos mais adequados para cada caso (Patterson & Chapey, 2008).

Para que este facto se verifique é importante que haja uma relação forte entre as perspectivas que o Terapeuta da Fala e o indivíduo têm sobre linguagem, comunicação e os objectivos de intervenção (Patterson & Chapey, 2008). Isto porque, como referido anteriormente, diferentes conceptualizações sobre a afasia estão subjacentes na abordagem ao problema, incluindo a sua avaliação.

De acordo com a CIF, o objectivo da intervenção do Terapeuta da Fala é tornar a comunicação num meio funcional de socialização e participação. Sem instrumentos objectivos na medição de diferenças e evoluções, o processo de avaliação será sempre subjectivo (Leal, 2006).

2.4.2. Avaliação da Afasia pelo Terapeuta da Fala em Portugal

Os instrumentos de avaliação utilizados em Portugal são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2a – Testes utilizados pelos terapeutas da fala em Portugal

Teste	Objectivo	Descrição
BAAL Bateria de Avaliação de Afasias de Lisboa (Castro Caldas, A., 1979; Damásio, A., 1973; Ferro, J., 1986)	Adopta critérios taxonómicos que ajudam a classificar indivíduos com lesão neurológica de etiologia variada, num dos tipos de afasia clássicos e permite determinar o Quociente de Afasia.	Contém diversos sub testes, uns originais, outros adaptados, tais como: escala de gravidade; descrição da figura “O ladrão de biscoitos”; avaliação da linguagem serial e do discurso automático; uma versão curta do Token Test; repetição de frases e dígitos; versão modificada da escala de fluência. O diagnóstico baseia-se nos resultados obtidos em quatro provas fundamentais: fluência; capacidade de compreensão auditiva de material verbal simples; nomeação de objectos por confrontação visual e repetição de palavras.

Tabela 2b – Testes utilizados pelos terapeutas da fala em Portugal (continuação).

Teste	Objectivo	Descrição
BAA Bateria de Avaliação de Alcoitão (Santos, M. E., <i>et al.</i> , sem data) Não aferida; não publicada	Utilizada antes de 1981, no Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, para avaliar pessoas com afasia, sem fins de diagnóstico mas sim de intervenção.	Compilação de várias provas. Algumas destas provas estiveram na origem das provas existentes na BAAL.
AAT Aachen Aphasie Test (Lauterbach, Martins & Ferreira,. 2004)	Avalia as funções da linguagem após uma lesão cerebral. Permite verificar a presença de afasia, traçar um perfil das funções da linguagem nas modalidades de expressão, compreensão, leitura e escrita, e nos níveis linguísticos fonológico, morfológico, semântico e sintáctico.	Inclui seis provas: Produção Espontânea (comportamento comunicativo, articulação e prosódia, produções involuntárias, estrutura semântica, estrutura fonética e estrutura sintáctica); Token Test; Repetição; Linguagem Escrita; Nomeação; Compreensão (oral e escrita). Cada uma tem vários sub testes.
Escala de Funcionalidade para Afásicos (Leal <i>et al.</i> , 1995-2006)	Avalia as mudanças que ocorreram na vida do indivíduo provocadas pela afasia.	Inclui os seguintes domínios: comunicação; interacção social; organização; autonomia; comportamento; vida em casa; auto-imagem; mobilidade; actividade sexual e trabalho. A escala é preenchida pelo terapeuta de acordo com a resposta do indivíduo, evitando exclusão indivíduos analfabetos ou com dificuldades de leitura.
PALPA-P Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português (Castro, Caló e Gomes, 2007)*	Permite ao terapeuta efectuar uma avaliação psicolinguística aprofundada, cuja utilização em contexto de diagnóstico clínico ou de reabilitação, possibilita a selecção de tarefas linguísticas que permitam determinar que aptidões estão afectadas e quais estão intactas.	Consiste em 60 provas diferentes que avaliam quatro áreas da linguagem: Processamento fonológico, Leitura e escrita, Semântica de palavras e imagens e Compreensão de frases. Crianças a partir dos cinco anos até adultos. Permite a análise detalhada das capacidades de reconhecimento, compreensão e produção de palavras e frases, faladas ou escritas.

* Este teste foi referido no questionário erradamente como PAL-POR, uma versão portuguesa experimental da PAL (Psycholinguistic Assessment of Language, de Caplan e Bub – Caplan, D. (1992) *Language*. Cambridge: MIT Press.), ainda em estudo. Por este motivo, pensamos que os resultados apresentados reflectem a frequência de utilização da PALPA-P (disponível em Portugal) e não da PAL-POR (não disponível até à data).

Instrumentos como a BAAL, o PALPA-P e o AAT apenas consideram as capacidades linguísticas descontextualizadas. O PALPA-P permite fazer alguns ajustamentos da avaliação a cada indivíduo, pois inclui tarefas que possibilitam diversas modalidades de resposta - apontar, falar ou escrever, - conforme o caso particular da pessoa. No entanto não privilegia a avaliação da linguagem na sua utilização contextual uma vez que se centra nas capacidades de linguagem sem contemplar a sua funcionalidade. Avalia componentes que são

considerados como vulneráveis tais como a nomeação, compreensão auditiva, leitura e escrita (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

A aplicação deste tipo de testes permite ter a noção dos vários passos envolvidos no processamento linguístico, identificar em que fase do processamento o indivíduo apresenta maiores dificuldades, sendo esse um factor importante para o desenvolvimento do processo terapêutico, nomeadamente na determinação do prognóstico e na elaboração do plano de intervenção. É também necessário ter informação acerca do processamento de descodificação visual para posteriormente ser analisada a fase do processamento em que ocorre a perturbação da nomeação.

No entanto, este tipo de abordagem parece não abranger factores pragmáticos da comunicação, fundamentais para qualificar o desempenho comunicacional. O facto de o indivíduo utilizar a linguagem sem função comunicativa durante as tarefas da avaliação torna-a num processo artificial (Leal *et al.*, 2002).

Numa tentativa de ultrapassar esse obstáculo surgiram, a nível internacional, testes que visam a avaliação funcional da linguagem. Estes dão importância à utilização contextualizada da linguagem em detrimento do seu processamento (Leal *et al.*, 2002).

Em Portugal, o único instrumento culturalmente adaptado, capaz de medir as mudanças que ocorrem num indivíduo depois de ter ficado com afasia é a Escala de Funcionalidade (Leal *et al.*, 1995-2006). Seria pertinente a construção de outros testes que contemplassem a vertente funcional da comunicação, adaptados à nossa cultura e população.

2.4.3. Avaliação da Afasia pelo Terapeuta da Fala no Estrangeiro

Na Tabela 3, são apresentados alguns instrumentos de avaliação utilizados no estrangeiro e frequentemente referidos na literatura.

Tabela 3a - Alguns dos testes referidos na literatura.

Teste	Objectivo	Descrição
FCP Functional Communication Profile	Compara a performance do indivíduo antes e depois da afasia.	Inclui 45 itens com uma escala de 0 a 9 pontos, que o examinador pontua com base na observação de situações de conversação do dia-a-dia, consideradas funções comuns da vida diária. As 5 dimensões consideradas são: movimento, fala, compreensão, leitura e outros comportamentos. Permite a comparação da performance do indivíduo em cada actividade, com os seus níveis de funcionamento pré-morbido.
ASHA-FACS ASHA Functional Assessment of Communication Skills	Dá informação sobre as consequências das incapacidades.	Inclui quatro domínios comunicativos: 1) Comunicação Social; 2) Comunicação de Necessidades Básicas; 3) Leitura, Escrita e Conceitos Numéricos e 4) Planeamento Diário. É uma escala que cota 43 itens numa escala de sete pontos. A cotação baseia-se na observação directa do terapeuta no dia-a-dia do indivíduo, mas pode também basear-se em observações descritas por outros.
CHART Craig Handicap Assessment and Reporting Technique	Permite quantificar os papéis sociais que o indivíduo desempenha e a sua capacidade de se orientar no seu meio/contexto.	Inclui seis domínios: 1) Independência Física; 2) Mobilidade; 3) Ocupação; 4) Integração Social; 5) Auto-Suficiência Económica e 6) Independência Cognitiva. Cada domínio tem até sete questões cada, totalizando 32 questões. Cada um dos domínios tem uma pontuação máxima de 100 pontos, que é considerado o nível de performance típico da média dos indivíduos sem incapacidades.
SOACT Social Activities Survey	Dá informação sobre as actividades sociais, a frequência e parceiros.	As perguntas incluem 20 actividades de lazer, formais e informais, sobre as quais deve ser respondida a frequência e com quem pratica essas mesmas actividades.
PICA Porch Index of Communication Ability	Avalia as respostas verbais, gestuais e gráficas subsequentes a uma lesão cerebral. Permite categorizar a natureza da capacidade do paciente para responder, a modalidade de resposta usada e a qualidade da resposta aos pedidos efectuados.	É constituído por 18 subtestes: 4 verbais, 8 gestuais e 6 gráficos.
CETI Communicative Effectiveness Index	O seu autor defende que os parceiros das pessoas com afasia são as pessoas que se encontram na melhor posição para observar a comunicação da pessoa com afasia no seu dia-a-dia e que as suas percepções sobre as capacidades de comunicação funcional das mesmas são importantes.	Questionário com 16 questões, cotadas pelo parceiro da pessoa com afasia. Estes itens foram desenvolvidos recorrendo a análise de grupo com parceiros de pessoas com afasia, reflectindo por isso a percepção dos mesmos.

Tabela 3b - Alguns dos testes referidos na literatura (continuação).

Teste	Objectivo	Descrição
BOSS Burden of Stroke Scale	Avalia o estado de saúde do paciente designado para quantificar as consequências do AVC no seu bem-estar funcional e psicológico.	Conceptualiza o funcionamento comunicativo com base nas concepções teóricas defendidas pela CIF e operacionaliza-o recorrendo a itens que são cotados pelo próprio indivíduo com afasia, numa <i>Escala de Likert</i> de 0 a 5, com o grau de dificuldade sentido na execução de tarefas comunicativas do dia-a-dia. Considera que as dificuldades sentidas traduzem as limitações da actividade no contexto dos seus objectivos pessoais, expectativas, standards e preocupações. Permite avaliar as consequências negativas das limitações de actividade no seu estado de humor, satisfação com a vida e participação em actividades de vida por si valorizadas.
COMACT Communicative Activities Checklist	Questionário de auto-preenchimento.	Informação é recolhida em formato entrevista com duração aproximada de 20 minutos. É perguntado ao indivíduo com que frequência desempenha cada actividade comunicativa.
CHIEF Craig Hospital Inventory of Environmental Factors	Permite a quantificação dos Factores Ambientais, fornecendo pistas sobre o grau de facilitação ou impedimento dos elementos do meio para as pessoas com incapacidades.	Avalia a frequência e magnitude das barreiras físicas, comportamentais e burocráticas que impedem as pessoas com incapacidades de fazerem o que querem ou precisam. Questionário de rápida aplicação, que pode ser de auto-preenchimento ou preenchido através de entrevista pessoal ou telefónica. Pode ser aplicado a pessoas com ou sem incapacidades, dos 16 aos 95 anos de idade.
POPS Participation Objective, Participation Subjective	Avalia a participação.	Instrumento com 26 itens, com dois sistemas de cotação, que reflectem diferentes perspectivas: a perspectiva do próprio indivíduo sobre a sua incapacidade de participação em actividades em casa e na comunidade e a perspectiva que reflecte os valores padrão da sociedade. Inclui os domínios: Vida doméstica; Áreas de Vida Importantes; Mobilidade; Interacção e Relacionamentos; Vida Comunitária, Recreativa e Cívica.
CDP Communication Disability Profile	Permite investigar o impacto da afasia na vida da pessoa, assim como guiar os serviços sociais e de saúde na prestação de serviços a pessoas com afasia.	Contém itens cuja informação potencia um processo activo na tomada de decisão. Os critérios de resposta não são exclusivamente orais. Explora os factores externos, tais como outras pessoas, afectam a vida da pessoa. Os itens permitem à pessoa com afasia expressar a sua visão e experiência do que é a vida após AVC e o que é a afasia para ela.

Tabela 3c - Alguns dos testes referidos na literatura (continuação).

Teste	Objectivo	Descrição
CADL Communicative Abilities in Daily Living	Avalia as capacidades de comunicação funcional de adultos com alterações neurológicas, através da simulação de actividades da vida diária.	Contém 50 itens que avaliam actividades comunicativas em sete áreas: 1) Leitura, Escrita e Uso numérico; 2) Interação Social; 3) Comunicação Divergente; 4) Comunicação Contextual; 5) Comunicação Não-verbal; 6) "Sequential relationships"; e 7) Humor/Metáforas/Absurdos. Demora aproximadamente 30 minutos.

Os testes referidos são exemplo da grande variedade de métodos de inclusão das actividades comunicativas. No caso do ASHA-FACS foi utilizado um painel de terapeutas da fala e um trabalho de campo também com terapeutas da fala para determinar a selecção dos 43 itens incluídos na avaliação. Relativamente ao CETI, os itens foram desenvolvidos por pessoas com afasia e seus cônjuges, de modo a reflectir os seus valores e as suas actividades da vida diária. No que respeita o CADL-2, foi elaborado um teste piloto com base na observação de pessoas com e sem afasia e nas entrevistas com os familiares. Foram escolhidas algumas actividades consideradas como representativas da maioria dos americanos, controlando minimamente algumas variáveis tais como a idade, o estilo de vida e factores socioeconómicos. Em relação ao FCP, a autora considerou os 45 comportamentos comunicativos que seriam os mais comuns do quotidiano urbano (Worrall *et al.*, 2002).

Apesar dos testes FCP, CADL-2, ASHA-FACS e CETI serem considerados funcionais, existem muitas diferenças entre eles. O FCP é um instrumento de avaliação genérico que utiliza actividades comunicativas simples, tais como as saudações, que não dependem excessivamente do contexto e não são características de nenhuma perturbação. Estas actividades tendem a ser frequentes em todas as culturas e em todas as pessoas. Em oposição, o CADL-2, o ASHA-FACS e o CETI são caracterizados ao nível das actividades comunicativas como específicos para a população. Utilizam actividades simples e complexas típicas de uma perturbação (e.g., AVC e TCE), de um contexto (e.g., comunidade e hospital), ou de uma cultura (e.g., afro-americanos).

Apesar de alguns testes serem desenvolvidos para avaliar a comunicação funcional, em vez de medirem o modo como a pessoa

desempenha as suas actividades diárias, permitem obter mais informação sobre a integridade das funções linguísticas da pessoa (Ross & Wertz, 2005), o que se verifica com o CETI e o ASHA-FACS, que são instrumentos que focam a incapacidade (Worral & Cruice, 2005). O ASHA-FACS não identifica perturbações mas permite a recolha de informação sobre o impacto que as mesmas podem ter (Spreeen & Risser, 2003). Entretanto, existem comportamentos que são frequentemente observados na comunidade e não são passíveis de ser avaliados através destes testes porque não são focados pelos itens que os compõem. Em particular, os instrumentos de avaliação raramente contemplam itens relacionados com a comunicação no emprego (Worral *et al.*, 2002).

Instrumentos de avaliação como o PICA focam a deficiência (Ross & Wertz, 2005), dividindo o processo linguístico em várias modalidades (e.g., compreensão verbal oral, expressão oral, leitura, escrita e gestos) avaliadas através de diferentes tarefas (e.g., nomeação, repetição, correspondência imagem-palavra e leitura em voz alta). O PICA permite a caracterização dos comportamentos linguísticos e não a utilização funcional da comunicação.

O SOCACT é baseado na literatura sobre o AVC e gereontologia. Por outro lado o COMACT é uma “checklist” baseada na literatura sobre afasia (Worral & Hickson, 2003). Estes dois instrumentos permitem uma boa base de conhecimento sobre as actividades e a participação da pessoa, i.e., o número de actividades sociais, a sua frequência e os parceiros comunicativos. No entanto, é necessário aprofundar esta informação com, por exemplo, dados sobre as dificuldades sentidas em cada actividade, com cada parceiro comunicativo.

O CHART pretende medir a capacidade da pessoa com limitações para funcionar como membro do seu lar, participante na sua comunidade e cidadão do mundo. A nível individual, tem como objectivo mostrar como a incapacidade afecta a participação da pessoa na sociedade. A um nível mais geral, permite comparar a eficácia da reabilitação e dos programas sociais na obtenção do objectivo primordial de envolver as pessoas com incapacidades nas suas comunidades. Este tipo de informação é de extrema importância uma vez que duas pessoas com a mesma deficiência, submetidas ao mesmo programa de

intervenção podem funcionar de maneiras diferentes no seu dia-a-dia (Brown, 2006).

O CHIEF é um instrumento que tem como base os factores ambientais, o grau com que estes facilitam ou impedem a participação da pessoa. São poucos os testes que consideram os factores ambientais, o que pode tornar este instrumento muito útil para recolher e explorar informação sobre a qualidade de participação da pessoa com afasia.

O CDP é um instrumento que permite que as pessoas sem recurso à comunicação oral ou escrita se expressem em relação ao processo de tomada de decisão e ao impacto que a afasia tem na sua vida. Estas considerações são fundamentais quando se quer dar um papel activo à pessoa que não comunica oralmente nem através da escrita.

Para terminar esta revisão de alguns instrumentos utilizados na avaliação da afasia, julgamos ser importante referir que por vezes os instrumentos parecem adequados ao problema médico da pessoa. Contudo, se a pessoa não conseguir falar ou escrever, a aplicação pode não ser possível. É por isso preciso ter em conta as limitações quer da pessoa, quer do instrumento para fazer uma escolha consciente e mais adequada a cada caso.

2.5. Sumário

Neste capítulo foram apresentados os três modelos de prestação de serviços de saúde: médico, de reabilitação e social, realçando as suas divergências e a CIF. Foram ainda abordados diferentes factores inerentes ao processo de avaliação da afasia, incluindo a avaliação funcional, e feito um breve levantamento de testes aplicados em Portugal e no estrangeiro.

Capítulo 3: Método

3.1. Introdução

O capítulo descreve as questões de investigação, os respectivos objectivos, o tipo de estudo e os processos de construção e aplicação do instrumento criado para a recolha dos dados. O questionário encontra-se no Anexo 1. Neste capítulo são também apresentados os critérios de selecção e exclusão dos terapeutas da fala e feita a caracterização da amostra. É ainda descrita a análise estatística utilizada neste estudo.

3.2. Questões de Investigação

Com o objectivo de constituírem a base deste estudo, foram elaboradas as seguintes questões de investigação:

- Qual o entendimento que os terapeutas da fala portugueses têm sobre o que representa a afasia?
- Quais os instrumentos de avaliação de afasia que utilizam ou gostavam de ter disponíveis na prática clínica?
- Qual o grau de satisfação que apresentam quanto aos instrumentos de avaliação da afasia existentes em Portugal?
- Qual a necessidade que sentem de serem desenvolvidos novos instrumentos de avaliação?
- Quais os modelos teóricos que influenciam a intervenção dos terapeutas da fala que trabalham com pessoas com afasia?
- Qual o nível da Organização Mundial de Saúde (Deficiência, Actividade ou Participação) mais utilizado pelos terapeutas da fala com pessoas com afasia?
- Qual é o foco da intervenção dos terapeutas da fala quando trabalham com pessoas com afasia?

- Qual é o objectivo da intervenção dos terapeutas da fala quando trabalham com pessoas com afasia?
- Quem determina maioritariamente os serviços a receber pela pessoa com afasia?
- Qual é o processo de tomada de decisão utilizado no trabalho com pessoas com afasia?
- Em que local de trabalho é que cada modelo é mais praticado pelos terapeutas da fala que trabalham com pessoas com afasia?

Embora o questionário tenha sido construído para dar resposta a várias questões, nem todas serão exploradas com a mesma profundidade nesta Dissertação. Ainda assim, considerou-se importante levantar estas questões para que se ressalve que existem muitas implicações quer no processo de avaliação da afasia pelos terapeutas da fala, quer na elaboração de um estudo que foque esse domínio.

3.3. Tipo de Estudo

O presente estudo é do tipo descritivo-correlacional e o método de recolha de dados utilizado foi o questionário (Fortin, 1999). O estudo pretende descrever o processo de avaliação em Terapia da Fala para as pessoas com afasia, na tentativa de caracterizar uma amostra da população de terapeutas da fala e, simultaneamente, determinar a existência de relações entre variáveis, com vista a descrever estas relações.

3.4. Construção e Aplicação do Instrumento de Recolha de Dados

Para a recolha de dados foi elaborado um questionário com vista a obter as opiniões dos terapeutas da fala. A análise da literatura permitiu identificar inúmeros factores relacionados com a avaliação da afasia, o que facilitou a selecção dos conteúdos a incluir no instrumento. Os conteúdos incluídos no

questionário já foram anteriormente abordados no Capítulo 2, onde é referida a sua importância para o processo de avaliação.

Relativamente à forma, também foi consultada bibliografia para orientação, no entanto deve ser referido que a construção do questionário foi um meio para obter os resultados. O questionário em si não foi objectivo de estudo e por isso não foi validado. Com o intuito de esclarecer os terapeutas da fala foi definida com clareza a tarefa e o questionário foi dividido em duas partes (ver Anexo 1):

Parte I – Caracterização da Prática Profissional, para ser preenchida de acordo com as condições de trabalho, independentemente de achar certo ou errado;

Parte II – Necessidades e Desejos na Prática Profissional, para ser preenchida de acordo com os desejos e necessidades.

Estes procedimentos permitiram clarificar o objectivo do estudo junto dos terapeutas da fala. As instruções de preenchimento, assim como a apresentação do estudo, da aluna de Mestrado e da instituição são incluídas no início do questionário. Para assegurar que os inquiridos respondem com sinceridade é-lhes garantido o anonimato das respostas.

Optou-se por incluir duas perguntas de resposta aberta relacionadas com a definição e consequências da afasia. Estas perguntas encontram-se no início do questionário para tentar reduzir o número de não respostas e por se considerarem fundamentais para o preenchimento das restantes perguntas. Estas permitem que o informante se expresse pelas suas próprias palavras e que não seja influenciado pelas opções de resposta, o que poderia impedir uma resposta mais completa (Moreira, 2004).

Quanto ao facto de serem incluídas definições na escala de resposta, optou-se por incluir definições apenas nos extremos, fornecendo ao inquirido um quadro de referência mais concreto para a sua resposta, reduzindo a variabilidade de interpretação dos níveis da escala (Moreira, 2004). A escala inclui cinco pontos por ser o mínimo indicado para uma escala de avaliação subjectiva (Moreira 2004). As escalas de frequência e importância são geralmente unipolares (Moreira, 2004), por isso optou-se por utilizar este tipo de escala (ver Figura 1 e Figura 2). O questionário é de auto-preenchimento.

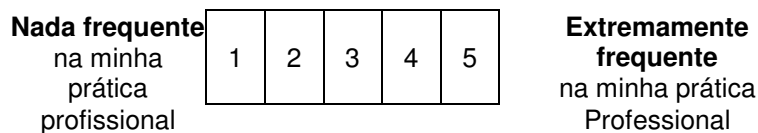


Figura 1 – Escala de frequência utilizada no questionário.

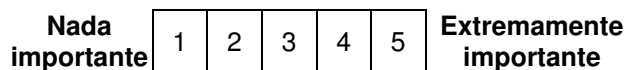


Figura 2 – Escala de importância utilizada no questionário.

A primeira versão do questionário foi distribuída a três terapeutas da fala que trabalham na área da afasia, e que elaboraram comentários escritos relativos aos conteúdos e forma do instrumento. Tendo por base esses comentários foi elaborada a versão final de modo a torná-lo mais claro, conciso e fácil de completar.

3.5. Critérios de Inclusão e Exclusão da Amostra

A Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF) divulgou gentilmente o estudo via correio electrónico a todos os seus associados. Desta colaboração foram recebidas várias respostas de terapeutas da fala que trabalham na área da afasia e que estariam interessados em colaborar. A esses foi enviado o questionário por correio, com envelope de resposta no interior.

Tendo a noção de que nem todos os terapeutas da fala que intervêm na área da afasia são sócios da APTF e no sentido de procurar colmatar este viés, recorreu-se simultaneamente à amostragem não aleatória por conveniência, em que a divulgação foi igualmente efectuada por correio electrónico, e os questionários enviados e devolvidos por correio postal. Pretendeu-se deste modo cobrir o maior número possível de terapeutas da fala.

Dos 62 terapeutas da fala que responderam ao questionário, três foram excluídos por não terem seleccionado a afasia como área de intervenção.

3.6. Caracterização da Amostra

Dos 59 questionários válidos, 54 pertencem a terapeutas do sexo feminino e apenas 5 a terapeutas do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 21 e os 58 anos de idade (ver Tabelas 4 e 6). A grande maioria dos quais (48) tem pelo menos a Licenciatura, e a Escola Superior de Saúde do Alcoitão surge como principal instituição formadora (ver Tabelas 4 e 9). Os locais de trabalho mais referidos são as clínicas privadas (35), hospitais públicos (24), domicílios (17) e hospitais privados (17) (ver Tabela 5). Em média, os inquiridos intervêm na área da afasia há aproximadamente 8 anos (ver Tabela 6). A disartria (47) e a disfagia (43) seguem-se à afasia como áreas de intervenção (ver Tabela 7). Note-se que o mesmo Terapeuta da Fala pode ter referido ter vários graus académicos (ver Tabelas 8 a 13).

Tabela 4 – Caracterização da amostra: sexo e grau de escolaridade.

Características	N
Sexo	
Feminino	54
Masculino	5
Grau de Escolaridade	
Bacharelato	59
Licenciatura	48
Pós-Graduação	7
Mestrado	12
Doutoramento	0

Nota: cada informante pode ter vários graus académicos

Tabela 5– Caracterização da amostra: locais de trabalho.

Características	N
Locais de Trabalho	
Hospital Público	24
Hospital Privado	15
Centro de Saúde	5
Clínica Privada	35
Lar	2
Domicílios	17
Outros	13
Escolas	4
Unidade de Cuidados	3
Continuados	
IPSS	2
CMR	2
Outros	4

Nota: um informante não respondeu

Tabela 6 – Caracterização da amostra: idade e anos de experiência.

	N	Média±DP	Range
Idade (anos)	58	32.09±9.77	21-58
Anos de Experiência na área da Afasia	59	8.22±8.52	0-31

Tabela 7 – Caracterização da amostra: áreas de intervenção

Áreas de Intervenção	N
Afasia	59
Articulação Verbal	38
Autismo	11
Deficiência Auditiva	8
Défices cognitivos	19
Disartria	47
Disfagia	43
Disfluência	11
Linguagem na criança	36
Voz	25
Outras	5

Tabela 8 – Lista das instituições frequentadas no Bacharelato

Bacharelato	N
ESSA	19
ESTSP	2
ESSEm	1
ESSaF	1
Não resposta	2

Tabela 9 – Lista das instituições frequentadas na Licenciatura

Licenciatura	N
ESSA	27
ESTSP	4
ESSEm	7
ESSUA	2
ESS-IPS	1
ESSaF	2
UFP	2
Não resposta	3

Tabela 10 – Lista das instituições frequentadas na Pós-Graduação

Pós-Graduação	N
ESSA	1
ISAVE	1
UCP	1
ISPA	1
Lusíada	1
FCSH-UNL	1
Não resposta	1

Tabela 11 – Lista das instituições frequentadas no Mestrado

Mestrado	N
ESSA-UCP	5
ESSUA	1
FLUL	1
ISPA	1
FCSH-UNL	1
FMH	1
FMUP	1
Não resposta	1

Tabela 12 – Lista das áreas de especialização na Pós-Graduação

Pós-Graduação	
Ciências da Fala	1
Ciências da Linguagem	1
Gestão de Serviços de Saúde	1
Introdução à Neuropsicologia para não psicólogos	1
Motricidade Orofacial	1
Patologia da Linguagem	1

Tabela 13 – Lista das áreas de especialização no Mestrado

Mestrado	
Bioética	1
Ciências da Fala	1
Ciências da Linguagem	1
Desenvolvimento da Criança	1
Disfagia	1
Fonética e Fonologia	1
Patologia da Linguagem	3
Psicologia da Saúde	1
Terapia da Fala	1

3.7. Análise Estatística

Após a recolha dos questionários foi efectuada uma seriação dos mesmos e posterior análise dos dados.

Os dados obtidos através do questionário foram seleccionados, organizados e inseridos numa base de dados, construída no programa informático SPSS (Statistical Package for Social Sciences) *versão 17.0*, para tratamento estatístico.

A estatística inferencial utilizada na análise foi não paramétrica, uma vez que as variáveis utilizadas são ordinais ou nominais. Utilizou-se o teste de Friedman nas análises de variância, seguido de correcção de Bonferroni para as comparações múltiplas. O teste dos Sinais foi utilizado para as comparações de amostras emparelhadas. Calcularam-se possíveis associações entre as variáveis utilizando a correlação de Spearman. O nível de significância utilizado em todos os testes estatísticos foi de 0.05.

3.8. Sumário

Neste capítulo foram apresentadas a metodologia utilizada para a realização do estudo e a caracterização da amostra. As questões de investigação centram-se na caracterização da prática clínica e no levantamento de necessidades dos terapeutas da fala que trabalham na área da afasia. Este é um estudo descritivo-correlacional, que utiliza como método de recolha de dados um questionário construído com esse objectivo. O questionário divide-se em dois grandes tópicos (I – Caracterização da Prática Profissional; II – Necessidades e Desejos na Prática Profissional). O questionário é anónimo e de auto-preenchimento. Inclui duas perguntas de resposta aberta e as restantes são de frequência e importância. A amostragem é não aleatória, por conveniência, e o processo de divulgação do estudo teve a contribuição da APTF. A amostra é constituída por 59 terapeutas da fala, quase exclusivamente do sexo feminino. Os dados foram analisados no programa SPSS, a estatística utilizada foi não paramétrica, e o nível de significância no estudo foi de 0.05.

Capítulo 4: Resultados

4.1. Introdução

O capítulo divide-se em cinco partes: análise das questões de resposta aberta; caracterização da prática profissional; necessidades da prática profissional; comparação entre a caracterização e as necessidades da prática clínica; instrumentos de avaliação.

Relativamente às respostas abertas, apesar de não ter sido efectuada uma análise de conteúdo, achou-se pertinente fazer uma análise de frequências que permitisse elaborar um quadro geral sobre os conhecimentos da definição da afasia e suas consequências.

4.2. Análise das Questões de Resposta Aberta (questões 1 e 2)

A transcrição das respostas às questões 1 e 2 encontra-se no Anexo 2.

Dos 59 terapeutas da fala da amostra analisada, 54 responderam à questão 1 sobre a definição da afasia (ver Tabela 14). A maioria dos terapeutas da fala define afasia como uma perturbação da linguagem, de causa neurológica. Estes resultados espelham uma elevada importância atribuída aos défices linguísticos na caracterização da afasia em detrimento da componente interaccional desta problemática.

Tabela 14 – Análise na questão 1 “O que entende por afasia?”

Caracterização	Perturbação da Linguagem	83.3% (45/54)
	Perturbação da Comunicação	25.9% (14/54)
	Perturbação da Socialização	1.9% (1/54)
Causa	Adquirida	27.8% (15/54)
	Lesão neurológica/cerebral	66.7% (36/54)
Áreas Afectadas	Linguagem	33.3% (18/54)
	Comunicação	18.5% (10/54)
Impacto	No próprio e nos outros	11.1% (6/54)

* As percentagens representadas reflectem a proporção de terapeutas que refere cada um dos tópicos

Cinquenta e cinco terapeutas responderam à questão 2. Apesar da caracterização da afasia estar centrada maioritariamente em aspectos linguísticos, quando questionados sobre as suas consequências, os profissionais de saúde reconhecem o seu impacto a nível comunicativo e social (ver Tabela 15).

Tabela 15 – Análise na questão 2 “Na sua opinião, quais são as consequências da afasia?”

Impacto	Varia de caso para caso	9.1% (5/55)
	Grave	7.3% (4/55)
Níveis afectados	Pessoal	14.5% (8/55)
	Familiar	25.5% (14/55)
	Social	36.4% (20/55)
	Profissional e Educativo	27.3% (15/55)
	Económico	3.6% (2/55)
	Saúde	16.4% (9/55)
	Integridade	16.4% (9/55)
	Qualidade de Vida	14.5% (8/55)
	Comunicação	45.5% (25/55)
	Linguagem	18.2% (10/55)
Deglutição	1.8 % (1/55)	

* As percentagens representadas reflectem a proporção de terapeutas que refere cada um dos tópicos

4.3. Caracterização da Prática Clínica (questões 3; 6; 7; 8; 9 e 12)

Relativamente aos modelos de prestação de cuidados de saúde (questão 12), o *modelo de reabilitação* foi considerado pelos terapeutas como o mais utilizado na prática clínica (N=59; média \pm desvio padrão: 4.23 ± 0.70), seguido do *modelo social* (N=58, 3.64 ± 1.17) e por último surge o *modelo médico* (N=58, 3.02 ± 1.13). Diferenças estatisticamente significativas verificam-se somente entre o modelo médico e o modelo de reabilitação (Teste de Friedman: N=58, $X^2_{(2)}=30.457$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: reabilitação vs. médico $p<0.001$, social vs. médico $p=0.162$, social vs. reabilitação $p=0.071$).

Os terapeutas da fala focam mais a sua actuação no nível de actividade, seguido do nível de deficiência, e por último, no de participação (Teste de Friedman: N=56, $X^2_{(2)}=16.570$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: deficiência vs. actividade $p=0.981$, deficiência vs. participação $p=0.072$, actividade vs. participação $p<0.001$; questão 3, ver Tabela 16). Seguindo os resultados obtidos nos modelos aplicados pelos terapeutas da fala (questão 12), em que o modelo social é mais aplicado do que o médico, seria esperado que o foco na participação fosse mais frequente do que na deficiência. No entanto, os terapeutas focam a sua actuação no nível correspondente ao modelo que afirmam praticar (deficiência – médico; actividade – reabilitação; participação – social; ver Tabela 17). Estes resultados indicam que os terapeutas da fala têm conhecimento dos níveis de actuação subjacentes aos modelos de prestação de cuidados de saúde.

Tabela 16 – Frequência de actuação dos Terapeutas da Fala ao nível da deficiência, actividade e participação (questão 3).

A minha actuação como Terapeuta da Fala tem sido ao nível da:	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Deficiência	57	3.89	1.01	3	4	5
Actividade	56	4.11	0.89	4	4	5
Participação	57	3.39	1.18	3	3	4

Tabela 17 – Correlações das questões 3, 7, 8 e 9 com a questão 12.

		Modelos		
		Médico	Reabilitação	Social
Foco da sua actuação como terapeuta da fala	Deficiência	0.365** (N=56)	0.217 (N=57)	-0.075 (N=56)
	Actividade	0.184 (N=55)	0.339* (N=56)	0.013 (N=55)
	Participação	-0.109 (N=56)	0.208 (N=57)	0.415*** (N=56)
Antes de escolher o instrumento de avaliação, procuro saber quais as expectativas das seguintes pessoas, relativamente à intervenção em Terapia da Fala:	Pessoa com afasia	0.016 (N=58)	-0.289* (N=59)	0.030 (N=58)
	Familiares	-0.026 (N=58)	-0.277* (N=59)	0.136 (N=58)
Quem define critérios para a pessoa com afasia ficar em intervenção	TF	-0.107 (N=58)	0.247 (N=59)	0.249 (N=58)
	Instituição	0.124 (N=54)	0.056 (N=55)	-0.165 (N=54)
	Pessoa com afasia	0.049 (N=56)	0.002 (N=57)	0.081 (N=56)
	Familiares da pessoa com afasia	0.142 (N=56)	-0.077 (N=57)	0.149 (N=56)
Envolve o indivíduo		-0.277* (N=58)	0.085 (N=59)	0.214 (N=58)
De que forma(s) envolve o indivíduo nas tomadas de decisão:	Escolha do instrumento de avaliação	-0.055 (N=56)	-0.259 (N=56)	0.002 (N=56)
	Escolha das áreas a avaliar	-0.139 (N=56)	-0.211 (N=56)	0.232 (N=56)
	Definição dos objectivos terapêuticos	-0.179 (N=57)	-0.097 (N=57)	0.256 (N=57)

*p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001

A consideração quer da expectativa da própria pessoa quer dos seus familiares antes da escolha do instrumento, parecem não ser factores determinantes na prática clínica dos terapeutas da fala (questão 6; ver Tabela 18; N=59; Teste de Sinais: pessoa com afasia vs. familiares $p=0.454$), sendo os terapeutas que mais frequentemente utilizam o modelo de reabilitação, os que menos consideram as expectativas da pessoa com afasia e seus familiares (ver Tabela 17). Alguns sugerem, ainda, procurar saber quais as expectativas de outros profissionais de saúde envolvidos no caso e de outros interlocutores.

Tabela 18 – Frequência com que as expectativas das pessoas em relação à intervenção são tidas em conta (questão 6).

Antes de escolher o instrumento de avaliação, procuro saber quais as expectativas das seguintes pessoas, relativamente à intervenção em Terapia da Fala:	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Pessoa com afasia	59	3.17	1.40	2	4	4
Familiares	59	3.07	1.40	2	3	4
Outras	14	3.64	1.00	3	4	4

No que se refere aos intervenientes que definem os critérios para que a pessoa com afasia fique em intervenção (questão 7; ver Tabela 19), o terapeuta é o principal responsável por esta decisão, enquanto os restantes intervenientes desempenham um papel menos activo (Teste de Friedman: $N=54$, $X^2_{(3)}=56.884$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: Terapeuta da Fala vs. instituição $p<0.001$, Terapeuta da Fala vs. pessoa com afasia $p<0.001$, Terapeuta da Fala vs. familiares $p<0.001$, instituição vs pessoa com afasia $p=0.871$, instituição vs familiares $p=0.256$, pessoa com afasia vs familiares $p=0.114$). A definição dos critérios não se correlaciona significativamente com nenhum dos modelos utilizados (ver Tabela 17). Seriam esperadas, pelo menos, algumas correlações significativas (e.g. Terapeuta da fala – modelo médico; pessoa com afasia – modelo social).

Tabela 19 – Pessoas que definem os critérios para que o indivíduo com afasia fique em intervenção (questão 7).

Quais as pessoas que definem os critérios considerados para que o indivíduo fique em intervenção terapêutica?	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Terapeuta da Fala	59	4.58	0.75	4	5	5
Instituição	55	3.31	1.41	2	3	5
Pessoa com afasia	57	3.14	1.32	2	3	4
Familiares das pessoas com afasia	57	2.89	1.30	2	3	4
Outros	14	3.64	1.50	2.75	4	5

De um modo geral os terapeutas da fala tendem a envolver o indivíduo nas tomadas de decisão (questão 8; N=59; 4.08 ± 0.93), no entanto verifica-se uma correlação negativa e significativa com o modelo médico (ver Tabela 17), o que está de acordo com a definição dos modelos (ver Tabela 1 no Capítulo 2). No que diz respeito ao envolvimento do indivíduo nas tomadas de decisão, seria de esperar uma correlação mais forte com a prática do modelo social. Este resultado poderá traduzir dificuldades no envolvimento da pessoa com afasia no processo de tomada de decisão que poderão estar relacionadas com a instituição, o Terapeuta da Fala ou com a pessoa com afasia (Worrall & Hickson, 2003). A instituição poderá achar que a metodologia requer demasiado tempo ou que a pessoa com afasia será demasiado exigente. O Terapeuta da Fala poderá achar que: existem determinadas informações que serão demasiado complexas e eventualmente poderão preocupar as pessoas desnecessariamente; a decisão tomada pela pessoa poderá não ir de encontro às suas expectativas; a pessoa poderá tomar uma decisão e se alguma coisa correr mal poderá culpá-lo. A pessoa com afasia poderá não querer tomar decisões.

As respostas à questão 9 reflectem que o envolvimento do indivíduo nas tomadas de decisão não se revela nas hipóteses referidas no questionário, excepto na definição dos objectivos terapêuticos (Teste de Friedman: N=56, $X^2_{(2)}=87.713$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: áreas a avaliar vs. escolha do instrumento $p=0.105$, definição de objectivos vs. escolha do instrumento $p=0.069$, definição de objectivos vs. áreas a avaliar $p<0.001$; ver Tabela 20). Contudo não se verificam correlações significativas com nenhum dos modelos. Alguns terapeutas referem que envolvem o indivíduo nas escolhas do tipo de actividades terapêuticas e materiais a utilizar nessas mesmas actividades.

Tabela 20 – Formas de envolvimento do indivíduo nas tomadas de decisão (questão 9).

De que forma(s) envolve o indivíduo nas tomadas de decisão:	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Escolha do instrumento de avaliação	56	1.55	0.81	1	1	2
Escolha das áreas a avaliar	56	1.84	1.11	1	1	2
Definição dos objectivos terapêuticos	57	3.86	0.99	3	4	5
Outras	14	4.21	0.70	4	4	5

Resumindo, estes resultados indicam que os terapeutas da fala têm conhecimento sobre os níveis de actuação dos respectivos modelos de prestação de cuidados de saúde que aplicam. No entanto, e apesar de os terapeutas afirmarem envolver o indivíduo com afasia no processo clínico, seria de esperar uma maior relação deste envolvimento com o modelo social e de reabilitação. O envolvimento do indivíduo parece cingir-se apenas à definição dos objectivos terapêuticos. O terapeuta da fala mantém, ainda, um papel crucial nas decisões independentemente do modelo aplicado, nomeadamente nos critérios para que a pessoa com afasia fique em intervenção.

4.4. Necessidades da Prática Profissional (questões 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23)

Relativamente à necessidade que os terapeutas manifestam na aplicação dos modelos (questão 23), o *modelo social* surge como aquele que deveria ter maior relevância ($N=58, 4.47 \pm 0.73$), seguido do *modelo de reabilitação* ($N=58, 4.17 \pm 0.75$), e por último do *modelo médico* ($N=58, 2.84 \pm 1.01$). Neste caso as diferenças significativas surgem entre o *modelo médico* e os restantes modelos (Teste de Friedman: $N=58, X^2_{(2)}=61.147, p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: reabilitação vs. médico $p<0.001$, social vs. médico $p<0.001$, social vs. reabilitação $p=0.101$). Estes resultados indicam que os terapeutas da fala estão conscientes das directrizes da CIF, que orientam o processo terapêutico para capacitação da pessoa de modo a que esta possa ter uma vida activa e participar em todas as situações de vida.

Os terapeutas que dão mais importância ao *modelo social* na sua prática clínica consideram ser importante avaliar o envolvimento da pessoa com afasia nas tomadas de decisão fora do contexto terapêutico (questão 17; ver Tabelas 21 e 22). Já o reconhecimento da pessoa com afasia, como sendo capaz de contribuir para o processo terapêutico, não se correlaciona significativamente com a importância dada a qualquer um dos modelos teóricos subjacentes à prática clínica (questão 18; ver Tabelas 21 e 23).

Tabela 21 – Correlações das questões 17, 18, 19, 20, 21 e 22 com a questão 23

	Modelos			
	Médico	Reabilitação	Social	
Importância de avaliar o envolvimento da pessoa com afasia nas tomadas de decisão fora do contexto terapêutico	-0.089	-0.209	0.294*	
Importância no reconhecimento da pessoa com afasia como sendo capaz de contribuir para o processo terapêutico	-0.031	0.008	0.004	
Importância do foco da actuação como terapeuta da fala	Deficiência	0.359**	0.276*	-0.048
	Actividade	0.160	0.301*	0.105
	Participação	-0.156	0.115	0.273*
Importância dos factores na intervenção	Défices linguísticos	0.406**	0.410***	-0.213
	Alterações de comunicação	0.174	0.254	0.037
	Interacção	-0.259*	0.075	0.232
	Barreiras de participação	-0.222	-0.026	0.349**
Importância dos objectivos na intervenção	Reabilitação dos défices linguísticos	0.437***	0.469***	-0.204
	Identificar ou reduzir as limitações da actividade	-0.041	0.203	0.306*
	Identificar ou diminuir as restrições de participação	-0.002	0.069	0.251
	Promover a qualidade de vida	-0.044	-0.326*	0.368**
Importância do tipo de processo de tomada de decisão	Terapeuta decide	0.388**	0.099	-0.032
	Com conhecimento	0.188	-0.030	0.115
	Em colaboração	-0.230	0.008	0.310*

Tabela 22 – Importância atribuída à avaliação do envolvimento da pessoa com afasia nas tomadas de decisão fora do contexto terapêutico (questão 17).

	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Qual a importância de avaliar o envolvimento da pessoa com afasia nas tomadas de decisão fora do contexto terapêutico	58	4.57	0.60	4	5	5

Tabela 23 – Importância do reconhecimento da pessoa com afasia como sendo capaz de contribuir para o processo terapêutico (questão 18).

	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Qual a importância em reconhecer a pessoa com afasia como sendo capaz de contribuir para o processo terapêutico	58	4.67	0.54	4	5	5

Relativamente aos níveis de actuação (questão 19), verifica-se uma gradação que atribui maior pontuação à participação, uma pontuação média à actividade e menor pontuação à deficiência (Teste de Friedman: $N=58$, $X^2_{(2)}=62.636$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: deficiência vs. actividade $p<0.001$, deficiência vs. participação $p<0.001$, actividade vs. participação $p<0.001$; ver Tabela 24). A importância atribuída à actuação dos terapeutas ao *nível da deficiência* (ver Tabela 21) encontra-se significativa e positivamente correlacionada com a importância dada ao *modelo médico e de reabilitação*. Terapeutas que valorizam muito a actuação ao *nível da actividade* tendem a ser aqueles que mais defendem o *modelo de reabilitação*. A actuação ao *nível da participação* é privilegiada por aqueles que preferem o *modelo social*. O facto da actuação ao nível da deficiência se relacionar com os modelos médico e de reabilitação aponta para o carácter contínuo na aplicação prática dos modelos.

Tabela 24 – Importância dada aos níveis de actuação (questão 19).

		N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Qual a importância que deve ter cada um dos seguintes níveis de actuação	Deficiência	58	3.63	0.95	3	4	4
	Actividade	58	4.38	0.59	4	4	5
	Participação	58	4.81	0.44	5	5	5

Em relação aos factores a considerar na intervenção (questão 20), os défices linguísticos têm menor importância do que factores como a interacção e a participação (Teste de Friedman: $N=59$, $X^2_{(3)}=49.377$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: alterações vs. défices $p<0.001$, interacção vs. défices $p<0.001$, barreiras vs. défices $p<0.001$; interacção vs alterações $p=0.481$; barreiras vs alterações $p=0.815$; barreiras vs interacção $p=0.727$; ver Tabela 25). A relevância atribuída à *reabilitação dos défices linguísticos* da pessoa com afasia surge associada à importância dada aos *modelos médico e de reabilitação* (ver Tabela 21). Por outro lado, *intervenção ao nível das alterações de comunicação* não surge associada a nenhum dos modelos. No que respeita à *interacção entre a pessoa e a comunidade* é visível uma correlação negativa significativa com o *modelo médico*. Por último a *intervenção ao nível das barreiras que se colocam à participação* da pessoa com afasia surge correlacionada positiva e significativamente com a classificação dada ao *modelo social*. Estes resultados indicam que, de um modo geral, os terapeutas relacionam o foco de intervenção ao respectivo modelo de prestação de cuidados de saúde.

Tabela 25 – Importância de diferentes factores na intervenção (questão 20).

		N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Qual a importância que deve ter, na intervenção, cada um dos seguintes factores	Défices linguísticos	59	4.02	0.94	3	4	5
	Alterações de comunicação	59	4.69	0.59	4	5	5
	Interacção entre a pessoa e a comunidade	59	4.81	0.43	5	5	5
	Redução das barreiras que se colocam à participação	59	4.76	0.50	5	5	5

Os objectivos que os terapeutas da fala consideram mais importantes na intervenção estão relacionados com a participação e a qualidade de vida (Teste de Friedman: $N=58$, $X^2_{(3)}=61.678$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: reabilitação défices vs limitação actividade $p<0.001$, reabilitação défices vs restrição participação $p<0.001$; reabilitação défices vs qualidade de vida $p<0.001$; restrição participação vs limitação actividade $p=0.234$; qualidade de vida vs limitação actividade $p<0.001$; qualidade de vida vs restrição participação $p=0.390$; questão 21; ver Tabela 26). Em relação à importância dada aos *objectivos na intervenção*, verificam-se correlações significativas

positivas entre: os modelos médico e de reabilitação e a reabilitação dos défices linguísticos; o modelo social e a identificação ou redução das limitações da actividade; e o modelo social e a promoção da qualidade de vida. A identificação ou diminuição das restrições de participação não se correlacionou significativamente com nenhum dos modelos (ver Tabela 21). Os resultados obtidos dão indicação de que os terapeutas têm alguma noção do objectivo de intervenção dos respectivos modelos.

Tabela 26 – Peso que diferentes objectivos deveriam ter na avaliação (questão 21).

		N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Qual o peso que cada um dos objectivos deve ter na intervenção	Reabilitar os défices linguísticos	58	4.02	0.87	3	4	5
	Identificar ou reduzir as limitações da actividade	59	4.59	0.62	4	5	5
	Identificar ou diminuir as restrições de participação	58	4.76	0.54	5	5	5
	Promover a qualidade de vida	59	4.91	0.34	5	5	5

Os terapeutas reconhecem a importância de um processo de tomada de decisão colaborativo, em que os vários intervenientes desempenham um papel activo (Teste de Friedman: $N=58$, $X^2_{(2)}=90.188$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: Terapeuta da Fala decide vs indivíduo e familiares têm conhecimento $p=0.009$; Terapeuta da Fala decide vs colaboração $p<0.001$; colaboração vs indivíduo e familiares têm conhecimento $p<0.001$; questão 22; ver Tabela 27). No que respeita aos processos de tomada de decisão (ver Tabela 21 e 27) a valorização do *modelo médico* surge associada à ideia que o Terapeuta da Fala decide o quê e como fazer. A importância do conhecimento do indivíduo com afasia, bem como dos seus familiares, das diferentes opções possíveis, mas em que é o Terapeuta da Fala que decide não se encontra significativamente correlacionada com a preferência por nenhum dos modelos. A colaboração entre o Terapeuta da Fala e o indivíduo e seus familiares é valorizada por aqueles que consideram o *modelo social* como mais relevante. Quer o modelo médico quer o modelo social surgem associados aos tipos de processo de tomada de decisão que os caracterizam (ver Tabela 1 no Capítulo 2).

Tabela 27 – Importância dada a diferentes processos de tomada de decisão na prática clínica (questão 22).

		N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Qual a importância que devem ter os seguintes processos de tomada de decisão na prática clínica	O Terapeuta decide o quê e como fazer	59	2.53	1.01	2	3	3
	O indivíduo com afasia e os seus familiares têm conhecimento das diferentes opções possíveis mas é o Terapeuta que decide	59	2.92	1.12	2	3	4
	Colaboração entre o Terapeuta e o indivíduo e seus familiares	59	4.78	0.49	5	5	5

Os resultados relativos às necessidades da prática clínica indicam, mais uma vez, que os terapeutas têm conhecimento sobre os níveis de actuação (questão 19), e ainda dos processos de tomada de decisão (questão 22) dos respectivos modelos de prestação de cuidados de saúde. Contudo, nos resultados obtidos relativos ao foco (questão 20) e aos objectivos da intervenção (questão 21), este conhecimento parece não ser tão claro.

O carácter contínuo da aplicação dos modelos torna-se perceptível em alguns dos itens das questões (19a; 20a; 21a), que acabam por surgir correlacionados quer com o modelo médico quer com o modelo de reabilitação.

4.5. Comparação entre a Caracterização e as Necessidades da Prática Clínica

Diferenças significativas entre a caracterização da prática clínica e as necessidades surgem apenas para o *modelo social* (N=58, Teste de Sinais: modelo médico $p=0.458$; modelo reabilitação $p=1.000$; modelo social $p<0.001$; ver Figura 3). Esta discrepância sugere a necessidade de uma melhor adaptação da prática clínica e gestão dos serviços de saúde ao modelo social.

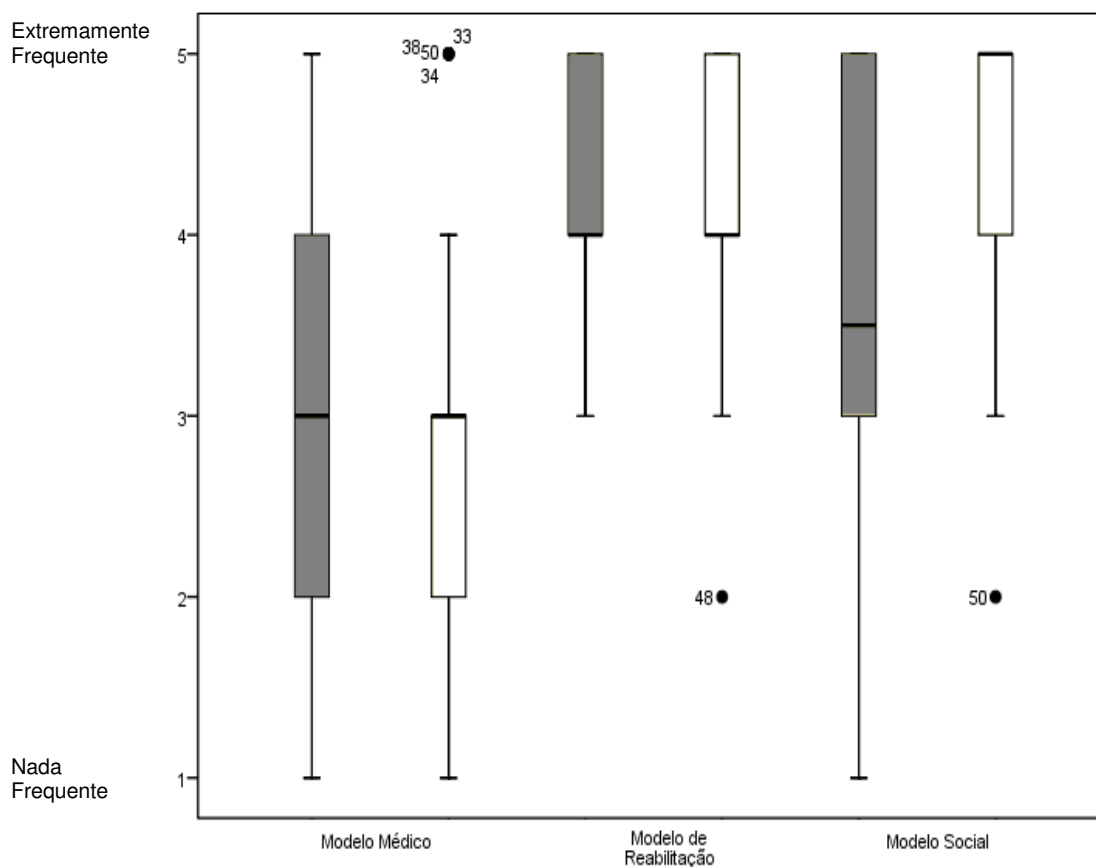


Figura 3 – Comparação da utilização dos modelos (médico, reabilitação e social) na prática clínica (■) (questão 12) com a relevância que os terapeutas consideram que estes deveriam ter (□) (questão 23).

Quer na prática clínica quer nas necessidades, o *modelo médico* surge em último lugar. Este facto pode estar relacionado com a actual preocupação em satisfazer as necessidades e expectativas da pessoa com afasia.

A relação entre a utilização dos diferentes modelos (médico, reabilitação e social) na prática profissional e a importância que os terapeutas lhe atribuem encontra-se aprofundada na Tabela 28. Terapeutas da fala que baseiam muito a sua intervenção no modelo médico tendem a valorizar a importância quer do modelo médico, quer do de reabilitação na prática clínica. Aqueles que utilizam muito o *modelo de reabilitação* tendem igualmente a valorizá-lo quanto à sua importância, ao mesmo tempo que vêm pouca necessidade na utilização do *modelo social*. Os que baseiam muito a sua prática no *modelo social* tendem igualmente a dar-lhe relevância. Estas correlações parecem indicar que a discrepância do *modelo social* entre a prática e as necessidades (Figura 3) se

deve na sua maioria aos profissionais que já aplicam o *modelo social* e não tanto aos que aplicam os outros dois modelos.

Tabela 28 – Valores de correlação entre os modelos de prestação de cuidados de saúde aplicados na prática clínica (questão 12) e o modelo desejado (questão 23) (N=58).

		Necessidades		
		Médico	Reabilitação	Social
Prática Profissional	Médico	0.546***	0.317*	-0.212
	Reabilitação	0.232	0.572***	-0.353**
	Social	-0.122	-0.033	0.378**

*p≤0.05; **p≤0.01; ***p≤0.001

4.6. Instrumentos de Avaliação (questões 4, 5, 10, 11, 13, 14, 15, 16)

Quando inquiridos acerca dos objectivos da avaliação (questão 4; ver Tabela 29) os Terapeutas referem seguir frequentemente todos os que são apresentados no questionário, (Teste de Friedman: N=58, $X^2_{(2)}=17.077$, $p<0.001$; Teste de Sinais com correcção de Bonferroni: intervenção vs. diagnóstico $p=0.408$, intervenção vs. objectivos $p=0.069$, diagnóstico vs. objectivos $p<0.001$; ver Tabela 18), revelando uma ligeira preferência pela definição dos objectivos da intervenção.

Tabela 29 – Objectivos da avaliação (questão 4).

Quando avalio um indivíduo com afasia pela primeira vez, faço-o com o objectivo de:	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Determinar a pertinência de uma intervenção	59	4.25	1.01	4	5	5
Estabelecer um diagnóstico	58	4.12	0.99	4	4	5
Definir o(s) objectivo(s) da intervenção	58	4.66	0.48	4	5	5

Relativamente à escolha dos instrumentos de avaliação (ver Tabela 30), os terapeutas têm em conta com maior frequência o objectivo da avaliação. Por outro lado, as expectativas da pessoa e a duração da avaliação são os aspectos tidos em conta com menor frequência. Sabendo que o modelo de prestação de cuidados de saúde mais utilizado pelos terapeutas da fala é o de reabilitação (seguido do social), seria de esperar que as expectativas da pessoa com afasia tivessem um maior peso na escolha do instrumento, mas tal

como observado na questão 6 isso não se verificou. Os resultados obtidos nesta questão podem estar condicionados pelo reduzido leque de instrumentos disponíveis, o que poderá impedir a consideração de alguns dos aspectos analisados na questão.

Tabela 30 – Considerações na escolha do instrumento de avaliação (questão 5).

A escolha do instrumento de avaliação tem em conta:	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
As características pessoais da pessoa com afasia	59	3.37	1.40	2	4	4
As expectativas da pessoa com afasia	59	2.56	1.28	1	3	3
O objectivo da avaliação	59	4.34	0.82	4	4	5
O local onde a pessoa está inserida	59	3.51	1.43	2	4	5
A etiologia da afasia	59	3.49	1.30	2	4	5
A severidade percebida informalmente	59	3.64	1.24	3	4	5
A duração da avaliação	59	2.93	1.41	1	3	4
Os instrumentos de avaliação disponíveis	59	3.90	1.31	3	4	5

Da observação da Figura 4 (questão 10) destaca-se a importância do teste formal BAAL, bem como dos testes informais desenvolvidos pelos próprios. Pode-se, também, observar a existência de poucos “outliers” (°) e extremos (*), o que indica que são poucos os terapeutas que não utilizam os mesmos testes que a maioria do grupo.

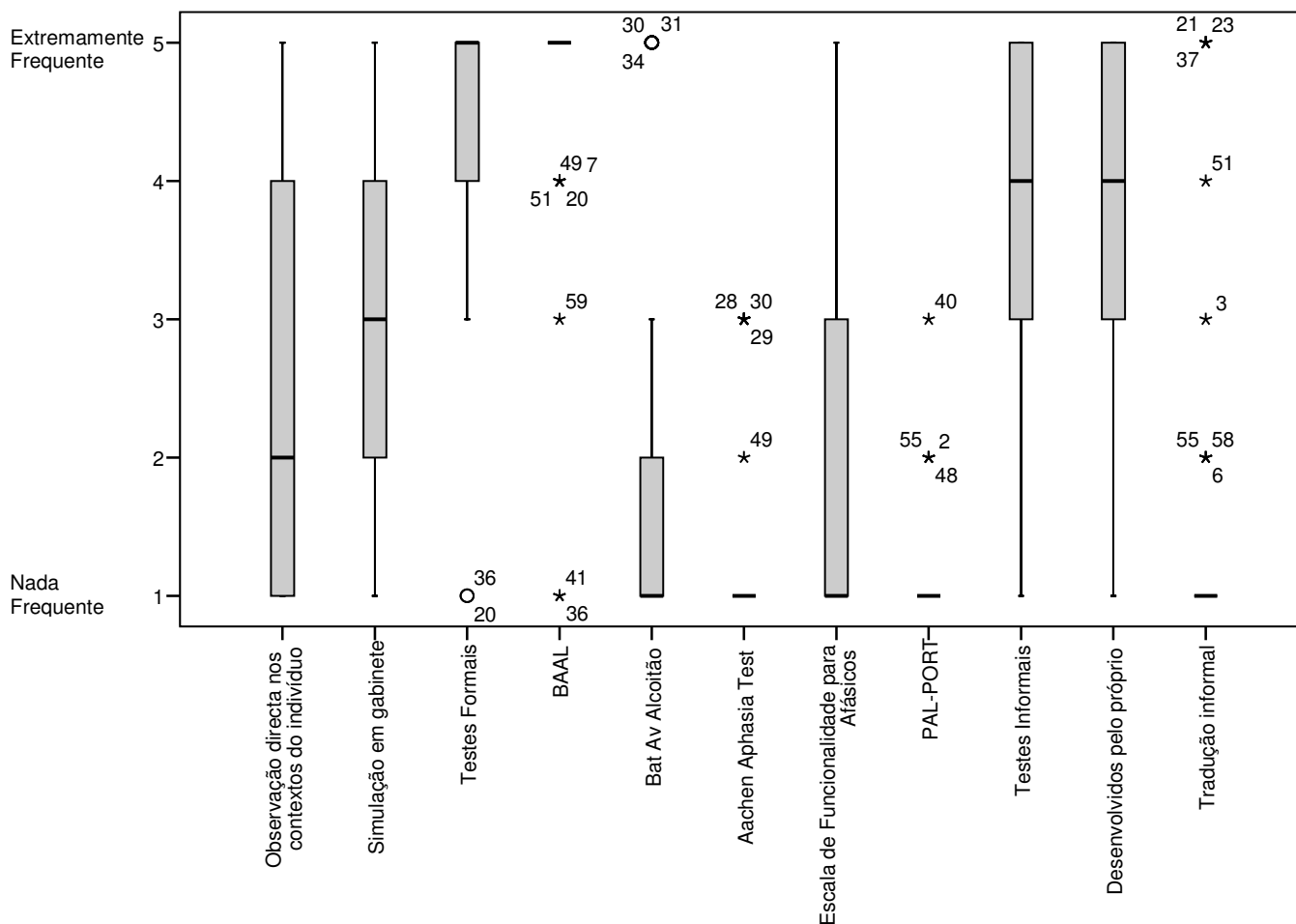


Figura 4 – Formas de avaliação utilizadas pelas terapeutas da fala (questão 10).

O facto de os terapeutas recorrerem mais à simulação em gabinete do que à observação directa no contexto do indivíduo poderá estar relacionado com a logística da instituição onde trabalham. Muitas instituições requerem aos profissionais o máximo de funcionalidade com o mínimo investimento em tempo e recursos, o que obriga os profissionais de saúde a fazerem uma gestão de controlo do tempo, esforço e dinheiro (Ross & Wertz, 1999), que não facilita o acompanhamento do indivíduo ao seu contexto. Os testes formais são utilizados com maior frequência do que os testes informais, provavelmente por permitirem a obtenção de dados fiáveis e comparáveis com dados de outros indivíduos ou de uma re-avaliação.

A maioria dos inquiridos utiliza a BAAL, sendo que uma das razões que poderá explicar este resultado é o facto de este ser um teste abordado durante a formação académica e com grande divulgação dentro do meio terapêutico. Os outros testes referidos são mais recentes do que a BAAL, o que também

poderá ter influenciado o resultado obtido, uma vez que possivelmente não serão tão divulgados e abordados. A maioria dos profissionais de saúde também recorre a instrumentos informais, optando, quase todos, por instrumentos desenvolvidos pelo próprio em detrimento de traduções informais de testes existentes no estrangeiro. Os testes desenvolvidos pelo próprio profissional de saúde poderão colmatar algumas das necessidades sentidas pelos terapeutas e pelas próprias pessoas com afasia, no entanto carecem de critérios metodológicos que os tornem válidos para a população.

Para além dos testes formais referidos anteriormente, um grande número de terapeutas da fala inquiridos conhece também o FCP, o ASHA-FACS e o PICA, sendo que o ASHA-FACS é, de longe, o que mais terapeutas gostariam de ter disponível na sua prática clínica (ver Figura 5). Para além do PICA e do FCP, a grande maioria desconhece os restantes testes, referindo que os gostaria de ter disponíveis.

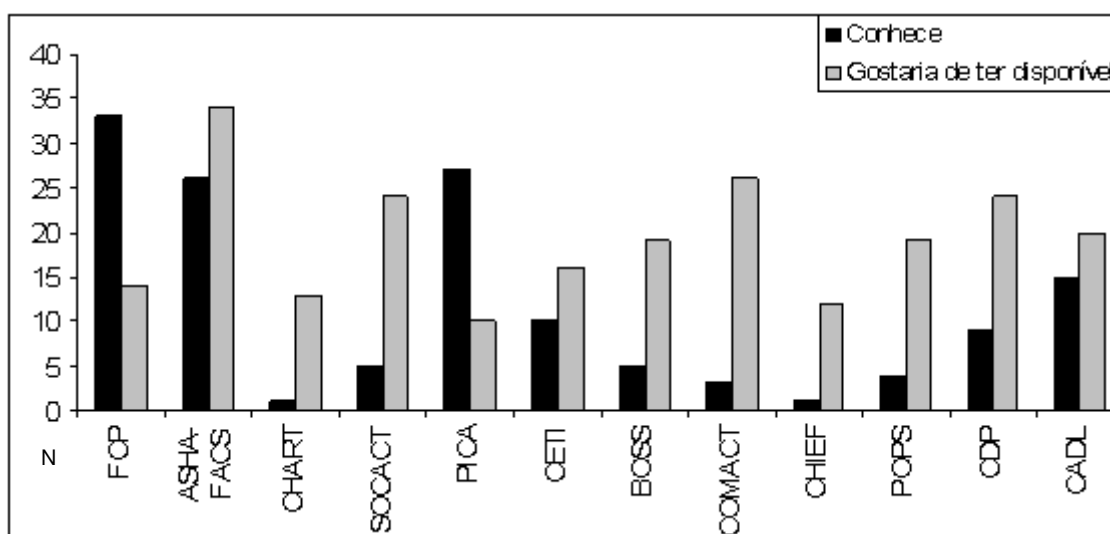


Figura 5 – Instrumentos que os terapeutas da fala conhecem e gostariam de ter disponíveis (questão11).

O instrumento mais conhecido pelos terapeutas da fala é o FCP (ver Figura 5). Mais uma vez o facto de ser o teste mais antigo poderá explicar o resultado. Simultaneamente, muitos dos estudos com testes mais recentes fazem uso de uma comparação com testes mais antigos e/ou semelhantes, onde frequentemente está incluído o FCP, o que faz dele um teste amplamente referido na literatura. Curiosamente, existe uma discrepância entre conhecer o

teste em detrimento de gostar de o ter disponível. O mesmo se verifica com o PICA, que é o segundo teste mais conhecido. O FCP permite uma análise que testes mais recentes também permitem, com uma maior participação da pessoa com afasia, enquanto o PICA é um teste que foca a deficiência (Ross & Wertz, 2005). Estes factores poderão explicar o facto de poucos terapeutas os quererem ter disponíveis. Os testes que maior número de terapeutas gostaria de ter disponíveis são o ASHA-FACS; o SOCACT e o COMACT.

Dos 59 terapeutas da fala, 54 referiram não existirem instrumentos de avaliação suficientes em Portugal, os restantes cinco são de opinião contrária (questão 13). Cinquenta e oito terapeutas da fala referiram ser necessário desenvolver novos instrumentos de avaliação e apenas um referiu que não (questão 14). Relativamente ao tipo de instrumento a desenvolver 42 referiram bateria, 37 entrevista, 28 “checklist”, 16 teste e 10 outro tipo de teste (questão 15). A insatisfação relativa aos instrumentos de avaliação disponíveis para a nossa população, traduz uma necessidade urgente da construção de novos instrumentos.

No que se refere aos diferentes aspectos que deverão ser tidos em conta na construção de novos instrumentos de avaliação, os terapeutas atribuíram uma grande importância a todos os aspectos apresentados no questionário (ver Tabela 31). Estes resultados podem estar relacionados com o facto de os testes disponíveis para a população portuguesa não contemplarem a maioria destes factores, sendo que o seu foco principal são os défices linguísticos.

Tabela 31 – Importância de diferentes aspectos a serem contemplados pelos instrumentos de avaliação (questão 16).

Em que medida considera importante que um instrumento de avaliação da afasia contemple cada um dos aspectos	N	Média	DP	P25%	Mediana	P75%
Actividades pré-afasia	58	4.26	0.89	4	4.5	5
Actividades actuais	58	4.48	0.73	4	5	5
Participação pré-afasia	58	4.19	0.98	3	5	5
Restrições à participação	57	4.37	0.86	4	5	5
Barreiras	55	4.29	0.94	4	5	5
Facilitadores	58	4.29	0.96	4	5	5
Satisfação pessoal relativa às actividades	58	4.33	1.00	4	5	5
Satisfação pessoal relativa à participação	58	4.36	0.95	4	5	5
Outros	2	5		5	5	5

4.7. Sumário

Os terapeutas da fala inquiridos caracterizam a afasia centrando-se nos aspectos linguísticos, no entanto, também reconhecem o seu impacto ao nível comunicativo e social.

A sua prática clínica caracteriza-se pela utilização mais frequente do modelo de reabilitação e pela actuação ao nível da actividade. Relativamente às necessidades sentidas pelos terapeutas da fala, o modelo social surge como o modelo que acham que deveria ter maior importância, e a participação como nível de actuação que maior relevância deveria ter.

Os resultados obtidos traduzem uma insatisfação relativa aos instrumentos actualmente disponíveis para a população portuguesa, o que traduz uma necessidade urgente em desenvolver novos instrumentos.

Capítulo 5: Conclusões

5.1. Introdução

O capítulo sintetiza o estudo elaborado, dando ênfase aos resultados mais importantes. São feitas referências às limitações de estudo e feitas sugestões para trabalhos futuros.

5.2. Conclusões

A afasia é definida pelos terapeutas da fala, na sua maioria, como uma perturbação da linguagem de causa neurológica. Seria de esperar que esta conceptualização condicionasse o processo de avaliação (Spren & Risser, 2003), orientando os terapeutas para a aplicação do modelo médico. No entanto, os terapeutas afirmam aplicar com maior frequência o modelo de reabilitação e o social, na sua prática clínica.

Os resultados obtidos indicam, ainda, que a generalidade dos profissionais de saúde tem um bom conhecimento do nível de actuação subjacente a cada um dos respectivos modelos, o que não se verifica para as restantes características destes (foco de intervenção; objectivo de intervenção; quem determina maioritariamente os serviços a receber; processo de tomada de decisão).

O facto de não existir uma definição formal, que oriente de modo uniforme a prática clínica, e o carácter contínuo da aplicação dos modelos poderão ter condicionado os resultados e contribuído para que a definição e as características de cada modelo não se reflectam de acordo com modelos aplicados na prática.

Apesar de os terapeutas reconhecerem as consequências da afasia a nível social, os que aplicam o modelo médico e de reabilitação não revelam necessidade de aplicar o modelo social.

Outro dos objectivos proposto neste trabalho foi a caracterização do processo de avaliação. Os terapeutas da fala recorrem, na sua maioria, à utilização de instrumentos formais para avaliar as pessoas com afasia, sendo o teste mais utilizado a BAAL. Os poucos profissionais de saúde que utilizam testes informais fazem-no através da aplicação de testes construídos pelos próprios.

Os profissionais foram, também, questionados sobre o grau de satisfação referente aos instrumentos existentes, à necessidade de serem desenvolvidos novos testes, e qual o tipo de testes a serem desenvolvidos. Os resultados obtidos traduzem um elevado grau de insatisfação relativamente aos testes existentes e uma grande urgência em desenvolver novos instrumentos adequados à nossa população. É fundamental que os testes utilizados pelos profissionais de saúde sejam adaptados à cultura portuguesa, de modo a satisfazer as necessidades e expectativas da pessoa com afasia. Os resultados obtidos através destes testes terão uma interpretação que poderá fornecer mais e melhor informação ao profissional de saúde sobre as capacidades e dificuldades de cada pessoa.

Este estudo contribuiu para a caracterização do processo de avaliação da afasia pelos terapeutas da fala em Portugal e para o levantamento das necessidades sentidas por estes profissionais relativamente à avaliação da afasia. Não são conhecidos estudos com objectivos semelhantes em Portugal, o que torna este estudo fundamental para colmatar as dificuldades sentidas pelos terapeutas que trabalham em território nacional nesta área.

Antes de serem desenvolvidos instrumentos de avaliação e de serem alterados factores de funcionamento do processo terapêutico em Terapia da Fala, os profissionais de saúde deveriam ser consultados para darem o seu parecer, a fim de transmitirem as suas satisfações e necessidades. Este é um dos aspectos inovadores deste estudo.

Os terapeutas da fala usam uma metodologia de trabalho que pode ser melhorada e o desafio da mudança requer, para o profissional de saúde, um processo de crítica individual para que essas mesmas mudanças ocorram. Não deve ser ignorada a necessidade de consultar frequentemente os terapeutas da fala para que sejam reportadas as evoluções e os obstáculos sentidos no

exercício da profissão. Assim como devemos monitorizar as evoluções das pessoas com afasia, deveremos igualmente auscultar os desafios da profissão.

5.3. Trabalho Futuro

Sugere-se a formação de um grupo de terapeutas com interesse na área da afasia, onde possam ser discutidas as inseguranças e de onde possam surgir iniciativas tais como a elaboração de testes, ou a validação de testes construídos pelos próprios. De igual modo, poderiam ser desenvolvidos projectos nos estabelecimentos de ensino superior, em cursos de Mestrado e Doutoramento, que tenham estes aspectos em consideração, de modo a conhecermos ainda melhor a nossa prática clínica e colmatarmos mais facilmente as nossas dificuldades.

Contudo, é importante referir que existiram algumas limitações neste estudo. O próprio questionário deveria ser sujeito a pequenas alterações de modo a clarificar algumas questões. Relativamente à análise das respostas abertas, no presente estudo apenas foi realizada uma análise preliminar, e para trabalho futuro sugere-se uma análise de conteúdo.

Dado que se seguiu uma amostragem por conveniência não é possível fazer uma generalização dos resultados obtidos para a população de terapeutas da fala que intervêm nesta área. Seria interessante fazer um trabalho de levantamento do número de terapeutas da fala e respectivas áreas de intervenção, de modo a ser possível inquirir todo o universo de profissionais que trabalham em Portugal na área da afasia. No entanto, a informação veiculada por terapeutas da fala envolvidos no estudo e com vários anos de experiência na área da afasia, é de que este trabalho fez uso da (quase) totalidade do universo português de terapeutas da fala que intervêm nesta área.

Bibliografia

Basso, A. (2003). *Aphasia and its therapy*. New York: Oxford University Press.

Bing, S, Duchan, J. F. (2005). Social model philosophies and principles: Their applications to therapies for aphasia. *Aphasiology*, 19, 906-922.

Brown, M. (2006). Participation Objective, Participation Subjective. *The Center for Outcome Measurement in Brain Injury*. <http://www.tbims.org/combi/pops> (accessed April 25, 2009).

Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do Comportamento humano*. Amadora: McGraw-Hill.

Davidson, B.; Worrall, L. (2000). The assessment of activity limitation in functional communication: challenges and choices. In: Worrall, L.; Frattali, C. *Neurogenic Communication Disorders: a Functional Approach*. New York: Thieme, pp 19-34.

Direção Geral da Saúde (2006). Programa Nacional de Prevenção das Doenças Cardiovasculares

Fortin, M.-F. (1999). *O processo de Investigação*. Loures: Lusociência.

Frattali, C. M. (1992). Functional assessment of communication: merging public policy with clinical views. *Aphasiology*, 6, 63-85.

Habib, M. (2000). *Bases neurológicas dos comportamentos*. Lisboa: Climepsi.

Hallowell, B., Chapey, R. (2008). Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia in *Language Intervention Strategies*. In *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (Ed. Chapey, R.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 3-19.

Hoeman, S. (1996). *Enfermagem de reabilitação: processo e aplicação*. Lisboa: Lusociência.

Leal, G., Fonseca, J., Farrajota, L. (2002). Recuperação e reabilitação da afasia. *Psicologia* Vol. XVI (1), pp.157-175.

Leal, G. (2003). A influência de uso das palavras na capacidade de nomeação dos afásicos. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Leal, G. (2006). Avaliação funcional da pessoa com afasia: Construção de uma escala. *Re(habilitar) – Revista da ESSA*, nº3, Edições Colibri, pp 7-24.

Martins, T. (2006). Acidente vascular cerebral: qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra: Formasau.

McNeil, M.; Pratt, S. (2001). Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition. *Aphasiology*, 15, 901-911.

Mlcoch, A., Metter, E. (2008). Medical Aspects of Stroke Rehabilitation. In *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (Ed. Chapey, R.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 42-63.

Moreira, J. (2004). Questionários: Teoria e Prática. Coimbra: Almedina.

Muma, J. (1978). *Language Handbook: Concepts, assessment, intervention*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

OMS (2001). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

Parr, S. (1996). Clinical literacy in aphasia: radical approaches to functional assessment and therapy. *Aphasiology*, 10, 469-503.

Patterson, J., Chapey, R. (2008). Assessment of Language Disorders in Adults. In *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders* (Ed. Chapey, R.) Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, pp. 64-160.

Pierce, R. (1996). Read and write what you want to: what's so radical?. *Aphasiology*, 10, 480-483.

Pound, C.; Parr, S.; Lindsay, J.; Woolf, C. (2002). *Beyond aphasia. Therapies for living with communication disability*. Oxon UK: Speechmark Publishing Ltd.

Ross, K. B., Wertz, R. T. (1999). Comparison of impairment and disability measures for assessing severity of, and improvement in, aphasia. *Aphasiology*, 13, 113-124. (Forum)

Ross, K. B., Wertz, R. T. (2005). Advancing appraisal: Aphasia and the WHO. *Aphasiology*, 19, 860-970.

Roth, F. & Worthington, C. (1997). *Treatment Resource Manual for Speech-Language Pathology*. London: Singular Publishing Group.

Schindler, A. (2005). Terminology in speech-pathology: Old problem, new solutions. *Advances in Speech-Language Pathology*, 7, 84-86.

Simmons-Mackie, N.; Code, C.; Armstrong, E.; Stiegler, L.; Elman, R. (2002). What is aphasia? Results of an international survey. *Aphasiology*, 16, 837-848.

Simmons-Mackie, N. Kagan, A. (2007). Application of the ICF in aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28, 244-253.

Spreen, O.; Risser, A. (2003). *Assessment of aphasia*. New York: Oxford University Press.

Threats, T. (2006). Towards an international framework for communication disorders: Use of the ICF. *Journal of Communication Disorders*, 39, 251-265.

Threats, T. (2008). Use of the ICF for clinical practice in speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10, 50-60.

Worrall, L. (1992). Functional communication assessment: an Australian perspective. *Aphasiology*, 6, 105-111.

Worrall, L. Cruice, M. (2005). Why the WHO ICF and QOL constructs do not lend themselves to programmatic appraisal for planning therapy for aphasia. A commentary on Ross and Wertz, "Advancing appraisal: Aphasia and the WHO". *Aphasiology*, 19, 885-893.

Worrall, L.; Hickson, L. (2003). *Communication disability in aging: from prevention to intervention*. USA: Delmar Publishers.

Worral, L; McCooley, R.; Davidson, B.; Larkins. B.; Hickson, L. (2002). The validity of functional assessment of communication and the Activity/Participation components of the ICDH-2: do they reflect what really happens in real-life? *Journal of Communication Disorders*. 35, 107-137.

Anexo 1: Instrumento para a recolha de dados: Questionário

Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala em Portugal

O meu nome é Ana Paris Leal, sou Terapeuta da Fala, e estou a desenvolver um projecto de investigação, no âmbito da minha Dissertação de Mestrado na Universidade de Aveiro, subordinado ao tema da Avaliação da Afasia em Portugal. Este questionário faz parte integrante desse projecto.

Procura-se com a sua aplicação, ficar com um melhor conhecimento sobre o que os terapeutas da fala em Portugal entendem por afasia, assim como quais os instrumentos de avaliação que utilizam para avaliar a sua presença e a necessidade que sentem de surgirem novos instrumentos de avaliação, adaptados à realidade portuguesa.

Este é um questionário anónimo, de auto administração, que pretende apenas saber qual a sua opinião sobre o assunto. Por favor, não coloque no questionário qualquer referência que o identifique, garantindo o anonimato das respostas.

Agradeço a sua devolução até _____.

A sua colaboração é fundamental e imprescindível para este estudo

Obrigada pela sua preciosa colaboração.

Em caso de dúvida não hesite em contactar:

e-mail: afasia.ua@gmail.com

ou

Telemóvel: 963368644

Instruções

O questionário está dividido em duas partes:

Parte I – Caracterização da Prática Profissional

Nesta parte pretende-se que preencha de acordo com as suas condições de trabalho, independentemente de achar que está certo ou errado.

Parte II – Necessidades e Desejos na Prática Clínica

Estas questões devem ser respondidas de acordo com os seus desejos e necessidades, com o que acha que seria o mais indicado para a sua prática profissional.

Seleccione a sua resposta com uma cruz (x).

Data: ____/____/____

Sexo: Feminino Masculino

Idade: ____ anos

Naturalidade: _____

Grau de Escolaridade:

Bacharelato	em	_____	Instituição	_____	Terminou	Frequenta
Licenciatura	em	_____	Instituição	_____	Terminou	Frequenta
Pós-Graduação	Área	_____	Instituição	_____	Terminou	Frequenta
Mestrado	Área	_____	Instituição	_____	Terminou	Frequenta
Doutoramento	Área	_____	Instituição	_____	Terminou	Frequenta

Locais de Trabalho:

Distritos: _____ Concelhos: _____

Hospital Público	Centro de Saúde	Lar	Outros
Hospital Privado	Clínica Privada	Domicílios	Quais? _____

Qual (quais) a(s) sua(s) área(s) de intervenção?

Afasia	Deficiência auditiva	Disfagia	Voz
Articulação verbal	Défices cognitivos	Disfluência	Outras:
Autismo	Disartria	Linguagem na criança	Quais? _____

Experiência na área da afasia: ____ anos ____ meses

Há quanto tempo não tem um caso de afasia:

Tenho actualmente Semanas ____ Meses ____ Anos ____

1- O que entende por afasia?

2- Na sua opinião, quais são as consequências da afasia?

Nesta parte pretende-se que preencha de acordo com as suas condições de trabalho, independentemente de achar que está certo ou errado. Ou seja, deve responder de acordo com aquilo que é mais frequente acontecer na sua prática profissional, independentemente da sua concordância.

3- A minha actuação como Terapeuta da Fala tem sido ao nível da:

a) Deficiência – problema nas

funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

b) Actividade – execução de uma

tarefa ou acção por um indivíduo

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

c) Participação – envolvimento de

um indivíduo numa situação da vida real

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

4- Quando avalio um indivíduo com afasia pela primeira vez, faço-o com o objectivo de:

a) determinar a pertinência de uma

intervenção

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

b) estabelecer um diagnóstico

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

c) definir o(s) objectivo(s) da

intervenção

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

5- A minha escolha do instrumento de avaliação tem em conta:

a) as características pessoais da pessoa com afasia (idade; lateralidade; escolaridade; personalidade pré- -mórbida; consciência do problema; motivação; família; cultura; profissão)

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

b) as expectativas da pessoa com afasia

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

c) o objectivo da avaliação

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

d) o local onde a pessoa está inserida (hospital, comunidade, lar ou residência)

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

e) a etiologia da afasia (TCE, AVC, Lesão do HD, entre outras)

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

f) a severidade percebida informalmente

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

g) a duração da avaliação (tempo de cooperação da pessoa)

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

h) o tempo de evolução da situação

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

i) os instrumentos de avaliação disponíveis no meu local de trabalho

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

6- Antes de escolher o instrumento de avaliação, procuro saber quais as expectativas das seguintes pessoas, relativamente à intervenção em Terapia da Fala:

Pessoa com afasia

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

Famíliares

Parte I – Caracterização da Prática Profissional

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

Outras. Especifique: _____

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

7- Quais as pessoas que definem os critérios considerados para que o indivíduo fique em intervenção terapêutica?

Terapeuta da Fala

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

Instituição

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

Pessoa com afasia

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

Familiares da pessoa com afasia

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

Outros.

Especifique: _____

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

8- Envolve o indivíduo nas tomadas de decisão:

Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5			

9- Caso se aplique, indique de que forma(s) envolve o indivíduo nas tomadas de decisão:

Escolha do instrumento de avaliação	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				

Escolha das áreas a avaliar	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				

Definição dos objectivos terapêuticos	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				

Outras. Quais? _____ _____	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">1</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">2</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">3</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">4</td> <td style="width: 20%; text-align: center;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				

10- Formas de avaliação que utilizo:

a) Observação directa nos diferentes contextos frequentados pelo indivíduo	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
b) Simulação, no gabinete, de situações da vida real	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
c) Testes formais	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
i. Bateria de Avaliação de Afasia Lisboa (BAAL)	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
ii. Bateria de Avaliação de Alcoitão	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
iii. Aachen Aphasia Test (versão portuguesa)	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
iv. Escala de Funcionalidade para Afásicos (Leal <i>et al.</i> , 1995-2006)	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
v. PAL – PORT (versão portuguesa da Psycholinguistic Assessments of Language Processing in Aphasia – PALPA)	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
d) Testes informais	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
i. Testes informais desenvolvidos pelo próprio	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
ii. Tradução informal de instrumento descrito na literatura Qual? _____	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				
e) Outros. Especifique: _____ _____	Nada frequente na minha prática profissional	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;">1</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">2</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">3</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">4</td> <td style="width: 20px; height: 20px;">5</td> </tr> </table>	1	2	3	4	5	Extremamente frequente na minha prática profissional
1	2	3	4	5				

11- Dos instrumentos abaixo indicados, assinale o(s) que conhece, na coluna 1, e o(s) que gostaria de ter disponíveis na sua prática clínica, na coluna 2.

1 2

- a) Functional Communication Profile (**FCP** – Sarno, 1969)

- b) Functional Assessment of Communication Skills for Adults (**ASHA-FACS** - Frattali *et al.*, 1995- versão mais recente 2003)

- c) Craig Hospital Assessment and Reporting Technique (**CHART** - Whitneck *et al.*, 1992)

- d) Social Activities Checklist (**SOCACT**, Cruice, 2001)

- e) Porch Index of Communicative Ability (**PICA**- Porch, 1981)

- f) Communicative Effectiveness Index (**CETI** – Lomas *et al.*, 2001)

- g) Burden of Stroke Scale (**BOSS** – Doyle *et al.*, 2004)

- h) Communicative Activities Checklist (**COMACT**; Cruice, 2001)

- i) Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (**CHIEF** – Ross *et al.*, 2001)

- j) Participation Objective, Participation Subjective (**POPS** - Brown, M. 2006)

- k) Communication Disability Profile (**CDP** - Swinburn & Byng, 2006).

- l) Communicative Abilities in Daily Living (**CADL**, Holland, 1980) – versão mais recente (CADL-2; Holland, Frattali & Fromm, 1999)

- m) Outros que conhece. Quais?

- n) Outros que gostaria de ter disponíveis na sua prática clínica. Quais?

12- Com que frequência aplica cada um dos seguintes modelos teóricos na sua prática clínica?

a) Modelo Médico (a incapacidade é um problema da pessoa, causado directamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais)

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

b) Modelo de Reabilitação (foca a pessoa com deficiência e a sua capacidade para funcionar no seu dia-a-dia, ou seja, as limitações da actividade)

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

c) Modelo Social (a incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social - modificações ambientais, de responsabilidade social, que permitam a participação da pessoa)

Nada frequente
na minha prática
profissional

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente frequente
na minha prática
profissional

Estas questões devem ser respondidas de acordo com os seus desejos e necessidades, com o que acha que seria o mais indicado para a sua prática profissional, independentemente daquilo que costuma acontecer. Ou seja, nesta secção deve ter em conta, não aquilo que realmente sucede, mas sim a forma como gostaria que as coisas decorressem.

13- Considera que existem instrumentos de avaliação da afasia suficientes em Portugal?

Sim Não

14- Considera necessário desenvolver outros instrumentos de avaliação da afasia, adaptados à realidade portuguesa?

Sim Não

15- Se a resposta anterior foi “sim”, que tipo de instrumento?

a) Teste

(avalia o rendimento da pessoa em situações formais)

b) Bateria

(conjunto de testes)

c) “Checklist”

(questões pré-estabelecidas preenchidas com base em observações e informações obtidas em entrevistas)

d) Entrevista

(contém mais informação sobre a pessoa e o seu meio do que a “checklist”)

e) Outro

Qual?

16- Em que medida considera importante que um instrumento de avaliação da afasia contemple cada um dos aspectos abaixo mencionados?

a) Actividades pré-afasia

Nada importante	1	2	3	4	5	Extremamente importante
-----------------	---	---	---	---	---	-------------------------

b) Actividades actuais

16- Em que medida considera importante que um instrumento de avaliação da afasia contemple cada um dos aspectos abaixo mencionados?

- | | | | | | | | | |
|---|-----------------|---|---|---|---|---|---|-------------------------|
| c) Participação pré-afasia | Nada importante | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremamente importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| d) Restrições à participação | Nada importante | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremamente importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| e) Barreiras | Nada importante | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremamente importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| f) Facilitadores | Nada importante | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremamente importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| g) Satisfação pessoal relativa às actividades | Nada importante | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremamente importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| h) Satisfação pessoal relativa à participação | Nada importante | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremamente importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |
| i) Outros. Especifique:

_____ | Nada importante | <table border="1"><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td></tr></table> | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Extremamente importante |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | | | |

17- Para si, qual a importância de avaliar o envolvimento da pessoa com afasia nas tomadas de decisão fora do contexto terapêutico?

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Extremamente importante

18- Qual a importância em reconhecer a pessoa com afasia como sendo capaz de contribuir para o processo terapêutico:

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Extremamente importante

19- Na sua opinião, qual a importância que deve ter cada um dos seguintes níveis de actuação no seu papel como Terapeuta da Fala?

a) Deficiência – problema nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Extremamente importante

b) Actividade – de uma tarefa ou acção por um

indivíduo

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

c) Participação – envolvimento de um indivíduo numa situação real

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

20- No seu entender, qual a importância que devem ter, na intervenção, cada um dos seguintes factores?

a) Défices linguísticos da pessoa

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

b) Alterações de comunicação da pessoa

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

c) Interação entre a pessoa e a comunidade

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

d) Redução das barreiras que se colocam à participação da pessoa com afasia

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

21- Na sua perspectiva, qual o peso que cada um dos objectivos que se segue deve ter na intervenção?

a) Reabilitar os défices linguísticos

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

b) Identificar ou reduzir as limitações da actividade

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

c) Identificar ou diminuir as restrições de participação

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

d) Promover a qualidade de vida

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

22- Qual a importância que devem ter os seguintes processos de tomada de decisão na prática clínica com pessoas com afasia?

a) O Terapeuta decide o quê e como fazer

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

b) O indivíduo com afasia e os seus familiares têm conhecimento das diferentes opções possíveis mas é o Terapeuta que decide

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

c) Colaboração entre o Terapeuta e o indivíduo e seus familiares, após informação detalhada das opções possíveis

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

23- Qual a importância que, na sua opinião, cada um dos seguintes modelos teóricos deveria ter na sua prática clínica?

a) Modelo Médico (a incapacidade é um problema da pessoa, causado directamente pela doença, trauma ou outro problema de saúde, que requer assistência médica sob a forma de tratamento individual por profissionais)

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

b) Modelo de Reabilitação (foca a pessoa com deficiência e a sua capacidade para funcionar no seu dia-a-dia, ou seja, as limitações da actividade)

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

c) Modelo Social (a incapacidade não é um atributo de um indivíduo, mas sim um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social - modificações ambientais, de responsabilidade social, que permitam a participação da pessoa)

Nada importante

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente importante

Anexo 2: Transcrição da questões 1 “O que entende por entende por afasia?” e 2 “Na sua opinião, quais são as consequências da afasia?” do questionário

Sujeito	Questão 1	Questão 2
1	--	--
2	É uma perturbação da linguagem provocada por uma lesão cerebral que habitualmente afecta a expressão verbal, a compreensão auditiva, a leitura e a escrita.	Isolamento; impedimento de exercer a profissão que tinha; depressão.
3	Alteração da linguagem de etiologia neurológica que afecta a interacção comunicativa do individuo.	As mais comuns são isolamento, abandono de actividades de lazer, alteração de papéis, depressão, etc.
4	Lesão adquirida recentemente pelo SNC, com implicação na comunicação.	Isolamento, mudança de estrutura familiar, barreiras na sociedade.
5	Perturbação da comunicação, com impacto na pessoa com afasia e no seu meio (familiar, social) ao nível psicossocial.	Isolamento social, diminuição da saúde em termos gerais e da qualidade de vida; sofrimento psicológico (do próprio e dos seus)
6	Perda da linguagem por lesão neurológica.	Existem diferentes tipos de consequências, quer a nível pessoal, social, profissional, relacional. Afecta o individuo como um todo bem como o meio em que está inserido e as pessoas com quem lida.
7	A afasia é uma alteração da linguagem causada por uma lesão neurológica [...]. Afecta todas as modalidades da linguagem: compreensão, expressão, gestos, cálculo...	A afasia afecta a comunicação do indivíduo, desta forma afecta todo o seu ambiente e vida diária (familiar, profissional, relacionamento com os amigos), ou seja, a sua qualidade de vida.
8	Problema de comunicação causado por lesão cerebral adquirida que afecta a linguagem de forma multimodal. Sendo um problema de comunicação terá repercussões ao nível do seu funcionamento inter-pessoal, afectando não só o próprio em vários aspectos mas também os outros.	As consequências são muitas, atingindo várias áreas/domínios/funções /papéis/sentimentos... alguns exemplos de consequências podem ser isolamento (pessoal/familiar), depressão, perda de identidade, perda de emprego, alteração de papéis, entre outros.
9	Perturbação da comunicação e da socialização caracterizada por uma redução na capacidade de compreender ou formular linguagem.	Dificuldades ao nível da linguagem, ao nível das diferentes componentes, assim como limitação da sua actividade social, participação.
10	Perturbação da linguagem, nas	Dependendo da etiologia e lesão, podem ser

	vertentes expressiva e/ou compreensiva, que pode ter diferentes consequências, dependendo do local da lesão e da sua etiologia.	de vários tipos: consequências emocionais, sociais, pessoais, profissionais, afectivas, comunicativas...
11	--	--
12	Perturbação da capacidade de compreender e expressar linguagem causada por uma lesão neurológica adquirida e com um impacto na interacção social e perda da qualidade de vida.	Perda da compreensão e expressão da linguagem, perturbação da comunicação, depressão, iniciativa comunicativa, perda de auto-confiança e auto-estima, outros.
13	É uma perturbação da comunicação humana, consequente de uma lesão cerebral, que implica dificuldades num ou vários domínios de comunicação, fala, linguagem, leitura, escrita, conversação.	A afasia além de diminuir as competências de comunicação (básicas e mais complexas), diminui a participação nas actividades familiares, social, de trabalho. Interferindo significativamente na qualidade de vida da pessoa e dos seus familiares.
14	Perturbação multimodal da linguagem decorrente de uma lesão neurológica. Pode assim afectar em diferentes graus a expressão verbal oral/escrita e a compreensão oral/escrita na ausência de um defeito intelectual ou doente psiquiátrica.	Para além das consequências óbvias (resultantes do defeito de linguagem) na comunicação, a incapacidade para o trabalho, diminuição da auto-estima, o isolamento, dependência de terceiros, mudança de papéis familiares, sintomatologia depressiva, perplexidade perante a incapacidade, podem também ser vistos como consequências da afasia.
16	Alteração da linguagem e/ou comunicação causada por lesão do SNC.	Isolamento, perda autonomia, perda de auto-estima.
17	Uma perturbação adquirida da linguagem ao nível da compreensão auditiva de material verbal, repetição, fluência do discurso e da nomeação, afectando a comunicação de um modo geral.	Consequências ao nível da comunicação, da sociabilidade, da dinâmica familiar e da identidade da pessoa.
18	É uma perturbação da linguagem adquirida através de AVCs, TCE; que afecta a nomeação e fluência e consoante o tipo de afasia pode afectar a repetição e compreensão.	A afasia dependendo do grau é limitante ao nível funcional, nos casos mais graves podem mesmo levar a depressões, para além das limitações físicas que normalmente lhe estão associadas.
19	É uma consequência de uma lesão neurológica. É caracterizada por uma alteração da linguagem verbal.	Alteração da nomeação, evocação, repetição e ...?
20	Perturbação da linguagem por lesão cerebral.	A nível pessoal, social, etc. Dificuldades em nomear, evocar, repetir palavras, na conversação e comunicação.
21	Perturbação da linguagem, oral e/ou escrita, por lesão cerebral/neurológica.	Linguísticas, sociais, psicológicas...

22	Perturbação da linguagem/comunicação por lesão cerebral	Linguísticas; psicossociais.
23	A afasia é a perda, deterioração ou diminuição da capacidade comunicativa previamente adquirida, afectando de uma forma específica os aspectos codificativos e descodificativos da linguagem devido a lesão do SNC.	Falta de iniciativa verbal, mudanças de papéis, alterações sociais e económicas e consequentemente diminuição da qualidade de vida.
24	Alteração de linguagem por lesão cerebral adquirida.	As consequências da afasia têm reflexo na vida individual/familiar/social/profissional/económica em maior ou menor grau dependendo da gravidade e dos factores associados. São linguísticas (psi/neuro).
25	Perturbação da linguagem adquirida por lesão cerebral.	Alterações na comunicação.
26	É uma alteração da linguagem que decorre de uma lesão cerebral.	Devastadoras (a todos os níveis).
27	Perturbação da linguagem (nas suas diferentes componentes) devido a lesão cerebral, a qual afecta a capacidade de comunicação do indivíduo.	A afasia e as dificuldades de comunicação dela resultantes afectam a integração e desempenho do sujeito a nível social, profissional/ académico e familiar, o que varia com a gravidade do quadro afásico. De um modo geral, também há prejuízo para a comunidade.
28	Perturbação/ alteração da linguagem que resulta de uma lesão cerebral.	Normalmente esta patologia tem grandes consequências ao nível profissional, social, familiar e emocional.
29	É uma perturbação da linguagem resultante de uma lesão cerebral (AVC, traumatismo crânio-encefálico, tumor, doença) que tornam o afásico incapaz de comunicar.	Alteração de comunicação e linguagem.
30	Afasia é uma perturbação de linguagem, resultante de uma lesão neurológica em áreas que estejam relacionadas com as capacidades linguísticas.	A afasia tem consequências graves ao nível da comunicação funcional do utente, o que afecta a sua auto-imagem e a sua capacidade de se relacionar com os outros, ao nível familiar, social e profissional.
31	É uma perturbação da linguagem resultante de uma lesão cerebral que engloba um conjunto de alterações que torna o afásico incapaz de interagir/ comunicar com o seu meio como o fazia anteriormente.	Linguísticas/ comunicação e psicossociais.
32	Perturbação da linguagem resultante de lesão cerebral que engloba um conjunto de alterações que torna o afásico incapaz de interagir/ comunicar com o seu meio como o fazia anteriormente.	Linguísticas e psicossociais.
33	Alteração de linguagem por lesão	Alterações da comunicação psicológicas e

	cerebral.	sociais
34	-	-
35	Afasia é uma perturbação da capacidade de compreender e formular a linguagem, devido a uma lesão adquirida e recente do SNC. É uma perturbação multimodal que se evidencia por uma variedade de defeitos na compreensão auditiva, compreensão da leitura, expressão da linguagem oral e escrita.	Afecta a comunicação; as relações familiares; a participação na vida social; o estado emocional; a qualidade de vida.
36	A afasia é uma perturbação da linguagem de causa neurológica.	Dificuldades na comunicação e na interacção social.
37	Perturbação de linguagem no adulto ou criança (afasia adquirida) caracterizada por dificuldades de compreensão e/ou expressão.	Comunicação, funcionalidade, integridade.
38	Perturbação neurológica adquirida, a que leva a alterações da linguagem, isto é, na incapacidade para decodificar códigos linguísticos.	Comprometimento ao nível da comunicação do ponto de vista social, ao nível da deglutição e ao nível da funcionalidade em geral.
39	Perturbação da linguagem com défices ao nível da nomeação.	A limitação na participação nas actividades sociais.
40	Perturbação adquirida, na linguagem, resultante de uma lesão cerebral.	Limitações na capacidade comunicativa como na compreensão e expressão [...], assim como alterações de leitura e escrita.
41	Perturbação da linguagem causada por uma lesão cerebral de diferentes etiologias e localização.	Perturbação/alteração ao nível da produção verbal (fluência, débito...), da compreensão auditiva de material verbal, da repetição, da leitura, da escrita e do cálculo.
42	--	Alterações da compreensão/expressão simples e complexa. Alterações no dia-a-dia, o que influencia o desenvolvimento de linguagem.
43	Perturbação comunicativa-linguística adquirida no adulto.	As consequências são: sociais, comunicativas, linguísticas e psico-emocionais.
45	Perturbação multimodal da linguagem, causada por lesão adquirida no sistema nervoso central, representada por alterações diversas na compreensão auditiva, expressão verbal oral, leitura e escrita.	Isolamento; mal-estar; menor qualidade de vida, na medida em que o desempenho das actividades de vida diária está alterado; e a participação em situações de vida real.
47	A afasia é uma perturbação da linguagem que resulta de uma lesão cerebral localizada nas estruturas que estão envolvidas no processamento da linguagem, percepção, memória e	Pode manifestar-se por dificuldades em : compreender mensagens faladas e/ou escritas; reconhecer/identificar figuras e objectos; comunicar através da fala, da escrita e do gesto.

	compreensão.	
48	Perturbação adquirida da linguagem por lesão do sistema nervoso central.	Consoante os casos, as consequências poderão ser ao nível da compreensão auditiva, da expressão, da leitura/escrita, afectando as capacidades comunicativas e de interacção, em maior ou menos grau.
49	Alteração da linguagem e comunicação em sequência de lesão cerebral.	Alteração da comunicação e expressão oral, com grande impacto na comunicação do indivíduo e na sua socialização (relação com os outros).
50	Perturbação da linguagem devido a lesão cerebral. Por linguagem envolve compreensão e expressão. É uma perturbação da comunicação.	Principalmente a dificuldade em comunicar, fazer-se entender e entender os outros. Não conseguir expressar opiniões, sentimentos, vontades. Para além das consequências ao nível da comunicação, tem consequências sociais, de comportamento, interacção social.
51	Afasia é uma perturbação adquirida da comunicação causada por lesão cerebral e caracterizada por défices nas modalidades da linguagem.	A afasia condiciona a comunicação eficaz da pessoa, pelo menos como o fazia anteriormente.
52	É uma perturbação adquirida da comunicação devido a lesão cerebral, causando alterações ao nível da linguagem (oral e/ou escrita e/ou de sinais)	Causa condicionamentos ao nível de comunicação, causando impacto a nível pessoal, familiar, na sociedade, entre outros.
53	Alterações de linguagem (compreensão ou expressão) adquirida por lesão neurológica.	Perturbação nas capacidades de comunicação logo com implicações na qualidade de vida do indivíduo e de quem o rodeia.
54	Perturbação da linguagem em todas as suas componentes resultante de lesão cerebral que afecta as áreas de linguagem do hem. dominante para esta função.	Consequências a nível linguístico (expressão e compreensão), funcional, laboral e familiar.
55	Afasia pode ser entendida como uma perda ou redução da capacidade de processar a linguagem, devido a uma lesão cerebral.	Esta patologia pode provocar alterações ao nível da comunicação, dificuldades de compreensão e/ou expressão verbal e défices de leitura, escrita e cálculo.
56	Perturbação de linguagem devido a lesão neurológica.	Alterações na comunicação verbal e não-verbal e todos os aspectos que envolvem estes 2 itens.
57	Perturbação adquirida da linguagem.	Alteração da compreensão e/ou da expressão com consequências na qualidade de vida, social, profissional, familiar e pessoal.
58	Afasia é uma perturbação de linguagem em consequência de uma única lesão cerebral.	Dificuldades de comunicação; isolamento social e familiar; perda de qualidade de vida e depressão.
59	Perturbação da comunicação, com alterações da expressão e compreensão auditiva, decorrente	Alterações da comunicação limitam a participação social, as relações interpessoais, as oportunidades de emprego

	de lesão do SNC. Afecta o indivíduo nos domínios biopsicossociais.	e educação. Restringem as actividades de vida diária e lazer que envolvem competências linguísticas.
60	Perturbação de linguagem, por lesão cerebral.	As consequências são a todos os níveis: pessoais, familiar, profissionais, sociais.
61	Perturbação linguística, por causa neurológica, que imprime grandes alterações na vida do indivíduo (nível estrutural).	As consequências da afasia são vastas, tanto a nível pessoal, como familiar, social e profissional.
62	A afasia é uma perturbação da comunicação provocada por uma lesão cerebral, caracterizada nas modalidades da linguagem (falar, escrever, ler e compreender)	As consequências são ao nível pessoal, emocional, social e relacional.