

Márcia Juliana Moreira da Silva



A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em
pessoas com afasia

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2018

Márcia Juliana Moreira da Silva



A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em
pessoas com afasia

Faculdade de Ciências da Saúde

Universidade Fernando Pessoa

Porto, 2018

A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em
pessoas com afasia

Atesto a originalidade do trabalho:

(Márcia Juliana Moreira da Silva)

Trabalho apresentado à Universidade Fernando
Pessoa como parte dos requisitos para obtenção
do grau de Licenciatura em Terapêutica da Fala.

Sumário

A afasia é uma perturbação da linguagem adquirida, causada por uma lesão cerebral nas estruturas responsáveis pelo processamento da linguagem. Esta pode ocorrer de forma isolada ou associada a mudanças neurológicas ou neuropsicológicas, responsáveis pelo aumento de incapacidade do indivíduo. Ao refletir sobre a intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia destacam-se duas abordagens que orientam a prática do clínico: a abordagem orientada para a linguagem e a abordagem orientada para a comunicação. Para ultrapassar as barreiras impostas pela perturbação desenvolveram-se as estratégias de comunicação ou compensatórias, que podem ser usadas pela pessoa com afasia e/ou parceiro comunicativo. Em particular, a estratégia escrita insere-se principalmente na terapia orientada para a comunicação.

Este projeto de investigação tem como objetivo geral caracterizar a utilização da estratégia escrita pelos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia. Trata-se de um estudo quantitativo com carácter descritivo, no qual a amostra é constituída por 58 Terapeutas da Fala com experiência na área da afasia. Os participantes foram obtidos através de um método de amostragem não-probabilístico por conveniência e por redes. Para a recolha de dados foi utilizado um questionário composto por duas partes: (1) caracterização socioprofissional e (2) utilização da estratégia escrita pelos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia. O instrumento era de autoadministração e de preenchimento online.

Nesta amostra, verificou-se que a maioria dos participantes utiliza “muitas vezes” a estratégia escrita durante a intervenção. Ao longo da análise dos resultados constatou-se que as respostas diferem conforme o subtipo da afasia, os défices linguísticos, as características gerais da pessoa, as situações para aplicação da estratégia, as estratégias escritas específicas e o material de suporte. Os resultados obtidos permitiram a realização de poucas correlações estatisticamente significativas entre as respostas ao questionário e as variáveis idade, experiência profissional e escolaridade. Além disso, averiguou-se as correlações entre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico e as respetivas características linguísticas.

Palavras-Chave: afasia, estratégias comunicativas, estratégia escrita e Terapia da Fala

Abstrat

Aphasia is an acquired language disorder, caused by a brain injury in the structures responsible for language processing. It may occur in isolation or associated with neurological or neuropsychological changes, which are responsible for the individual's increased disability. When reflecting on Speech and Language Therapists intervention in people with aphasia, two approaches that guide clinician practice are highlighted: a language-oriented approach and a communication-oriented approach. In order to overcome the barriers imposed by the disorder, communication or compensatory strategies have been developed, which can be used by the person with aphasia and/or communication partner. In particular, writing as a strategy which is part of the communication-oriented therapy.

This research aims to characterize the use of writing as a strategy by Speech and Language Therapists in people with aphasia. This is a descriptive quantitative study, in which the sample consists of 58 Speech Language Therapists with experience in the area of aphasia. It follows a non-probabilistic sampling method for convenience and networks. To collect data, a questionnaire consisting of two parts was used: (1) socio-professional characterization and (2) use of writing as a strategy by Speech Language Therapists in people with aphasia. The instrument was self-administered and completed online.

In this sample, it was found that the majority of participants used writing as a strategy “often” during the intervention. Throughout the analysis of the results, it was verified that the answers differ according to the subtype of aphasia, the linguistic deficits, the general characteristics of the person, the situations for the application of the strategy, the specific written strategies and the support material. The results obtained allowed the accomplishment of few statistically significant correlations between the answers to the questionnaire and the variables age, professional experience and schooling. In addition, correlations between the use of the writing as a strategy in relation to the diagnosis and the respective linguistic characteristics were investigated.

Keywords: aphasia, communication strategies, writing as a strategy and Speech Language Therapy

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, que tornaram com que tudo isto fosse possível e me apoiaram durante todo o percurso. E em memória dos meus avós.

Agradecimentos

À minha orientadora, Dra. Eva Bolle Antunes, agradeço toda ajuda prestada na realização deste trabalho, assim como a sua disponibilidade, dedicação e orientação.

A todos os docentes que me acompanharam ao longo do meu percurso académico, por todos os conhecimentos transmitidos.

À minha irmã que esteve sempre presente e me ajudou durante todo o percurso.

Ao Daniel por acreditar nas minhas capacidades e me apoiar incondicionalmente.

À minha colega de curso que me acompanhou de perto ao longo destes quatro anos, pela amizade e companheirismo.

À Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, ao Instituto Português da Afasia, ao Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica, à Sociedade Portuguesa de Terapeutas da Fala e ao Gabinete de Comunicação e Imagem da Universidade Fernando Pessoa, por terem divulgado gentilmente o meu questionário.

A todos os Terapeutas da Fala que aceitaram participar neste estudo.

A todos que de alguma forma contribuíram para a concretização deste objetivo, os meus sinceros agradecimentos.

Índice

Sumário.....	v
Abstrat	vi
Dedicatória.....	vii
Agradecimentos	viii
Índice de Gráficos.....	xii
Índice de Tabelas	xii
Abreviaturas.....	xiii
Introdução	1
I- Enquadramento Teórico	3
1. Afasia.....	3
1.1. Definição e etiologia	3
1.2. Classificação das afasias	4
1.3. Características linguísticas específicas da afasia	7
1.4. Características gerais associadas	9
2. Modelos de prestação de serviços de saúde.....	12
3. Intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia	15
3.1. Abordagens orientadas para a linguagem.....	15
3.2. Abordagens orientadas para a comunicação	19
II- Enquadramento Metodológico	29
1. Objetivos e questão da investigação	29
2. Tipo de estudo	30
3. População e amostra	30
4. Variáveis.....	31
5. Instrumento para recolha de dados	32
6. Procedimentos	34
7. Análise estatística	35

III-	Resultados.....	36
1.	Caracterização da amostra.....	36
2.	Domínio A: Diagnóstico da pessoa com afasia.....	38
3.	Domínio B: Características linguísticas da perturbação.....	39
4.	Domínio C: Características gerais do indivíduo com afasia.....	40
5.	Domínio D: Situações para aplicação da estratégia escrita.....	40
6.	Domínio E: Estratégias escritas específicas.....	41
7.	Domínio F: Material de suporte.....	42
8.	Correlação entre as respostas a cada domínio com a experiência profissional na afasia, escolaridade e idade.....	42
9.	Correlação entre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico e das respectivas características linguísticas.....	43
IV-	Discussão.....	46
1.	Frequência de utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico.....	46
2.	Frequência de utilização da estratégia escrita em relação às características linguísticas da perturbação.....	48
3.	Influência das características gerais do indivíduo com afasia na aplicação da estratégia.....	49
4.	Frequência de utilização da estratégia escrita nos diferentes momentos das consultas de Terapia da Fala.....	51
5.	Frequência de utilização de diferentes estratégias escritas específicas.....	52
6.	Frequência de utilização de diferentes materiais para suportar a aplicação da estratégia escrita.....	53
7.	Correlação das respostas a cada domínio com a variável experiência profissional, escolaridade e idade dos Terapeutas da Fala.....	54
8.	Correlação entre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico e das respectivas características linguísticas.....	55
V-	Conclusão.....	56
VI-	Referências Bibliográficas.....	58

VII- Anexos	70
Anexo 1: Questionário “A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia”	70
Anexo 2: Adaptação do Consentimento Informado da Universidade Fernando Pessoa	77
Anexo 3: Análise descritiva dos resultados obtidos nos domínios do questionário ...	78

Índice de Gráficos

Gráfico 1: Frequência de utilização da estratégia escrita.	37
--	----

Índice de Tabelas

Tabela 1: Estratégias multimodais (adaptada de Simmons-Mackie e King, 2013).....	21
---	----

Tabela 2: Caracterização da amostra quanto ao género e grau de escolaridade.....	36
---	----

Tabela 3: Caracterização dos locais de intervenção dos Terapeutas da Fala com pessoas com afasia.	37
---	----

Abreviaturas

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD's – Atividades de Vida Diária

CID – Classificação Internacional de Doenças

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade

OMS – Organização Mundial de Saúde

SCA – *Supported Conversation for Adults with Aphasia*

SPSS – *Statistical Package for Social Sciences*

UCC – Unidade de Cuidados Continuados

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

Introdução

O Acidente Vascular Cerebral (AVC) continua a ser a primeira causa de morte, dependência e incapacidade em Portugal (Sá, 2009). Estudos estatísticos revelam que cerca de três pessoas por hora são atingidas por esta doença súbita, sendo que um dos quais não sobrevive e os outros poderão ficar com sequelas (Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral, 2016). Nos sobreviventes podem-se verificar défices motores, perturbações da linguagem, disfagia, diminuição da qualidade de vida, alterações emocionais e sociais (Arrunda et al., 2014). Quando a lesão se localiza no hemisfério esquerdo, na maioria das pessoas dominante para a linguagem, pode originar uma afasia (Caldas, 2000; Hallowell e Chapey, 2008; Kunst et al., 2013). Neste âmbito, os Terapeutas da Fala desempenham um papel fundamental na reabilitação dos indivíduos com afasia, ao nível da linguagem e da comunicação. De acordo com as características do cliente são utilizados diferentes modelos, abordagens e metodologias (Oliveira, 2009). Além disso, de uma forma natural, este profissional recorre a estratégias, que podem ser exercitadas para melhorar as capacidades linguísticas (por exemplo, nomeação) (Coelho et al., 2008) e/ou comunicativas (Beckley et al., 2017)

Atendendo a todos os aspetos mencionados anteriormente e devido ao interesse da autora no tema, desenvolveu-se este projeto de graduação como requisito para obtenção do grau de Licenciatura em Terapêutica da Fala, da Universidade Fernando Pessoa. O trabalho é intitulado como “A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia”, sendo que o instrumento de recolha de dados é um questionário de conteúdo relacionado com esta prática clínica.

Os objetivos da investigação são os seguintes: (1) determinar a frequência de utilização da estratégia escrita em função do tipo de afasia, (2) determinar a frequência de utilização da estratégia escrita em relação às características linguísticas da perturbação, (3) determinar a influência das características gerais na utilização da estratégia escrita, (4) determinar as circunstâncias em que a estratégia escrita é escolhida para complementar as sessões de Terapia da Fala, (5) determinar a frequência de utilização de diferentes estratégias escritas específicas durante as sessões, (6) determinar a frequência de utilização de diferentes recursos materiais durante a aplicação da estratégia escrita, (7)

analisar a correlação entre as respostas a cada domínio com as variáveis experiência profissional, escolaridade e idade dos Terapeutas da Fala, e (8) averiguar a correlação entre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico e das respetivas características linguísticas.

O presente projeto de graduação encontra-se dividido em capítulos. O capítulo I corresponde ao enquadramento teórico, onde são expostos conceitos relacionados com a afasia, tais como: definição e etiologia, classificação dos tipos de afasia, características linguísticas da perturbação e outras associadas à condição. De seguida, serão abordados os modelos de prestação de cuidados de saúde (médico, reabilitação e social) e as diferentes abordagens de intervenção que guiam a prática clínica dos Terapeutas da Fala na afasia. O capítulo II foca-se no enquadramento metodológico, nomeadamente nos objetivos e na questão da investigação, no tipo de estudo, no instrumento utilizado para recolha de dados, na população e amostra, nas variáveis, nos procedimentos e no modo como a análise estatística será executada. No capítulo III apresentam-se os resultados obtidos com o estudo, seguindo-se o capítulo IV com a discussão dos mesmos e o capítulo V com a apresentação de uma conclusão sobre a investigação. Por fim, no capítulo VI surgem as referências bibliográficas consultadas e o capítulo VII contém os anexos, onde é possível encontrar os instrumentos utilizados e as tabelas obtidas através da análise estatística descritiva.

I- Enquadramento Teórico

1. Afasia

1.1. Definição e etiologia

A afasia é tradicionalmente definida como uma perturbação da linguagem adquirida, causada por uma lesão cerebral (Hillis, 2007; Hallowell e Chapey, 2008; Kunst et al., 2013; Maranhão et al., 2017; Mineiro et al., 2008; Oliveira, 2009; Zhang et al., 2017) nas estruturas responsáveis pelo processamento da linguagem. É caracterizada por alterações em diferentes modalidades: compreensão auditiva, expressão oral, leitura e escrita (Hallowell e Chapey, 2008; Mineiro et al., 2008). Esta perturbação pode apresentar diferentes graus de severidade, variando desde uma ligeira alteração da linguagem, como é o caso da anomia (dificuldade em evocar ou emitir nomes), até uma mudança severa, onde se verifica uma perda da capacidade de emitir qualquer sinal linguístico (Kunst et al., 2013). De acordo com Hallowell e Chapey (2008) uma definição completa de afasia deve incluir os seguintes princípios fundamentais: a etiologia é de carácter neurológico, perturbação adquirida, existência de alterações na linguagem e não pode ser estabelecida devido a problemas sensoriais, motores ou cognitivos.

Os défices causados pela afasia variam conforme a localização e a extensão da lesão, ou seja, quanto maior for a região cerebral afetada maior será o risco de sequelas. Em relação à localização, para cerca de 95% dos destros e 75% das pessoas esquerdinas (Kunst et al., 2013), o hemisfério esquerdo é dominante para o desenvolvimento e uso das habilidades linguísticas (Caldas, 2000; Hallowell e Chapey, 2008; Kunst et al., 2013). Quando uma lesão se situa na zona anterior do hemisfério esquerdo, normalmente, é responsável por alterações na expressão verbal, enquanto que na zona posterior observam-se dificuldades na compreensão auditiva. O acidente vascular cerebral (AVC) é a etiologia mais frequente de alterações de fala e linguagem na idade adulta, podendo ser caracterizado por dois subtipos: hemorrágico e isquémico (Hallowell e Chapey, 2008). Segundo, uma revisão bibliográfica realizada por Neves e Catrini (2017), as pessoas que sofreram um AVC hemorrágico possuem um melhor prognóstico para a recuperação das capacidades linguísticas.

Acrescentando ainda, a afasia pode ser causada por outros fatores, tais como: lesões traumáticas, tumores cerebrais, doenças neurológicas e infecciosas (Fontanesi e Schmidt, 2016; Hallowell e Chapey, 2008; Kunst et al., 2013).

1.2. *Classificação das afasias*

Existem várias classificações para caracterizar a afasia, sendo que a mais conhecida é a de Boston, que subdivide esta perturbação da linguagem em dois grupos principais, através da descrição do discurso como fluente ou não-fluente. Na maior parte das vezes, encontra-se associada à dicotomia das lesões cerebrais anteriores e posteriores (Vieira et al., 2011). Por outro lado, existe uma classificação que se baseia na localização da lesão e nos défices linguísticos observados, nomeadamente a: fluência do discurso, nomeação, repetição e compreensão auditiva de material verbal simples. Esta última, permite classificar a afasia em múltiplos subtipos: afasia Global, afasia de Broca, afasia de Wernicke, afasia Transcortical Sensitiva, afasia Transcortical Motora, afasia Transcortical Mista, afasia de Condução e afasia Anómica (Hallowell e Chapey, 2008; Oliveira, 2009).

A **afasia Global** é considerada a forma mais grave de perturbação da linguagem adquirida, sendo caracterizada por défices ao nível da compreensão e expressão (Mineiro et al., 2008). Além disso, as capacidades de leitura e escrita encontram-se perturbadas (alexia e agrafia, respetivamente) e o discurso espontâneo contém frequentemente neologismos (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic et al., 2011). Estes aspetos tornam a eficácia comunicativa reduzida ou nula (Hallowell e Chapey, 2008).

A **afasia de Broca** representa a forma clássica da afasia não-fluente, caracterizada principalmente por dificuldades na articulação, agramatismo, parafasias fonológicas e défices na memória fonológica (Ardila et al., 2016; Sinanovic et al., 2011; Terradillos e López-Higes, 2016). Nestes casos a compreensão auditiva e leitora está relativamente preservada. Contudo, a capacidade de escrita encontra-se igualmente perturbada à expressão oral, sendo que devido a alterações motoras a letra do indivíduo é grande e deformada (Hallowell e Chapey, 2008; Mineiro et al., 2008). Normalmente este

diagnóstico faz-se acompanhar com uma perturbação motora da fala, na forma de apraxia e/ou disartria (Murdoch, 1997; Terradillos e López-Higes, 2016).

A **afasia de Wernicke** pode ser denominada como “afasia recetiva” devido à presença de graves défices na compreensão auditiva (Arrunda et al., 2014; Sinanovic et al., 2011). No entanto, possui um discurso fluente e as capacidades de repetição e nomeação encontram-se perturbadas (Hallowell e Chapey, 2008; Mineiro et al., 2008). Em muitos casos verifica-se a presença de logorreia, parafasias, neologismos frequentes e episódios de jargão (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic et al., 2011). Ao nível da escrita os défices são semelhantes à linguagem oral, contudo a compreensão leitora é relativamente superior à compreensão auditiva (Murdoch, 1997; Terradillos e López-Higes, 2016). Basso (2003) descreve um estudo em que dois pacientes apresentam uma capacidade de nomeação escrita mais preservada do que a nomeação oral.

Em relação à **afasia Transcortical Sensitiva**, o discurso é fluente (Fontanesi e Schmidt, 2016), com uma boa articulação de fala, contudo, verifica-se a produção de parafasias e neologismos. A nomeação e compreensão auditiva encontram-se perturbadas (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic et al., 2011). Nestes casos, a leitura em voz alta pode estar preservada, mas a escrita e a compreensão leitora encontram-se comprometidas (Murdoch, 1997; Terradillos e López-Higes, 2016).

Na **afasia Transcortical Motora** o discurso não é fluente, sendo observável a presença de parafasias, erros sintáticos, fenómenos de perseveração, dificuldade em realizar imitações e em organizar a resposta durante a conversação. A compreensão (escrita e auditiva) e a repetição permanecem relativamente preservadas (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic et al., 2011; Terradillos e López-Higes, 2016). Por outro lado, os indivíduos apresentam défices na leitura em voz alta e na produção de linguagem escrita, onde se verificam alterações na grafia (letra grande e malformada) e na sintaxe (agramatismo) (Murdoch, 1997; Terradillos e López-Higes, 2016).

A **afasia Transcortical Mista** é uma perturbação da linguagem muito rara, sendo uma combinação de défices motores e sensoriais (Sinanovic et al., 2011). Este quadro é caracterizado por uma fala espontânea reduzida ou ausente, pela compreensão

gravemente afetada e a repetição preservada (Rosca e Simu, 2015; Sinanovic et al., 2011). Durante tarefas de nomeação, de uma forma geral, os indivíduos não respondem, contudo ocasionalmente podem produzir parafasias semânticas e neologismos. Além disso, a leitura, a escrita e a compreensão leitora estão gravemente comprometidas (Murdoch, 1997).

Os indivíduos com **afasia de Condução** apresentam um discurso espontâneo fluente, com a presença de parafasias fonológicas, pausas/hesitações e um défice discreto na articulação. O traço mais evidente desta perturbação é a dificuldade repetir palavras e frases. Acrescentando ainda, a compreensão auditiva e leitora permanece relativamente preservada (Hallowell e Chapey, 2008; Murdoch, 1997; Sinanovic et al., 2011). Todavia, a produção de linguagem escrita espontânea é semelhante à linguagem oral, sendo a ortografia pobre (verifica-se omissão, inversão e substituição de letras) (Murdoch, 1997; Terradillos e López-Higes, 2016).

Na **afasia Anômica** o discurso espontâneo é fluente, mas com hesitações e verifica-se um uso frequente de palavras vazias. A compreensão (auditiva e leitora) e a repetição encontram-se relativamente preservadas. Nestes casos, a capacidade de nomeação é inconsistente e a produção de fala contém circunlóquios (Hallowell e Chapey, 2008; Murdoch, 1997; Sinanovic et al., 2011). Além disso, a leitura em voz alta está relativamente preservada, mas a escrita espontânea pode variar (normal ou alterada) (Sinanovic et al., 2011).

Assim, o diagnóstico de afasia deve ser estabelecido o mais rapidamente possível, pois a reabilitação precoce favorece a recuperação do indivíduo (Neves e Catrini, 2017; Sinanovic et al., 2011). Por isso, numa fase prévia, os Terapeutas da Fala realizam avaliações para identificar as alterações linguísticas do paciente e planear a terapia com base nas informações recolhidas (Sinanovic et al., 2011). Estas podem ter um carácter formal, como é o caso da Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL) e das Provas de Avaliação da Linguagem e da Afasia em Português (PALPA-P) (Mineiro et al., 2008). Por outro lado, a avaliação pode ser desenvolvida pelo próprio clínico, isto é, de carácter informal (Hallowell e Chapey, 2008).

1.3. Características linguísticas específicas da afasia

Sendo a afasia uma área de intervenção do Terapeuta da Fala, este profissional durante a avaliação deve analisar diferentes níveis e componentes linguísticos, desde a compreensão até à expressão, na vertente oral e escrita. Acrescentando ainda, deve ter em consideração aspetos como a forma, o conteúdo e o uso da linguagem, no contexto de palavra, frase e fala espontânea. Este procedimento permite atribuir um diagnóstico e descrever as características individuais de cada caso (Pagliarin et al., 2013). Assim, ao longo da descrição dos vários diagnósticos foram expostas algumas características linguísticas presentes nesta população. De seguida, cada uma destas particularidades vai ser sucintamente descrita.

O **jargão** é definido como um conjunto de fragmentos e segmentos de fala repetidos durante a produção oral, tornando-a ininteligível. Surge normalmente associado a afasias fluentes, cuja compreensão auditiva encontra-se comprometida, porém pode ocorrer em outros quadros. Juntamente podem existir erros fonológicos, semânticos, presença de neologismos e logorreia (Oliveira e Marcolino, 2009). Deste modo, os **neologismos** são caracterizados pela produção de pseudopalavras (não-palavras), devido à ocorrência de trocas fonológicas durante a produção da palavra-alvo (Fergadiotis et al., 2016). Outra característica associada, como referido anteriormente, é a **logorreia**, caracterizada pela produção verbal oral excessiva e pelo ritmo de fala aumentado (Hallowell e Chapey, 2008; Peña-Casanova e Pamires et al., 2005).

Nas pessoas com afasia são evidentes as dificuldades em aceder ao léxico, principalmente aos substantivos. Ao analisar o discurso espontâneo desta população verificam-se algumas modificações na estrutura das palavras, denominadas por parafasias (Caldas, 2000). Quando existe uma alteração no programador fonológico aparecem as **parafasias fonológicas**, caracterizadas pela troca de fonemas. Sempre que ocorre uma perturbação entre a codificação e a semântica originam-se as **parafasias semânticas**, determinadas pela substituição de palavras semanticamente relacionadas (Antunes et al., 2010; Caldas, 2000; Ortiz, 2005). Por outro lado, designam-se **parafasias lexicais** quando não é possível identificar a relação da permuta, quanto à forma e ao conteúdo (Ortiz, 2005).

Todos os aspetos mencionados ao longo do parágrafo são responsáveis pela redução da fluência (Caldas, 2000).

Outro parâmetro utilizado para caracterizar a fluência é o **débito do discurso**, que pode ser intitulado como a velocidade de fala, e consiste no cálculo do número de palavras ou sílabas produzidas por unidade de tempo (Caldas, 2000; Guitar, 2014). O valor normal para adultos é de aproximadamente 200 palavras por minuto, podendo ser diminuído devido a uma lentidão no ato motor da fala ou à existência de alterações cognitivas. Para sua avaliação, normalmente, recorre-se à gravação do discurso (Caldas, 2000).

Ainda relacionado com a fluência, deve ser observado o **esforço produtivo** durante a fala espontânea. Quando está presente observa-se uma dificuldade em produzir palavras, evidente principalmente no início da articulação (Caldas, 2000). Assim, o esforço produtivo pode ser aumentado, no caso das afasias não-fluentes, ou normal nas afasias fluentes (ausência de esforço) (Marcolino, 2010).

Os **circunlóquios** observam-se em pacientes com dificuldades em evocar palavras e, por isso, rodeiam o assunto e recorrem frequentemente a substituições da palavra-alvo, tornando a transmissão da mensagem pouco satisfatória (Leal e Martins, 2005; Murdoch, 1997; Sinanovic et al., 2011). Ocorrem frequentemente para compensar a anomia (Antunes et al., 2010).

O **agramatismo** consiste na produção de frases marcadas por défices morfossintáticos (Silagi et al., 2014; Terradillos e López-Higes, 2016). O discurso é caracterizado como “telegráfico”, verificando-se a omissão e/ou substituição de elementos funcionais ou categorias gramaticais, nomeadamente artigos, verbos, pronomes e proposições (Barreiro, 2015).

Os processos de **perseveração** podem ser observados em indivíduos com perturbações expressivas e compreensivas, pelo que é uma característica comum em todos os quadros de afasia (Peña-Casanova et al., 2005). Deste modo, compreende a repetição inapropriada de palavras ou sílabas na presença de estímulos diferentes (Lima e Morato, 2009; Ortiz, 2005).

Além das características mencionadas anteriormente, nesta população podem-se verificar alterações na **memória fonológica**, sendo responsável por défices no armazenamento de estímulos verbais, pela via auditiva (por exemplo, a fala) e/ou visual (por exemplo, a escrita) (Caldas, 2000; Granzotti et al., 2013). Esta é uma componente da memória de trabalho, ou seja, corresponde à capacidade que o ser humano tem para arquivar temporariamente um conjunto de informações, permitindo a execução de uma determinada tarefa (Caldas, 2000; Ortiz, 2005).

1.4. Características gerais associadas

Na verdade, os quadros de afasia podem apresentar-se isolados ou associados a mudanças neurológicas ou neuropsicológicas. As perturbações associadas diferem quanto ao tipo e à gravidade, podendo ser de carácter transitório ou permanente. São provocadas pela lesão que originou a afasia ou por outra lesão cerebral (Peña-Casanova e Pamires et al., 2005). Por conseguinte, as alterações neurológicas decorrentes de uma lesão cerebral, por exemplo o AVC, podem contribuir significativamente para o aumento da incapacidade em adultos. Além da afasia, pode desencadear outras alterações, tais como: défices motores (Peña-Casanova e Pamires et al., 2005; Piassaroli et al., 2012; Souza e Paula, 2012), visuais (Lim e Alexander, 2009; Peña-Casanova e Pamires et al., 2005), cognitivos, disfagia (Arrunda et al., 2014), alteração do estado emocional (Kiyan et al., 2008; Kunst *et al.*, 2013) e uma perturbação motora da fala (Kobayashi e Ugawa, 2013).

O défice motor mais frequente é a hemiplegia ou hemiparesia (Peña-Casanova et al., 2005), caracterizada por uma perda total ou parcial do movimento no hemicorpo contralateral à lesão, respetivamente. Nestes quadros clínicos ocorrem normalmente alterações ao nível do tónus, equilíbrio e perda de movimento seletivo (Souza e Paula, 2012). Estas mudanças traduzem-se numa dificuldade na realização de movimentos funcionais, prejudicando a qualidade de vida, principalmente na realização das Atividades de Vida Diária (AVD's) e no desempenho ocupacional (Piassaroli et al., 2012). Outra alteração visível é a dificuldade no controlo grafomotor, que é fundamental para a seleção e adequação dos movimentos da escrita (Manning, 2005). Por isso, quando o défice motor afeta a mão dominante, os clínicos devem exercitar a outra mão, de modo a que o

indivíduo seja capaz de realizar tarefas gráficas (Peña-Casanova e Pulido, 2005; Terradillos e López-Higes, 2016).

Por outro lado, quando a lesão cerebral abrange a região temporal medial origina défices no campo visual e visuoespacial (Lim e Alexander, 2009), podendo verificar-se no paciente a presença das seguintes manifestações: hemianopsia, cegueira cortical, alucinações, falta de perceção de profundidade, comprometimento e agnosia visual (Lundy-Ekman, 2008). Nestes casos, o Terapeuta da Fala necessita de ter informações sobre a acuidade visual, de modo a que seja possível determinar eficazmente os objetivos, as necessidades e as estratégias de comunicação. Assim sendo, os estímulos fornecidos devem ser simples, claros e com um tamanho apropriado para o nível de funcionamento visual do sujeito (Labreche et al., 2016).

De uma forma geral, o processamento da linguagem depende de funções cognitivas como a memória, atenção, funções executivas e habilidades visuoespaciais, que atuam como sistemas de apoio. A relação entre a linguagem e as funções cognitivas encontra-se bem estabelecida, ou seja, essa inter-relação indica que um declínio na função cognitiva tem um efeito negativo em outras funções. O défice cognitivo tem diferentes variáveis, desde o comprometimento cognitivo ligeiro até à demência vascular (Bonini e Radanovic, 2015). Este pode surgir numa fase anterior à afasia ou após uma série de ocorrências clínicas impostas pela perturbação (Peña-Casanova e Pamires et al., 2005).

Além desses défices a afasia, devido à localização e extensão da lesão pode coexistir com uma perturbação motora da fala (apraxia da fala e disartria). A apraxia da fala é diagnosticada com base na presença de alterações na articulação, prosódia e fluência (Haley et al., 2018). Caracterizada essencialmente por uma dificuldade em programar voluntariamente o posicionamento dos músculos fonoarticulatórios e a sequência de movimentos necessários para a produção de fala (Souza e Pyão, 2008). As áreas responsáveis pela linguagem e pela praxia são anatomicamente adjacentes, pelo que é comum observar-se a presença de uma apraxia da fala juntamente com uma afasia (Kobayashi e Ugwa, 2013). Em relação às disartrias, estas podem ser caracterizadas por alterações no controlo muscular dos mecanismos presentes na articulação e prosódia, decorrendo de uma lesão no Sistema Nervoso Central ou Periférico. Este diagnóstico é

responsável por problemas na comunicação oral devido a uma paralisia, fraqueza ou incoordenação da musculatura da fala (Talarico et al., 2011; Ribeiro e Ortiz, 2009; Peña-Casanova e Pamires, 2005).

Posto isto, todos os aspetos referidos anteriormente podem contribuir para a diminuição da autonomia da pessoa com afasia, constituindo um fator que interfere no seu bem-estar emocional (Caldas, 2000; Kiyon et al., 2008). Frequentemente, devido às limitações causadas pela afasia podem se verificar alterações emocionais, como é o caso da: angústia, ansiedade, isolamento, agressividade, vergonha, culpa, passividade e negação. E, em muitos casos, a luta constante para voltar ao “normal” pode ter repercussões ao nível emocional, causadas essencialmente pela dificuldade em lidar com as barreiras impostas (Kiyon et al., 2008).

As pessoas com perturbação adquirida da linguagem descrevem dificuldades na compreensão de fala, principalmente em ambientes ruidosos. Estas podem estar associadas diretamente à afasia ou a outros fatores, tais como: défices cognitivos, alterações emocionais e/ou perturbações sensoriais (perda auditiva) (Nascimento et al., 2014; Rankin et al., 2014). Para compreender a natureza dos problemas de compreensão do indivíduo, os Terapeutas da Fala devem ter em consideração os processos periféricos (acuidade auditiva) e cognitivos (memória e atenção) (Rankin et al., 2014). Frequentemente, as doenças cardiovasculares podem ser responsáveis pelo aparecimento de défices auditivos, contudo não existe relações entre este fator e a afasia. Assim, em alguns casos a perda auditiva pode ocorrer antes da afasia ou períodos após a lesão cerebral. Sendo a audição um requisito importante para o uso da linguagem, tanto ao nível da compreensão como expressão de material linguístico, uma alteração a este nível pode desencadear um comprometimento durante a comunicação (Rankin et al., 2014). A coexistência de uma perda auditiva em pessoas com afasia condiciona a evolução clínica, passando esta a ser gradual (Nascimento et al., 2014).

Outra característica que pode estar associada à afasia é o bilinguismo, uma vez que, atualmente maior parte da população mundial fala mais do que uma língua. Neste caso, a presença de uma perturbação da linguagem constitui um desafio para os terapeutas, ao nível da avaliação e intervenção, pois estes profissionais têm de considerar

individualmente os sistemas linguísticos de cada língua. As pessoas com afasia bilíngues possuem uma grande heterogeneidade que é determinada por fatores como a idade de aquisição das línguas e o conhecimento de cada uma no período anterior à lesão cerebral. Nestes casos observa-se uma mistura de códigos que é caracterizada pela inclusão de elementos de uma língua na produção de outra, dificultando a intervenção (Scherer, 2011; Terradillos e López-Higes, 2016).

Além disso, o Terapeuta da Fala deve ter em consideração as habilidades literárias do cliente, uma vez que, em Portugal o nível baixo de escolaridade e o analfabetismo ainda são frequentes, principalmente nos grupos etários mais avançados (Canelas et al., 2014). Este fator influencia diretamente o desempenho de indivíduos normais em tarefas que requerem habilidades metalinguísticas e metacognitivas, nomeadamente a compreensão leitora, a leitura em voz alta e a escrita (Ortiz e Costa, 2011; Arrunda et al., 2014). Especificamente nas pessoas com perturbação da linguagem, este profissional pode ter de realizar adaptações durante a intervenção, por exemplo ao nível dos estímulos fornecidos (Caldas, 2000).

Em suma, a intervenção do Terapeuta da Fala tem como principal objetivo a recuperação da comunicação em pacientes com afasia, contudo deve ter em consideração todos os aspetos mencionados anteriormente, que por sua vez podem constituir um fator limitador (Kunst et al., 2013).

2. Modelos de prestação de serviços de saúde

Ao refletir sobre a intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia destacam-se tópicos que afetam esta prática clínica, nomeadamente: as crenças pessoais, o conhecimento teórico e prático adquirido ao longo da formação académica, a filosofia do local de trabalho, a zona do país onde exerce a profissão (aspetos como os interesses, a cultura e religião podem variar conforme a localidade), a eficácia adquirida nas experiências anteriores e as linhas de orientação. Neste contexto, é fundamental que os profissionais tenham conhecimento e capacidade de reflexão sobre os modelos de atuação nos serviços de saúde (Oliveira, 2009).

Os modelos que orientam a prestação de cuidados de saúde são os seguintes: o modelo médico com enfoque no cuidado à “doença” (Simmons-Mackie, 2008), o modelo de reabilitação que centra a intervenção nas AVD’s da pessoa com a perturbação da comunicação (Oliveira, 2009) e o modelo social cujo foco se encontra na participação da pessoa na sociedade (Bampi et al., 2010). Desta forma, durante a intervenção os modelos devem ser selecionados tendo em consideração os diferentes contextos, evidenciando a flexibilidade como elemento fulcral para a promoção de um atendimento adequado à pessoa com afasia (Oliveira, 2009).

O paradigma tradicional de cuidados de saúde foi descrito como modelo médico ou biomédico, cujo objetivo de intervenção centra-se na deficiência (Bampi et al., 2010; França, 2013; Simmons-Mackie, 2008), isto é, na afasia (Oliveira, 2009; Simmons-Mackie, 2008). Desta forma, considera a incapacidade como um problema pessoal, causado pela doença, trauma ou outra condição de saúde, que necessita de assistência profissional para o tratamento individual. Os cuidados prestados centram-se na “cura” ou na adaptação do indivíduo e modificação do comportamento (Organização Mundial de Saúde, 2004). Por conseguinte, as pessoas são descritas com base na sua patologia, sendo tratados por doentes e reconhecidos como afásicos em detrimento da pessoa com afasia. Desta forma, normalmente assumem uma postura passiva, uma vez que, a tomada de decisão é realizada pelo clínico, sendo este o responsável pela determinação dos objetivos da terapia (Simmons-Mackie, 2008). Este modelo é principalmente praticado em locais de saúde, designadamente em centros de saúde e hospitais, com um horário padronizado e um reduzido envolvimento do próprio utente e da sua família (Oliveira, 2009).

Frequentemente, os Terapeutas da Fala durante a sua intervenção recorrem ao modelo médico por vários fatores, tais como: a familiaridade, a fácil aplicação, a rapidez e eficiência (avaliação, diagnóstico e intervenção é determinada pelo clínico) e a proteção destes profissionais em relação ao envolvimento da pessoa com afasia no processo de decisão (Oliveira, 2009). Associado a este modelo, a Organização Mundial de Saúde (OMS) criou um documento que uniformiza o conceito e a dinâmica envolvida, intitulado por Classificação Internacional de Doenças (CID). A classificação foi elaborada para permitir o registo sistemático, a análise, a interpretação e a comparação de informações

sobre a mortalidade e morbidade. Baseia-se nos diagnósticos de doenças, perturbações ou outras condições de saúde (Organização Mundial de Saúde, 2004).

Por outro lado, o modelo de reabilitação foca-se na pessoa com a perturbação da comunicação e nas suas AVD's. O processo de decisão desenvolve-se em conjunto, isto é, o terapeuta informa o indivíduo com afasia e a sua família sobre as distintas opções de avaliação e intervenção. De seguida, simultaneamente todo o processo é determinado. Esta participação pode ser influenciada pelo nível de literacia e idade, assim sendo, as pessoas mais jovens e/ou com níveis de escolaridade elevados demonstram um grau de envolvimento superior (Oliveira, 2009).

O modelo social surgiu para afastar o enfoque do tratamento na doença e melhorar a promoção da saúde, pelo que a reabilitação se centra no cliente e envolve a maximização de oportunidades para escolhas informadas. Todo o processo tem em consideração as preferências, necessidades e os contextos sociais de cada pessoa (Bampi et al., 2010; Simmons-Mackie, 2008). Por conseguinte, o indivíduo com afasia assume um papel ativo e participativo nas suas decisões sobre os cuidados de saúde (Simmons-Mackie, 2008). É de salientar que, segundo este modelo, o problema não se encontra totalmente na pessoa com afasia, ou seja, a perturbação é vista como uma consequência de atitudes e barreiras incapacitantes que são impostas pela sociedade (Manago et al., 2017). O termo “social” refere-se ao conceito amplo de que as pessoas são membros de uma sociedade e residem num contexto sociocultural. Neste seguimento, a afasia não é apenas uma alteração, sendo também uma condição em que as oportunidades de comunicação não se encontram disponíveis. Por isso, os problemas internos e as barreiras externas devem ser abordados para o retorno ideal da função e do bem-estar (Simmons-Mackie, 2008).

Neste contexto desenvolveu-se a Classificação Internacional da Funcionalidade (CIF), que se baseia na integração do modelo médico com o modelo social. Para obter a inclusão das várias perspetivas é utilizada uma abordagem “biopsicossocial”, que reflete as diferentes perspetivas de saúde: biológica, individual e social (Bampi et al., 2010; OMS, 2004; Terradillos e López-Higes, 2016). Esta tem como objetivo fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para descrição da saúde, assim como dos estados relacionados (Bampi et al., 2010). Dessa forma, a CIF deve ser considerada como uma guia de

orientação para os profissionais da reabilitação durante as suas ações terapêuticas, com o intuito da inclusão e participação das pessoas com afasia nos diferentes contextos, promovendo o regresso bem-sucedido à vida quotidiana. Por sua vez, a independência e a autonomia do indivíduo proporcionam melhorias na autoestima, identidade e oportunidades de inclusão (Riaño e Camacho, 2015).

Em síntese, a diferença entre estes três modelos apresentados encontra-se diretamente relacionada com a capacidade de decisão do indivíduo. Isto é, o modelo médico constitui uma abordagem diretiva, no modelo de reabilitação o processo de tomada de decisão é informado e, no modelo social a decisão é um procedimento partilhado (Oliveira, 2009).

3. Intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia

A reabilitação das pessoas com afasia surgiu numa fase anterior à primeira guerra mundial, porém nesse momento os estudos eram reduzidos e apenas ocasionalmente se realizava intervenção junto a esta população (Bandur e Shewan, 2008; Basso, 2003). É de referir que naquela época já existiam interessados na matéria, que sugeriram potenciais estratégias para a reabilitação. Assim, até à segunda guerra mundial, o desenvolvimento no tratamento destas perturbações foi lento e gradual, no entanto, após esse período a intervenção foi abordada de uma forma mais organizada (Basso, 2003).

A atuação do Terapeuta da Fala, de um modo geral, inicia com as metodologias e os suportes utilizados durante a avaliação, que influenciam o processo de intervenção. Os modelos, que suportam e orientam a prática deste profissional junto a pessoas com afasia, relacionam-se com as diferentes perspetivas, abordagens, metodologias e objetivos de intervenção (Oliveira, 2009).

3.1. Abordagens orientadas para a linguagem

Numa fase inicial a reabilitação da afasia tinha como principal objetivo, tanto para terapeuta como para a pessoa, recuperar as habilidades linguísticas alteradas, focando a intervenção no défice (Fontanesi e Schmidt, 2016; Galletta e Barrett, 2014). Neste

contexto, surge o tratamento orientado para a linguagem que se baseia na aplicação de evidências da abordagem psicolinguística, de maneira a refletir o modo como a linguagem é normalmente processada e explicar como esse ocorre quando existe uma alteração, como é o caso da afasia. O principal foco da intervenção consiste em permitir que a pessoa com afasia use o sistema de processamento da linguagem com o máximo de funcionalidade (Bandur e Shewan, 2008; Fontanesi e Schmidt, 2016). Desta forma, a reabilitação centra-se principalmente nos níveis de incapacidade e prejuízo causados pela perturbação, através de uma estimulação auditiva e visual em contextos linguísticos e situacionais. As capacidades trabalhadas constituem um meio para o crescimento da comunicação funcional (Fontora et al., 2012).

Nos anos de 1940 e 1950 surgiram metodologias que tinham por base a estimulação, cujos representantes principais foram Schuell e Wepman (Basso, 2003; Penã-Casanova et al., 2005). Os seguidores deste método consideram a linguagem como função completa, indivisível e psicológica, e definem a afasia como alteração unidimensional que varia conforme a gravidade. Os seguidores desta abordagem defendem que o conhecimento da linguagem não está perdido, mas devido a uma lesão cerebral o seu acesso encontra-se condicionado (Basso, 2003).

Schuell apresenta um trabalho pioneiro na intervenção em pessoas com afasia, tendo como base a estimulação auditiva intensa, controlada e sistemática (Rau e Fox, 2009). Este procedimento irá influenciar a atividade cerebral, com o intuito de ativar comportamentos verbais orais, controlar os estímulos e potencializar as respostas do indivíduo (Oliveira, 2009). A estimulação é utilizada como ferramenta para facilitar, maximizar a reorganização e recuperar a linguagem (Penã-Casanova et al., 2005; Rau e Fox, 2009). Segundo esta abordagem, as pessoas com afasia possuem défices semelhantes em todas as modalidades da linguagem: compreensão, expressão, leitura e escrita (Rau e Fox, 2009). A metodologia rege-se pelos seguintes princípios: (1) a estimulação sensorial pode influenciar a estrutura e a função cerebral, (2) a repetição assume um papel importante na aquisição, organização, armazenamento e recuperação dos padrões de linguagem, (3) o sistema auditivo é primordial para a aquisição da linguagem e a sua funcionalidade depende deste sistema, (4) défices ao nível auditivo influenciam as modalidades da linguagem e (5) na generalidade as pessoas com afasia apresentam

défices na compreensão auditiva, pelo que uma recuperação a este nível funciona como um pré-requisito para a melhoria de outras componentes (Bandur e Shewan, 2008; Oliveira, 2009).

Neste âmbito, a abordagem por estimulação sugere algumas estratégias que podem ser usadas durante a intervenção para melhorar a compreensão e/ou a expressão, como é o caso do: recurso a outras modalidades de comunicação (por exemplo, o gesto e a escrita) ou a estratégias de compensação (por exemplo, o circunlóquio), diminuição do ritmo de fala, uso de pausas durante a produção de enunciados, redução do comprimento, uso da redundância, diminuição da abstração, reconhecimento de aspetos como a frequência e o significado, combinação de estímulos sensoriais (auditivo e visual), pistas e pré-estimulação (Coelho et al., 2008). Por exemplo, de acordo com Coelho et al. (2008) quando um paciente não consegue nomear as pistas são dadas pela seguinte ordem: (1) indicar a função, (2) expressar a função, (3) dizer e demonstrar a função, (4) *responsive naming*, (5) *responsive naming* com articulação silenciosa do 1º fonema, (5) *responsive naming* com vocalização do 1º fonema, (6) *responsive naming* com vocalização da 1ª sílaba e (7) repetição da palavra.

No caso de Wepman, inicialmente propôs uma terapia mais tradicional, tal como a de Schuell. Contudo, posteriormente desenvolveu um método de intervenção centrado no pensamento, na medida em que a atenção do adulto com afasia se encontra direcionada para o conteúdo que pretende expressar, desvalorizando a forma linguística. Esta terapia é composta por três parâmetros: estimulação, facilitação e motivação. Ao analisar esta última metodologia, pode-se concluir que Schuell e Wepman definem métodos diferentes e heterogéneos (Basso, 2003).

Atualmente, a intervenção orientada para a linguagem é frequentemente baseada em teorias da neuropsicologia cognitiva (Hoover et al., 2015; Rau e Fox, 2009). O conhecimento sobre esta metodologia começou na segunda metade do século XIX, quando os neurologistas começaram a fazer conclusões sobre a arquitetura intacta do sistema responsável pelo processamento linguagem. Cujo objetivo é estudar a componente oral e escrita, que pode estar alterada depois de uma lesão cerebral (Caramazza e Coltheart, 2006). Segundo Manning (2005, p. 3), a neuropsicologia

cognitiva tem como objetivo descrever a arquitetura funcional dos sistemas de processamento de informação inseridos no cérebro e clarificar a natureza das representações que estão na base desses tratamentos, assim como os processos mentais envolvidos. Deste modo, dedica-se ao estudo das diferentes operações mentais necessárias para a execução de uma determinada tarefa (Capovilla, 2006).

A neuropsicologia cognitiva pretende analisar o déficit para compreender a organização do comportamento normal, para isso utiliza um programa que explica as *performances* cognitivas alteradas e inatas das pessoas com lesão cerebral (Manning, 2005). Portanto, foram elaborados diagramas que contêm os componentes de processamento e fluxo da informação através de caixas e setas, respetivamente (Caramazza e Coltheart, 2006; Hillis e Newhart, 2008; Ralph, 2004). Neste contexto, o tratamento é caracterizado pelo planeamento e estruturação de objetivos terapêuticos através de uma base teórica utilizada durante a avaliação das habilidades linguísticas. Numa fase inicial as funções linguísticas comprometidas são identificadas através da avaliação pela neuropsicologia cognitiva e, posteriormente, o processo cognitivo a ser treinado é definido, utilizando tarefas para recuperar ou compensar essa alteração (Fontoura, 2012; Hoover et al., 2015). O modelo pode ser aplicado em tarefas como: leitura, escrita, nomeação, ou produção de frases (Hillis & Newhart, 2008).

Observando as abordagens da neuropsicologia e da estimulação, pode-se concluir que, segundo os modelos que orientam a prestação de serviços na saúde, os Terapeutas da Fala que se guiam por estas metodologias seguem a linha de intervenção do modelo médico. Assim sendo, os objetivos concentram-se na melhoria de modalidades linguísticas, com vista na diminuição do déficit apresentado, alcançando uma melhoria funcional (Ferreira et al., 2004; Oliveira, 2009). Por isso, pretende que o indivíduo consiga executar as funções perturbadas (Oliveira, 2009).

Além dos métodos anteriormente mencionados, existe outros que foram construídos para melhorar determinada característica específica da afasia. Por exemplo, Helm-Estabrooks, Emery e Albert (1989, cit in Pamires et al., 2005) desenvolveram um tratamento para a perseveração, que incluía várias estratégias de intervenção, tais como: dar um intervalo de tempo na mudança de estímulos (cerca de 5 a 10 segundos), usar o gesto, a mímica,

pedir ao paciente para manipular o objeto/imagem, o desenho, descrição da função da palavra, *responsive naming*, escrita (grafema ou sílaba inicial e palavra), pista fonémica e repetição (Pamires et al., 2005).

Em contraste às abordagens direcionadas para a linguagem surgem os tratamentos orientados para a comunicação, que visam capacitar a pessoa e reduzir as consequências da afasia na qualidade de vida (Hoover et al., 2015).

3.2. Abordagens orientadas para a comunicação

Nas pessoas com afasia o sucesso na vida está relacionado com a capacidade de participar nas atividades significativas e conseguir manter relações pessoais, apesar dos défices linguísticos e comunicativos (Beckley et al., 2017). Nesta população as mudanças associadas à afasia podem ter impactos abrangentes na vida diária, nomeadamente na qualidade e quantidade de interações quotidianas verificando-se reduções na qualidade de vida e no bem-estar psicológico (Brown et al., 2012; Simmons- Mackie, 2008). Por sua vez, a comunicação desempenha um papel central na relação com o outro, tendo como objetivos principais, a troca de informações (transação) e o cumprimento das necessidades sociais (interação) (Beckley et al., 2017; Simmons- Mackie, 2008). Na terapia tradicional, os Terapeutas da Fala centravam-se nos aspetos transacionais da comunicação, como é o caso das terapias funcionais que foram projetadas para promover a troca de mensagens de qualquer modo. Contudo, através da comunicação não só ocorre o intercâmbio de ideias, como também é possível desenvolver e manter uma identidade, satisfazendo as necessidades mentais e criando conexões com as outras pessoas (Simmons- Mackie, 2008).

Neste contexto, desenvolveram-se as estratégias de comunicação ou compensatórias, que consistem numa forma da pessoa com afasia e/ou os seus parceiros comunicativos conseguirem contornar as barreiras comunicativas impostas pela perturbação (Beckley et al., 2017; Brown et al., 2012; Carlsson et al., 2014; Johansson et al., 2012). Estas são definidas como um comportamento comunicativo novo ou expandido, muitas vezes adquirido espontaneamente e utilizado de forma sistemática, de modo a atingir os

objetivos comunicativos transacionais e interacionais (Rautakoski, 2011; Simmons-Makie e Damico cit in Beckley et al., 2017).

Nas abordagens orientadas para a comunicação, como referido anteriormente, a terapia pode ter um carácter direcionado para a comunicação funcional ou, por outro lado, pode ser idealizada com base na abordagem social (Rau e Fox, 2009). É de referir que estas duas componentes podem ser utilizadas em simultâneo (Oliveira, 2009).

3.2.1. Comunicação funcional e pragmática

Nos anos de 1970, a maioria das intervenções em pessoas com afasia centravam-se na recuperação das funções da linguagem, como é o caso do método de estimulação defendido por Schuell (Davis, 2005). Desta forma, a eficácia do tratamento e os seus resultados eram as prioridades da prática clínica, através da realização de tarefas diretas com o objetivo de melhorar as competências de compreensão e expressão da linguagem (Kalinyak-Fliszar et al., 2015). Em contrapartida, nesse período surgiu uma alternativa introduzida por Holland e Sarno, a comunicação funcional (Oliveira, 2009; Worrall, 2000). Este conceito inclui a comunicação em contextos naturais, ou seja, não apenas nas tarefas de linguagem durante a sessão, mas também na vida quotidiana (Fontoura et al., 2012; Kalinyak-Fliszar et al., 2015).

A comunicação funcional compreende a habilidade de receber e transmitir mensagens, de uma forma efetiva e independente, conforme as exigências do meio ambiente (Fridriksson, 2006). Esta é uma definição abrangente e refere-se à totalidade do processo, incluindo a modalidade verbal e não-verbal (Garcia e Mansur, 2006). Neste âmbito, as abordagens funcionais focam-se na troca de informações significativas, com o objetivo de aumentar o desempenho das pessoas com afasia nas AVD's (Beckley et al., 2017; Fontoura, 2012; Rau e Fox, 2009). Para o atingir incentiva a utilização de estratégias multimodais, de modo a melhorar as habilidades comunicativas (Fontoura, 2012). Além disso, a terapia idealiza que o cliente generalize as estratégias apreendidas nas sessões para a sua vida diária (Simmons-Mackie e King, 2013).

<i>Estratégia</i>	<i>Exemplos</i>
Fala	Fala espontânea (quando possível), uso de palavras relacionadas ou circunlóquios para obter uma ideia, suplementação do discurso (por exemplo, uso de onomatopeias) e mudanças no tom de voz durante a comunicação.
Expressão Facial	
Gestos	Gestos deícticos (por exemplo, apontar para objeto, pessoa, direção ou palavra escrita), simbólicos (gesto de comer) e pantomima (mímica e expressão corporal).
Escrita	Palavras-chave e pistas visuais (por exemplo, grafema inicial).
Desenho	
Meios gráficos	Pictogramas, ícones, desenhos, fotografias pessoais ou genéricas, objetos (por exemplo, jornais), cadernos ou placas de comunicação e escalas (por exemplo, escala de classificação da dor).
Auxílios Tecnológicos	Telemóvel, computador, tablet, entre outros.

Tabela 1: Estratégias multimodais (adaptada de Simmons-Mackie e King, 2013)

Frequentemente, o Terapeuta da Fala e o cliente praticam o uso de estratégias em atividades estruturadas, nomeadamente: descrição de imagens, objetos e role-play, podendo ser realizadas em grupo ou individual (Beckley et al., 2017). Por vezes, a generalização é variável e depende do contexto, sendo que esta se torna mais eficaz na presença de um parceiro comunicativo qualificado. Este elemento facilita o uso da estratégia treinada durante as sessões (Beckley et al., 2017; Rautakoski, 2011).

Um método de tratamento pragmático inserido nesta abordagem de reabilitação é o PACE- “*Promoting Aphasic’s Communicative Effectiveness*” (Beckley et al., 2017; Davis, 2005; Peña-Casanova et al., 2005; Terradillos e López-Higes, 2016). Surgiu para ajudar as pessoas com afasia a melhorar as suas habilidades comunicativas, partindo do

pressuposto que todos os indivíduos têm capacidade para comunicar, de qualquer forma na sua vida quotidiana. Tem como objetivo maximizar todas as habilidades residuais de forma a alcançar uma comunicação funcional. O método possui quatro princípios básicos baseados nas características da conversação: (1) participação igualitária, o terapeuta e a pessoa com afasia participam equitativamente como transmissores e recetores de mensagens, (2) intercâmbio de informações, (3) indivíduo com afasia tem a oportunidade de escolher livremente os canais de comunicação e (4) feedback natural baseado na adequação comunicativa (Davis, 2005; Oliveira, 2009; Terradillos e López-Higes, 2016). Estes princípios devem ser aplicados com flexibilidade e imaginação para cada caso (Davis, 2005). É de salientar que o PACE apresenta elementos de conversação (tais como, a troca de turnos e partilha de conhecimento através de um estímulo), que não são observáveis nas abordagens de estimulação, porém não pode ser considerada uma conversa devido ao seu carácter artificial, estruturado e por não permitir mudanças de tópico (Simmons-Mackie, 2014). Durante a reabilitação, seguindo este método, o clínico recorre à modelagem como ferramenta para o treino das estratégias (Davis, 2005).

As abordagens pragmáticas ampliaram a visão dos terapeutas em relação às respostas bem-sucedidas durante a terapia e desenvolveram o interesse pela capacidade residual dos pacientes para comunicar através de qualquer canal (comunicação total). Estas surgem com base no princípio de que as pessoas com afasia têm uma capacidade de comunicar mais preservada do que a expressão através da linguagem (Basso, 2011; Davis, 2005). Acrescentando ainda, a abordagem pragmática mostrou que casos com uma afasia grave utilizam espontaneamente meios de comunicação não-verbal para aumentar ou compensar a limitação de expressão verbal oral. A adoção de diferentes meios comunicativos tem como objetivo superar as dificuldades impostas pela presença de uma perturbação da linguagem (Rautakoski, 2011).

O interesse clínico na utilização de estratégias de comunicação não-verbal é baseado na ideia de que estas podem ter uma função aumentativa ou alternativa à componente verbal. Nesse contexto, as pessoas com afasia são encorajadas a recorrer a qualquer modalidade para se expressarem. Quando as modalidades (verbais e não-verbais) possuem um carácter natural e contextualizado são mais fáceis de aplicar. Por exemplo, os métodos de

comunicação espontâneos e familiares (gesto, escrita, entre outros) têm sido indicados como mais simples para os indivíduos com afasia (Rautakoski, 2011).

Robson et al. (2001) descreve um estudo realizado em pessoas com jargão e relata casos em que a escrita pode ser um caminho alternativo para a comunicação, devido às capacidades residuais do indivíduo, nomeadamente ao nível do conhecimento ortográfico. A terapia era direcionada para a nomeação escrita, com a finalidade de que esta fosse utilizada como estratégia para a transmissão de mensagens. Os resultados indicam que a intervenção foi um incentivo para o uso deste canal durante a comunicação. Por vezes, os pacientes não usam a escrita como modo de comunicação por ser artificial (Jackson-Waite e Pring, 2003; Robson et al., 2001).

3.2.2. Comunicação social

Nos últimos anos, a intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia foi influenciada pelo modelo social de prestação de serviços de saúde, que analisa a perturbação como produto dos fatores ambientais, podendo estes atuar como barreiras ou facilitadores na participação diária do indivíduo (Paul e Sanders, 2009; Rayner e Marshall, 2003). Desta forma, o contexto necessita de ser adaptado às condições específicas da pessoa, assim como esta precisa de se ajustar e realizar compensações (Paul e Sanders, 2009). Segundo este modelo o foco de intervenção dos profissionais consiste em promover a autonomia e a participação do indivíduo com afasia no seu ambiente social através da construção de rampas comunicativas facilitadoras e da eliminação das barreiras existentes (Simmons-Mackie, 2008).

Neste âmbito surge a abordagem social, que se centra na importância da relação que a comunicação apresenta para a vida da pessoa. Isto deve-se ao facto de não se limitar exclusivamente à troca de informação, uma vez que, através da comunicação é possível desenvolver e manter uma identidade, cumprir com as necessidades mentais e emocionais, estabelecer conexões com as outras pessoas e promover a associação a grupos (Oliveira, 2009; Simmons-Mackie, 2008). Segundo Simmons-Mackie (2008, p. 295), esta abordagem apresenta um conjunto de objetivos específicos que guiam a intervenção dos Terapeutas da Fala, tais como: (1) melhorar a comunicação natural, (2)

aumentar o êxito da participação em contextos do quotidiano, (3) criar sistemas dentro da comunidade, (4) aumentar a autoestima e confiança comunicativa e (5) promover o apoio e a ação social. Por isso, engloba a interação com o ambiente e o facto da condição imposta pela afasia não incluir apenas o indivíduo, mas também a maneira como os outros (elementos que pertencem ao círculo social) utilizam as suas habilidades comunicativas (Paul e Sanders, 2009). Deste modo, um importante objetivo de intervenção consiste na melhoria das interações comunicativas, através da habilidade e da confiança da pessoa com afasia e/ou dos potenciais parceiros comunicação durante a conversação. Estes aspetos constituem o foco da intervenção (Simmons-Mackie, 2008).

i) Terapia de conversação

Na verdade, a conversa é descrita como o coração da comunicação humana (Simmons-Mackie et al., 2014), atingindo objetivos sociais e transacionais (Marshall e Rayner, 2003; Simmons-Mackie, 2008). Através desta a pessoa consegue revelar as suas competências internas, tais como: tomar decisões e interagir com os outros de forma significativa. Por conseguinte, a perda de competências comunicativas e linguísticas, como acontece nas afasias, origina uma luta constante destes indivíduos para demonstrar as suas capacidades (Marshall e Rayner, 2003). Desta forma, é reconhecida como um constituinte importante para o bem-estar psicossocial, por isso não pode ser subestimada (Marshall e Rayner, 2003). Segundo Marshall e Rayner (2003) é considerada um “meio de transporte para a construção social de relacionamentos”, desempenhando um papel fundamental no funcionamento do ser humano em sociedade.

A maioria das terapias em pessoas com afasia, em última instância, visam melhorar a comunicação e a conversação natural. Estas são distintas das intervenções que tem como objetivo generalizar as habilidades treinadas em tarefas linguísticas ou funcionais para as conversas naturais. Em vez disso, as terapias orientadas para a conversação concentram-se abertamente na mudança de comportamentos no contexto da conversa (Beckley et al., 2017; Simmons-Mackie, 2008; Simmons-Mackie et al., 2014), promovendo uma “estimulação social” para o paciente (Brady et al., 2016). Frequentemente, as informações relacionadas com esta metodologia são descritas por uma variedade de abordagens, nomeadamente o treino de parceiros comunicativos, terapia de grupo e terapias centradas

na interação (Simmons-Mackie et al., 2014). A intervenção pode ser realizada em grupo ou individual e, conforme o tipo de serviço a atuação do terapeuta varia. Sendo assim, a terapia individual trabalha particularmente com a pessoa com afasia ou com o parceiro comunicativo. Por outro lado, na terapia de grupo as interações conversacionais de indivíduos com afasia são facilitadas por um clínico qualificado (Simmons-Mackie et al., 2014). Para avaliar os resultados da terapia e aumentar a consciencialização dos clientes, geralmente, recorre-se ao feedback visual (vídeo) (Best et al., 2016).

De um modo geral, as abordagens conversacionais concentram-se no ensino de estratégias de conversação positivas ou facilitadoras direcionadas para a pessoa com afasia, parceiro comunicativo ou para a díade (Simmons-Mackie et al., 2014). Numa revisão realizada por Simmons-Mackie et al. (2014) foram identificados alguns comportamentos que devem ser seguidos durante a conversação. Por exemplo, reduzir “perguntas teste” (de informação conhecida), melhorar os reparos durante as falhas comunicativas, aumentar a participação, aumentar a utilização da comunicação multimodal, introduzir novos tópicos e reduzir a velocidade do discurso (Simmons-Mackie et al., 2014).

ii) *Parceiro comunicativo*

Embora várias intervenções estejam incluídas numa abordagem social, a forma mais prevalente de intervenção socialmente orientada consiste no treino de parceiros de conversação (Simmons-Mackie et al., 2010). O clínico Lyon foi pioneiro no seguimento deste programa de intervenção através da preparação de voluntários, pertencentes à comunidade, para apoiar a comunicação das pessoas com afasia (Rau e Fox, 2009).

O treino de parceiros comunicativos é uma intervenção dirigida aos adultos sem afasia, com o intuito de melhorar as capacidades linguísticas, comunicativas e/ou o seu bem-estar (Beckley et al., 2017; Simmons-Mackie et al., 2010). Além disso, são elementos presentes no ambiente dos indivíduos com a afasia, incluindo, mas não se limitando, a membros da família, amigos, voluntários ou profissionais de saúde (Simmons-Mackie, 2008; Simmons-Mackie et al., 2010). Este método é considerado uma forma de reabilitação ambiental, pois envolve o uso de suportes comunicativos e estratégias externas, que são delineados e projetados especificamente para alterar o contexto

comunicativo (Simmons-Mackie et al., 2010). Efetivamente, este treino oferece um suporte comunicativo e torna a pessoa com afasia mais competente. O sucesso da interação depende da díade, isto é, a melhoria das capacidades do parceiro é apenas uma parte da intervenção, sendo o indivíduo com afasia responsável por promover trocas bem-sucedidas. Os objetivos deste programa compreendem a aprendizagem de estratégias concretas para apoiar a comunicação e o treino de ferramentas aumentativas que fornecem um contexto e encorajam o adulto a usar esse modo de comunicação (Simmons-Mackie, 2008).

Como referido anteriormente, uma abordagem comum para o treino de parceiro comunicativo visa ensinar estratégias genéricas para apoiar a conversação, que podem ser utilizadas em conversas por diferentes pessoas em contextos variados. O *Supported Conversation for Adults with Aphasia* (SCA) é um programa de intervenção direcionado para a melhorar a comunicação entre a díade e com o intuito de reduzir as consequências psicossociais da afasia (Eriksson et al., 2016; Kagan, 1998; Kagan et al., 2001; Terradillos e López-Higes, 2016). Para isso, envolve o ensino de técnicas específicas a parceiros comunicativos, nomeadamente o reconhecer e revelar a competência. Baseia-se no pressuposto de que muitos indivíduos com afasia, quando têm oportunidade, conseguem demonstrar as suas habilidades cognitivas e sociais preservadas, permitindo a participação na conversa (Kagan et al., 2001).

Assim, a primeira técnica consiste no **reconhecimento de competência**, que pode desencadear-se de forma implícita (por exemplo, usar um tom de voz natural, integrar apoio verbal e não-verbal, usar o humor e tópicos de conversa adultos ou complexos); ou explícita, reconhecendo verbalmente a competência do parceiro (por exemplo, dizer “eu sei que sabe”). O parceiro comunicativo e/ou Terapeuta da Fala deve admitir e aceitar a sua responsabilidade pelas falhas comunicativas, e ajudar a revelar a mensagem pretendida (*Aphasia Institute*, 2015; Kagan, 1998). A segunda técnica compreende a **revelação da competência**, que surge para facilitar as trocas de mensagens entre parceiros e encontra-se subdividida em três áreas: assegurar a compreensão da mensagem (entrar), certificar que o parceiro com afasia consegue responder e/ou expressar os pensamentos (sair) e verificar respostas (Kagan, 1998). Esta metodologia concentra-se na

autonomia do parceiro com afasia, ao contrário do objetivo terapêutico tradicional (a independência) (Kagan et al., 2001).

Para confirmar a **compreensão da mensagem**, vários autores referem o uso das seguintes estratégias: frases simples e curtas (Kagan, 1998; Ortiz, 2005; Paul e Sanders, 2009; Rayner e Marshall, 2003), gestos para complementar o discurso (Kagan, 1998; Morris et al., 2015; Paul e Sanders, 2009), escrever palavras-chave (Hux et al., 2008; Kagan, 1998; Labreche et al., 2016; Morris et al., 2015), usar imagens (Kagan, 1998), eliminar elementos distratores (ruído, pessoas ou excesso de materiais) (Rayner e Marshall, 2003), observar a expressão facial (Labreche et al., 2016), o olhar (Rayner e Marshall, 2003) e a postura corporal (Paul e Sanders, 2009).

Por outro lado, para certificar que o **parceiro com afasia consegue responder e/ou expressar os pensamentos**, diferentes autores utilizam estratégias, tais como: perguntas de sim/não, transmitir uma ideia de cada vez (Labreche et al., 2016), perguntas de resposta múltipla (Kagan, 1998; Morris et al., 2015; Simmons-Mackie, 2008), começar de uma ideia geral para uma mais específica (Paul e Sanders, 2009) e dar tempo de resposta (Kagan, 1998; Morris et al., 2015; Rayner e Marshall, 2003). Para finalizar, de acordo com o *Aphasia Institute* (2015) e Kagan (1998) realiza-se a **verificação da mensagem**, para permitir reflexão, correção, clarificação e expansão, através do uso: de gestos, palavras-chave escritas, frases e repetição.

Além das estratégias descritas existem outras que podem ser utilizadas pelo parceiro comunicativo. Por exemplo, Simmons-Mackie (2008, p. 318) acrescenta as seguintes: diminuir a velocidade do discurso, repetir palavras-chave, reformular mensagem, substituir referentes indiretos por diretos (“ela” para “Maria”), usar introduções verbais para começar um tópico (“vamos falar sobre”), usar a redundância, identificar o tópico de conversa, utilizar sinais de alerta (“preste atenção”), respeitar o silêncio da pessoa com afasia, mudar o tom de voz para enfatizar o conteúdos importantes, parafrasear, resumir, sustentar e criar tópico, usar estratégias aumentativas do indivíduo com afasia para modelar e estabelecer a igualdade (Simmons-Mackie, 2008). Acrescentando ainda, o estudo de Paul e Sanders (2009) menciona a estratégia rotina, ou seja, o cumprimento de

um cronograma é eficaz para ajudar o paciente a lidar com a sua nova condição e permite o conhecimento compartilhado, melhorando a comunicação (Paul e Sanders, 2009).

Um estudo realizado por Beeke et al. (2015) descreve um programa de intervenção para pessoas com agramatismo e o seu parceiro comunicativo, cujo objetivo é aumentar a percepção dos efeitos dessa característica na conversação e ensinar estratégias comunicativas. As estratégias foram selecionadas com base num conjunto restrito de sugestões, baseado na pesquisa realizada pelos autores sobre comportamentos bem-sucedidos durante a conversa de indivíduos com agramatismo. Deste modo, as duas pessoas com afasia presentes na investigação escolheram as seguintes: escrita, palavras-chave (identificação de tópico), expressões faciais e corporais. Em um dos casos, o resultado pós-terapia foi positivo e verificou-se um aumento do uso das estratégias de uma forma funcional, principalmente a escrita. Contudo, no outro caso não foram observadas mudanças significativas provavelmente devido à extensão e ao padrão do défice de linguagem, pelo que seria necessário reconsiderar o processo. Com isto, concluiu-se que a combinação de estratégias pode funcionar para uma díade e para outra isso pode não acontecer (Beeke et al., 2015).

Durante a conversação, segundo Kagan (1998) os materiais devem permanecer disponíveis para auxiliar o intercâmbio de ideias entre o parceiro comunicativo e a pessoa com afasia. Assim, durante todo o processo de comunicação, vários autores descrevem diferentes recursos que podem apoiar o processo, tais como: folha branca (Hux et al., 2010; Rayner e Marshall, 2003; Simmons-Makie, 2008), marcador (Simmons-Makie, 2008) ou lápis (Hux et al., 2010; Simmons-Makie, 2008), cartões (*Aphasia Institute* 2015), fotografias e pictogramas (*Aphasia Institute* 2015; Hux et al., 2010; Simmons-Mackie, 2008; Simmons-Mackie, 2014; Rautakoski, 2011).

A perturbação na comunicação pode afetar negativamente a interação das pessoas que comunicam frequentemente com o indivíduo com afasia, nomeadamente os profissionais de saúde. Por essa razão, a população em geral deveria ter um conhecimento sobre as estratégias comunicativas eficazes e utilizá-las diariamente, sendo recomendadas pelos Terapeutas da Fala, o paciente e/ou parceiro comunicativo (Paul e Sanders, 2009).

II- Enquadramento Metodológico

1. Objetivos e questão da investigação

A investigação científica tem como objetivo a aquisição de novos conhecimentos, que permitam o suporte teórico, a evolução e o progresso das práticas profissionais. Fortin (1999) acrescenta ainda, que é um processo sistemático e rigoroso fundamental para avaliar fenómenos e obter respostas para as questões preparadas (Fortin, 2009). Especificamente para este estudo foi elaborada a seguinte questão de investigação: “Como é utilizada a estratégia escrita durante a intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia?”.

Com o desenvolvimento deste projeto de graduação pretende-se caracterizar a utilização da estratégia escrita durante a intervenção do Terapeuta da Fala junto a pessoas com afasia e responder aos seguintes objetivos específicos: (1) determinar a frequência de utilização da estratégia escrita em função do tipo de afasia, (2) determinar a frequência de utilização da estratégia escrita em relação às características linguísticas da perturbação, (3) determinar a influência das características gerais na utilização da estratégia escrita, (4) determinar as circunstâncias em que a estratégia escrita é escolhida para complementar as sessões de Terapia da Fala, (5) determinar a frequência de utilização de diferentes estratégias escritas específicas durante as sessões, (6) determinar a frequência de utilização de diferentes recursos materiais durante a aplicação da estratégia escrita, (7) analisar a correlação entre as respostas a cada domínio com as variáveis experiência profissional, escolaridade e idade dos Terapeutas da Fala, e (8) averiguar a correlação entre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico e das respetivas características linguísticas. Assim, os objetivos de uma investigação indicam de uma forma explícita a intenção do investigador com o desenvolvimento do estudo (Fortin, 1999).

2. Tipo de estudo

Os métodos de investigação suportam as preocupações e direcionam a investigação, podendo ser de carácter qualitativo ou quantitativo (Fortin, 1999; Fortin, 2009). O presente estudo orienta-se pelo método quantitativo, devido aos objetivos propostos, ao instrumento de recolha de dados (questionário) e à respetiva análise. Segundo Fortin (1999, p. 22) o método quantitativo é:

Um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis (...) baseado na observação de factos objetivos, de acontecimentos e fenómenos que existem independentemente do investigador.

Acrescentando ainda, em Fortin (2009, p. 27) o método é caracterizado pela “(...) medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos” (Fortin, 2009). De acordo com esta abordagem o investigador deve seguir um conjunto de etapas, desde a definição do problema até aos resultados obtidos, com a finalidade de colaborar na validação e desenvolvimento de conhecimentos (Fortin, 1999).

3. População e amostra

Fortin (2009) define população como um conjunto de pessoas que apresentam características comuns. Deste modo, nos estudos os indivíduos que satisfazem os critérios de inclusão são considerados parte integrante da população-alvo, porém raramente é possível estudar esse grupo na sua totalidade. Por isso, o investigador, normalmente, recorre a uma porção que lhe seja acessível (Fortin, 2009). No presente projeto foram previamente definidos os critérios de inclusão, assim a população-alvo abrange todos os Terapeutas da Fala com experiência na área da afasia.

No que concerne ao método de amostragem utilizado, o estudo insere-se numa amostragem não probabilística por conveniência, ou seja, os participantes foram selecionados por serem de fácil acesso e por compreenderem os critérios de inclusão. Além deste, recorreu-se ao método de amostragem não probabilística por redes, isto é, os indivíduos que participam na investigação são convidados a partilhar o instrumento com

outras pessoas. Este último apoia-se nas redes sociais e no conjunto de profissionais com características comuns (Fortin, 1999; Fortin, 2009).

4. Variáveis

As variáveis são unidades que suportam a investigação, descritas como “qualidades ou características às quais se atribuem valores” (Fortin, 2009, p. 171). Quando o instrumento de recolha de dados é um questionário, frequentemente, as questões incluídas no mesmo constituem as variáveis do estudo (Hill e Hill, 2000). Estas podem ser classificadas de diferentes formas conforme o papel que exercem (Fortin, 2009).

Desta forma, a variável independente é descrita como a “causa do efeito produzido na variável dependente” (Fortin, 2009, p.171), ou seja, na presente investigação é composta pela idade, escolaridade e experiência profissional dos Terapeutas da Fala. Por outro lado, a variável dependente é o “resultado predito pelo investigador” (Fortin, 2009, p.171), neste caso considera-se a utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia. Ou seja, corresponde às perguntas inseridas no questionário que se encontra subdividido em domínios: (A) diagnóstico da pessoa com afasia, (B) características linguísticas da perturbação, (C) características gerais do indivíduo com afasia, (D) situações para aplicação da estratégia escrita, (E) estratégias escritas específicas e (F) material de suporte.

As variáveis de atributo correspondem às características dos participantes, que são analisadas para descrever o perfil demográfico da amostra (Fortin, 2009). Neste estudo estas correspondem a todas as questões expostas no questionário socioprofissional, tais como: o sexo, a idade, a data de nascimento, a escolaridade, a experiência profissional e o local de intervenção na área da afasia. É de salientar que algumas destas variáveis não foram utilizadas apenas para a caracterização da amostra, pertencendo também ao conjunto de variáveis independentes da investigação.

Na análise estatística, as variáveis são divididas maioritariamente em discretas ou contínuas. Compreende-se por discreta quando os valores podem ser numeráveis, como é o caso das escalas nominais e de ordinal (por exemplo, as escalas de likert).

Contrariamente as variáveis contínuas são medidas através de escalas de intervalo, de razão ou visual analógica (Fortin, 1999; Maroco, 2003). Neste estudo foram utilizadas escalas nominais, de razão e ordinais.

5. Instrumento para recolha de dados

Os dados foram recolhidos através de um questionário desenvolvido pela investigadora, com auxílio da orientadora do projeto de graduação. Foi aplicado a Terapeutas da Fala com experiência na área da afasia, no período compreendido entre o dia 8 de março e 9 de abril de 2018. Segundo Fortin (1999) o questionário é uma forma de recolher informações através das respostas fornecidas pelos inquiridos, incorporando os objetivos delineados e as variáveis em estudo. Com a utilização deste tipo de instrumento é possível ordenar, regularizar e controlar os dados. Por isso, o estudo vai seguir um método de recolha de dados descritivo, com o intuito de caracterizar fatores ou variáveis e identificar relações entre eles (Fortin, 1999).

Na verdade, a elaboração de um questionário implica por parte do investigador uma boa definição dos objetivos do estudo, assim como um conhecimento sobre o tema e as informações que devem ser reunidas no mesmo (Fortin, 2009). Desta forma, numa fase prévia à construção realizou-se uma análise da literatura existente sobre a afasia e as estratégias comunicativas utilizadas pelos Terapeutas da Fala, nomeadamente a escrita. Esta pesquisa simplificou a identificação dos conteúdos a serem incluídos e permitiu a formulação de um conjunto de perguntas. De seguida, os enunciados construídos foram organizados por seis domínios distintos, sendo que cada um corresponde diretamente a um objetivo específico do estudo.

Relativamente à forma da resposta, optou-se pela utilização de questões do tipo fechado, ou seja, o respondente tem de escolher uma das opções fornecidas pelo autor. Este género de perguntas apresenta como vantagens a facilidade de análise estatística e a possibilidade de realizar uma investigação sofisticada dos dados. No entanto, a informação retirada pode ser limitada e as conclusões demasiado simples (Hill e Hill, 2000). Neste instrumento, as respostas são dadas com base numa escala de likert de frequência (“sempre”, “muitas vezes”, “algumas vezes”, “poucas vezes” e “nunca”) ou de

concordância (“concordo totalmente”, “concordo”, “nem concordo, nem discordo”, “discordo” e “discordo totalmente”). Além disso, no domínio A e B é apresentada a opção de resposta “não aplicável”, que deve ser utilizada quando o participante não contactou, durante a sua experiência profissional, com determinados quadros de afasia ou características linguísticas da perturbação. Por outro lado, esta opção de resposta também foi fornecida no domínio F com o intuito de caracterizar os materiais de suporte para a aplicação da estratégia escrita, na medida em que, o inquirido responde “não aplicável”, caso não tenha usado algum dos materiais por falta de recursos.

Depois de concluído, o questionário deveria ser sujeito a um pré-teste, contudo este procedimento requer tempo e, por isso, a investigadora em conjunto com a sua orientadora optaram por seleccionar um painel de peritos para rever o instrumento. Este era constituído por seis docentes da Universidade Fernando Pessoa, sendo que cinco deles apresentavam as características da população-alvo, e o restante lecionava a unidade curricular de construção e validação de instrumentos. O grupo foi convidado a formular críticas e sugestões, com o objetivo de identificar as dificuldades sentidas durante o preenchimento, nomeadamente ao nível da compreensão e clareza das perguntas ou das escalas de resposta.

Posto isto, realizou-se a reformulação, onde foram consideradas e discutidas com a orientadora todas as sugestões propostas. Resumidamente a investigadora completou as informações do texto de apresentação, inserindo a sua identificação, as partes constituintes e o tempo estimado de preenchimento. O questionário sóciodemográfico passou a ser designado como socioprofissional, pois era composto essencialmente por perguntas relacionadas com a atividade profissional. Além disso, inicialmente a experiência profissional era apresentada em anos, contudo não incluía os participantes com prática clínica inferior, pelo que foram criadas duas opções (anos e meses), assim, cada caso respondia no local mais apropriado para a sua caracterização profissional. Por fim, na segunda parte realizaram-se as seguintes modificações: identificação inicial do tipo de escalas presentes no instrumento, simplificação das instruções dadas em cada domínio, introdução da opção “não aplicável” (domínios A, B e F), acrescentar conteúdos (domínio F) e reformulação das questões ambíguas.

Particularmente no domínio C, as questões relacionadas com sexo e idade foram removidas, porque estas características podem ser um fator de confundimento relativamente ao grau de escolaridade durante a interpretação das características individuais da pessoa com afasia. É de referir que, ao longo de todo o instrumento teve-se um especial cuidado com o tempo verbal utilizado, uma vez que, a amostra pode conter Terapeutas da Fala que atualmente fazem ou já fizeram intervenção com pessoas com afasia.

O questionário era de autoadministração (Hill e Hill, 2000) e de preenchimento online através do programa Formulários Google. Inicialmente apresenta um texto introdutório, que contém a explicação do estudo e, de seguida, surge a adaptação do consentimento informado da Universidade Fernando Pessoa (anexo 2). Posto isto, o participante decide livremente se pretende colaborar na investigação.

O instrumento (anexo 1) encontra-se subdividido em duas partes. A primeira corresponde à caracterização socioprofissional, onde foram expostas oito perguntas relacionadas com a prática clínica. Esta contém cinco questões do tipo fechado, sob a forma de respostas dicotómicas (por exemplo, o sexo), de escolha múltipla (escolaridade) e listas de pontuação (locais de intervenção com pessoas com afasia). E as restantes são de carácter aberto. Na segunda parte foram exploradas afirmações diretamente relacionadas com o desenvolvimento do projeto de investigação, onde se encontram vários conceitos relacionados com a afasia e com utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala. Nesta parte, as respostas eram dadas com base nas escalas de likert supracitadas. Os conteúdos presentes no questionário foram abordados previamente no capítulo I.

6. Procedimentos

O questionário foi avaliado por um painel de peritos, que permitiu recolher diferentes opiniões sobre a estrutura e o conteúdo. Posteriormente, a investigadora e a orientadora do projeto discutiram as propostas referidas por cada elemento, chegando a um consenso. Em simultâneo, a investigadora recolheu uma lista de correios eletrónicos de Terapeutas da Fala, através de grupos online e do deslocamento a diferentes locais com a valência de

Terapia da Fala (hospitais e clínicas). Além disso, foi realizado um pedido de autorização à Comissão de Ética da Faculdade das Ciências da Saúde, da Universidade Fernando Pessoa para obtenção do parecer ético para a concretização do estudo.

Posto isto, a versão final do instrumento foi divulgado através da: Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF), do Instituto Português da Afasia (IPA), da Sociedade Portuguesa de Terapeutas da Fala (SPTF), do Gabinete de Comunicação e Imagem da Universidade Fernando Pessoa, do Sindicato Nacional dos Técnicos Superiores de Saúde das Áreas de Diagnóstico e Terapêutica, por correio eletrónico e em grupos online. Além disso, foi solicitado aos participantes para ajudarem na divulgação do estudo, partilhando o questionário pelos seus contactos. Com estes procedimentos seguia uma breve descrição do estudo e o consentimento informado da Universidade Fernando Pessoa adaptado, sendo salvaguardada a questão da confidencialidade e do anonimato, assim como o direito de recusar a participação no estudo, sem qualquer consequência pessoal. Por fim, os participantes poderiam contactar a investigadora via e-mail para o esclarecimento de qualquer dúvida.

7. Análise estatística

Com o intuito de introduzir os dados recolhidos pelo questionário e realizar a análise estatística foi criada uma base no programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 25.0 para *Windows* 10. Numa fase prévia procedeu-se a uma análise descritiva com o objetivo de caracterizar a amostra e os dados recolhidos através do questionário. De seguida, verificou-se a normalidade da amostra através de uma observação visual gráfica (histogramas), concluindo-se que esta não se encontra simetricamente distribuída (não é normal). Por isso, optou-se por uma análise não paramétrica, sendo utilizado o coeficiente de correlação *Ró de Spearman* para o estudo correlacional, com um intervalo de confiança de 95%.

III- Resultados

1. Caracterização da amostra

Na tabela 2 encontra-se a caracterização da amostra quanto ao género e à escolaridade. Especificamente na escolaridade os inquiridos possuem maioritariamente licenciatura e pós-graduação, não se verificando a presença de elementos com bacharelato e doutoramento. Além disso, a idade dos participantes varia entre os 22 e os 60 anos, cuja média é de 30,21 (desvio padrão de $\approx 7,39$).

<i>Género</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Feminino	56	96,6%
Masculino	2	3,4%
Total	58	100%

<i>Escolaridade</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Licenciatura	27	46,6%
Pós-graduação	17	29,3%
Mestrado	14	24,1%

Tabela 2: Caracterização da amostra quanto ao género e grau de escolaridade

A amostra é composta por 44 Terapeutas da Fala que atualmente realizam intervenção em pessoas com afasia (75,9%), sendo que os restantes 14 já não atuam nesta área (24,1%). A experiência profissional na afasia varia desde os 3 meses até aos 24 anos, sendo a média da amostra de 5,84 anos (desvio padrão de $\approx 5,56$). Ainda neste parâmetro verifica-se que 49 tem uma prática clínica junto a esta população igual ou superior a um ano (de 1 a 24 anos), contudo 9 participantes apresentam uma atividade profissional na área inferior a um ano (dos 3 aos 10 meses). No que concerne aos locais de intervenção, os mais frequentes são domicílios, clínicas, hospital público e hospital privado. As associações, as Unidades de Cuidados Continuados (UCC), o lar, o centro de saúde e as Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS) são os locais menos mencionados no questionário (tabela 3). Note-se que cada participante pode selecionar mais do que uma opção, conforme a sua prática profissional na área, por isso, o número de respostas é superior ao de respondentes.

<i>Locais de Intervenção</i>	<i>Frequência absoluta (n)</i>	<i>Frequência relativa (%) por casos</i>	<i>Frequência relativa (%)</i>
Hospital Público	19	33,3%	18,3%
Hospital Privado	14	24,6%	13,5%
Clínicas	34	59,6%	32,7%
Centros de Saúde	1	1,8%	1,0%
Associações	6	10,5%	5,8%
UCC	5	8,8%	4,8%
Domicílios	21	36,8%	20,2%
IPSS	1	1,8%	1,0%
Lar	3	5,3%	2,9%
Total	104	182,5%	100%

Tabela 3: Caracterização dos locais de intervenção dos Terapeutas da Fala com pessoas com afasia.

Logo após, através de uma pergunta geral foi possível recolher informações sobre a utilização da estratégia escrita durante a intervenção. Os resultados recolhidos demonstram que esta é utilizada “muitas vezes” por 67,2% dos participantes, porém 8,6% usam “sempre” a escrita. É de referir que todos os inquiridos usam com maior ou menor frequência a estratégia, verificando-se a inexistência da seleção da opção “nunca” (gráfico 1).

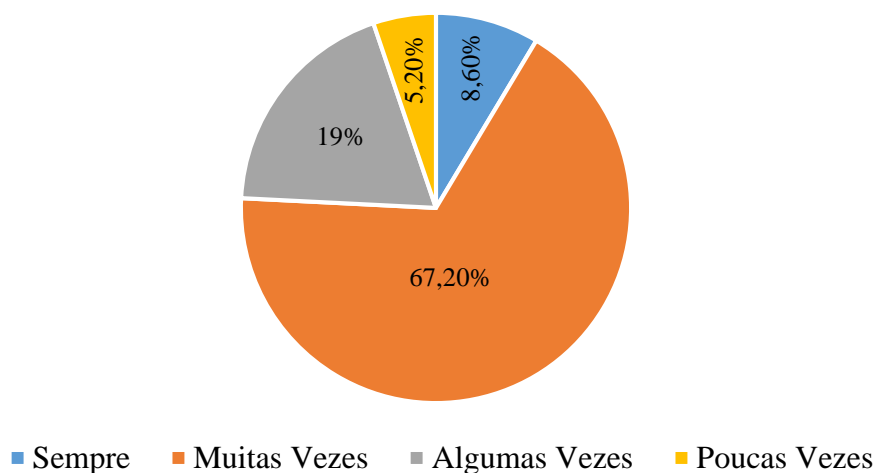


Gráfico 1: Frequência de utilização da estratégia escrita.

De seguida, serão expostos de forma sucinta os dados recolhidos através da segunda parte do instrumento. As variáveis de cada domínio vão ser descritas através de frequências absolutas (n) e/ou relativas (%). Posteriormente, foi realizada uma análise correlacional entre as respostas do questionário com a escolaridade, experiência profissional e a idade dos participantes. Por fim, estudou-se as correlações entre as respostas dos inquiridos sobre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico e das respetivas características linguísticas.

2. Domínio A: Diagnóstico da pessoa com afasia

Relativamente à utilização desta estratégia em função do diagnóstico atribuído, verificou-se que as respostas diferem conforme o subtipo de afasia. No caso da afasia Global as respostas não incidiram predominantemente numa escala específica, variando maioritariamente entre a opção “muitas vezes” (25,9%), “algumas vezes” (27,6%) e “poucas vezes” (24,1%). Nos restantes quadros é possível reter que os clínicos, de uma forma geral, utilizam “muitas vezes” a estratégia escrita. Esta opção é mais evidente nos casos de afasia de Broca (63,8%), Transcortical Motora (53,4%), de Condução (57,7%) e Anómica (63,8%), constatando-se que as frequências relativas são superiores a 50% da amostra. Contudo, as respostas também incidem em “muitas vezes” para a afasia de Wernicke (46,6%), Transcortical Sensitiva (46,6%) e Transcortical Mista (37,9%). Para os mesmos diagnósticos a resposta “algumas vezes” foi a segunda mais selecionada. As opções “sempre”, “poucas vezes” e “nunca” foram as escolhidas com menor frequência para caracterizar a utilização da estratégia escrita. Porém, particularmente na afasia Anómica a resposta “sempre” foi preferida por 10 participantes (17,2%). Por outro lado, os participantes não desvalorizam a utilização da escrita em indivíduos com afasia Anómica e de Condução, pelo que a opção “nunca” não foi indicada (anexo 3).

Como referido no capítulo II, neste domínio os participantes podem selecionar a opção “não aplicável”, caso nunca tenham realizado intervenção em algum dos tipos de afasia mencionados. A este nível foram recolhidas as seguintes frequências relativas para a afasia: Global (12,1%), de Broca (6,9%), de Wernicke (5,2%), Transcortical Sensitiva (13,8%), Transcortical Motora (13,8%), Transcortical Mista (15,5%), de Condução (13,8%) e Anómica (3,4%) (anexo 3).

3. Domínio B: Características linguísticas da perturbação

No segundo domínio foram realizadas perguntas sobre a utilização da estratégia escrita face às características específicas da afasia. Neste âmbito observou-se que, de uma forma geral, as respostas recaíram sobre a opção “muitas vezes” e “algumas vezes”. Os Terapeutas da Fala recorrem predominantemente “algumas vezes” à estratégia escrita em pacientes com jargão (41,4%), logorreia (41,4%), perseveração (43,1%) e circunlóquios (48,3%). Para as mesmas características a resposta “muitas vezes” foi a segunda mais selecionada na amostra, tendo sido obtidos os seguintes valores para: o jargão (31%), a logorreia (27,6%), a perseveração (36,2%) e os circunlóquios (34,5%). Seguindo-se a opção “poucas vezes” com frequências menores (anexo 3).

No caso das parafasias, a maioria dos participantes utilizam a estratégia escrita “muitas vezes”. Em particular, para as parafasias lexicais a frequência relativa desta opção é de 55,2%, para as parafasias semânticas é de 60,3% e para as parafasias fonológicas é de 56,9%. Acrescentando ainda, observou-se que os inquiridos não descartam a utilização desta durante a intervenção em pessoas que produzem parafasias, verificando-se que a frequência da resposta “nunca” foi nula (anexo 3).

No que se refere aos casos com défices na memória fonológica, esforço produtivo e dificuldades de articulação verbal oral constatou-se que na presença destas particularidades, 58,6% dos clínicos utilizam “muitas vezes” e 17,2% recorrem “algumas vezes” à estratégia escrita. Nos pacientes que produzem frases agramaticais a estratégia é utilizada “muitas vezes” por 70,7% da amostra, sendo que as restantes respostas incidiram na opção “sempre” (10,3%) e “algumas vezes” (10,3%). Em casos cujo débito do discurso encontra-se alterado observou-se que 39,7% dos participantes utilizam “muitas vezes”, 27,6% “algumas vezes” e 19% “poucas vezes”. Por último, na presença de neologismos a maioria dos participantes da amostra refere que usa a estratégia escrita “muitas vezes” (39,7%), seguindo-se a resposta “algumas vezes” (34,5%) (anexo 3).

Neste domínio a opção de resposta “não aplicável” foi selecionada para as seguintes características específicas da perturbação: jargão (10,3%), logorreia (12,1%), perseveração (1,7%), circunlóquios (3,4%), neologismos (5,2%), parafasias semânticas

(1,7%), défices na memória fonológica (5,2%), frases agramaticais (3,4%), débito do discurso alterado (6,9%), esforço produtivo (5,2%) e dificuldades na articulação verbal oral (3,4%) (anexo 3).

4. Domínio C: Características gerais do indivíduo com afasia

O domínio C contém questões relacionadas com as características gerais e associadas à pessoa com afasia. Com este conjunto de perguntas pretende-se determinar a influência destas na utilização da estratégia escrita pelos Terapeutas da Fala, através de uma escala de grau de concordância. No que diz respeito à escolaridade, a maioria dos inquiridos são da opinião que esta característica influencia a utilização da escrita como estratégia, pelo que 60,3% responderam “concordo totalmente” e 31% “concordo”. O mesmo acontece para casos com défice visual (48,3% responderam “concordo totalmente” e 36,2% “concordo”) e hemiparesia (27,9% responderam “concordo totalmente” e 37,9% “concordo”). Contudo, na hemiparesia 19% dos clínicos selecionaram a resposta “nem concordo, nem discordo”, sendo visível uma maior percentagem de indecisão (anexo 3).

Relativamente ao défice auditivo as respostas não incidiram numa escala específica, variando maioritariamente entre “concordo totalmente” (22,4%), “concordo” (31%) e “discordo totalmente” (27,6%). Por outro lado, 29,3% discordam que a perturbação motora da fala tenha influência no uso da estratégia escrita e 31% nem concordam nem discordam. Os participantes referem que os défices cognitivos e o bilinguismo influenciam a utilização desta estratégia, visto que, as respostas recaíram essencialmente na opção “concordo”. Perante casos com o estado emocional alterado observou-se que 36,2% dos profissionais responderam “nem concordo, nem discordo”, 32,8% “concordam” e 19% “discordam”, indicando incerteza em relação ao efeito desta característica na aplicação da estratégia (anexo 3).

5. Domínio D: Situações para aplicação da estratégia escrita

Neste domínio foram exploradas questões relacionadas com o uso da estratégia escrita em vários momentos das sessões de Terapia da Fala. Assim, durante a anamnese verificou-se que 31% utilizam esta estratégia “algumas vezes”, 24,1% “muitas vezes” e

20,7% “poucas vezes”. Durante a avaliação, a maior parte dos inquiridos utilizam “sempre” (27,6%) ou “muitas vezes” (56,9%) a escrita para determinar competências que não são visíveis através da linguagem oral. No momento da intervenção a escrita é utilizada “sempre” (27,6%), “muitas vezes” (62,1%) e “algumas vezes” (12,1%) pelos clínicos para auxiliar o indivíduo com afasia na transmissão de uma mensagem. Além disso, nesse momento a estratégia é usada “sempre” (29,3%), “muitas vezes” (60,3%) e “algumas vezes” (10,3%) para ajudar o paciente a compreender a mensagem. É de salientar que as opções “poucas vezes” e “nunca” não foram identificadas nesta amostra para as questões relacionadas com a intervenção. Por fim, a estratégia é utilizada “muitas vezes” durante o treino de parceiros comunicativos por 55,2% dos participantes, sendo que as respostas “sempre” (24,1%), “algumas vezes” (13,8%), “poucas vezes” (6,9%) foram selecionadas com frequências menores (anexo 3).

6. Domínio E: Estratégias escritas específicas

No domínio E pretende-se analisar a frequência de utilização de diferentes estratégias escritas específicas. Nesta amostra verificou-se a predominância da resposta “muitas vezes”, principalmente para uso de palavras isoladas (65,5%) e do sim/não (62,1%) durante a aplicação da estratégia. O mesmo se obteve para o grafema inicial (48,3%), a resposta de escolha múltipla (46,6%), as frases (43,1%) e a identificação do tópico de conversa (43,1%), embora com frequências relativas menores. Em todas as estratégias específicas anteriormente referidas observou-se que a resposta “algumas vezes” foi a segunda mais selecionada pelos participantes. Para a estratégia verificar as respostas incidiram na opção “muitas vezes” (37,9%) e “algumas vezes” (36,2%), sendo que as respetivas percentagens diferem ligeiramente. Em relação ao uso da sílaba inicial e do resumir observou-se que a resposta “algumas vezes” foi a mais identificada (anexo 3).

É de referir que os Terapeutas da Fala desta amostra não selecionaram a resposta “poucas vezes” e “nunca” na questão referente às palavras isoladas escritas. Acrescentando ainda, a resposta “sempre” foi escolhida com maior frequência para as palavras isoladas (10,3%), a resposta do tipo sim/não (15,8%) e para identificação do tópico de conversa (10,3%) (anexo 3).

7. Domínio F: Material de suporte

Os materiais de suporte utilizados com maior frequência para a aplicação da estratégia escrita foram o lápis/caneta e a folha branca, dado que, as respostas incidiram no “sempre” e “muitas vezes”. Para estes recursos nenhum dos participantes selecionou a opção “poucas vezes” e “nunca”. Além desses, o marcador e os cartões escritos são utilizados “muitas vezes” por 41,4% e 58,6% dos inquiridos, respetivamente. Acrescentado ainda, verificou-se que os Terapeutas da Fala recorrem com menor frequência à tecnologia (telemóvel, tablet e computador), sendo que as respostas coincidiram preferencialmente em “algumas vezes” e “poucas vezes”. Contudo é possível concluir que o computador e o tablet são usados com maior frequência, comparativamente com o telemóvel (anexo 3).

Neste domínio a opção de resposta “não aplicável” era indicada pelos inquiridos que não utilizaram determinado material por falta de recursos. A este nível obtiveram-se os seguintes resultados: marcador (1,7%), telemóvel (10,3%), tablet (8,6%) e computador (12,1%) (anexo 3).

8. Correlação entre as respostas a cada domínio com a experiência profissional na afasia, escolaridade e idade

Ao nível da experiência profissional verificou-se uma correlação negativa nas características linguísticas da perturbação, precisamente com a variável “a escrita é utilizada quando há produção de frases agramaticais” ($\rho= 0.012$, $r_s= -0.332$). Além dessa, nas características gerais do indivíduo (domínio C) constatou-se a existência de uma correlação positiva com “o défice cognitivo influencia a utilização da estratégia escrita” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.577$). Ainda neste grupo, o mesmo se confirmou para a variável “o estado emocional alterado influencia a utilização da estratégia escrita” ($\rho=0.034$, $r_s= 0.281$). Nas situações para aplicação da estratégia escrita (domínio D) observou-se uma correlação positiva com “a escrita é utilizada durante a avaliação para determinar competências que não são observáveis através da linguagem oral” ($\rho=0.05$, $r_s= 0.261$). Todavia, não foram observadas correlações estatisticamente significativas entre a experiência profissional e

as questões sobre o diagnóstico da pessoa com afasia (domínio A), as estratégias escritas específicas (domínio E) e o material de suporte (domínio F).

No que diz respeito à escolaridade observou-se uma correlação positiva nas situações para aplicação da estratégia escrita (domínio D), especificamente com “a escrita é utilizada durante a avaliação para determinar competências que não são observáveis através da linguagem oral” ($\rho=0.025$, $r_s= 0.295$). Por outro lado, nas estratégias escritas específicas (domínio E) registou-se uma correlação negativa com a variável “na aplicação desta estratégia é utilizada a escolha múltipla” ($\rho=0.017$, $r_s= -0.313$). Porém, não se verificaram correlações estatisticamente significativas entre a escolaridade e as perguntas sobre o diagnóstico da pessoa com afasia (domínio A), características linguísticas da perturbação (domínio B), características gerais do indivíduo (domínio C) e o material de suporte (domínio F).

Quanto à idade dos clínicos não se observaram correlações estatisticamente significativas entre esta variável e as perguntas sobre o diagnóstico da pessoa com afasia (domínio A), as características linguísticas da perturbação (domínio B) e as estratégias escritas específicas (domínio E). Contudo, nas características gerais do indivíduo (domínio C) verificou-se a existência de uma correlação positiva na variável “o défice cognitivo influencia a utilização da estratégia escrita” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.576$). O mesmo aconteceu nas situações para aplicação da estratégia (domínio D) com “a escrita é utilizada durante a avaliação para determinar competências que não são observáveis através da linguagem oral” ($\rho=0.035$, $r_s= 0.277$). Por fim, no material de suporte (domínio F) constatou-se uma correlação positiva com a variável “na aplicação desta estratégia são utilizados cartões escritos” ($\rho=0.037$, $r_s= 0.274$).

9. Correlação entre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico e das respetivas características linguísticas

No enquadramento teórico (Capítulo I) foram descritos os vários diagnósticos que podem ser atribuídos à pessoa com afasia, sendo mencionadas as características linguísticas apresentadas. Assim, com base nestas informações verificou-se a existência de

correlações entre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico (domínio A) e das características da perturbação (domínio B) que podem estar presentes nos diferentes quadros de afasia.

Desta forma, as pessoas com afasia Global podem apresentar, durante a produção oral, neologismos (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic et al., 2011). Nesta amostra testou-se a correlação entre a variável “a escrita é utilizada em pessoas com afasia Global” e “a escrita é utilizada quando há neologismos”, obtendo-se uma correlação positiva ($\rho=0.01$, $r_s= 0.427$).

Os indivíduos com afasia de Broca são caracterizados pela presença de dificuldades articulatórias, produção de frases agramaticais, parafasias fonológicas e défices na memória fonológica (Ardila et al., 2016; Sinanovic et al., 2011; Terradillos e López-Higes, 2016). Neste conjunto de características constatou-se a existência de uma correlação positiva entre a variável “a escrita é utilizada em pessoas com afasia Global” com: “a escrita é utilizada quando há dificuldades articulatórias” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.338$) e “a escrita é utilizada quando há produção de frases agramaticais” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.358$). Por outro lado, não foi possível observar correlações estatisticamente significativas com as seguintes variáveis: “a escrita é utilizada quando há défices na memória fonológica” e “a escrita é utilizada quando há parafasias fonológicas”.

Quanto aos casos com afasia de Wernicke, o discurso espontâneo pode incluir parafasias semânticas, lexicais e fonológicas, logorreia, neologismos e jargão (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic et al., 2011). Neste conjunto de características observou-se a existência de uma correlação positiva entre a variável “a escrita é utilizada em pessoas com afasia de Wernicke” com: “a escrita é utilizada quando há logorreia” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.472$), “a escrita é utilizada quando há parafasias semânticas” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.403$), “a escrita é utilizada quando há parafasias lexicais” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.549$), “a escrita é utilizada quando há parafasias fonológicas” ($\rho=0.01$, $r_s= 0.337$), “a escrita é utilizada quando há neologismos” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.453$) e “a escrita é utilizada quando há jargão” ($\rho<0.01$, $r_s= 0.414$).

Nas pessoas com afasia Transcortical Sensitiva podem-se observar neologismos, parafasias semânticas, lexicais e fonológicas (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic et al., 2011). Desta forma, para estas características verificou-se a existência de correlação positiva entre a variável “a escrita é utilizada em pessoas com afasia Transcortical Sensitiva” com as respostas às questões: “a escrita é utilizada quando há parafasias semânticas” ($\rho < 0.01$, $r_s = 0.413$), “a escrita é utilizada quando há parafasias lexicais” ($\rho < 0.01$, $r_s = 0.477$), “a escrita é utilizada quando há parafasias fonológicas” ($\rho = 0.01$, $r_s = 0.331$) e “a escrita é utilizada quando há neologismos” ($\rho < 0.01$, $r_s = 0.399$).

Os indivíduos com afasia Transcortical Motora podem apresentar as seguintes características linguísticas: produção de frases agramaticais, parafasias e perseveração (Hallowell e Chapey, 2008; Sinanovic et al., 2011; Terradillos e López-Higes, 2016). Relativamente a estes aspetos foi possível encontrar uma correlação positiva entre a variável “a escrita é utilizada em pessoas com afasia Transcortical Motora” e a “a escrita é utilizada quando há perseveração” ($\rho < 0.02$, $r_s = 0.400$). Contudo, face às restantes particularidades mencionadas não foi possível observar correlações estatisticamente significativas.

Relativamente aos casos com afasia de Transcortical Mista podem-se observar a existência de parafasias semânticas e neologismos (Morduch, 1997). Para estes atributos verificou-se uma correlação positiva entre a variável “a escrita é utilizada em pessoas com afasia Transcortical Mista” e a “a escrita é utilizada quando há neologismos” ($\rho = 0.01$, $r_s = 0.335$). Todavia, para a mesma variável não foi possível constatar correlação estatisticamente significativa com “a escrita é utilizada quando há parafasias semânticas”.

A afasia de Condução é caracterizada pela presença de parafasias fonológicas (Morduch, 1997; Sinanovic et al., 2011), contudo não foi possível observar uma correlação estatisticamente significativa entre a variável “a escrita é utilizada em pessoas com afasia de Condução” e a “a escrita é utilizada quando há parafasias fonológicas”. Para concluir, as pessoas com afasia Anómica apresentam, durante a produção oral, circunlóquios (Hallowell e Chapey, 2008; Morduch, 1997). Nesta amostra testou-se a correlação entre a variável “a escrita é utilizada em pessoas com afasia Anómica” e “a escrita é utilizada quando há circunlóquios”, obtendo-se uma correlação positiva ($\rho = 0.019$, $r_s = 0.308$).

IV- Discussão

A amostra é constituída por 58 Terapeutas da Fala, com experiência profissional na área da afasia, de todos os sexos, contudo constatou-se uma maior representatividade do sexo feminino. A idade dos participantes varia entre os 22 e os 60 anos, verificando-se uma grande diversidade etária, que permite a recolha de opiniões e informações variadas, envolvendo diferentes gerações de ensino. Ao nível da escolaridade os inquiridos possuem maioritariamente licenciatura e pós-graduação. Os locais de intervenção identificados com maior frequência foram as clínicas, domicílios, hospital público e privado. Dentro destes, nos hospitais, normalmente, a atuação do clínico orienta-se pelo modelo médico de prestação de serviços na saúde (Oliveira, 2009), em que a intervenção se focaliza na afasia e na “cura” ou adaptação do indivíduo com patologia (Bampi et al., 2010; França, 2013; Simmons-Mackie, 2008). Ao nível da experiência profissional na afasia, a amostra inclui profissionais com uma prática clínica inferior ou superior a um ano, variando desde os 3 meses até aos 24 anos.

Primeiramente através de uma pergunta geral verificou-se que a maioria dos Terapeutas da Fala utiliza “muitas vezes” a estratégia escrita durante a sua intervenção em pessoas com afasia. Com base no enquadramento teórico (Capítulo I) constatou-se que as diferentes abordagens que orientam a intervenção do clínico incluem esta estratégia, principalmente a abordagem orientada para a comunicação.

1. Frequência de utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico

Na afasia Global as respostas não recaíram numa opção específica, variando principalmente entre “muitas vezes”, “algumas vezes” e “poucas vezes”. Esta diversidade pode estar relacionada com os défices profundos na compreensão e expressão de linguagem, assim como na leitura e escrita (Hallowell e Chapey, 2008; Mineiro et al., 2008; Sinanovic et al., 2011). Por conseguinte, as limitações linguísticas da pessoa podem condicionar a eficácia da estratégia. O mesmo se verifica com afasia Transcortical Mista, embora a resposta selecionada com maior frequência tenha sido o “muitas vezes”, os défices linguísticos entre ambos os tipos de afasia são semelhantes, podendo este fator ter uma influência negativa na aplicação da estratégia pela díade.

Por outro lado, para a afasia de Broca, Transcortical Motora, de Condução e Anômica a maioria das respostas incidiram na opção “muitas vezes”. Analisando individualmente as características linguísticas de cada tipo de afasia é possível identificar semelhanças entre elas, nomeadamente ao nível das competências de leitura e escrita. Assim, a frequente utilização da estratégia pelos clínicos pode estar associada à presença de uma capacidade de compreensão leitora relativamente preservada (Hallowell e Chapey, 2008; Murdoch, 1997; Sinanovic et al., 2011; Terradillos e López-Higes, 2016). Desta forma, quando o profissional apresenta um estímulo escrito (por exemplo, palavra), este pode ser compreendido possibilitando o uso eficaz da estratégia. Porém, nestes casos, a produção de linguagem escrita encontra-se alterada, podendo condicionar a utilização deste canal comunicativo pelo paciente (Hallowell e Chapey, 2008; Mineiro et al., 2008; Terradillos e López-Higes, 2016).

Em relação à afasia de Wernicke as respostas dos inquiridos incidiram em “muitas vezes”, seguindo-se com menor frequência a opção “algumas vezes”. Atendendo às características linguísticas deste tipo de afasia, a utilização frequente da estratégia escrita pode ocorrer devido à presença de uma compreensão escrita relativamente melhor que a compreensão auditiva (Murdoch, 1997; Terradillos e López, 2016). Por outro lado, na afasia Transcortical Sensitiva os resultados indicam que a maior parte dos clínicos utilizam “muitas vezes” a escrita. Contudo, se realizarmos uma análise baseada nas capacidades linguísticas, conclui-se que a leitura em voz alta se encontra normalizada, mas a escrita e a compreensão leitora estão comprometidas. Por isso, as particularidades do diagnóstico podem limitar o uso da estratégia com estes indivíduos.

No domínio A, devido à falta de literatura sobre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico, optou-se por realizar uma análise dos resultados baseada nas competências linguísticas apresentadas por cada tipo de afasia. Por conseguinte, as capacidades residuais da pessoa com perturbação podem ser maximizadas pelos Terapeutas da Fala de forma a atingir uma comunicação funcional, tal como propõe o método PACE (Beckley et al., 2017; Davis, 2005; Oliveira, 2009). Em contrapartida, o PACE insere-se nas abordagens pragmáticas que se baseiam no princípio de que os adultos com afasia possuem uma boa competência para comunicar (Basso, 2011; Davis, 2005). Assim, nos quadros com graves défices linguísticos, a escrita pode ser usada pelo

facto destes indivíduos possuem uma capacidade de comunicação parcialmente preservada.

2. Frequência de utilização da estratégia escrita em relação às características linguísticas da perturbação

Após a análise dos dados verificou-se que conforme as características linguísticas a frequência de utilização da estratégia escrita varia. Na presente amostra, de uma forma geral, observou-se que para as pessoas com jargão, logorreia, perseveração e circunlóquios a estratégia é usada “algumas vezes” por maior parte dos inquiridos durante as sessões. Estes resultados, comparativamente com os recolhidos nas restantes características foram os que obtiveram uma frequência de utilização inferior.

Relativamente aos défices mencionados anteriormente, foi possível encontrar literatura sobre o uso da estratégia escrita em pessoas com jargão e perseveração. Por exemplo, Robson et al. (2001) descreve um estudo realizado em indivíduos com jargão, cuja escrita é utilizada como canal alternativo de comunicação, devido às capacidades residuais do paciente (conhecimento ortográfico). Especificamente nestes casos, os clientes têm muitas dificuldades em aceitar esta ferramenta como meio de comunicação devido ao seu carácter artificial (Jackson-Waite e Pring, 2003; Robson et al., 2001). Por isso, este fator pode condicionar a eficácia de aplicação da estratégia, justificando os resultados obtidos. No que diz respeito à perseveração existe um método desenvolvido por Helm-Estabrooks, Emery e Albert (1689, cit in Pamires et al., 2005), que contém várias estratégias para o tratamento desse défice linguístico, nomeadamente a escrita de grafemas/sílabas iniciais e palavras (Pamires et al., 2005). Refletindo sobre as abordagens que conduzem a prática clínica do Terapeuta da Fala em pessoas com afasia, pode-se concluir que o estudo descrito por Robson et al. (2003) baseia-se na abordagem orientada para a comunicação. Por oposição surge o método de Helm-Estabrooks, Emery e Albert (1689, cit in Pamires et al., 2005) que se dedica à diminuição dos processos de perseveração, ou seja, insere-se na abordagem orientada para a linguagem.

No que diz respeito às pessoas com neologismos e esforço produtivo, durante a produção de fala espontânea, a maior parte dos inquiridos utilizam “muitas vezes” ou “algumas vezes” a estratégia escrita durante o processo de intervenção. Além disso, observou-se que as frequências relativas e absolutas entre ambas as opções de resposta variam ligeiramente.

Em relação às restantes características linguísticas a opção de resposta mais selecionada foi “muitas vezes”, verificando-se frequências superiores a 50% da amostra. Este acontecimento foi observado para os casos com: parafasias (fonológicas, lexicais e semânticas), défices na memória fonológica, produção de frases agramaticais, débito do discurso alterado e dificuldades na produção verbal oral. Particularmente para indivíduos com produção de frases agramaticais foi realizado um estudo por Beeke et al. (2015) que relata um programa de intervenção dirigido ao paciente e ao seu parceiro comunicativo. Este foi aplicado em duas pessoas com afasia, onde foram selecionadas estratégias comunicativas (escrita, palavras-chave, expressões faciais e corporais). Num dos casos verificou-se um aumento do uso das estratégias de forma funcional, principalmente a escrita. Todavia, no outro caso não foram observadas mudanças significativas. Este acontecimento indica claramente que determinadas estratégias podem funcionar para uma idade e, para outra podem não possuir qualquer funcionalidade (Beeke et al., 2015).

3. Influência das características gerais do indivíduo com afasia na aplicação da estratégia

Neste domínio, a maioria dos clínicos presentes na amostra são da opinião que o grau de escolaridade, o défice visual, a hemiparesia, os défices cognitivos e o bilinguismo influenciam a utilização da estratégia escrita durante as sessões. Em relação ao grau de escolaridade sabe-se que o nível baixo de escolaridade e o analfabetismo afetam o desempenho de indivíduos sem patologia em atividades metalinguísticas e metacognitivas, tais como: escrita, leitura em voz alta e compreensão leitora (Arrunda et al., 2014; Ortiz e Costa, 2011). Por essa razão, os estímulos fornecidos à pessoa com afasia podem ter de ser adaptados (Caldas, 2000), ou seja, dependendo do nível de literacia do indivíduo a utilização da escrita pode estar mais ou menos limitada.

Em indivíduos com défices visuais, é essencial que o Terapeuta da Fala possua informações sobre a acuidade visual, com o intuito de identificar corretamente os objetivos, as necessidades e as estratégias de comunicação. Atendendo ao nível de funcionamento visual do paciente os estímulos devem ser simples, claros e com um tamanho apropriado (Labreche et al., 2016). Para uma utilização eficiente da estratégia escrita todos os aspetos referidos devem ser considerados e, por isso, sempre que seja necessário o clínico deve adaptar os estímulos oferecidos. Por outro lado, a influência dos défices motores, como a hemiparesia, pode estar correlacionada com as alterações ao nível do controlo grafomotor, que é essencial para a seleção e adequação dos movimentos da escrita (Manning, 2005). Nesses casos, durante a intervenção o clínico deve exercitar a mão não afetada, de modo a que a pessoa com afasia consiga realizar tarefas gráficas (Peña-Casanova e Pulido, 2005).

Relativamente ao défice auditivo, as respostas dos inquiridos variam principalmente entre a opção “concordo totalmente”, “concordo” e “discordo totalmente”, indicando que na presente amostra existe uma grande diversidade de respostas. Contudo, analisando as frequências recolhidas para “concordo totalmente” e “concordo” verifica-se que a maioria dos respondentes é da opinião que o défice auditivo influencia a utilização da estratégia escrita. Por outro lado, perante a coexistência de uma perturbação motora da fala e de alterações do estado emocional, a maior parte dos participantes demonstra incerteza face à interferência destas características na aplicação da estratégia escrita. Contudo, para ambas, a resposta “discordo” foi a segunda mais selecionada, com uma frequência ligeiramente inferior. Com isto, pode-se concluir que, no grupo de profissionais recolhido, não é possível determinar a influência das alterações no estado emocional e da coexistência de uma perturbação motora na utilização da estratégia. Em suma, estes resultados indicam que uma característica do indivíduo pode influenciar mais a aplicação da estratégia escrita do que outra.

Particularmente neste domínio, o termo “influencia” é ambíguo, por isso, tentou-se ultrapassar esta lacuna do questionário através da reformulação das questões. Neste contexto, uma das hipóteses seria, por exemplo: “A escrita não é utilizada quando o grau de escolaridade é reduzido”. Com a elaboração desta nova pergunta a ambiguidade foi eliminada, no entanto levantou-se outro problema relativamente ao fator de neutralidade,

que se encontra ausente. Posto isto, optou-se por manter a questão inicial. Numa investigação próxima seria interessante explorar as características individuais da pessoa com afasia e a sua relação com a utilização da estratégia escrita durante as sessões de Terapia da Fala.

4. Frequência de utilização da estratégia escrita nos diferentes momentos das consultas de Terapia da Fala

Durante as sessões de Terapia da Fala a estratégia escrita pode ser utilizada em diferentes momentos. Na presente amostra constatou-se que os inquiridos utilizam com menor frequência a estratégia durante a anamnese comparativamente com a avaliação e a intervenção, sendo que a maioria das respostas recaíram na opção “algumas vezes”. A justificação, para o comportamento dos participantes, pode estar relacionada com o carácter artificial da escrita durante a comunicação (Jackson-Waite e Pring, 2003; Robson et al., 2001) e, por esse motivo a estratégia necessita de um treino prévio (Beckley et al., 2017). Este treino pode não acontecer na anamnese, pois é o primeiro contacto que o cliente tem com o terapeuta. Relativamente à avaliação esta é usada, principalmente, “sempre” ou “muitas vezes” para determinar competências não visíveis através da linguagem oral. Neste âmbito, Labreche et al. (2016) refere que a estratégia escrita pode ser aplicada para facilitar o processo de avaliação em indivíduos com afasia.

Quanto à intervenção a estratégia escrita é usada “sempre” e “muitas vezes”, pela maioria dos inquiridos, para ajudar a pessoa com afasia a transmitir e a compreender a mensagem. Neste contexto, a escrita é utilizada como estratégia de comunicação pelo clínico e/ou pelo indivíduo com afasia, com o objetivo de ultrapassar as barreiras comunicativas impostas pela perturbação (Brown et al., 2012; Beckley et al., 2017; Carlsson et al., 2014; Johansson et al., 2012; Rautakoski, 2011). Assim sendo, o Terapeuta da Fala guia-se pelas abordagens orientadas para a comunicação, podendo a terapia ter um carácter funcional ou ser baseada na abordagem social (Oliveira, 2009; Rau e Fox, 2009). A comunicação funcional compreende a troca de informações (Fridriksson, 2006), com o intuito de melhorar o desempenho do cliente nas AVD's através do uso de estratégias multimodais (Beckley et al., 2017; Fontoura, 2012; Rau e Fox, 2009; Simmons-Mackie e King, 2013). Por outro lado, a comunicação segundo a abordagem social não se limita ao

intercâmbio de informações (transação), sendo um elemento importante para interação do indivíduo com os outros (Beckley et al., 2017; Simmons-Mackie, 2008). Nesta última abordagem insere-se o programa SCA, que envolve o ensino de técnicas específicas para parceiros comunicativos, nomeadamente o reconhecimento e a revelação de competência (Kagan, 1998; Kagan et al., 2001). Assim sendo, a estratégia escrita constitui um auxílio para a compreensão (Hux et al., 2008; Morris et al., 2015; Labreche et al., 2016; Kagan, 1998) e verificação da mensagem (Kagan, 1998; *Aphasia Institute*, 2015).

Por fim, na última pergunta do domínio, relativa ao uso da estratégia escrita durante o treino de parceiros comunicativos, as respostas recaíram na opção “muitas vezes”. A este nível, segundo as diretrizes da comunicação funcional, a generalização de uma estratégia treinada em terapia é mais eficaz quando existe o envolvimento de um parceiro (Beckley et al., 2017; Rautakoski, 2011). Contudo, é na abordagem social que estes elementos se integram por completo, como referido no parágrafo anterior.

5. Frequência de utilização de diferentes estratégias escritas específicas

Neste domínio verificou-se que mais de metade da amostra selecionou a opção “muitas vezes” para caracterizar o uso de palavras isoladas e das perguntas de resposta sim/não durante a aplicação da estratégia escrita. A estratégia palavras isoladas surge na abordagem orientada para a linguagem, especificamente no programa de tratamento da perseveração (Pamires et al., 2005). Por outro lado, nas abordagens orientadas para a comunicação esta insere-se nas estratégias multimodais (Simmons-Mackie, 2013), sendo também utilizada para assegurar a compreensão (Hux et al., 2008; Kagan, 1998; Morris et al., 2015; Labreche et al., 2016) e verificar a mensagem (Kagan, 1998). Relativamente às perguntas sim/não, estas podem ser usadas para certificar que o parceiro com afasia consegue responder ou expressar ideias (Kagan, 1998; Labreche et al., 2016).

Embora com frequências menores, a resposta “muitas vezes” foi a identificada pela maior parte dos participantes para as seguintes estratégias: grafema inicial, resposta de escolha múltipla, frases e identificação do tópico de conversa. O grafema inicial é referido nas estratégias multimodais (Simmons-Mackie e King, 2013) e no programa para o tratamento da perseveração (Pamires et al., 2005). As restantes inserem-se nas abordagens

orientadas para a comunicação, sendo as respostas de escolha múltipla um auxílio para a transmissão de ideias (Kagan, 1998; Morris et al., 2015; Simmons-Mackie, 2008) e as frases permitem a verificação da mensagem produzida (*Aphasia Institute*, 2015; Kagan, 1998). Além dessas, a identificação do tópico de conversa é normalmente utilizada por parceiros comunicativos durante a conversação (Simmons-Mackie, 2008).

Quanto à utilização do verificar durante a aplicação da escrita observou-se que as respostas dos inquiridos incidiram na opção “muitas vezes” e “algumas vezes”. Em relação ao uso da sílaba inicial como pista visual (Pamires et al., 2005; Simmons-Mackie e King, 2013) e do sumariar (Simmons-Mackie, 2008) observou-se que as respostas recaíram em “algumas vezes”.

Durante a pesquisa bibliográfica sobre as possíveis estratégias escritas específicas concluiu-se que, normalmente, a escrita é utilizada como pista visual através do grafema inicial, sílaba inicial (Pamires et al., 2005; Simmons-Mackie e King, 2013) e palavra isolada (Hux et al., 2008; Kagan, 1998; Labreche et al., 2016; Morris et al., 2015; Pamires et al., 2005). Contudo não foram encontrados dados que caracterizem a frequência de aplicação destas estratégias escritas pelo Terapeuta da Fala. Acrescentando ainda, as restantes variáveis deste domínio foram construídas com base na literatura existente sobre as estratégias fornecidas pelas abordagens que orientam a intervenção do clínico na afasia.

6. Frequência de utilização de diferentes materiais para suportar a aplicação da estratégia escrita

Para a presente amostra, os materiais utilizados com maior frequência são o lápis/caneta e a folha branca, seguindo-se com percentagens relativamente menores o uso do marcador e de cartões já escritos. Quanto aos auxílios tecnológicos (telemóvel, tablet e computador) os inquiridos responderam predominantemente “algumas vezes” e “poucas vezes”, indicando que durante as sessões não recorrem regularmente a estes recursos. Acrescentando ainda, a identificação da opção de resposta “não aplicável” coincide principalmente nos meios tecnológicos, por isso alguns dos profissionais podem não usar determinado material por não terem acesso ao mesmo no seu local de trabalho.

Kagan (1998) descreve que os recursos materiais devem estar disponíveis durante a conversação para auxiliar o intercâmbio de ideias entre a pessoa com afasia e o seu parceiro comunicativo (Simmons-Mackie, 2014).

7. Correlação das respostas a cada domínio com a variável experiência profissional, escolaridade e idade dos Terapeutas da Fala

Em relação à experiência profissional na área da afasia foi possível obter correlações estatisticamente significativas com uma variável do domínio B (características linguísticas da perturbação), duas do domínio C (características gerais do indivíduo) e uma no domínio D (situações para aplicação da estratégia escrita). Assim, no domínio B constatou-se que quanto maior é a experiência profissional mais frequente é o uso da estratégia escrita em pessoas que produzem frases agramaticais. No domínio C, os profissionais com uma prática clínica superior apresentam um grau de concordância inferior em relação à influência dos défices cognitivos e das alterações emocionais na aplicação da estratégia. Além disso, no domínio D verificou-se que participantes com experiência profissional inferior utilizam com maior frequência a estratégia, durante a avaliação, para determinar competências não observáveis através da linguagem oral.

Quanto à escolaridade dos inquiridos constatou-se correlações estatisticamente significativas para uma variável do domínio D e E (estratégias escritas específicas). No que diz respeito ao domínio D pode-se concluir que quanto mais elevado é o grau de escolaridade menor é o uso da estratégia escrita durante a avaliação. Acrescentando ainda, no domínio E, quanto maior é a formação dos profissionais maior será a frequência de utilização da estratégia escolha múltipla durante o uso da escrita.

A variável idade apresenta uma correlação estatisticamente significativa com uma questão do domínio C, D e F (material de suporte). Para o domínio C verificou-se que os participantes mais jovens têm um grau de concordância superior face à influência do défice cognitivo na utilização da estratégia escrita. O valor obtido para o domínio D indica que os profissionais mais jovens utilizam com maior frequência a estratégia durante a avaliação para determinar outras competências. Finalmente, no domínio F, os inquiridos mais jovens recorrem mais frequentemente ao uso de cartões já escritos.

De uma forma geral, nos resultados obtidos através da aplicação do instrumento verificaram-se poucas correlações estatisticamente significativas. A dificuldade em encontrar essas correlações pode estar relacionada com o facto da estratégia escrita se inserir principalmente nas abordagens orientadas para a comunicação. Contudo, de acordo com o seu local de trabalho (hospitais), a maioria dos participantes guiam a sua intervenção pelo modelo médico de prestação de cuidados de saúde. Ou seja, a atuação dos clínicos baseia-se principalmente nas abordagens orientadas para a linguagem.

8. Correlação entre a utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico e das respetivas características linguísticas

Ao nível da concordância das respostas do domínio A com as do domínio B analisou-se as correlações entre tipo de afasia e as características linguísticas associadas. Com este procedimento verificou-se uma conformidade das respostas dos inquiridos para a afasia Global, de Wernicke, Transcortical Sensitiva e Anómica com as respetivas particularidades da perturbação. Nos restantes diagnósticos, apenas foi possível observar uniformidade de respostas relativamente a determinadas características. Em relação à afasia de Broca constatou-se uma coerência das respostas para a produção de frases agramaticais e défices na articulação. Além disso, na afasia Transcortical Motora e Mista verificou-se uma concordância das respostas na perseveração e neologismos, respetivamente. Porém, na afasia de Condução não se verificaram correlações estatisticamente significativas com as características linguísticas correspondentes.

Na amostra apenas foram analisadas as características da perturbação mais descritas pela literatura para cada quadro de afasia, contudo nem todos indivíduos apresentam os mesmos défices. Por esse motivo, é possível concluir que pacientes com o mesmo diagnóstico podem possuir características linguísticas diferentes. Este facto pode explicar a ausência de correlações estatisticamente significativas entre determinados diagnósticos e as respetivas particularidades.

V- Conclusão

Com a concretização do presente projeto de graduação pretendeu-se caracterizar a utilização da estratégia escrita pelos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia, recorrendo a um questionário. O instrumento do estudo permitiu a recolha de dados sobre: o uso da estratégia em função do diagnóstico, dos défices linguísticos e das características gerais do indivíduo, os momentos para a sua aplicação, as estratégias específicas escritas e os recursos materiais utilizados. Sendo possível concluir que, de uma forma geral, a maioria dos respondentes recorrem frequentemente à estratégia escrita durante a sua atuação nesta área de intervenção.

Especificamente, em relação ao diagnóstico constatou-se que a estratégia escrita é aplicada predominantemente em casos de afasia de Broca, Transcortical Motora, de Condução e Anômica. No que toca às características linguísticas, esta é usada com maior frequência em indivíduos que produzem parafasias (lexicais, semânticas e fonológicas), frases agramaticais, com dificuldades de articulação, esforço produtivo e défices na memória fonológica. A maioria dos clínicos da amostra são da opinião que o grau de escolaridade, o défice visual, a hemiparesia, o défice cognitivo e o bilinguismo influenciam o uso da escrita como estratégia. Quanto às circunstâncias, esta é aplicada mais frequentemente durante a avaliação para determinar competências não detetadas através da linguagem oral, na intervenção com o intuito de ajudar a pessoa a compreender e transmitir mensagem, assim como durante o treino de parceiros comunicativos. Os inquiridos recorrem principalmente ao uso de palavras isoladas e da resposta do tipo sim/não na aplicação da escrita. Por último, os recursos materiais mais utilizados pelos profissionais são o lápis/caneta, a folha branca e cartões escritos.

Os resultados obtidos, na sua maioria, não permitiram a obtenção de correlações estatisticamente significativas entre as respostas ao questionário e as variáveis idade, experiência profissional e escolaridade.

Neste projeto de investigação verificaram-se limitações metodológicas, principalmente ao nível da representatividade da amostra, sendo o número de participantes reduzido. Este fator condiciona a possível generalização dos resultados obtidos, por isso, uma sugestão

para um estudo posterior seria o alargamento da amostra, de modo a caracterizar de forma precisa a utilização da estratégia escrita pela população-alvo. Relativamente ao instrumento do estudo, este abrange a estratégia de uma forma generalizada, pelo que em investigações futuras era fundamental explorar especificamente a utilização desta ferramenta pelos Terapeutas da Fala e pelas pessoas com afasia, de forma separada. A este nível, particularmente no domínio C, verificou-se uma dificuldade, por parte da investigadora, na construção das questões constituintes, tendo sido utilizado o termo “influencia” (ambíguo). Para uma próxima pesquisa seria importante reconstruir as perguntas e analisar individualmente a relação entre as características gerais do indivíduo e a utilização da estratégia escrita nas sessões de Terapia da Fala. Outro fator condicionante foi a escassez de literatura sobre a especificidade do uso da estratégia escrita em pessoas com afasia, o que influenciou a análise e discussão dos resultados obtidos.

Para finalizar, os défices linguísticos e comunicativos associados à afasia têm um impacto na vida diária da pessoa, nomeadamente na qualidade e quantidade de interações (Brown et al., 2012; Simmons-Mackie, 2008). Para contornar as barreiras impostas pela condição surgem as estratégias comunicativas, como meio facilitador para a troca de informações (transação) e para o cumprimento das necessidades sociais (interação). Por essa razão, a população em geral deveria ter conhecimento sobre as estratégias comunicativas existentes (Backley et al., 2017; Rautakoski, 2011; Simmons-Mackie, 2008), de modo a conseguir utilizá-las diariamente, promovendo a inserção social dos indivíduos com afasia (Paul e Sanders, 2009). Para atingir este objetivo, sugere-se que sejam realizadas formações e palestras informativas, de forma a aumentar a consciencialização da população sobre a temática. Outro método de divulgação e partilha de conhecimento seria a distribuição de panfletos por locais públicos (por exemplo, hospitais, centros de saúde, finanças, entre outros).

VI- Referências Bibliográficas

Antunes, E. B. *et alli.* (2010). Afasia Progressiva Primária e Variantes, *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, nº7, pp. 283-293.

Aphasia Institute (2015). Communication Tools: Communicate Access & SCA. [Em linha]. Disponível em <<https://www.aphasia.ca/communicative-access-sca/>>. [Consultado em 03/04/2018].

Ardila, A., Bernal, B. e Rosselli, M. (2016). Why Broca's área damage does not result in classical Broca's Aphasia, *Frontiers in Human Neuroscience*, 10 (249), pp. 1-3.

Arrunda, J. S., Reis, F. P. e Fonseca, V. (2014). Avaliação da linguagem após acidente vascular cerebral em adultos no estado de Sergipe, *Revista CEFAC*, 16(3), pp. 853-862.

Bampi, L. N. S., Guilhem, D. e Alves, E. D. (2010). Modelo Social: uma nova abordagem para o tema deficiência, *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 18 (4), pp. 1-9.

Bandur, D. L. e Shewan, C. M. (2008). Language-Oriented Treatment: A Psycholinguistic Approach to Aphasia. In: Chapey, R. (Ed). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª edição. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Barreiro, S. (2015). Algumas considerações sobre a morfologia flexional verbal em agramatismo, *Revista Diacrítica*, 29(1), pp.262-296.

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

Basso, A. (2011). *Rehabilitation of Aphasia*. Italy, University of Milano.

Beckley, F., Best, W. e Beeke, S. (2017). Delivering communication strategy training for people with aphasia: what is current clinical practice?. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 52 (2), pp. 197-213.

Beeke, S. *et alli.* (2015). Conversation focused aphasia therapy: investigating the adoption of strategies by people with agrammatism, *Aphasiology*, 26(3), pp. 355-377.

Best, W. *et alli.* (2016). Conversation Therapy with People with Aphasia and Conversation Partners using Video Feedback: A Group and Case Series Investigation of Changes in Interaction, *frontiers in Human Neuroscience*, 10 (562), pp. 1-14.

Bonini, M. V. e Rdanovic, M. (2015). Cognitive deficits in post-stroke aphasia, *Arq. Neuropsiquiatr*, 73 (10), pp.840-847.

Brady, M. C. *et alli.* (2016). Speech and language therapy for aphasia following stroke (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Wiley.

Brown, K. *et alli.* (2012). Living successfully with aphasia: A qualitative meta-analysis of the perspectives of individual with aphasia, family members, and speech-language pathologists. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14 (2), pp. 141-155.

Caldas, A. C. (2000). *A Herança de Franz Joseph Gall: O Cérebro ao Serviço do Comportamento Humano*, Lisboa, McGrawHill.

Canelas, A. *et alli.* (2014). Estado da Educação 2013. Lisboa, Conselho Nacional de Educação, pp. 22- 33.

Capovilla, A. G. S. (2006). Avaliação neuropsicológica das funções cognitivas: Pesquisas brasileiras, *Psicologia e Educação*, 5(1/jun.), pp. 103-117.

Caramazza, A. e Coltheart, M. (2006). Cognitive Neuropsychology twenty years on. *Cognitive Neuropsychology*, 23(1), pp. 3-12.

Caramazza, A. e Coltheart, M. (2006). Reconnecting Cognitive Neuropsychology: Commentary on Harley's 'Does Cognitive Neuropsychology have a Future?'. *Cognitive Neuropsychology*, 21(1), pp. 31-35.

Carlsson, E., Hartelius, L. e Saldert, C. (2014). Communicative strategies used by spouses of individuals with communication disorders related to stroke-induced aphasia and Parkinson's disease. *International Journal of language & Communication Disorders*, 49 (6), pp. 722-735.

Coelho, C. A., Sinotte, M. P. e Duffy, J. R. (2008). Schuell's Stimulation Approach to Rehabilitation. In: Chapey, R. (Ed). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª edição. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Davis, A. G. (2005). PACE revisited, *Aphasiology*, 19 (1), pp. 21-38.

Eriksson, K., Hartelius, L. e Saldert, C. (2016). On the diverse outcome of communication partner training of significant others of people with aphasia: an experimental study of six cases, *International Journal of language & Communication Disorders*, 51 (4), pp. 402-414.

Ferreira, L. P., Befi-Lopes, D. M. e Limongi, S. C. (2004). *Tratado de Fonoaudiologia*, São Paulo, ROCA.

Fontanesi, S. R. O. e Schmidt, A. (2016). Intervenções em afasia: uma revisão integrativa, *Revista CEFAC*, 18(1), pp. 252-262.

Fontoura, D. R. *et alli*. (2012). Rehabilitation of language in expressive aphasia: A literature review, *Dement Neuropsychol*, 6(4), pp.223-235.

Fotini, M. F. (1999). *O processo da investigação: da concepção à realização*. Loures, Lusociência.

Fotin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.

França, T. H. (2013). Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. *Lutas Sociais*, 17 (31), pp. 59-73.

Fregadiotis, G., Gorman, K. e Bedrick, S. (2016). Algorithmic Classification of Five Characteristic Types of Paraphasias, *American Journal of Speech-Language Pathology*, v. 25, pp. 777-787.

Fridriksson, J. *et alli*. (2006). Functional communication and executive function in aphasia, *Clinical Linguistics & Phonetics*, 20 (6), pp. 401-410.

Galletta, E. E. e Barrett, A. M. (2014). Impairment and Funcional Interventions for Aphasia: Having it All, *Curr. Phys. Med. Rehabil. Rep.*, 2(2), pp. 114-120.

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

Haley, K. L. *et alli*. (2018). Error Consistency in Acquired Apraxia of Speech with Aphasia: Effects of yhe Analysis Unit, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, v.61, pp. 210- 226.

Hallowell, B. e Chapey, R. (2008). Introduction to Language Intervention Strategies in Adult Aphasia. In: Chapey, R. (Ed). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª edição. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Hill, M. M. e Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa, Edições Sílabo.

Hillis, A. E. (2007). Aphasia: Progress in the last quarter of a century, *Neurology*, pp. 200-213.

Hillis, A. E. e Newhart, M. (2008). Cognitive Neuropsychological Approaches to Treatment of Language Disorders. In: Chapey, R. (Ed). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª edição. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Hoover, E. L. *et alli*. (2015). Effercts of impairment-based individual and socially oriented group therapies on verb production in aphasia, *Aphasiology*, 29(7), pp. 781-798.

Hux, K. *et alli*. (2010). Using visual displays to create a shared communication space for a person with aphasia, *Aphasiology*, 24 (5), pp. 643-660.

Hux, K., Wissling, K. e Wallace, S. (2008). Communication-Based Interventions: Augmented and Alternative Communication for People with Aphasia. In: Chapey, R. (Ed). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª edição. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Jackson-Waite, K., Robson, J. e Pring, T. (2003).Written communication using a Lightwriter in undifferentiated jargon aphasia: A single case study. *Aphasiology*, 17 (8), pp. 767-780.

Johansson, M. B., Carlsson, M. e Sonnander, K. (2012). Communication difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia. *International Journal of language & Communication Disorders*, 47 (2), pp. 144-155.

Kagan, A. (1998). Supported for adults with aphasia: methods and resources for tranning conversation partners, *Aphasiology*, 12 (9), pp.816-830.

Kagan, A. *et alli*. (2001). Traning Volunteers as Conversation Partners Using “Supported Conversation for Adults with Aphasia”, *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, v. 44, pp. 624-638.

Kalinyak-Fliszar, M. *et alli.* (2015). Using Visual Technology to Promote Functional Communication in Aphasia: Preliminary Evidence From Interactive Dialogues With Human and Virtual Clinicians, *American Journal of Speech-Language Pathology*, v. 24, pp. 974-989.

Kobayashi, S. e Ugawa, Y. (2013). Relationships between Aphasia and Apraxia, *Journal of Neurology & Translational Neuroscience*, 2(1), pp. 1-5.

Kunst, L. R. *et alli.* (2013). Eficácia da fonoterapia em um caso de afasia expressiva Decorrente de Acidente Vascular Encefálico, *Revista CEFAC*, 15(6), pp. 1712-1717.

Kyan, L., Silva, D. P. G. e Wanderley, K. S. (2008). Repercussões psicológicas na relação entre o paciente afásico e seu familiar, *Revista Kairós*, 11(2/dez.), pp. 197-213.

Labreche, T., Szilva, M. e Plotkin, A. (2016). Empowering Individuals with Aphasia and Visual Impairments through Effective Communication, *Journal of Visual Impairment & Blindness*, 110(3), pp. 183-187.

Leal, G. e Martins, I. P. (2005). Avaliação da afasia pelo Médico de Família, *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, nº21, pp. 359-364.

Lim, C. e Alexander, M. P. (2009). Stroke and episodic memory disorders. *Neuropsychology*, pp. 3034-3058

Lima, S. S. P. e Morato, E. M. (2009). The neurolinguistic statute of perseveration in aphasia, *Rev. Soc. Bras. de Fonoaudiologia*, 14(2), pp. 256-260.

Lundy-Ekman, L. (2008). *Neurociência: fundamentos para a reabilitação*, Rio de Janeiro, Elsevier

Manago, B., Davis, J. L. e Goar, C. (2017). Discourse in Action: Parents' use of medical and social models to resist disability stigma, *Social Science & Medicine*, pp. 169-177.

Manning, L. (2005). *A neuropsicologia Clínica: Uma Abordagem Cognitiva*. Lisboa, Instituto Piaget.

Maranhão, D. K. M. *et alli.* (2017) *Characterization of aphasia in aneurysmal subarachnoid hemorrhage*. Brazil.

Marcolino, J. F. (2010). As categorias “fluente” e “não-fluente” na afasia, *Revista L@el*, v. 2, pp. 109-124.

Maroco, J. (2003). *Análise estatística: com a utilização do SPSS*. Lisboa, Sílabo.

Mineiro, A. *et alli.* (2008). Revisitando as Afasia na PALPA-P, *Cadernos de Saúde*, 1(2), pp. 135-146.

Morris, M. A. *et al.* (2015). Patient-centred communication strategies for patients with aphasi: discrepancies between what patients want and what physicians do, *Disability and Health Journal*, nº8, pp. 208-215.

Murdoch, B. E. (1997). *Desenvolvimento da Fala e Distúrbios da Linguagem*. Rio de Janeiro, REVINTER.

Nascimento, M. S. R., Muniz, L. F. e Costa, M. L. G. (2014). Processamento Auditivo e Afasia: Uma Revisão Sistemática, *Revista CEFAC*, 16(2), pp.634-642.

Neves, C. e Catrini, M. (2017). O olhar clínico sobre os fatores prognóstico das afasias, *Distúrbios da Comunicação*, 29(2/jun.), pp. 208-217.

Oliveira, D. P. (2009). A Intervenção do Terapeuta da Fala na Afasia e na Pessoa com Afasia. In: Peixoto, V. e Rocha, J. (Org). *Metodologias de Intervenção em Terapia da Fala*. Porto, Edições Universidade Fernando Pessoa.

Oliveira, R. D. e Marcolino, J. (2009). Considerações sobre jargão na clínica de linguagem com afásicos, *Distúrb. Comun.*, 21(1), pp. 39-46

Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa, Direção-Geral de Saúde.

Ortiz, K. Z. (2005). *Distúrbios neurológicos adquiridos: linguagem e cognição*, Tamboré, Manole

Ortiz, K. Z. e Costa, F. P. Aplicação do teste M1-Alpha em sujeitos normais com baixa escolaridade: estudo piloto, *Rev. Soc. Bras. de Fonoaudiologia*, 23(3), pp. 220-226.

Pagliarin, K. C. *et alli*. (2013). Instrumentos para avaliação da linguagem pós-lesão cerebrovascular esquerda, *Revista CEFAC*, 15(2), pp.1-6.

Pamies, M. P. *et alli*. (2005). Reabilitação dos transtornos da expressão verbal. In: Peña-Casanova, J. e Pamies, M. P. (Ed). *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. 2ª edição. Brasil, Manole.

Paul, N. A. e Sanders, G. F. (2009). Strategies Used by Communication Partners of Aphasic Speakers, *Activities, Adaptation & Aging*, 33 (3), pp. 161-178.

Peña-Casanova e Pulido, J. H. (2005).Objetivos terapêuticos. Princípios gerais da terapia e pré-reeducação. In: Peña-Casanova, J. e Pamies, M. P. (Ed). *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. 2ª edição. Brasil, Manole.

Peña-Casanova, J. *et alli*. (2005). Reabilitação do discurso e da comunicação (aspetos pragmáticos). In: Peña-Casanova, J. e Pamies, M. P. (Ed). *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. 2ª edição. Brasil, Manole.

Peña-Casanova, J., Bertran-Serra, I. e Manero, R. M. (2005). Metodologias de reabilitação da afasia: revisão. *In: Peña-Casanova, J. e Pamies, M. P. (Ed). Reabilitação da afasia e transtornos associados. 2ª edição. Brasil, Manole.*

Peña-Casanova, J., Bertran-Serra, I. e Manero, R. M. (2005). Metodologias de reabilitação da afasia: revisão. *In: Peña-Casanova, J. e Pamies, M. P. (Ed). Reabilitação da afasia e transtornos associados. 2ª edição. Brasil, Manole.*

Peña-Casanova, J., Pamies, M. P. e Diéguez-Vide, F. (2005). Tipos clínicos clássicos de afasias e transtornos associados. *In: Peña-Casanova, J. e Pamies, M. P. (Ed). Reabilitação da afasia e transtornos associados. 2ª edição. Brasil, Manole.*

Piassaroli, C. A. P. *et alli.* (2012). Modelos de Reabilitação Fisioterápica em Pacientes Adultos com Sequelas de AVC Isquémico, *Rev. Neurocienc.*, 20(1), pp. 128-137.

Rankin, E. *et alli.* (2014). Hearing loss and auditory processing ability in people with aphasia, *Aphasiology*, 28(5), pp. 576-595.

Rau, M. T. e Fox, L. E. (2009). Treatment approaches to aphasia: Contributions aof VA clinicians, *Aphasiology*, 29(9), pp. 1101-1115.

Rautakoski, P. (2011). Tranning Total Communication, *Aphasiology*, 25 (3), pp. 344-365.

Rayner, H. e Marshall, J. (2003). Traning volunteers as conversation partners for people with aphasia, *International Journal of language & Communication Disorders*, 38 (2), pp. 149-164.

Riaño, J. R. e Camacho, A. L. (2015). Participación e inclusión social en adultos com afasia: análisis bibliométrico. *Rev. Cienc. Salud.*, 13 (3), pp.447-464.

Ribeiro, A. F. e Ortiz, K.Z. (2009). Perfil populacional de pacientes com disartria atendidos em hospital terciário, *Rev. Soc. Bras. Fonoaudiol.*, 14(3), pp. 446-453

Robson, J. *et alli.* (2001). Enhancing communication in jargon aphasia: a small group study of writing therapy. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 36 (4), pp. 471-488.

Rosca, E. C. e Simu, M. (2015). Mixed transcortical aphasia: a case report, *Neurological Sciences*, v. 36, pp. 663-664.

Sá, J. (2009). AVC- Primeira causa de morte em Portugal, *Revista da Faculdade de Ciências da Saúde*, nº6, pp.12-19.

Scherer, L. C. (2011). Investigando a afasia bilíngue: um enfoque na produção discursiva, *Estudos Linguísticos*, 40(2), pp. 944-954.

Silagi, M. L., Hirata, F. N. e Mendonça, L. I. Z. (2014). Sentence production in rehabilitation og agrammatism, *Dement. Neuropsychol*, 8(3), pp. 297-301.

Simmons-Mackie, N. (2008). Social Approaches to Aphasia Intervention. *In: Chapey, R. (Ed). Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. 5ª edição. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins.

Simmons-Mackie, N. e King, J. M. (2013). Communication Support for Everyday Life Situations *In: Simmons-Mackie, N., King, J. M. e Beukelma, D. R. (Ed). Excerpted from Supporting Communication for Adults with Acute and Chronic Aphasia*. London, Brookes Publishing.

Simmons-Mackie, N. *et alli.* (2010). Communication Partner Training in Aphasia: A Systematic Review, *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, v. 91, pp. 1814-1837.

Simmons-Mackie, N., Savage, M. C. e Worrall, L. (2014). Conversation therapy for aphasia: a qualitative review of the literature, *International Journal of language & Communication Disorders*, 49 (5), pp. 511-526.

Sinanovic, O. *et alli*. (2011). Post-Stroke Language Disorders, *Acta Clinica Croatica*, nº50, pp. 79-89.

Sociedade Portuguesa de Acidente Vascular Cerebral (2016). *Tudo o que precisa de saber sobre Acidente Vascular Cerebral (AVC)*. [Em linha]. Disponível em <http://static.lvengine.net/spavc2013/Imgs/pages/PUBLICACOES/manual%20digital%20jornalistas_url.pdf>. [Consultado em 02/05/2018].

Souza, A. M. L. B. e Paula, P. A. (2012). Estudo retrospectivo do tratamento fisioterapêutico de um paciente portador de AVC, após aplicação de toxina botulínica, *Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde*. 16(4), pp.141-152.

Souza, T.N.U e Payão, L.M.C. (2008). Apraxia da fala adquirida e desenvolvimental: semelhanças e diferenças. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiólogos*. 13(2), pp. 193-202

Talarico, T. R., Venegas, M. J. e Ortiz, K. Z. (2011). Perfil populacional de pacientes com distúrbios da comunicação humana decorrentes de lesão cerebral, assistidos em hospital terciário, *Revista CEFAC*, 13(2), pp. 330-339.

Terradillos, E. e López-Higes, R. (2016). *Guía de intervención logopédia en las afasias*. Madrid, Editorial Síntesis,

Vieira, A. C. C. (2011). Afasias e Áreas Cerebrais: Argumentos Prós e Contras à Perspectiva Localizacionista, *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(3), pp. 588-596.

Wilkinson, R. *et alli.* (2011). Interaction-focused intervention for acquired language disorders: facilitating mutual adaptation in couples where one partner has aphasia, *International Journal of Speech Language Pathology*, 13 (1), pp. 74-87.

Worrall, L. E. (2000). A conceptual Framework for Functional Approach to Acquired Neurogenic Disorders of Communication and Swallowing. *In: Worrall, L. E. e Frattali, C. M. (Ed). Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach.* New York, Thieme.

Zhang, J. *et alli.* (2017). Constraint-induced aphasia therapy in post-stroke aphasia rehabilitation: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *PLoS ONE*, 12(8), pp. 1-15.

VII- Anexos

Anexo 1: Questionário “A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia”

O meu nome é Márcia Silva, sou aluna do 4º ano da Licenciatura de Terapêutica da Fala da Universidade Fernando Pessoa, sob a orientação da Dra. Eva Bolle Antunes, venho por este meio solicitar a sua colaboração no presente questionário, intitulado: “A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia”. Este instrumento faz parte de um estudo que me encontro a desenvolver no âmbito do Projeto de Graduação para obter o grau de Licenciatura em Terapêutica da Fala. Os dados obtidos serão utilizados para fins académicos, sendo que as respostas dos inquiridos representam a sua experiência profissional na área. Este estudo tem como objetivo principal compreender o uso da escrita como estratégia durante as sessões de Terapia da Fala, tendo como participantes Terapeutas da Fala com experiência na área da afasia.

O questionário é constituído por duas partes: a primeira destina-se à caracterização socioprofissional, onde serão expostas questões relacionadas com a prática profissional; e a segunda corresponde ao questionário sobre a utilização da Escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala.

O preenchimento deste questionário demora aproximadamente 5 minutos.

Em caso de dúvida contactar a investigadora através do seguinte correio eletrónico 31317@ufp.edu.pt.

Obrigado pela sua colaboração.

I. Caracterização Socioprofissional

Selecione a opção que mais se adequa ao seu caso.

Faço intervenção em pessoas com afasia

Já fiz intervenção em pessoas com afasia

Sexo: M F Idade: ____ anos Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Escolaridade:

Bacharelato Licenciatura Pós-Graduação Mestrado Doutorado

Locais onde realizou/realiza intervenção com pessoas com afasia:

(pode seleccionar mais do que uma opção)

Hospital público Clínicas Associações

Hospital privado Centros de Saúde Domicílios

Outro (s): _____

Experiência profissional na área da afasia:

(selecione a opção que mais se adequa à sua prática clínica)

<1 ano Quantos? ____ meses

>1 ano Quantos? ____ anos

Durante a sua intervenção junto a pessoas com afasia com que grau frequência é utilizada a ESCRITA como estratégia. Assinale com um X, por favor, a opção que mais se adequa.

	Sempre	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca	Não Aplicável
A escrita é utilizada como estratégia de intervenção junto a pessoas com afasia.						

II. A utilização da Escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia

De acordo com a sua experiência profissional, assinale com um X, por favor, a opção que mais se adequa, considerando as escalas indicadas para cada domínio:

Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não aplicável
---------------	---------------------	----------------------	---------------------	--------------	----------------------

Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
----------------------------	-----------------	-----------------------------------	-----------------	----------------------------

Nota: Se já não trabalha com pessoas com afasia, responda ao questionário considerando a sua experiência anterior nesta área. Neste instrumento, considera-se a “escrita” como recurso à linguagem escrita, e não o desenho ou outras formas gráficas de comunicação.

A. Diagnóstico da pessoa com afasia

Durante a sua intervenção junto a pessoas com afasia com que **grau frequência** é utilizada a ESCRITA como estratégia.

	Sempre	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nunca	Não Aplicável
1. A escrita é utilizada em pessoas com afasia Global.						
2. A escrita é utilizada em pessoas com afasia de Broca.						
3. A escrita é utilizada em pessoas com afasia de Wernicke.						
4. A escrita é utilizada em pessoas com afasia Transcortical Sensitiva.						
5. A escrita é utilizada em pessoas com afasia Transcortical Motora.						
6. A escrita é utilizada em pessoas com afasia Transcortical Mista.						
7. A escrita é utilizada em pessoas com afasia de Condução.						
8. A escrita é utilizada em pessoas com afasia Anómica.						

B. Características linguísticas da perturbação

Ao refletir sobre a sua intervenção junto a esta população, refira com que **grau de frequência** é utilizada a estratégia ESCRITA na presença das seguintes características da perturbação.

	Sempre	Muitas Vezes	Algumas Vezes	Poucas Vezes	Nenhuma	Não Aplicável
1. A escrita é utilizada quando há jargão.						
2. A escrita é utilizada quando há logorreia.						
3. A escrita é utilizada quando há perseveração.						
4. A escrita é utilizada quando há circunlóquios.						
5. A escrita é utilizada quando há neologismos.						
6. A escrita é utilizada quando há parafasias lexicais.						
7. A escrita é utilizada quando há parafasias semânticas.						
8. A escrita é utilizada quando há parafasias fonológicas.						
9. A escrita é utilizada quando há défices na memória fonológica.						
10. A escrita é utilizada quando há produção de frases agramaticais.						
11. A escrita é utilizada quando há débito alterado do discurso.						
12. A escrita é utilizada quando há esforço produtivo.						
13. A escrita é utilizada quando há dificuldades na articulação verbal oral.						

C. Características gerais do indivíduo com afasia

Durante a intervenção as estratégias deverão ser escolhidas conforme as características individuais da pessoa com afasia, nomeadamente a estratégia ESCRITA. Com base nas seguintes informações refira o seu **grau de concordância** com cada uma.

	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
1. O reduzido grau de escolaridade influencia a utilização da estratégia escrita.					
2. O défice auditivo influencia a utilização da estratégia escrita.					
3. O défice visual influencia a utilização da estratégia escrita.					
4. A hemiparesia influencia a utilização da estratégia escrita pela pessoa com afasia.					
5. A coexistência de uma perturbação motora da fala influencia a utilização da estratégia escrita.					
6. O défice cognitivo influencia a utilização da estratégia escrita.					
7. O estado emocional alterado influencia a utilização da estratégia escrita.					
8. O bilinguismo influencia a utilização da estratégia escrita.					

D. Situações para aplicação da estratégia escrita

A estratégia ESCRITA pode ser utilizada em diferentes situações durante as sessões. Das seguintes afirmações classifique com que **grau de frequência** recorre à utilização desta estratégia.

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
1. A escrita é utilizada durante a anamnese.					
2. A escrita é utilizada durante a avaliação para determinar competências que não são observáveis através da linguagem oral.					
3. A escrita é utilizada durante a intervenção como estratégia para ajudar a pessoa com afasia a transmitir a mensagem.					
4. A escrita é utilizada durante a intervenção como estratégia para ajudar a pessoa com afasia a compreender a mensagem.					
5. A escrita é utilizada durante a intervenção com os outros parceiros comunicativos (treino da sua utilização).					

E. Estratégias escritas específicas

Nas sessões de Terapia da Fala a estratégia ESCRITA pode ser utilizada de diferentes formas, refira com que **grau de frequência** utiliza cada uma das seguintes.

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
1. Na aplicação desta estratégia são utilizadas palavras isoladas.					
2. Na aplicação desta estratégia é utilizado o sim/não.					
3. Na aplicação desta estratégia é utilizada a escolha múltipla.					
4. Na aplicação desta estratégia são utilizadas frases.					
5. Na aplicação desta estratégia é utilizado o grafema inicial como pista visual.					
6. Na aplicação desta estratégia é utilizada a sílaba inicial como pista visual.					
7. Na aplicação desta estratégia é utilizado o sumariar durante a conversa.					
8. Na aplicação desta estratégia é utilizada a identificação de tópico durante a conversa.					
9. A estratégia escrita é utilizada para verificar uma mensagem produzida.					

F. Material de Suporte

Refira com que **grau de frequência** é utilizado cada um dos materiais mencionados, na aplicação da estratégia ESCRITA.

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não Aplicável
1. Na aplicação desta estratégia é utilizado um lápis/caneta.						
2. Na aplicação desta estratégia é utilizado o marcador.						
3. Na aplicação desta estratégia é utilizada uma folha branca.						
4. Na aplicação desta estratégia é utilizado o telemóvel.						
5. Na aplicação desta estratégia é utilizado o tablet.						
6. Na aplicação desta estratégia é utilizado o computador.						
7. Na aplicação desta estratégia são utilizados cartões já escritos.						

Muito obrigado pela sua colaboração.

Anexo 2: Adaptação do Consentimento Informado da Universidade Fernando Pessoa

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Aceito de livre e espontânea vontade participar no estudo intitulado “A utilização da escrita como estratégia de intervenção dos Terapeutas da Fala em pessoas com afasia”. Declaro ter lido e compreendido a informação que me foi fornecida acerca da participação nesta investigação. Consinto a minha participação no estudo, respondendo às questões propostas e permito que as informações obtidas sejam utilizadas na investigação. Foi-me assegurado que tenho o direito de recusar a participação na investigação, sem qualquer consequência pessoal. Sendo-me garantido que a minha participação é anónima e que os dados obtidos serão tratados de forma confidencial.

Aceito participar neste estudo

Não aceito participar neste estudo

Data: ____/_____/20__

Anexo 3: Análise descritiva dos resultados obtidos nos domínios do questionário

Domínio A: Frequência de utilização da estratégia escrita em função do diagnóstico.

<i>A escrita é utilizada em pessoas com afasia (...)</i>		Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não aplicável
Global	(n)	3	15	16	14	3	7
	(%)	5,2%	25,9%	27,6%	24,1%	5,2%	12,1%
Broca	(n)	3	37	10	3	1	4
	(%)	5,2%	63,8%	17,2%	5,2%	1,7%	6,9%
Wernicke	(n)	6	27	16	5	1	3
	(%)	10,3%	46,6%	27,6%	8,6%	1,7%	5,2%
Transcortical Sensitiva	(n)	4	27	12	6	1	8
	(%)	6,9%	46,6%	20,7%	10,3%	1,7%	13,8%
Transcortical Motora	(n)	5	31	10	3	1	8
	(%)	8,6%	53,4%	17,2%	5,2%	1,7%	13,8%
Transcortical Mista	(n)	4	22	16	6	1	9
	(%)	6,9%	37,9%	27,6%	10,3%	1,7%	15,5%
Condução	(n)	6	30	12	2	–	8
	(%)	10,3%	51,7%	20,7%	3,4%	–	13,8%
Anómica	(n)	10	37	7	2	–	2
	(%)	17,2%	63,8%	12,1%	3,4%	–	3,4%

Domínio B: Frequência de utilização da estratégia escrita em relação às características linguísticas da perturbação.

<i>A escrita é utilizada quando há (...)</i>		Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não aplicável
Jargão	(n)	1	18	24	7	2	6
	(%)	1,7%	31%	41,4%	12,1%	3,4%	10,3%
Logorreia	(n)	1	16	24	9	1	7
	(%)	1,7%	27,6%	41,4%	15,5%	1,7%	12,1%
Perseveração	(n)	3	21	25	8	–	1
	(%)	5,2%	36,2%	43,1%	13,8%	–	1,7%
Circunlóquios	(n)	3	20	28	4	1	2
	(%)	5,2%	34,5%	48,3%	6,9%	1,7%	3,4%
Neologismos	(n)	3	23	20	8	1	3
	(%)	5,2%	39,7%	34,5%	13,8%	1,7%	5,2%
Parafasias lexicais	(n)	7	32	15	4	–	–
	(%)	12,1%	55,2%	25,9%	6,9%	–	–
Parafasias semânticas	(n)	4	35	14	4	–	1
	(%)	6,9%	60,3%	24,1%	6,9%	–	1,7%
Parafasias fonológicas	(n)	8	33	12	5	–	–
	(%)	13,8%	56,9%	20,7%	8,6%	–	–
Défices na memória fonológica	(n)	7	34	10	4	–	3
	(%)	12,1%	58,6%	17,2%	6,9%	–	5,2
Frases agramaticais	(n)	6	41	6	2	1	2
	(%)	10,3%	70,7%	10,3%	3,4%	1,7%	3,4%
Débito do discurso alterado	(n)	1	23	16	11	3	4
	(%)	1,7%	39,7%	27,6%	19%	5,2%	6,9%
Esforço produtivo	(n)	2	34	10	8	1	3
	(%)	3,4%	58,6%	17,2%	13,8%	1,7%	5,2%
Dificuldades de articulação verbal oral	(n)	5	34	10	5	2	2
	(%)	8,6%	58,6%	17,2%	8,6%	3,4%	3,4%

Domínio C: Influência das características gerais do indivíduo com afasia na aplicação da estratégia.

<i>O/A (...) influência a utilização da estratégia escrita.</i>		Concordo totalmente	Concordo	Nem concordo, nem discordo	Discordo	Discordo totalmente
<i>Grau de escolaridade</i>	(n)	35	18	2	3	–
	(%)	60,3%	31%	3,4%	5,2%	–
<i>Défice auditivo</i>	(n)	13	18	3	16	8
	(%)	22,4%	31%	5,2%	27,6%	13,8%
<i>Défice visual</i>	(n)	28	21	4	5	–
	(%)	48,3%	36,2%	6,9%	8,6%	–
<i>Hemiparesia</i>	(n)	15	22	11	9	1
	(%)	25,9%	37,9%	19%	15,5%	1,7%
<i>Coexistência de uma perturbação motora da fala</i>	(n)	4	12	18	17	7
	(%)	6,9%	20,7%	31%	29,3%	12,1%
<i>Défice cognitivo</i>	(n)	15	31	9	2	1
	(%)	25,9%	53,4%	15,5%	3,4%	1,7%
<i>Estado emocional alterado</i>	(n)	3	19	21	11	4
	(%)	5,2%	32,8%	36,2%	19%	6,9%
<i>Bilinguismo</i>	(n)	5	25	14	9	5
	(%)	8,6%	43,1%	24,1%	15,5%	8,6%

Domínio D: Frequência de utilização da estratégia escrita nos diferentes momentos das consultas de Terapia da Fala.

		Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
<i>A escrita é utilizada durante a anamnese.</i>	(n)	9	14	18	12	5
	(%)	15,5%	24,1%	31%	20,7%	8,6%
<hr/>						
<i>A escrita é utilizada durante a avaliação para determinar competências que não são observáveis através da linguagem oral.</i>	(n)	16	33	7	1	1
	(%)	27,6%	56,9%	12,1%	1,7%	1,7%
<hr/>						
<i>A escrita é utilizada durante a intervenção como estratégia para ajudar a pessoa com afasia a transmitir a mensagem.</i>	(n)	16	36	6	–	–
	(%)	27,6%	62,1%	10,3%	–	–
<hr/>						
<i>A escrita é utilizada durante a intervenção como estratégia para ajudar a pessoa com afasia a compreender a mensagem.</i>	(n)	17	35	6	–	–
	(%)	29,3%	60,3%	10,3%	–	–
<hr/>						
<i>A escrita é utilizada durante a intervenção com os outros parceiros comunicativos (treino da sua utilização).</i>	(n)	14	32	8	4	–
	(%)	24,1%	55,2%	13,8%	6,9%	–

Domínio E: Frequência de utilização de diferentes estratégias escritas específicas.

<i>Na aplicação da estratégia escrita utilizo (...).</i>		Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca
<i>Palavras isoladas</i>	(n)	6	38	14	–	–
	(%)	10,3%	65,5%	24,1%	–	–
<i>Sim/Não</i>	(n)	8	36	12	2	1
	(%)	15,8%	62,1%	19%	3,4%	1,7%
<i>Escolha múltipla</i>	(n)	5	27	20	4	2
	(%)	8,6%	46,6%	34,5%	6,9%	3,4%
<i>Frases</i>	(n)	2	25	22	9	–
	(%)	3,4%	43,1%	37,9%	15,5%	–
<i>Grafema inicial</i>	(n)	3	28	22	4	1
	(%)	5,2%	48,3%	37,9%	6,9%	1,7%
<i>Sílaba inicial</i>	(n)	3	24	27	3	1
	(%)	5,2%	41,4%	46,6%	5,2%	1,7%
<i>Sumariar</i>	(n)	3	17	20	12	6
	(%)	5,2%	29,3%	34,5%	20,7%	10,3%
<i>Identificação do tópico de conversa</i>	(n)	6	25	14	12	1
	(%)	10,3%	43,1%	24,1%	20,7%	1,7%
<i>Verificar</i>	(n)	5	22	21	9	1
	(%)	8,6%	37,9%	36,2%	15,5%	1,7%

Domínio F: Frequência de utilização de diferentes materiais para suportar a aplicação da estratégia escrita.

<i>Na aplicação desta estratégia é utilizado/a (...)</i>		Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Poucas vezes	Nunca	Não aplicável
Lápis/caneta	(n)	13	43	2	–	–	–
	(%)	22,4%	74,1%	3,4%	–	–	–
Marcador	(n)	3	24	15	9	6	1
	(%)	5,2%	41,4%	25,9%	15,5%	10,3%	1,7%
Folha branca	(n)	18	39	1	–	–	–
	(%)	31%	67,2%	1,7%	–	–	–
Telemóvel	(n)	1	4	17	20	10	6
	(%)	1,7%	6,9%	29,3%	34,5%	17,2%	10,3%
Tablet	(n)	1	7	20	16	9	5
	(%)	1,7%	12,1%	34,4%	27,6%	15,5%	8,6%
Computador	(n)	2	11	17	14	7	7
	(%)	3,4%	19%	29,3%	24,1%	12,1%	12,1%
Cartões já escritos	(n)	4	34	9	9	2	–
	(%)	6,9%	58,6%	15,5%	15,5%	3,4%	–