



ARTIGO ORIGINAL

Validação portuguesa de um teste breve para rastreio da afasia (*Bedside de Lenguaje*)

Portuguese validation of a short bedside aphasia screening test (*Bedside de Lenguaje*)

Ana Lúcia Cruz¹, Maria Emília Santos², Alexandra Reis³, Luís Faísca³

1-Centro de Medicina de Reabilitação do Sul, S. Brás de Alportel; 2-Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Lisboa; 3-Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade do Algarve.

Resumo

Introdução: Os instrumentos utilizados para avaliar pessoas com afasia tendem a ser extensos e exaustivos, de forma a permitir um diagnóstico e a obtenção de dados detalhados. Contudo, estas provas nem sempre são o melhor instrumento de avaliação para doentes que se encontram em fase aguda/subaguda e que não apresentam condições para colaborar numa prova complexa e demorada. Neste caso devem ser usadas provas rápidas e de fácil execução que permitam uma melhor compreensão do quadro clínico. Este tipo de instrumentos não existe no nosso país.

Objetivo: Tradução e validação de uma prova de rastreio de afasia para a população portuguesa, a *Bedside de Lenguaje* (BL; Sabe *et al.*, 2008), instrumento que poderá ser utilizado por qualquer profissional de saúde.

Metodologia: O estudo foi realizado com uma amostra de 112 participantes, dos quais 61 com afasia resultante de AVC no hemisfério esquerdo e 51 sem defeito afásico, com disartria resultante de AVC no hemisfério direito. Todos os doentes foram avaliados com a BL e com uma bateria de avaliação formal da afasia, com o objectivo de estabelecer a validade convergente entre as duas provas.

Resultados e conclusões: Foram constatadas diferenças nos valores da BL entre o grupo com afasia e o grupo sem afasia, sendo que este último grupo apresentava resultados significativamente superiores, uma vez que não possuía patologia de linguagem. Os resultados obtidos revelaram uma boa validade convergente entre os valores da BL e a gravidade da afasia, medida através do Quociente de Afasia. Além disso, a prova revelou uma boa fiabilidade e exatidão de medida, e ainda valores de sensibilidade e especificidade favoráveis, apresentando-se desta forma como um instrumento que poderá ser útil no rastreio da afasia, especialmente em fase aguda após lesão cerebral.

Abstract

Introduction: Standard tools used in the assessment of aphasic patients are normally extensive and exhaustive, so as to allow for detailed results and an accurate diagnosis. However these tests are often inappropriate for assessment in acute and subacute stroke. Patients with this condition are not able to collaborate in long and complex tasks. In such cases shorter tests should be used, as they can be conducted more easily. This kind of tests currently lack in Portugal.

Objective: The objective of the present study is the translation and adaptation of an aphasia-screening test for the Portuguese population, namely the *Bedside de Lenguaje* (BL; Sabe *et al.*, 2008). This instrument may be used by any health care professional.

Methodology: The study was conducted with a sample of 112 participants, of which 61 were diagnosed with aphasia resulting from left hemisphere stroke and 51 non-aphasic dysarthric patients following right hemisphere stroke. Both groups were examined through BL and a formal battery of aphasia assessment for convergent validity analysis.

Results and conclusion: Differences were observed in BL values between the aphasic and the non-aphasic groups: the latter showed significantly higher results, as patients had no language pathology. Results obtained showed good convergent validity in the correlation between BL results and the severity of the Aphasia Quotient. Moreover the test evidenced good reliability and measure exactness, as well as favorable sensitivity and specificity values. Therefore this tool may be useful for aphasia screening in the future, especially in the acute phase following brain injury.

Introdução

A linguagem é um processo complexo que envolve múltiplas estruturas do hemisfério cerebral esquerdo, hemisfério dominante para a linguagem nos indivíduos destros e também na maioria dos indivíduos esquerdinos¹.

A perda desta capacidade resulta num quadro de afasia, cuja causa mais frequente é o Acidente Vascular Cerebral (AVC)².

A afasia é uma situação clínica com um impacto muito negativo no bem-estar do indivíduo, na sua independên-

Informações:

Artigo Original, publicado em Sinapse, Volume 14, Número 1, Maio de 2014.

Versão eletrónica em www.spneurologia.com
© 2014 Sociedade Portuguesa de Neurologia. Todos os direitos reservados.

Palavras-chave:

Afasia
Rastreio
Teste de cabeceira

Key-words:

Aphasia
Screening
Bedside testing

Correspondência com o autor:

Ana Lúcia Cruz
Centro de Medicina de Reabilitação do Sul
Sítio das Almargens
8150-022-S. Brás de Alportel
Portugal
analuciacruztf@gmail.com

Nota:

Trabalho realizado no âmbito da dissertação de Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia, da FCHS, Universidade do Algarve.

cia e qualidade de vida³. Quando acompanhada de hemiparesia direita, como acontece frequentemente em resultado de lesão frontal ou subcortical, o grau de incapacidade aumenta e, conseqüentemente, diminui a possibilidade de participação social^{4,5}. O diagnóstico e encaminhamento precoces são fundamentais para promover a recuperação destes doentes.

A avaliação formal da afasia deverá comportar quatro parâmetros fundamentais de forma a classificar o quadro afásico: análise do discurso, nomeação, repetição e compreensão, além da avaliação das competências de leitura e escrita. Caso se pretenda uma avaliação mais detalhada, deverão ser utilizados não só testes específicos que permitam definir o diagnóstico, mas também outros testes de base linguística que abrangem todos os subdomínios da linguagem: fonologia, semântica, morfossintaxe e pragmática⁶.

Os profissionais especializados na avaliação de linguagem tendem a utilizar testes linguísticos complexos que detalhem pormenorizadamente as áreas funcionais e disfuncionais em cada doente⁷. Existem inúmeros testes padronizados destinados à elaboração do diagnóstico e do perfil linguístico da pessoa com afasia, fornecendo informações relevantes relativas aos níveis linguísticos afetados⁸. Além destas e igualmente importantes, são as avaliações funcionais que permitem compreender quais as maiores necessidades destas pessoas na utilização da comunicação em contextos quotidianos e o impacto que os défices têm, não só na pessoa com afasia, mas também nos seus familiares e amigos. Através destas informações é possível direcionar a intervenção no sentido de minimizar a incapacidade, tornando a comunicação mais funcional, mesmo quando não é possível uma evolução favorável.

No entanto, é necessário ter em conta a situação clínica do doente e a gravidade da sua condição, de forma a compreender qual o tipo de avaliação mais adequado para a fase em que se encontra². Identificar o defeito afásico em período precoce permite dirigir o doente para os locais certos de avaliação e tratamento, sendo este procedimento fundamental para a recuperação⁹. Na verdade, certos contextos clínicos, como as fases agudas/subagudas após AVC, exigem uma avaliação inicial da afasia, de natureza mais rápida e superficial, que pode e deve ser feita logo no Serviço de Urgência ou durante o internamento hospitalar. Nestas avaliações recorre-se a provas de rastreio, que têm como principal objetivo a deteção precoce de defeitos linguísticos e o encaminhamento adequado para profissionais especializados, quando necessário. Contudo, estas provas, apesar do seu interesse, não fornecem informações detalhadas do quadro linguístico, nem permitem elaborar diagnósticos^{8,10}, não substituindo uma avaliação posterior mais detalhada.

Apesar de sumárias, as avaliações de rastreio permitem distinguir se o doente tem um defeito de linguagem (afasia) ou um defeito de articulação (disartria), se tem apenas um discurso confabulatório (síndrome confusional) ou alteração do pensamento (esquizofrenia). Esta distinção possibilita o encaminhamento precoce e adequado, de acordo com cada situação.

A ausência de instrumentos de rastreio é muitas vezes compensada com recurso a entrevistas breves informais à pessoa com afasia, procedimento que permite obter informação importante sobre o débito do discurso, a presença de parafasias e circunlóquios, a consistência nas respostas, os erros articulatórios e a compreensão coloquial. No entanto, o facto de estas entrevistas não serem padronizadas poderá fazer com que a informação obtida não seja comparável de doente para doente ou que seja perdida informação pertinente de uma avaliação para a avaliação seguinte, tornando-as pouco fidedignas. Um instrumento de rastreio padronizado proporciona dados quantitativos e objetivos num curto espaço de tempo, permitindo maior rigor e uniformização das avaliações *screening* para a linguagem.

Outra das vantagens destas provas de rastreio é poderem ser aplicadas tanto por profissionais especializados como por outros profissionais de saúde. É de realçar que uma prova de rastreio apenas identifica a existência ou não de perturbações da linguagem, pelo que uma avaliação completa deve incluir um conjunto de provas que permitam diagnosticar o defeito, orientar o plano de intervenção e monitorizar a reabilitação em Terapia da Fala⁷.

Num trabalho publicado em 2006, Salter e colaboradores¹¹ identificaram a existência de seis instrumentos destinados ao rastreio da afasia. Estes instrumentos foram analisados em função da sua fiabilidade, validade, sensibilidade e utilidade prática. Verificaram que a informação relativa às qualidades métricas e utilidade clínica era, de um modo geral, limitada, sendo o instrumento mais conhecido e utilizado o *The Frenchay Aphasia Screening Test (FAST)*¹², publicado pela primeira vez em 1987. Até ao momento, nenhum destes instrumentos foi adaptado para a população portuguesa, nem existe qualquer outro desenvolvido para o efeito, sendo prática corrente o uso de avaliações de natureza informal ou de versões reduzidas de baterias mais complexas, como é o caso frequente da utilização das “provas nucleares” da Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL)¹³⁻¹⁵.

O objetivo do presente trabalho é a adaptação para a população portuguesa de uma prova de rastreio de afasia – a *Bedside de Lenguaje (BL)*¹⁶ – que possa vir a ser utilizada por qualquer profissional de saúde. A escolha deste instrumento, publicado em 2008, resulta essencialmente de dois fatores: (1) trata-se de um instrumento recente e desenvolvido numa língua próxima do português (espanhol); e (2) a metodologia para a sua criação foi rigorosa, estando bem estabelecidas as suas qualidades métricas e os procedimentos de aplicação, na versão original argentina. No nosso trabalho pretendemos caracterizar as propriedades métricas da versão portuguesa da BL e indicar um ponto de corte que permita discriminar doentes afásicos de não afásicos.

Metodologia

Participantes

O estudo inclui 112 participantes que sofreram um AVC, sendo o grupo experimental constituído por 61 indivíduos com afasia resultante de lesão cerebral no hemisfério esquerdo e o grupo de controlo constituído por 51 indi-



vídus com disartria resultante de lesão cerebral no hemisfério direito. A recolha da amostra foi realizada por conveniência em duas instituições de Saúde: a Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração de Olhão (n = 11) e o Centro de Medicina de Reabilitação do Sul – CMR Sul (n = 101). Foram selecionados todos os sujeitos que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: (1) existência de uma única lesão vascular esquerda ou direita confirmada por neuroimagem; (2) indivíduos com Português Europeu como língua materna; (3) ausência de história psiquiátrica ou neurológica prévia ao AVC; e (4) ausência de história de alcoolismo ou toxicod dependência. Todos os participantes tinham um diagnóstico de afasia ou de disartria previamente estabelecido pela respetiva equipa clínica. No grupo com afasia, 37 participantes tinham afa-

sia de tipo não-fluente (afasia global: 23; afasia de Broca: 10; afasia transcortical motora: 2; afasia transcortical mista: 2) e 24 participantes tinham afasia fluente (afasia anômica: 13; afasia de Wernicke: 7; afasia transcortical sensorial: 3; afasia de condução: 1).

No que respeita ao tempo de evolução após a lesão cerebral, a maioria dos casos nos dois grupos encontrava-se em fase aguda ou sub-aguda (Quadro 1). Os grupos eram equivalentes relativamente à idade ($t(110) = -0,57$, $p = 0,574$), ao género dos participantes ($\chi^2(1) = 0,06$, $p = 0,806$) e à escolaridade ($\chi^2(1) = 0,63$, $p = 0,426$). Dado a BL ser constituída por provas muito simples não foi analisada a influência da escolaridade e apenas se considerou a distinção entre letrados e iletrados, uma vez que são avaliadas capacidades de leitura e escrita.

Quadro 1. Características gerais da amostra

	Grupo com afasia (n = 61)	Grupo com disartria (n = 51)
Género		
Masculino	37 (60,7%)	33 (64,7%)
Feminino	24 (39,3%)	18 (35,3%)
Idade (anos)		
Média ± DP	67,49 ± 11,83	68,76 ± 11,85
Amplitude (mín – máx)	33 – 87	21 – 88
Escolaridade		
0 anos	13 (21,3%)	7 (13,7%)
1 – 4 anos	26 (42,6%)	39 (76,5%)
≥ 5 anos	22 (36,1%)	5 (9,8%)
Tempo de evolução após lesão		
0 a 3 meses	33 (54,1%)	33 (64,7%)
3 a 6 meses	8 (13,1%)	11 (21,6%)
> 6 meses a 1 ano	12 (19,7%)	4 (7,8%)
> 1 ano	8 (13,1%)	3 (5,9%)

Instrumentos de recolha de dados

A avaliação de linguagem foi realizada com duas provas distintas: a *Bedside de Linguaje*¹⁶ (BL), em versão portuguesa, e a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa¹³⁻¹⁵.

A BL foi desenvolvida por um grupo de investigadores argentinos com o objetivo de criar um instrumento curto e sensível para rastreio da presença ou ausência de defeito de linguagem. Esta prova avalia de forma simples, e num curto espaço de tempo (cerca de 10 minutos), cinco componentes linguísticas: discurso espontâneo, compreensão, repetição, escrita e leitura. No discurso espontâneo solicita-se ao indivíduo que diga o seu nome completo (1 ponto), a sua morada (1 ponto) e que descreva uma imagem (3 pontos). A compreensão auditiva de material verbal é constituída por duas sub-provas: a primeira sub-prova comporta duas questões de resposta sim/não (2 pontos, 1 para cada questão); a segunda avalia a compreensão de ordens simples através de três comandos de complexidade crescente (3 pontos, 1 para cada ordem). Cada pergunta ou ordem poderá ser repetida apenas uma vez, caso necessário. A prova de repetição é constituída por duas palavras e

três frases simples (1 ponto para cada repetição correta). A avaliação da escrita é constituída pela escrita espontânea do nome completo (1 ponto), pela escrita por ditado de uma palavra e de um número com três dígitos (1 ponto) e pela escrita de uma frase com base na imagem mostrada anteriormente na prova de discurso espontâneo (3 pontos). Nesta prova são considerados válidos os resultados obtidos com utilização de letras soltas móveis. A avaliação da leitura é constituída por três sub-provas: a primeira implica empareiramento palavra/objeto (2 pontos), a segunda implica a compreensão de uma ordem simples escrita (1 ponto) e a terceira avalia a capacidade para completar frases numa tarefa de escolha múltipla com quatro opções de resposta (2 pontos). A pontuação máxima total é de 25 pontos, correspondendo 5 pontos a cada uma das cinco componentes avaliadas.

Na versão portuguesa foram mantidos a estrutura, os estímulos e formas de pontuação da prova original. Contudo, ao contrário da versão original que não distinguia letrados e iletrados, optou-se por criar esta distinção, retirando à pontuação total os 10 pontos correspondentes

às provas de leitura e escrita, no caso de sujeitos iletrados.

Numa primeira fase, foi estabelecido contacto com os autores da BL com a finalidade de pedir autorização para a adaptação portuguesa. A tradução foi efetuada pelos dois primeiros autores do presente trabalho, de forma independente e com total acordo. A pedido dos autores da versão original, foi-lhes enviada a tradução para apreciação, tendo estes dado autorização para criação da versão portuguesa que passou a ser designada por BL-Teste de rastreio da afasia (em Apêndice)*.

A BAAL é o único instrumento disponível em Portugal para diagnosticar a afasia. Esta bateria permite classificar o tipo de afasia e quantificar a sua gravidade através da determinação do quociente de afasia (QA). O QA é uma medida de gravidade expressa em percentagem¹⁷ e através dela pretende-se estabelecer a validade convergente da BL.

Procedimentos de recolha de dados

Após autorização por parte das instituições de saúde que facilitaram o acesso aos doentes, foram selecionados todos aqueles que cumpriam os critérios de inclusão atrás referidos e que se encontravam a ser seguidos em Terapia da Fala nessas instituições, quer em regime de internamento, quer em regime ambulatorio. Nenhum dos doentes recusou participar, tendo sido obtido o respetivo consentimento informado. A recolha dos dados foi realizada entre janeiro e outubro de 2011.

Quadro 2. Pontuações obtidas na BL em função da escolaridade: médias, desvio padrão e comparação dos valores médios (medida de magnitude da diferença e testes t de Student e Mann-Whitney)

	Grupo com afasia	Grupo com disartria	d de Cohen	
Letrados	11,63 ± 7,79 (n = 48)	22,59 ± 2,98 (n = 44)	1,86	t = 8,78, gl = 90, p < 0,001
Iletrados	3,50 ± 4,99 (n = 13)	14 ± 1,16 (n = 7)	2,90	U = 1,00, p < 0,001

Com o objetivo de avaliar a validade convergente da BL calculou-se a correlação entre a pontuação total desta prova e o QA da BAAL no grupo experimental. Os resultados mostraram uma correlação elevada e significativa, tanto na amostra de afásicos letrados (n = 48; r *Pearson* = 0,86, p < 0,001) como nos afásicos iletrados (n = 13; Rho *Spearman* = 0,80, p < 0,001). O diagrama de dispersão relativo ao grupo de maior dimensão (letrados) ilustra a elevada correlação entre as duas medidas de avaliação da afasia (Figura 1).

Os resultados permitiram ainda observar um paralelismo entre a gravidade dos diferentes tipos de afasia avaliada pela pontuação na BL e pelo QA obtido a partir da BAAL. Assim, e se nos restringirmos ao grupo de maior dimensão (afásicos letrados), verifica-se que na afasia anômica se observam as pontuações mais elevadas para ambas as medidas (média ± desvio-padrão: QA = 81,05 ± 6,25 e BL = 20,33 ± 3,67; n = 12) e que na afasia global se observam as pontuações mais baixas (QA = 12,82 ± 11,97 e BL = 4,09 ± 4,41; n = 16).

Para avaliar se a BL discrimina correctamente participan-

Aos participantes de ambos os grupos foi aplicada a BL, enquanto os participantes do grupo experimental, constituído por pessoas com afasia, foram ainda avaliados com os seguintes subtestes da BAAL: fluência do discurso, nomeação de objetos, compreensão de ordens simples e repetição de palavras. A partir das pontuações obtidas na BAAL foi determinado o tipo de afasia e quantificada a sua gravidade, expressa através do QA. Neste grupo a sequência de apresentação dos dois instrumentos de avaliação foi alternada, de forma a evitar enviesamentos de ordem. No grupo de controlo foi utilizada apenas a BL, como já referido.

Resultados

A análise da consistência interna da BL foi realizada calculando o coeficiente α de Cronbach separadamente para a amostra de participantes afásicos e disártricos letrados ($\alpha = 0,913$; n = 92) e para a amostra de participantes afásicos e disártricos iletrados ($\alpha = 0,981$; n = 20). Ambos os valores são indicativos de níveis elevados de consistência interna.

No que respeita à comparação entre os grupos (Quadro 2), verificou-se a existência de diferenças significativas na BL entre participantes com afasia e participantes com disartria, tanto no grupo letrado como no grupo iletrado, com os participantes afásicos a obterem pontuações claramente inferiores ($d > 1,8$). Estas diferenças evidenciam a sensibilidade da prova para identificar os defeitos de linguagem do grupo com afasia.

tes com e sem afasia foi realizada uma análise ROC tendo em conta os resultados obtidos na bateria por todos os participantes (Figura 2). De forma a tornar comparáveis os resultados de participantes letrados e iletrados, as pontuações totais foram transformadas em percentagens de acertos.

A BL mostrou ser uma boa medida para diagnosticar a presença de afasia, pois a área sob a curva ROC foi de 0,92 (Intervalo de confiança a 95%: 0,868 - 0,969), valor elevado e significativamente diferente de 0,5 ($z = 16,3$, p < 0,001). Estes resultados indicam uma elevada probabilidade de que um doente afásico aleatoriamente selecionado obtenha na BL uma pontuação mais baixa do que um indivíduo não afásico (sendo esta probabilidade significativamente superior a 50%, valor indicativo de uma prova não discriminativa).

A curva ROC permite ainda identificar o ponto de corte para classificar de forma otimizada a presença ou ausência de afasia a partir da pontuação obtida na BL. Usando como critério o índice J de Youden¹⁸, que procura maximizar simultaneamente a sensibilidade e a especificidade da prova diagnóstica, o ponto de corte sugerido situa-se entre

* Os desenhos que fazem parte deste teste poderão ser pedidos para o endereço electrónico do primeiro autor.

de 74,7 % e 78,0% de acertos na BL (Quadro 3). Embora o critério de Youden considere que os falsos positivos são tão indesejáveis quanto os falsos negativos, em situação de rastreio o risco de falsos negativos (doentes afásicos que a BL não deteta como afásicos) deve ser minimizado, podendo os falsos positivos (doentes não afásicos que a BL detetou como afásicos) ser despistados num exame posterior mais exaustivo. Neste sentido, optámos pelo ponto de corte mais elevado (pontuação igual ou inferior a 78%), o que corresponde a uma sensibilidade de 0,82 (ou seja, 82% das pessoas com afasia serão correctamente identificadas como tendo afasia) e a uma especificidade de 0,90 (ou

seja, apenas 10% dos não afásicos poderão ser considerados como tendo afasia – falsos positivos). Este ponto de corte corresponderá ao valor de 20 pontos para pessoas letradas (pontuação máxima 25) e a 12 pontos para pessoas iletradas (pontuação máxima 15).

Os casos de falsos positivos ficaram a dever-se, essencialmente, a défices visuo-perceptivos e a *neglect*, situações comuns nas lesões do hemisfério direito, que podem afetar as provas de leitura e escrita e também a descrição da imagem. Casos de falsos negativos foram verificados em doentes com afasia menos grave e consequentemente com QA mais elevado.

Quadro 3. Sensibilidade e taxa de Falsos Positivos (1-Especificidade) da BL em diferentes pontos de corte para a amostra total (n = 112)

Pontos de corte*	Sensibilidade	1 - Especificidade	Sensib+Espec-1
70,000	,738	,059	0,68
72,665	,770	,078	0,69
74,665	,803	,078	0,72**
78,000	,820	,098	0,72**
82,000	,852	,176	0,68
85,335	,885	,255	0,63
87,335	,902	,275	0,63
90,000	,934	,373	0,56
92,665	,934	,471	0,46
94,665	,934	,510	0,42
98,000	,967	,549	0,42

* Diagnóstico positivo se a pontuação na BL (%) for inferior ou igual ao ponto de corte.

** Índice J de Youden = máx (sensibilidade + especificidade - 1)

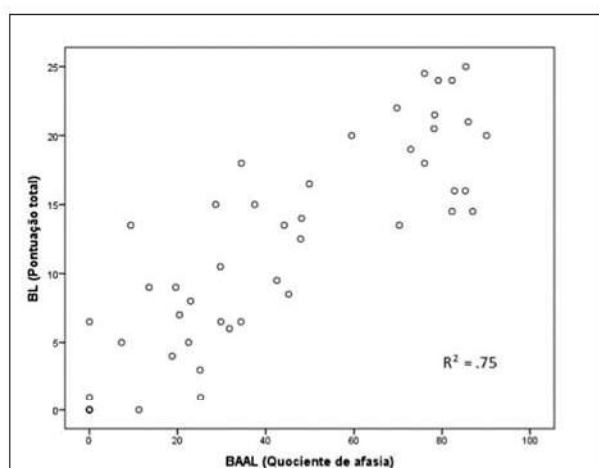


Figura 1. Diagrama de dispersão da BL (pontuação total) e da BAAL (Quociente de Afasia) para o grupo de afásicos letrados (n = 48).

Discussão e Conclusões

Os instrumentos de rastreio representam uma mais-valia para todos os profissionais que contactam com doentes que apresentam perturbações cognitivas e/ou de linguagem após lesão cerebral, sobretudo em fase aguda. Estes instrumentos permitem, num curto espaço de tempo, identificar a presença ou ausência de defeito e,

consequentemente, um encaminhamento mais precoce e adequado do doente. Neste contexto considerámos que seria importante adaptar para a população portuguesa um instrumento de rastreio da afasia, dada a elevada incidência deste quadro clínico. A BL (*Bedside de Lenguaje*)¹⁶ é um instrumento breve para rastreio de defeitos de linguagem e avalia de forma simples cinco componentes linguísticas:

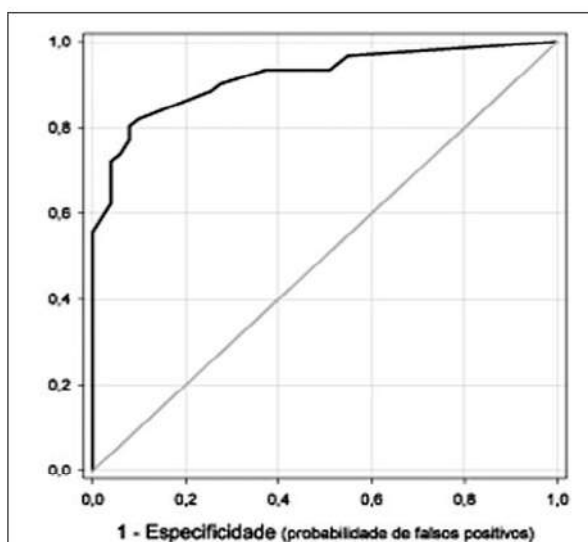


Figura 2. Curva ROC para discriminação entre afasia e disartria recorrendo à pontuação total da BL (%).

discurso espontâneo, compreensão, repetição, leitura e escrita.

Os resultados obtidos no presente estudo permitem concluir que a BL demonstra ser um instrumento eficaz para a deteção de defeitos de linguagem de tipo afásico, tendo discriminado de forma fiável a afasia do defeito de fala (articulação) na população que observámos. A elevada correlação entre as pontuações da BL e uma medida de gravidade de afasia (QA), obtida através da BAAL, confirma a validade deste instrumento de rastreio. A validade convergente destas duas provas de avaliação de linguagem é confirmada pelo facto de se ter observado que o grupo de participantes com afasia global apresentou uma pontuação mais baixa em ambas as provas, enquanto o grupo de participantes com afasia anómica obteve pontuações mais elevadas.

Apesar da versão original da BL não contemplar diferentes cotações de acordo com a escolaridade, na versão portuguesa decidiu-se considerar dois pontos de corte, devido à prevalência na nossa população de pessoas sem escolaridade. Desta forma, foi identificado um ponto de corte de 20 para indivíduos letrados e de 12 para indivíduos iletrados. Com estes pontos de corte a versão portuguesa da BL apresenta uma sensibilidade de 82%, valor próximo do original¹⁶ (79%), e uma especificidade de 90% (no original, 84%). Os valores elevados de sensibilidade e especificidade associados a estes pontos de corte indicam que a BL identifica corretamente um elevado número de pessoas com afasia, com uma baixa percentagem de falsos positivos, ou seja, de indivíduos que podem obter resultados inferiores ao ponto de corte, mas na realidade sem

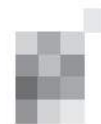
défices de linguagem.

Tal como todas as provas de avaliação de linguagem, a BL também apresenta vantagens e desvantagens. Pode ser aplicada em qualquer lugar em que o doente se encontre, a sua aplicação é rápida e pode ser particularmente útil nas situações em que os doentes não apresentam condições clínicas para colaborar na realização de provas mais complexas. Contudo, trata-se de uma bateria que apenas permite uma avaliação superficial e, sobretudo quando o doente se encontra em fase aguda, será necessário ter em consideração que outros défices cognitivos ou sensoriais poderão influenciar o seu desempenho e mascarar os resultados. Um ponto menos positivo deste instrumento é o facto de a capacidade de nomeação de objetos não ser diretamente avaliada mas inferida a partir do discurso coloquial e da descrição de uma imagem. A utilização de uma imagem poderá prejudicar o desempenho de indivíduos com alterações da visão, quadros de hemi-negligência ou hemianopsia; por outro lado, por se tratar de uma imagem a preto e branco, os avaliados com níveis de escolaridade baixos ou nulos poderão obter pontuações inferiores devido à sua dificuldade em interpretar imagens bidimensionais por uma baixa exposição a este tipo de estímulos^{19,20}.

Em termos de conclusão geral, a BL é um instrumento útil e que pode ser usado de uma forma fácil e segura pelos diferentes profissionais de saúde, permitindo avaliar a linguagem e confirmar ou não a presença de afasia. Consequentemente é uma mais-valia também para os doentes que poderão ser encaminhados precocemente, tendo a possibilidade de iniciar o seu programa de reabilitação o mais cedo possível. ■

Bibliografia

1. Castro-Caldas A. O Conceito de dominância cerebral revisitado. *Re (habilitar) – Revista da ESSA*. 2004; 0: 17–33.
2. Kalbe E, Reinhold N, Brand M, Markowitsch H, Kessler J. A new test battery to assess aphasic disturbances and associated cognitive dysfunctions: German normative data on the Aphasia Check list. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*. 2010; 27(7): 779–794.
3. Bakheit A, Shaw S, Barrett L, Wood J, Carrington S, Griffiths S, Searle K, Koutsis F. A prospective, randomized, parallel group, controlled study of the effect of intensity of speech and language therapy on early recovery from post stroke aphasia. *Clinical Rehabilitation*. 2007; 21: 885–894.
4. Demchuk A, Buchan A. Predictors of stroke outcome. *Neurology Clinics*. 2000; 19: 455–473.
5. Gialanella B. Aphasia assessment and functional outcome prediction in patients with aphasia after stroke. *Journal Neurology*. 2011; 258: 343–349.
6. Ferro J, Pimentel J. Neurologia: princípios, diagnóstico e tratamento. Lisboa: *Edições Técnicas Lda.*; 2006.
7. Enderby P, Crow E. Frenchay Aphasia Screening Test: validity and comparability. *Disability and Rehabilitation*. 1996; 18(5): 238–240.
8. Doesborgh SJ, van de Sandt-Koenderman WM, Dippel DW, van Harskamp F, Koudstaal PJ, Visch-Brink EG. Linguistic deficits in the acute phase of stroke. *Journal of Neurology*. 2003; 250(8): 977–982.
9. Leal G, Martins I. Avaliação da afasia pelo médico de família. *Revista Portuguesa Clínica Geral*. 2005; 21: 359–364.
10. Al-Khawaja I, Wade D, Collin C. Bedside screening for aphasia: a comparison of two methods. *Journal Neurology*. 1996; 243: 201–204.
11. Salter K, Jutai J, Foley N, Hellings C, Teasell R. Identification of aphasia post stroke: a review of screening assessment tools. *Brain Injury*. 2006; 20: 559–568.
12. Enderby PM, Wood VA, Wade DT, Langton Hewer R (1987). The Frenchay Aphasia Screening Test: a short, simple test for aphasia appropriate for nonspecialists. *International Journal of Rehabilitation Medicine*. 1987; 8: 166–170.
13. Castro-Caldas A. Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1979.
14. Damásio AR. Neurologia da linguagem. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1973.
15. Ferro JM. Neurologia do comportamento – estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada. Tese de Doutoramento. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa; 1986.
16. Sabe L, Courtis M, Saavedra M, Prodan V, Luján-Calcagno M, Melián S. Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: 'bedside de lenguaje'. Utilización en un centro de rehabilitación. *Revista de Neurología*. 2008; 46 (8): 454–460.
17. Kertesz A. Western Aphasia Battery Test Manual. New York: The Psychological Corporation; 1982.
18. Youden WJ. Index for rating diagnostic tests. *Cancer*. 1950; 3: 32–35.
19. Reis A, Petersson KM, Castro-Caldas A, Ingvar M. Formal schooling influences two- but not three-dimensional naming skills. *Brain and Cognition*. 2001; 47: 397–411.
20. Reis A, Faisca L, Ingvar M, Petersson KM. Color makes a difference: two-dimensional object naming in literate and illiterate subjects. *Brain and Cognition*. 2006; 60: 49–54.



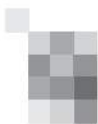
Apêndice

BL – Teste de rastreio da afasia, versão portuguesa
(Versão original: Bedside de Lenguaje. Sabe *et al.*, 2008)

A avaliação BL implica papel e lápis (ou em opção: um quadro magnético com letras, números e desenhos), imagens de objetos (chávena, cadeira, sol), prancha para leitura com duas frases escritas para completar (“A árvore tem...”; “O cão pode...”), prancha com ordem escrita (“Levante a mão”) e uma imagem (“Homem a ler um jornal”). Os subtestes da BL estão graduados por ordem de complexidade. O examinador deverá suspender a avaliação nos casos em que o doente obtenha 0 nos primeiros itens.

Nome: _____
Idade: _____ Escolaridade: _____ Lateralidade: _____ Profissão: _____
Antecedentes: _____
Data: ___/___/___ Examinador: _____ Profissão: _____

Discurso espontâneo	
Pergunta-se ao doente o nome e a morada e de seguida mostra-se uma imagem (homem a ler um jornal) e dá-se a instrução: “Diga o que se passa nesta imagem”.	
	Pontuação
Nome 0 pontos: ausência de resposta. 0,5 pontos: resposta incompleta ou com parafasias. 1 ponto: resposta correta (nome e apelido).	
Morada 0 pontos: ausência de resposta. 0,5 pontos: resposta incompleta ou com parafasias. 1 ponto: resposta correta (morada completa).	
Descrição da imagem 0 pontos: ausência de resposta. 1 ponto: só uma unidade de conteúdo. 2 pontos: duas unidades de conteúdo. 3 pontos: estrutura sintática completa.	
	_____ /5



Compreensão

Este subteste divide-se em duas partes: a 1ª diz respeito a perguntas de resposta sim/não, relacionadas com o contexto. A 2ª é constituída por ordens simples de complexidade crescente até três comandos, que nos permitem avaliar a compreensão auditiva. É importante ter em conta que muitas vezes as afasias são acompanhadas de apraxia, pelo que, para poder aplicar este item, é necessário que a capacidade para realizar movimentos voluntários esteja preservada. Cada pergunta ou ordem deve ser fornecida completa e uma única vez, podendo ser repetida, também por completo, a pedido do doente (em caso de defeito de atenção, por ex.)

	Pontuação
Estamos em Lisboa? 0 pontos: resposta incorreta (caso o doente esteja desorientado no espaço, pode fazer-se outra pergunta similar). 1 ponto: resposta correta.	
Está a usar um casaco vermelho? 0 pontos: resposta incorreta. 1 ponto: resposta correta.	
Aponte a cadeira e em seguida a porta 0 pontos: execução incorreta. 0,5 pontos: execução incompleta. 1 ponto: execução completa.	
Olhe para a porta, olhe para mim e a seguir feche os olhos 0 pontos: execução incorreta. 0,5 pontos: execução incompleta. 1 ponto: execução correta.	
	_____ /5

Repetição

Este subteste avalia a repetição de palavras e frases curtas. O único propósito de incluir esta variável é o seu interesse sob o ponto de vista do diagnóstico, ajudando a identificar a afasia de condução e as afasias transcorticais.

	Pontuação
Pão 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Rádio 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Algumas vezes 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Fecha a porta 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
Envia isto ao teu amigo na quinta-feira 0 pontos: ausência de resposta ou parafasias. 1 ponto: repetição correta.	
	_____ /5



Escrita	
A avaliação da escrita é semelhante à do discurso espontâneo. Faz-se uma análise de toda a produção escrita do doente que incluiu o nome próprio e apelido, o ditado de uma palavra e de um número com três dígitos e a escrita de uma frase baseada na mesma imagem apresentada anteriormente.	
	Pontuação
Nome 0 pontos: ausência de letras legíveis. 0,5 pontos: resposta incompleta 1 ponto: nome completo	
Ditado: “casa” / “120” (opção: várias letras e números móveis, de 1 a 10) 0 pontos: ausência de letras ou números legíveis, ordem incorreta. 0,5 pontos: resposta incompleta 1 ponto : execução correta dos dois itens (palavra e número).	
Escrita de frase simples (imagem “homem a ler um jornal”; opção: letras móveis) 0 pontos: ausência de resposta. 1 ponto: só uma unidade de conteúdo. 2 pontos: duas unidades de conteúdo. 3 pontos: estrutura sintática completa.	
	_____ /5

Leitura	
Este subteste divide-se em três partes: na 1ª avalia-se a associação palavra-desenho: é apresentada uma folha com as 3 palavras escritas, devendo o doente colocar ao lado de cada palavra o respectivo desenho; na 2ª parte o doente deverá ler e executar uma ordem simples (é importante ter em consideração se existe apraxia); e na 3ª parte avalia-se a capacidade para completar frases através de escolha múltipla de quatro elementos.	
	Pontuação
Emparceamento palavra – desenho (“chávena”, “cadeira” e “sol”; opção: quadro magnético com as palavras e as imagens para emparcear) 0 pontos: ausência de resposta ou emparceamento incorreto. 2 pontos: emparceamento correto dos três estímulos.	
Ordem escrita (“levante a mão”) 0 pontos: ausência de execução ou incorreta. 1 ponto: execução correta.	
Frases para completar com opções (A árvore tem rodas, folhas, relva, fogo / O cão pode correr, voar, ler, falar). 0 pontos: ausência de resposta ou incorreta. 1 ponto: seleção correta numa das frases 2 pontos: seleção correta em ambas as frases.	
	_____ /5

TOTAL: _____ /25 Pontos de corte: 20 para sujeitos letrados (pontuação máxima: 25) 12 para sujeitos iletrados (pontuação máxima: 15)
