

UNIVERSIDADE DO ALGARVE  
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



**Adaptação de uma bateria curta para avaliação  
de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)**

---

Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia

Autor: Ana Lúcia Cruz

Orientadora: Professora Doutora Maria Emília Santos

Co-orientadora: Professora Doutora Alexandra Reis

Faro, Maio de 2012

Faro, 29 de maio de 2012

PARECER

Alexandra Reis, professora associada com agregação da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, na qualidade de co-orientadora da dissertação de Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia (especialidade Neuropsicologia), intitulada “Adaptação de uma bateria curta (Bedside de lenguaje, Sabe et al., 2008) para avaliação de pessoas com afasia” apresentada pela discente Ana Lúcia Cruz (nº 28778), dou o meu parecer favorável à entrega da tese de mestrado para ser submetida a provas públicas.



Alexandra Reis

Professora associada com agregação

## PARECER

Como orientadora da dissertação de **Ana Lúcia Bento da Cruz**, do Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia, da FCHS da Universidade do Algarve, intitulado *Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe et al., 2008)*, venho informar que o trabalho reúne as condições necessárias para ser submetido a discussão pública.

Lisboa, 25 de Maio de 2012



Maria Emília Pinto dos Santos  
Professor Associado convidado  
ICS – Universidade Católica Portuguesa



## AGRADECIMENTOS

---

Expresso o meu agradecimento a todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste trabalho, sem os quais não conseguiria atingir este objetivo.

Em primeiro lugar, o meu especial agradecimento à Professora Doutora Maria Emília Santos pela disponibilidade, pelo apoio, pela crítica construtiva e transmissão de conhecimentos essenciais à realização deste trabalho. Assim como à Professora Doutora Alexandra Reis pela orientação prestada.

Agradeço a todos os participantes que aceitaram fazer parte deste estudo, à Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração de Olhão e em especial ao Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul pela colaboração.

Agradeço às minhas colegas e amigas, Ana Filipa Murteira, Sandra Martins, Vânia Aguiar e Vera Mangas por todos os comentários e críticas, que fizeram com que este trabalho fosse crescendo e sendo melhorando. E pela sua presença diária na minha vida que me transmite a vontade constante de querer aprender sempre mais e evoluir enquanto profissional.

Por fim, deixo o maior agradecimento à minha família pela compreensão da minha ausência e indisponibilidade em alguns momentos. Em especial aos meus pais e ao meu irmão que apesar de já cá não estar foi o principal impulsionador da minha vinda para este Mestrado.

## RESUMO

---

As avaliações linguísticas formais existentes em Portugal, tendem a ser extensas e exaustivas de forma a permitir um diagnóstico e a obtenção de dados detalhados que servirão de base para um plano de intervenção completo e adequado a cada caso. 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.

O objetivo deste estudo é a tradução e validação de uma prova de rastreio de afasia (Bedside de Lenguaje - BL, Sabe *et al.*, 2008) para a população portuguesa, instrumento que poderá ser utilizado por qualquer profissional de saúde, permitindo um encaminhamento adequado e precoce para um profissional especializado, quando necessário.

O estudo foi realizado com uma amostra de 112 participantes, dos quais 61 apresentam lesão cerebral no hemisfério esquerdo resultante de um AVC e um quadro de afasia, e 51 apresentam lesão cerebral no hemisfério direito resultante de um AVC e um quadro de disartria, sem patologia de linguagem associada. Foram desenvolvidos procedimentos destinados a garantir a validade e fiabilidade da versão portuguesa da BL, bem como de analisar a sua sensibilidade e especificidade.

Os resultados obtidos revelaram que existe uma forte correlação entre a BL e o QA (Quociente de Afasia), resultante da avaliação formal de linguagem, e uma discrepância significativa entre os valores do grupo com afasia e do grupo com disartria na BL, sendo que este último grupo apresenta resultados significativamente superiores, uma vez que não possui patologia de linguagem. Além disso, a prova revelou uma boa fiabilidade ( $\alpha = 0,798$ ) e exatidão de medida (área – Curva de ROC = 0,92), 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

---

The materials for formal language assessment available in Portugal are generally extensive and exhaustive tools used for diagnosis and to obtain detailed information that can be used to define treatment goals adjusted for each individual case. However, these materials are not always optimal to assess patients in acute and sub acute stages who are often unable to carry out such complex tasks.

The goal of the current study is the translation and standardization of a screening test for aphasia, the BL (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008), to European Portuguese. Any healthcare professional can use this tool to screen for aphasia and then appropriately refer patients to a specialized professional, when necessary.

The study was conducted with a sample of 112 stroke patients, 61 presenting aphasia after a lesion on the left cerebral hemisphere and 51 presenting dysarthria after right hemisphere brain damage without concurrent language deficits. The validity, reliability, sensitivity and specificity of the test were assessed with the appropriate procedures.

The results revealed that there is a strong correlation between the BL and the Aphasia Quocient (QA), which is calculated using formal language assessment. Additionally, a significant discrepancy between the BL scores of the two groups of patients was found, being the score of the group with dysarthria significantly higher, in agreement with the fact that these participants do not present language deficits. Finally, the test presents good reliability ( $\alpha = 0,798$ ) and accuracy levels (area ROC curve = 0,92), as well as favorable sensitivity and specificity values. These results show that the BL can be a sensitive tool for aphasia screening, particularly in acute stroke patients.

## ÍNDICE

---

AGRADECIMENTOS .....	II
RESUMO .....	III
ABSTRACT .....	IV
ÍNDICE .....	V
ÍNDICE DE QUADROS .....	VII
ÍNDICE DE FIGURAS .....	VIII
INTRODUÇÃO .....	1
ENQUADRAMENTO TEÓRICO .....	5
1.LINGUAGEM E AFASIA .....	5
2. AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM .....	12
3.PROVAS DE SCREENING .....	20
TRABALHO DECAMPO .....	24

1.PROBLEMA EM ESTUDO .....	24
2. METODOLOGIA .....	25
2.1 PARTICIPANTES E PROCESSO DE AMOSTRAGEM .....	25
2.2 RECOLHA DE DADOS .....	27
2.3 PROCEDIMENTOS .....	28
2.4 FORMA DE ANÁLISE DE DADOS .....	29
RESULTADOS .....	31
DISCUSSÃO DE RESULTADOS .....	38
CONCLUSÃO .....	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFIAS .....	44
ANEXOS .....	49
APÊNDICES .....	53

## ÍNDICE DE QUADROS

---

<b>Quadro I.</b> Classificação das Afasia (retirado de Leal & Martins, 2005).	.....	7
<b>Quadro II.</b> Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF: Avaliação da Afasia (The Stroke Association, 2008).	.....	16
<b>Quadro III.</b> Características gerais da amostra.	.....	25
<b>Quadro IV.</b> Constituição da amostra de acordo com o tempo de evolução após lesão cerebral.	.....	26
<b>Quadro V.</b> Constituição da amostra relativamente ao número de participantes por grupos de escolaridade.	.....	26
<b>Quadro VI.</b> Resultados por cada tipo de afasia na “Bedside de Linguagem” (BL) e Quociente de Afasia (QA)	.....	31
<b>Quadro VII.</b> Constituição da amostra relativamente à escolaridade por tipo de afasia.	.....	32
<b>Quadro VIII.</b> Comparação dos resultados na BL entre os dois grupos no geral e em função da escolaridade (t de Student e Mann-Whitney U test)	.....	34
<b>Quadro IX.</b> Coordenadas da Curva de Roc	.....	36

## ÍNDICE DE FIGURAS

---

<b>Figura 1.</b> Modelo Memória – Unificação - Controlo, de Peter Hagoort	.....	11
<b>Figura 2.</b> Diagrama de dispersão entre a “Bedside de Linguagem” (BL) e o Quociente de Afasia (QA) obtido através da BAAL, para o grupo de afásicos letrados.	.....	33
<b>Figura 3.</b> Gráfico representando a Curva de Roc e respetivos resultados – Exatidão da medida	.....	35

## INTRODUÇÃO

---

A capacidade para comunicar é uma das características que nos distingue como Seres Humanos. Através da comunicação expressamos as nossas ideias, vivências, transmitimos e recebemos informações, o que nos permite relacionar com os outros e viver em comunidade (Leal, 2006).

A linguagem é um processo complexo que envolve maioritariamente múltiplas estruturas do hemisfério cerebral esquerdo, hemisfério dominante para a linguagem nos indivíduos dextros e, na maioria dos indivíduos esquerdinos (revisão de Leal & Martins, 2005). As lesões neurológicas adquiridas mais comuns são de causa vascular. O Acidente Vascular Cerebral (AVC) é uma das afeções neurológicas agudas mais comuns. Trata-se de uma doença súbita que afeta uma zona localizada do encéfalo, produzindo sintomas e sinais deficitários causados pela perda de função da área afetada. É uma das principais causas da afasia.

O termo afasia é definido por diversos autores como uma perturbação da produção ou compreensão da linguagem, secundária a uma lesão cerebral (Ferro & Pimentel, 2006), uma alteração na capacidade de utilizar a linguagem (Bein & Ovcharova, 1970, citado por Ardila, 2006), um defeito na comunicação verbal resultante de uma lesão cerebral (Hécaen, 1977 citado por Ardila, 2006), uma perda da linguagem como resultado de uma lesão cerebral adquirida e caracterizada por erros na produção oral (parafasias), na compreensão e na capacidade de nomear (anomia) (Kertesz, 1985 citado por Ardila, 2006). A afasia é uma síndrome heterogénea que pode variar no tipo e na intensidade. Enquanto nas afasias ligeiras (afasia Anómica) os pacientes apresentam apenas alguma dificuldade em evocar as palavras que querem dizer, nas afasias mais graves (afasia Global) os pacientes podem ter o seu discurso reduzido a alguns sons, com incapacidade completa para comunicar (Ferro & Pimentel, 2006).

A Afasia tem um impacto significativamente negativo no bem-estar do indivíduo, na sua independência, na participação social e na sua qualidade de vida, o que na maioria das vezes está associado a um estado de depressão severa (Bakheit *et al.*, 2007). Além disso, os pacientes afásicos com lesões frontais ou subcorticais têm muitas vezes uma hemiparesia associada, aumentando a sua incapacidade.

A avaliação da afasia deverá incluir um conjunto de provas de forma a permitir a recolha de um maior número de informação e mais detalhada. Contudo, é necessário ter em conta o tipo de paciente e a gravidade da sua condição clínica, de forma a compreender qual o tipo de avaliação mais adequado para a fase em que se encontra. Uma avaliação sumária da linguagem oral deverá comportar quatro aspetos fundamentais: análise do discurso, nomeação, repetição e compreensão, além da avaliação das competências de leitura e escrita. Enquanto que uma avaliação mais detalhada deve incluir testes específicos para a produção e decodificação da fonologia, do léxico, da sintaxe e do pragmatismo do discurso (Ferro & Pimentel, 2006). Os profissionais especializados na avaliação de linguagem, tende a utilizar provas linguísticas complexas, longas, estandardizadas e validadas, que detalhem pormenorizadamente as áreas funcionais e disfuncionais em cada paciente (Enderby & Crow, 1996). Existem inúmeras provas formais e de maior complexidade que são aplicadas para a definição de um diagnóstico e perfil linguístico do paciente, fornecendo informações relevantes relativas aos níveis linguísticos afetados (Doesborgh *et al.*, 2003). Além destas e igualmente importante, são as avaliações de linguagem funcionais, que permitem compreender quais as maiores necessidades destes pacientes na utilização da comunicação em contextos quotidianos e o impacto que estes défices têm para os familiares e amigos que os rodeiam. Através destas informações é possível direcionar a intervenção no sentido de minimizar a incapacidade, tornando-os pessoas mais funcionais e adaptadas às suas incapacidades, quando não é possível uma evolução mais favorável. Outro dos instrumentos utilizados para uma avaliação inicial e mais superficial são as provas de cabeceira, que têm como principal objetivo a deteção rápida de um defeito linguístico, favorecendo o encaminhamento adequado e precoce para profissionais especializados, contudo não fornecem informações detalhadas do quadro linguístico nem permitem definir diagnósticos (Al-Khawaja, *et al.*, 1996; Doesborgh *et al.*, 2003).

Uma identificação e um diagnóstico precoce dos défices linguísticos são essenciais para uma maximização dos ganhos durante o período de reabilitação. A avaliação sumária do defeito afásico pode e deve ser do domínio de todos os médicos, desde os que atendem os doentes no Serviço de Urgência, os que os acompanham no internamento até ao médico de família. Saber diagnosticar e caracterizar o defeito afásico, para poder dirigir o doente para os locais certos de avaliação e tratamento, pode ser fundamental para a recuperação destes

doentes (revisão de Leal & Martins, 2005). Contudo nem sempre os encaminhamentos são realizados em tempo adequado e nem sempre existem Terapeutas da Fala nas unidades de saúde para uma avaliação de linguagem mais pormenorizada e detalhada (Al-Khawaja *et al.*, 1996).

O presente estudo pretende traduzir e validar uma prova de rastreio para afasia, possível de ser aplicada por diferentes profissionais de saúde e com o objetivo máximo de facilitar o encaminhamento precoce e adequado. Através de uma avaliação de rastreio, é muito difícil classificar corretamente o tipo de afasia, mas isso não é o mais importante. O fundamental é que, num curto espaço de tempo, o profissional que avaliou o doente saiba 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) para que possa dar a indicação correta ao doente ou à família onde fazer uma avaliação mais completa. Quanto mais cedo for feita a avaliação e a orientação terapêutica dos doentes afásicos maiores hipóteses eles terão de recuperar. Todos os afásicos, quaisquer que seja o tipo de afasia que apresentem, podem ser submetidos a um programa de Terapia da Fala (revisão de Leal & Martins, 2005).

A recuperação da afasia é facilitada pela Terapia da Fala, através da qual os doentes são estimulados, ensinados e treinados em vários aspetos da linguagem e da comunicação (Ferro & Pimentel, 2006). Assim como os familiares são incluídos no processo de reabilitação de forma a encontrarem estratégias que facilitem a interação com estes pacientes e os auxiliem na reintegração ao meio familiar e social.

O presente estudo é composto por uma componente teórica, subdividida em três secções: a primeira denominada linguagem e afasia, aborda a inter-relação da linguagem com as áreas cerebrais responsáveis por esta função, a definição e caracterização dos vários tipos de afasia e o impacto desta patologia na vida dos doentes e seus familiares. A segunda secção aborda a questão da avaliação da afasia, que inclui os pontos essenciais a ter em conta numa avaliação de linguagem, a seleção dos instrumentos mais adequados para cada situação e uma exposição das provas de avaliação linguísticas existentes a nível internacional e nacional. Por fim, a terceira secção denomina-se provas de screening, na qual serão discutidas as vantagens e desvantagens deste tipo de instrumento de avaliação e realizada uma descrição sucinta das

Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)

diversas provas de cabeceira que existem internacionalmente. De seguida, serão apresentadas as secções respeitantes ao trabalho empírico realizado, que deu origem aos resultados apresentados e discutidos neste estudo

## ENQUADRAMENTO TEÓRICO

---

### 1. Linguagem e Afasia

A comunicação e a complexidade do cérebro permitiram uma progressão enorme na evolução do Homem, afastando os primatas do Ser Humano, para quem a comunicação inclui a linguagem. Ao longo dos anos, as investigações nesta área, têm-se deparado com grandes dificuldades na identificação de sistemas e especializações do cérebro humano que suportam a capacidade de linguagem. Nos dias de hoje, existe um grande número de investigações a decorrer sobre o cérebro e os processos de linguagem, conduzidas por estudiosos de diversas áreas, como a Psicolinguística e a Neuropsicologia, e auxiliadas por instrumentos de avaliação e análise atuais, que servem de base às neurociências cognitivas, permitindo o acesso a novos dados e uma constante evolução nos estudos (Gazzaniga *et al.*, 2009).

A capacidade de linguagem está lateralizada no hemisfério cerebral esquerdo em 96% dos destros e na maioria dos esquerdinos (76%) (Ferro & Pimentel, 2006). Apesar de o hemisfério esquerdo ser dominante para a linguagem, o hemisfério direito tem também algumas capacidades linguísticas ainda que limitadas e desempenha um papel importante na compreensão de palavras isoladas e aspetos emocionais do discurso, como a melodia e entoação. No hemisfério esquerdo, a linguagem organiza-se essencialmente nas regiões do rego de Sylvius, na parte pósterio-inferior do lobo frontal, parte posterior e superior do lobo temporal e lobo parietal inferior. Estas áreas responsáveis pela linguagem estão associadas a áreas acessórias, na sua vizinhança, assim como a estruturas subcorticais. Uma lesão em qualquer parte desta rede pode causar uma afasia (Ferro & Pimentel, 2006).

Já no século XIX, alguns estudiosos constataram que lesões cerebrais localizadas seriam responsáveis pela perda de capacidades específicas à área afetada. Nesta fase, Frenchman Jean-Baptiste Bouillaud baseando-se na evidência da localização (hemisfério esquerdo ou direito) e posição da lesão, afirmou que a linguagem se encontrava no lobo frontal. Esta ideia manteve-se até Paul Broca demonstrar que esta linha de pensamento não estava totalmente correta. Através do estudo de um doente específico (conhecido por “Tan”, devido ao estereótipo que apresentava: “Tan tan tan ...”) com alterações de linguagem, Broca

afirmou com base na observação da autópsia que esta lesão se situava na porção posterior do gyrus frontal inferior esquerdo, ficando esta área conhecida como a área de Broca. Este investigador continuou a estudar outros doentes e constatou que a maioria tinha hemiparesia direita associada a uma perturbação de linguagem (relativamente a pessoas com lateralidade destra). Assim, Broca constatou que lesões no hemisfério direito provocavam alterações motoras e sensitivas severas no hemi corpo esquerdo, e vice-versa. Logo, se os seus doentes apresentavam o lado direito hemiparético, a lesão teria que ser do hemisfério contra lateral e se os mesmos doentes apresentavam perturbações de linguagem, então o mesmo hemisfério será responsável por esta faculdade. A segunda região cerebral envolvida nos mecanismos de linguagem foi conhecida em 1870 por Carl Wernicke, que descreveu casos de pacientes que apresentavam dificuldades mais acentuadas na compreensão do discurso do que na sua produção. Baseando-se na autópsia de um dos casos, Wernicke constatou que a lesão se localizava na região posterior do gyrus temporal superior, ficando esta conhecida como a área de Wernicke. Segundo este investigador, a ocorrência de lesões nesta área provoca uma compreensão de linguagem pobre, uma vez que há perda de memórias relacionadas com o conhecimento das palavras (Gazzaniga *et al.*, 2009).

O termo afasia refere-se a uma perda ou perturbação adquirida de linguagem, provocada por uma lesão no hemisfério dominante para a linguagem. Cerca de 80% das alterações linguísticas são provenientes de lesões de origem vascular (Huber, Poeck & Weniger, 2002). O AVC é a causa mais comum da afasia e a probabilidade de ocorrência desta patologia linguística é idêntica em ambos os sexos, em indivíduos com idades a rondar os 55 anos. Acima dos 75 anos, a incidência é maior no sexo masculino (The Stroke Association, 2008). Este tipo de perturbação é extremamente comum, sendo que aproximadamente 40% dos Acidentes Vasculares Cerebrais (AVC) originam algum tipo de afasia, no período seguinte à sua ocorrência (Pedersen, 1999). Em muitos dos doentes os sintomas afásicos persistem, causando problemas ao nível da compreensão e/ou expressão verbal oral e escrita.

O estudo da afasia tem interessado investigadores ao longo dos séculos, por um lado devido à possibilidade de ocorrer isoladamente, sem estar necessariamente associada a outros sintomas neurológicos, e por outro lado devido à relativa especificidade da localização das componentes linguísticas no cérebro (Spreeen & Risser, 2003).

Existem oito quadros clássicos de afasia (Ver quadro 1), dependendo do defeito de linguagem encontrado. Esta classificação baseia-se em quatro parâmetros essenciais: fluência do discurso, nomeação de objetos, compreensão de ordens simples e repetição de palavras. (Castro-Caldas, 1999; revisão de Leal & Martins, 2005). As afasias classificam-se em fluentes e não fluentes, de acordo com as características do discurso. De uma forma geral, as afasias fluentes correspondem a lesões posteriores (temporo-parietais ou pós-rolândicas) e as não fluentes correspondem a lesões cerebrais anteriores (frontais ou pré-rolândicas) (revisão de Leal & Martins, 2005). Além das alterações mencionadas que caracterizam os quadros afásicos, estes normalmente são acompanhados por alexia e agrafia, que corresponde a alteração na capacidade de leitura e escrita, respetivamente.

**Quadro 1.** Classificação das Afasia (retirado de revisão de Leal & Martins, 2005)

<b><u>Classificação das Afasias</u></b>				
<i>Tipo de Afasia</i>	<i>Fluência</i>	<i>Compreensão</i>	<i>Nomeação</i>	<i>Repetição</i>
<b>Global</b>	Não fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
<b>Broca</b>	Não fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
<b>Transcortical mista</b>	Não fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
<b>Transcortical motora</b>	Não fluente	Normal	Perturbada	Normal
<b>Wernicke</b>	Fluente	Perturbada	Perturbada	Perturbada
<b>Condução</b>	Fluente	Normal	Perturbada	Perturbada
<b>Transcortical sensorial</b>	Fluente	Perturbada	Perturbada	Normal
<b>Anómica</b>	Fluente	Normal	Perturbada	Normal

A Afasia de Broca é provavelmente o quadro mais bem estudado. Caracterizado por dificuldades de expressão verbal oral, inclui uma vasta gama de sintomas. O discurso de uma pessoa com afasia de Broca, caracteriza-se como telegráfico, marcado por uma produção não fluente e com esforço produtivo, revelando dificuldades na procura da palavra adequada, na combinação das palavras e na produção oral das mesmas. Existe a ideia de que neste quadro afásico, as dificuldades apresentadas apenas se prendem com a expressão verbal oral, contudo também existem défices de compreensão. Estes doentes não mantêm um conhecimento gramatical preservado, normalmente revelam dificuldades em aspetos que se prendem com o processamento gramatical da linguagem, as frases produzidas são curtas, formadas essencialmente por substantivos e com uma estrutura sintática fraca ou ausente, processo ao qual se denomina Agramatismo (Ardila, 2006). Podem surgir associados à Afasia de Broca outros défices que comprometem a produção oral, tais como a disartria (perda ou diminuição do controlo da musculatura inerente à articulação verbal) e a apraxia do discurso (dificuldades na capacidade de programação motora dos articuladores) (Gazzaniga *et al.*, 2009).

A Afasia de Wernicke é uma perturbação que afeta primariamente a capacidade de compreensão da linguagem. Os doentes com este quadro têm dificuldades graves em compreender o que os outros lhe dizem e o que leem. Apresentam um discurso fluente, podendo apresentar um débito aumentado, a estrutura gramatical normalmente está adequada, assim como a prosódia e a articulação (Ardila, 2006). O discurso é caracterizado por um elevado número de parafasias e marcado por uma ausência significativa de palavras de conteúdo, de tal forma que nem sempre é possível compreender as ideias que o paciente tenta transmitir. Estas dificuldades de expressão associadas a um defeito significativo de compreensão, dificulta gravemente a comunicação com os outros (Gazzaniga *et al.*, 2009).

Wernicke defendeu que uma lesão ocorrida no feixe de fibras que liga a região de Wernicke à região de Broca, poderia originar um determinado tipo de síndrome afásico. Atualmente, sabe-se que existe esta síndrome de desconexão ao nível do feixe arqueado, o qual se denomina Afasia de condução, contudo as opiniões continuam a ser controversas. O principal defeito deste quadro afásico, prende-se com a capacidade de repetição e a justificação para este facto não é consensual. Alguns autores defendem e é a explicação mais frequente, que a dificuldade na repetição de palavras está relacionada com uma desconexão

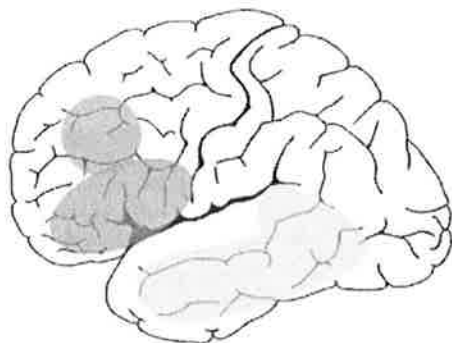
entre áreas cerebrais (Damasio & Damasio, 1983, citado por Ardila, 2006). Outros autores interpretam a afasia de condução como um defeito apráxico (Ardila & Rosselli, 1990; Brown 1972, 1975; Luria 1966, 1980, citados por Ardila, 2006) e desta forma poderia considerar-se uma apraxia do discurso (Ardila, 1992, citado por Ardila 2006). Os doentes com este quadro afásico apresentam dificuldades na produção de discurso espontâneo, na utilização e seleção de palavras corretas e na capacidade de repetição. Muitas vezes, conseguem compreender informação simples que lhes é transmitida quer oralmente quer por escrito e podem ter a capacidade de identificar erros nas suas produções orais, contudo é difícil a autocorreção. Benson *et al.*, em 1973 (Ardila, 2006), assinalaram três características principais e cinco características secundárias da afasia de condução: o discurso espontâneo é fluente mas marcado por parafasias (essencialmente literais), é visível uma ligeira alteração na compreensão e um défice acentuado na repetição. Frequentemente também inclui, defeitos de nomeação devido à presença de parafasias, alterações na leitura (o desempenho na compreensão da leitura é significativamente melhor que a leitura em voz alta), alterações na escrita (podendo variar a gravidade da agrafia), apraxia ideomotora e défices neuro-motores, tais como hemiparesia direita. Sintomas semelhantes aos descritos, também são evidenciados em lesões da insula e porções do córtex auditivo. Uma possível explicação para esta similaridade de sintomas em lesões de diferentes áreas poderá ser uma não deteção da lesão em outras fibras nervosas ou que as conexões entre as áreas de Broca e Wernicke não sejam tão fortes como as ligações mais amplas estabelecidas entre as regiões anteriores e posteriores do cérebro inerentes à linguagem. Desta forma, o grande ênfase não deverá ser atribuído a áreas específicas, mas sim às regiões do cérebro que melhor se correlacionam com os síndromes afásicos apresentados pelo doente. Considerando desta forma, uma lesão que ocorra numa área circundante à insula, pode ocasionar uma desconexão entre as áreas de compreensão e produção (Gazzaniga *et al.*, 2009).

Uma lesão nas vias de conexão entre a região do giro angular e supramarginal e a área de Wernicke, pode originar alteração na capacidade de compreensão de material verbal oral mas não na capacidade de repetição, denominando-se este quadro de Afasia Transcortical Sensorial (Gazzaniga *et al.*, 2009). A principal característica deste quadro é manter a capacidade de repetição preservada. O discurso caracteriza-se como fluente e marcado por um elevado número de parafasias (essencialmente semânticas e neológicas). A capacidade de

compreensão está significativamente alterada, tarefas como identificar, compreender ordens simples transmitidas oralmente e responder a perguntas de sim/não pode ser difícil para estes pacientes. Em contraste, apresentam uma boa capacidade de repetição e frequentemente ecolália. É usual os pacientes incorporarem palavras e frases utilizadas pelo parceiro de comunicação na sua produção, sem muitas vezes compreenderem o seu significado. Existe alguma tendência para a logorreia e o discurso serial encontra-se preservado se for iniciado por outra pessoa (Ardila, 2006). O facto de os doentes manterem preservadas as capacidades de repetição e correção gramatical dos erros por eles percecionados, tem sido interpretado como uma evidência de que neste tipo de afasia existe perda de capacidade de acesso à informação semântica, contudo sem alteração das capacidades sintáticas ou fonológicas (Gazzaniga *et al.*, 2009).

Ao longo dos tempos, novos modelos neuronais de linguagem vão emergindo. Um dos novos modelos de destaque foi proposto por Peter Hagoort (Hagoort, 2005, citado por Gazzaniga *et al.*, 2009), o qual sugere três componentes funcionais do processamento de linguagem e as suas possíveis representações no cérebro (ver Figura 2): Memória (armazenamento ou recuperação de informação do léxico mental, ou armazenamento de memória a longo prazo de informação das palavras), Unificação (integração da informação fonológica, sintática e semântica no processamento da linguagem, sendo que estas áreas podem operar em simultâneo e é possível a interação entre estes diferentes tipos de informação.) e Controlo (relacionar a linguagem com a ação).

Como mostra a Figura 1, os lobos temporais são de extrema importância no armazenamento e recuperação das representações da palavra. As propriedades fonológicas e fonéticas das palavras, são armazenadas na região central a posterior do girus temporal superior, estendendo-se ao interior do sulco temporal superior. E a informação semântica é distribuída por diferentes partes do girus temporal médio e inferior esquerdo. Os processos que combinam a unificação da informação fonológica, léxico-semântica e sintática, recrutam áreas frontais do cérebro, incluindo a área de Broca ou o girus frontal inferior esquerdo. O modelo neuronal de Hagoort revela que a área de Broca não é um modelo de produção da linguagem nem a base da sintaxe, assim como não corresponde a uma função específica, tal como foi originalmente definido (Gazzaniga *et al.*, 2009).



**Figura 1** – Modelo Memória – Unificação - Controle, de Peter Hagoort.

- Memória (representado no lobo temporal esquerdo)
- Unificação (representado no giro frontal inferior esquerdo)
- Controle (representado no córtex fronto-lateral).

Um elevado número de estudos, tem avaliado as capacidades motoras e funcionais em doentes afásicos, demonstrando que a afasia é um obstáculo à reabilitação física (Wade *et al.*, 1986; Paolucci *et al.*, 2007; Gialanella & Prometti, 2009) e que tem um papel relevante na qualidade de vida dos pacientes (Kwa *et al.*, 1996). Mayo *et al.* (1991), apontaram que os défices de compreensão representam um preditor significativo na independência motora de um paciente afásico. Também Demir *et al.* (2006), mostraram que a compreensão auditiva é o mais importante determinante independente para a capacidade motora durante a reabilitação, segundo a FIM – Functional Independence Measure. Assim, o défice de compreensão é um fator crucial para o progresso durante a reabilitação da afasia (Gialanella, 2011) e tem um impacto significativo na recuperação e posterior independência motora.

A afasia tem sido considerada como um fator de prognóstico negativo no que diz respeito à possibilidade de regresso ao mercado de trabalho (Rolland & Belin, 1995, citado por Leal, 2006). Contudo, para além do tipo e da gravidade do defeito linguístico, a presença de defeito motor, a profissão prévia, as atitudes dos empregadores, da família e do meio onde está inserido, podem ser as atitudes da própria pessoa com afasia (como a insegurança e receio de fracasso no trabalho) causas de exclusão.

A afasia afeta tanto a própria pessoa, como os familiares e amigos, sendo necessária uma compreensão da situação e adaptação por parte de todos à nova realidade. A pessoa com afasia sofre com a perda de capacidades em compreender o que lhe é dito, em falar, em ler e em escrever. Depara-se com dificuldades quotidianas e sociais, tais como falar ao telefonar, compreender um programa que está a ver na televisão ou perceber o que está a ouvir no rádio.

Estas dificuldades, levam a que a pessoa experiencie sentimentos de frustração, isolamento social e a uma quebra nas suas relações sociais (Speakability, 2006). O impacto desta incapacidade é marcante no papel e na posição que o indivíduo desempenha dentro da sua família e do meio onde se insere. Na maioria das vezes a pessoa fica incapacitada para trabalhar e desempenhar as suas funções, ficando dependente de cuidadores. Isto pode resultar na alteração do seu “papel” dentro da família e de outras áreas da sua vida, assim como a relação entre os diferentes membros e a forma como o doente é visto pelos restantes familiares poderá não ser a mesma, originando frustração e criando tensão nos próprios relacionamentos (Paolucci, 2007). Na maioria das vezes, os doentes com afasia encontram diversas barreiras à sua integração na sociedade, sendo um dos principais o regresso ao mercado de trabalho. Contudo, a participação em outros papéis sociais, como em tarefas de recreação, são comparativamente menos afetados nestes doentes (Hinckley *et al.*, 2002).

Segundo Martha Sarno (1993), o principal problema psicossocial causado pela afasia diz respeito mais à qualidade de vida do afásico e da sua família do que a outros aspetos da vida social, tal como o regresso ao mercado de trabalho. Mesmo os doentes que ficam com défices motores ligeiros referem ter uma má qualidade de vida. Segundo o relato de pessoas que ficaram afásicas e familiares, estes referem que as alterações na vida social, a dependência, a solidão e mesmo uma deterioração social e psicológica progressiva, são as principais consequências sentidas (Wahrborg *et al.*, 1997, citado por Leal 2006). A afasia tem um grande impacto em área psicossociais como a identidade, a autoestima, as relações interpessoais e os papéis sociais. A depressão, a limitação física, os défices cognitivos, o isolamento social e a falta de suporte social são as queixas mais comuns dos doentes que sofrem AVC e têm um impacto significativamente negativo neste grupo de doentes (Leal, 2006).

## **2. Avaliação de linguagem**

O processo de avaliação da linguagem consiste na recolha sistemática de informação, sendo que esta deve fornecer ao avaliador elementos que permitam traçar um perfil de

capacidades, e desta forma servir como linha de base no sentido de atingir determinado objetivo (Peralta, 2002).

Numa avaliação é necessário considerar muito mais do que a presença ou ausência de defeito linguístico. Importa compreender quais as necessidades do paciente para que estas sejam incluídas e trabalhadas no plano terapêutico. Desta forma, a International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps – ICDH, modelo da WHO (World Health Organization, 1995) sugere que sejam providenciados três níveis de diagnóstico: a descrição das dificuldades (défices no sistema linguístico), a incapacidade (resultado das incapacidades comunicativas) e o “handicap” (consequências psicossociais da afasia). Tipicamente, a descrição do primeiro nível representa o foco das baterias de avaliação clássicas para afasia, que incluem a avaliação das principais modalidades linguísticas, como a produção e receção do discurso e as capacidades linguísticas essenciais, como a nomeação e repetição. As provas que constituem estas baterias, normalmente avaliam o processamento de linguagem base através da análise dos fonemas, palavras e frases. Contudo negligenciam alguns dos novos procedimentos de diagnóstico que incluem a avaliação da capacidade de processamento de “pseudo palavras” e “não palavras”. Os resultados obtidos através da avaliação destas capacidades fornecem-nos informação acerca do trajeto não lexical do processamento de palavras. Diversos autores (Kalbe *et al.*, 2005) consideram que a identificação do processamento de palavras que esta a ser utilizado é um dado relevante no diagnóstico da afasia e que pode ter um impacto significativo na funcionalidade do paciente, contudo é frequentemente negligenciado nas avaliações clássicas. Outra questão importante nas avaliações clássicas da afasia, é a possibilidade de considerar outras capacidades neuropsicológicas no diagnóstico. Os défices mnésicos e cognitivos, como a memória de trabalho (Murray *et al.*, 2001), a atenção (Murray, 1999) e o raciocínio (Borod *et al.*, 1982), podem acompanhar a afasia e ter um impacto na função da linguagem. Desta forma, alterações a estes níveis podem influenciar a reabilitação da afasia (Kalbe *et al.*, 2005). Contudo, a maioria dos testes neuropsicológicos depende do processamento verbal e não são adequados para afásicos, principalmente em afasias graves (Van Mourik *et al.*, 1992,). Além disso, de uma forma geral estes testes não são acessíveis aos Terapeutas da Fala que desta forma poderão não realizar um diagnóstico preciso, uma vez que não possuem dados de outras possíveis alterações cognitivas com influência no quadro afásico (Helm-Estabrooks, 2002).

Qual o procedimento de avaliação mais correto? Quais os melhores instrumentos e medidas de avaliação? Utilizar um instrumento único ou aplicar diferentes testes de avaliação? Estas questões relativamente à avaliação da afasia têm levantado controvérsia nos clínicos e investigadores. A avaliação de um indivíduo após sofrer uma lesão cerebral deve ser criteriosa, uma vez que inclui um conjunto de informações necessárias à reabilitação e que poderão ser decisivas no sucesso do tratamento, tais como a deteção de sinais de afasia, a elaboração de um diagnóstico, a classificação do tipo de afasia presente, clarificar a natureza do defeito de linguagem, estabelecer o nível de severidade, determinar um prognóstico, definir os objetivos para o tratamento, selecionar modelos de intervenção apropriados e monitorizar as alterações ao longo do tratamento.

Aquando da seleção do/dos instrumentos a utilizar, é importante definir qual o objetivo desta avaliação. Por exemplo, um clínico que trabalha num hospital e avalia um doente em fase aguda poderá optar por um teste de rastreio, como o Frenchay Aphasia Screening Test - FAST (Enderby & Crow, 1996) que lhe permite identificar a presença ou ausência de afasia e lhe fornece algumas características específicas do quadro linguístico. Por outro lado, na investigação será mais adequado optar por uma bateria de avaliação de nível mais complexo, que forneça informação mais detalhada e que permita fazer uma categorização tradicional dos quadros afásicos (Bruce & Edmundson, 2010).

Ardila (2006) propõe diversos objetivos quando se fala em avaliação de linguagem entre eles, determinar se o padrão linguístico apresentado pelo paciente é normal ou patológico através da análise das suas características, prover informação adicional para se efetuar um diagnóstico diferencial, propor diferentes patologias subjacentes à alteração linguística presente e, propor procedimentos terapêuticos.

Peña-Casanova e Pérez Pamies (2005) propuseram um modelo teórico para a avaliação da afasia, denominado “modelo dos três níveis de estudo”. Segundo os autores, do primeiro nível de exploração faz parte apenas uma avaliação qualitativa, sem utilização de instrumentos específicos ou estruturados, que não dá informações suficientes para traçar um diagnóstico. Segue-se um segundo nível de exploração, que corresponde à avaliação padrão qualitativa e quantitativa, em que são utilizadas baterias ou testes multimodais e multidimensionais, sendo esta informação válida para traçar um diagnóstico. No terceiro nível

de exploração são avaliados aspetos funcionais, permitindo aceder às informações necessárias para a construção de um plano terapêutico tendo em conta as necessidades específicas de cada doente.

A afasia não pode ser identificada como um simples “problema neurológico” ou “defeito linguístico”, uma vez que as características dos défices linguísticos específicos e o seu inevitável impacto psicossocial, provocam diferentes graus e tipos de defeito na comunicação, dependendo do indivíduo em que tenha ocorrido (Leal, 2006). Nesta linha de pensamento, a Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF (WHO, 2001) tem sido utilizada não como uma ferramenta de avaliação, mas sim como um instrumento de trabalho, que orienta na seleção de métodos de avaliação (Cruice *et al.*, 2003; Davidson *et al.*, 2003; Howe *et al.*, 2004; Threats & Worrall, 2004; citados por Bruce & Edmundson, 2010). A CIF descreve a afasia em condições relativas a funções do corpo e estrutura, desempenho nas atividades, participação em situações relevantes do dia-a-dia, e a influência no funcionamento de fatores pessoais e do meio” (Simmons-Mackie, Threats, & Kagan, 2005, citados por Bruce & Edmundson, 2010). Um instrumento de avaliação único não é suficiente para medir um processo multidimensional e complexo, é necessário um conjunto de protocolos e baterias de testes para avaliar os diferentes domínios.

Idealmente, a avaliação deveria selecionar um conjunto de fatores chave para o indivíduo de forma a estabelecer um plano de trabalho de encontro ao objetivo e necessidade de cada pessoa e desta forma permitir-lhe a participação nas áreas que ele considera mais importantes para a sua vida. Estas áreas são variáveis de pessoa para pessoa, enquanto para um as suas incapacidades nas funções e estruturas do corpo são o maior problema, para outro indivíduo poderá ser as suas restrições na participação. Desta forma, é essencial o indivíduo e a família terem um papel ativo na reabilitação e são eles que deverão definir quais as suas prioridades e o foco do tratamento (Bruce & Edmundson, 2010).

Assim, segundo a Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF, uma avaliação da afasia deve incluir os diferentes impactos que esta alteração poderá representar para o indivíduo, desta forma criou o seguinte quadro orientador:

**Quadro II.** Classificação Internacional de Funcionalidade – CIF: Avaliação da Afasia (The Stroke Association, 2008).

<b>CIF</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Ambiente</b>	Avaliação completa do indivíduo para identificar que aspetos da linguagem são afetados.
<b>Atividade</b>	Avaliação das capacidades linguísticas preservadas. Avaliação das capacidades do indivíduo comunicar funcionalmente. Avaliar o ambiente comunicativo para compreender o seu potencial para a comunicação com os outros.
<b>Participação</b>	Identificar os aspetos da vida/papel que são impedidos por défices comunicativos. Estabelecer para o indivíduo e família pessoas preferenciais e prioridades, de forma a estabelecer objetivos a curto e longo prazo para a sua participação.
<b>Bem-estar</b>	Estabelecer o estado mental e emocional do indivíduo através de avaliações formais e informais. Estabelecer a sua colaboração e participação na terapia.

A avaliação inicial deverá ser realizada na fase aguda, após a ocorrência de um AVC ou de uma outra lesão cerebral. Nesta avaliação, deverão ser avaliados os pontos fortes e fracos da comunicação do doente, incluindo a natureza e extensão da afasia, de forma a estabelecer uma linha de base que permita uma reavaliação contínua e uma monitorização das evoluções ao longo do futuro processo de reabilitação. As avaliações formais e informais, tais como a observação e a conversação simples, têm como principais objetivos, identificar a natureza e extensão da afasia, as capacidades cognitivas residuais, o impacto destas alterações no indivíduo e na sua família e a situação psicossocial do doente (The Stroke Association, 2008).

A primeira fase de um processo de avaliação deverá ser sempre constituída pela recolha de informação sobre a história clínica e social do paciente. Nesta fase poderá ser discutido em conjunto com os cuidadores as alterações comunicativas presentes e o seu impacto na vida quotidiana. Noutros países, existem alguns instrumentos para recolher este tipo de informação, como por exemplo o Communicative Effectiveness Index – CETI (Lomas *et al.*, 1989), no entanto não é do conhecimento do autor do presente estudo que em Portugal existam instrumentos traduzidos e validados para a nossa população.

Na segunda fase do processo de avaliação deverão ser aplicadas provas formais padronizadas de linguagem, que vão permitir definir objetivamente a perturbação de linguagem existente e atribuir um diagnóstico sindromático. Estes testes devem ser desenhados para avaliar funções linguísticas específicas, de forma independente, num crescendo de complexidade e, com reduzido efeito de fatores internos e externos, como a educação, ou o status socioeconómico (Murray e Chapey, 2001).

Uma das primeiras baterias de avaliação formal de linguagem foi a “Examining for Aphasia” (Eisenson, 1954, citado por Ardila, 1996), uma prova de média extensão que se divide em duas componentes: expressão e compreensão. Esta foi utilizada como base por outros autores para a construção de novas provas de avaliação de linguagem. Após os anos 50 foram construídas duas novas baterias, a “Language Modalities Test for Aphasia (LMTA - Wepman, 1961) e a “Minnesota Test for the Differential Diagnosis of Aphasia (MTDDA - Schuell, 1955, 1957, 1965). Ambas as baterias são constituídas por sub-testes relevantes para a avaliação da afasia, sendo estes utilizados pelos profissionais de forma individual ou combinados com outras provas. Spreen e Benton publicaram a “Neurosensory Center Comprehensive Examination for Aphasia (NCCEA - 1969, 1977), uma bateria extensa, constituída por vinte sub-testes de linguagem e considerada uma ferramenta poderosa para a distinção entre casos de afásicos e não afásicos. Baseados nesta bateria, Benton *et al.* (1994) desenvolveram a “Multilingual Aphasia Examination (1976, 1978) que está adaptada para diferentes línguas (Inglês, Francês, Alemão, Italiano e Espanhol). Em 1980 foi construída por Holland uma prova para avaliação da comunicação verbal e não verbal, “The Assessment of Communicative Activities Relevant to Daily Living Battery”. Esta bateria fornece informação relevante acerca dos aspectos pragmáticos da comunicação e é frequentemente utilizada no planeamento da reabilitação. A “Boston Diagnostic Aphasia Examination” (BDAE)

(Goodglass & Kaplan, 1972, 1983) é uma bateria de avaliação frequentemente utilizada para o diagnóstico de afasia, que se encontra adaptada para várias línguas. Em 1980, Borod, Goodglass e Kaplan obtiveram dados normativos desta bateria para a população inglesa. Posteriormente, surgiu a “Western Aphasia Battery” (WAB - Kertesz & Poole, 1974; Kertesz, 1979, 1982), um teste de linguagem curto, baseado na BDAE, que classifica as perturbações de linguagem dentro dos quadros clássicos e define o grau de gravidade da afasia. A prova inclui quatro sub-testes de linguagem (linguagem espontânea, nomeação, compreensão e repetição) que permitem determinar o quociente da afasia, e cinco sub-testes suplementares que incluem as provas de leitura, escrita, praxias, cálculo e construção. No mesmo ano foi desenvolvida na Alemanha a “Aachen Aphasia Test “ (AAT) (Huber *et al.*, 1983) que constitui uma avaliação detalhada das diferentes componentes e dos diferentes níveis de processamento da linguagem (fonologia, morfologia, léxico-semântico, sintaxe). Em 1987 foi publicada por Paradis a “Bilingual Aphasia Test” (BAT), que é utilizada para determinar qual a língua que se encontra menos afectada, ou seja, em que língua o indivíduo está mais funcional, qual a extensão da gravidade e que competências e/ou níveis de linguagem estão afectados (Ardila, 1996).

Em Portugal, a primeira prova formal a ser aferida foi a Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa – BAAL, no Laboratório de Estudos de Linguagem do Centro de Estudos Egas Moniz (Castro Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986), sendo uma versão revista e adaptada da prova Multilingual Aphasia Examination – MAE (Benton, 1969). Esta é constituída por oito provas nucleares retiradas da MAE: escala de avaliação do discurso, fluência, nomeação, compreensão de ordens simples, Token Test, repetição, leitura e escrita. Além destas inclui a avaliação do discurso serial, do discurso automático, da repetição de frases e da repetição dígitos. Foram ainda adaptadas outras provas como a escala de gravidade da afasia e a descrição da imagem “O ladrão de biscoitos” da Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE (Goodglass & Kaplan, 1972) e uma escala com o coeficiente de afasia da Western Aphasia Battery – WAB (Kertesz, 1982). No início desta década começou a ser adaptada para a população portuguesa a Aachener Aphasia Test – AAT (Huber *et al.*, 1983) através de uma colaboração entre o Laboratório de Estudos de Linguagem e o Laboratório de Neurolinguística da Universidade de Aachener. Esta prova é constituída por seis sub-testes, sendo eles: a produção espontânea (avaliação da competência comunicativa, articulação,

prosódia, produção involuntária, estrutura semântica, fonética e sintática), Token Test, repetição (fonemas, palavras, palavras estrangeiras, palavras compostas e frases), linguagem escrita (leitura em voz alta, escrita por composição e escrita por ditado), nomeação (objetos, cores, palavras compostas e descrição de situações), e compreensão (oral e escrita). Esta prova embora mais complexa em termos linguísticos do que a BAAL, traça um perfil das funções linguísticas nas diferentes modalidades, mas não aprofunda aspetos mais complexos da linguagem.

Além da importância das avaliações informais e formais referidas anteriormente, cada capacidade comunicativa do doente em diversos contextos, dando ênfase à sua funcionalidade (Leal, 2003). Contudo não é fácil a construção de instrumentos de avaliação funcional, nem a adaptação de instrumentos já existentes noutros países, devido às importantes diferenças culturais. Na última década tem aumentado de forma significativa a ênfase atribuída à participação do indivíduo nas atividades e desde então começou a sentir-se a necessidade de criar escalas de avaliação em contextos funcionais. Exemplos disso são a Funcional Independence Measure – FIM (State University of New York at Buffalo, 1993) que dedica um item à avaliação da comunicação vez mais é essencial avaliar as e a Funcional Assessment Measure – FAM (Hall *et al.*, 1988) que engloba a classificação do indivíduo em medidas cognitivas, como a orientação, atenção, resolução de problemas, entre outras. Alguns autores tentaram criar medidas que avaliassem especificamente a comunicação, como por exemplo a American Speech and Hearing Association Funcional Assessement of Communication Skills for Adults - ASHA-FACS (Fratalli *et al.*, 1995). No ano de 2006, em Portugal surgiu a Escala de Funcionalidade para Afásicos (Leal, 2006), que teve como objetivo a criação de um instrumento culturalmente adequado para a população portuguesa e que fosse capaz de medir as mudanças que ocorrem num indivíduo depois da afasia, a todos os níveis do seu quotidiano, dando especial ênfase à comunicação.

### **3. Provas de screening**

Testes de screening para afasia consistem numa exploração rápida da presença ou ausência de distúrbio. Não têm como objetivo providenciar uma descrição detalhada das

capacidades/incapacidades linguísticas. Este tipo de avaliações são utilizadas normalmente numa fase aguda após a lesão cerebral, quando os doentes ainda não apresentam uma situação clínica que permita aplicar uma avaliação mais extensa. Outra das vantagens é a possibilidade de ser aplicado por diferentes profissionais de saúde de forma a permitir um melhor encaminhamento, e em locais em que não existe terapeuta da fala para fazer um despiste. Contudo, este tipo de avaliações rápidas e superficiais pode falhar na distinção clara de pacientes com lesões de hemisfério direito e hemisfério esquerdo (onde a incidência da afasia difere, obviamente), assim como em pacientes afásicos e pacientes com linguagem preservada, mas presença de défices visuais e visuoatencionais (Spreeen & Risser, 2003).

A informação obtida através da avaliação das capacidades comunicativas do indivíduo e da condição da sua função linguística, permite aos clínicos conduzirem as intervenções médicas e de reabilitação, detetar melhorias ou declínios no estado clínico do doente, providenciar feedback ao próprio e aos familiares e direcionar o planeamento do tratamento (Nakase-Thompson *et al.*, 2005).

Para os pacientes com alterações linguísticas severas, a utilização de uma bateria de avaliação extensa pode não ser o método mais adequado. Este tipo de baterias, como a WAB e a BDAE requerem um tempo de aplicabilidade elevado, sendo necessário entre 90 minutos a 2 horas para a sua total aplicação (Kertesz, 1982; Goodglass & Kaplan, 1983; Spreeen & Strauss, 1998).

Outras avaliações relativamente mais curtas têm sido desenvolvidas, como é o caso de uma versão reduzida do Minnesota Aphasia Test e da Boston Assessment of Severe Aphasia, que requerem um tempo de aplicação significativamente mais reduzido, entre 30 a 45 minutos (Enderby & Crow, 1996). A principal desvantagem da utilização deste tipo de testes em pacientes com afasias graves é a dificuldade em detetar as pequenas evoluções obtidas ao longo da intervenção, uma vez que, na maioria das vezes, não se refletem nos scores totais das provas (Nakase-Thompson *et al.*, 2005).

Existem outros testes de breve administração mas apenas avaliam um número limitado de capacidades, como o Boston Naming Test, Token Test ou Controlled Oral Word Association Test (Benton *et al.*, 1994; Derenzi & Vignolo, 1962; Kaplan *et al.*, 1983; Enderby & Crow, 1996). Contudo, um teste de aplicação breve mas com uma ampla gama de provas

das capacidades linguísticas e comunicativas é mais adequado para acompanhar o progresso dos pacientes e para fornecer informação precisa aos clínicos, ao próprio doente e à família (Kertesz, 1982). É importante a aplicação de avaliações possíveis de ser completadas numa mesma sessão, uma vez que o paciente pode apresentar diferentes performances de uma sessão para a outra, sendo esta uma das limitações das baterias extensas (Nakase-Thompson *et al.*, 2005).

Algumas baterias de testes neuropsicológicos incluem testes de screening para afasia, como é o caso das baterias Halstead-Wepman Aphasia Screening Test (AST; Reitan & Wolfson, 1985) e Luria-Nebraska (LNNB; Golden *et al.*, 1980). Contudo, a maioria destas baterias não permite discriminar as diferentes síndromes afásicas nem traçar o perfil linguístico do paciente. Além do propósito de identificar a presença de afasia, os testes de screening também fornecem pistas para a deteção de processos demenciais (ex. doença de Alzheimer), por exemplo através do Mini-Mental State Examination (MMSE; Folstein *et al.*, 1975) que inclui itens específicos para a avaliação de capacidades linguísticas. Este é um dos testes mais utilizado e estudado em todo o mundo. Usado isoladamente ou incorporado em instrumentos mais amplos, permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais (Lourenço & Veras, 2006). Tem sido utilizado em ambientes clínicos, para a deteção de declínio cognitivo, para o seguimento de quadros demenciais e na monitorização de resposta ao tratamento (Lourenço & Veras, 2006).

Um dos primeiros testes de rastreio da afasia, foi criado por Keenan & Brassell, em 1975 - Aphasia Language Performance Scale (ALPS). Este teve como ponto de partida as seguintes questões: Qual o melhor nível de performance do paciente em cada modalidade linguística e como podemos utilizar esta informação para planear a intervenção terapêutica? Os autores consideraram que a ALPS era uma importante ferramenta para a objetividade psicométrica na avaliação da afasia. Contudo, embora as avaliações de screening psicométricas sejam mais sistematizadas do que a maioria dos exames clínicos pessoais e informais, não são um instrumento padronizado e abrangente para uma avaliação linguística objetiva e detalhada (Spreeen & Risser, 2003). Outro dos testes de screening criado no final do século XX, foi Bedside Evaluation Screening Test, 2nd ed. (BEST-2) (West *et al.*, 1998), o qual se baseou no instrumento original de 1987. Uma das alterações da nova versão é tornar o teste mais fácil de transportar e aplicar no leito, através da magnetização dos objetos e da

criação de um pequeno livro de estimulação com imagens. Ambas as versões são consideradas compactas e de fácil manuseamento. Contudo, os autores alertam para o facto de este teste não ser utilizado como uma bateria extensa de avaliação de linguagem e para que não sejam retiradas conclusões sobre a distinção dos sub-tipos de afasia, apenas pelo perfil traçado pela prova (Spreeen & Risser, 2003). Desenvolvida na Grã-Bretanha, o Frenchay Aphasia Screening Test (FAST; Enderby *et al.*, 1987), foi elaborado para ser administrado por não-especialistas e além da sua utilização clínica, surgiu como suporte a uma série de aplicações para estudos de investigação. Em 1991, Gibson e colegas, incluíram a FAST e outras medidas de avaliação screening numa bateria de instrumentos que poderá ser aplicada a pacientes hospitalizados, no período de uma hora. Ao longo da aplicação da prova, os investigadores verificaram que a presença de hemianopsia comprometia a performance nas tarefas. Assim, é necessário estar atento à presença de defeitos de campo visual (ex. hemianopsia) ou visuo-perceptivos (ex. neglect), de forma a evitar a presença de resultados falsos positivos na aplicação da prova. Numa perspetiva geral, a FAST comparativamente com outros testes, mostrou-se eficiente na monitorização dos progressos durante o processo de reabilitação e na identificação de problemas que poderão beneficiar de um acompanhamento especializado, acelerando desta forma o processo de encaminhamento. Mais recentemente (2008), surgiu na Argentina a “ Bedside de lenguaje” (que consiste num instrumento curto e sensível de rastreio com o objetivo de diagnosticar alterações de comunicação em doentes com lesões cerebrais. Os autores sentiram a necessidade de criar um instrumento estandardizado e uniforme de forma a obter uma rápida e eficiente medida de presença ou ausência de defeito linguístico e em simultâneo reunir um conjunto de dados que permitam comparar a evolução do doente através de re-avaliações sistemáticas (Sabe *et al.*, 2008).

Tal como referido anteriormente, além dos testes de screening descritos, existem baterias extensas de avaliação de linguagem que incluem pequenas versões que podem ser utilizadas como rastreio. O Schuell Minnesota Aphasia Test (Powell *et al.*, 1980, citados por Goldstein & McNeil, 2004) é frequentemente utilizado nas avaliações neuropsicologias para despiste de alteração linguística. A nova versão da Boston Diagnostic Aphasia Examination – BDAE também tem uma versão reduzida, contudo pode ser demasiado grande para ser considerada um teste de screening. A avaliação através desta versão da prova, segue os

Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)

procedimentos típicos da prova original, utiliza sub-testes que medem com algum detalhe uma função de linguagem específica. Também a Boston Assessment of Severe Aphasia – BASA, frequentemente é utilizada como um instrumento de rastreio, sendo normalmente aplicado a pacientes mais graves, aos quais não é possível aplicar uma prova mais detalhada e extensa em fase aguda (Spreen & Risser, 2003).

## TRABALHO DE CAMPO

---

### 1. Problema em estudo

As avaliações de linguagem formais e completas requerem muito tempo e tornam-se cansativas para os doentes que se encontram em fase aguda, após uma lesão cerebral. Desta forma, por vezes é necessário optar por métodos de rastreio mais rápidos, mas igualmente fiáveis, que permitam detetar a presença ou ausência de patologia de linguagem (Doesborgh *et al.*, 2003; Salter *et al.*, 2006, Sabe *et al.*, 2008). Os chamados “testes de cabeceira” são uma opção de avaliação frequentemente utilizada numa primeira fase de contacto com o doente (Ardila, 2006). Este tipo de avaliação constitui uma importante documentação da presença e progressão dos défices linguísticos (Al-Khawaja, *et al.* 1996), sendo que no nosso país não existe qualquer prova deste tipo. Assim, é importante a criação de um instrumento de avaliação que permita a comparação de desempenho entre doentes e no mesmo doente em reavaliações futuras. Além disso, este teste pode ser utilizado por terapeutas da fala ou por qualquer outro profissional de saúde que trabalhe num serviço clínico, permitindo uma deteção precoce do défice e um encaminhamento mais rápido (Sabe *et al.*, 2008; Salter *et al.*, 2006).

O objetivo do presente estudo vai no sentido de suprimir a lacuna que existe relativamente à inexistência de “testes de cabeceira” para a população portuguesa, através da validação de um instrumento já existente (“Bedside de Lenguaje” – Sabe *et al.*, 2008). A prática clínica mostra-nos a necessidade de criar uma prova que permita aos profissionais de saúde rastrear alterações de linguagem, de forma rápida, para que os doentes possam ser encaminhados adequadamente. As provas clássicas de avaliação da afasia, como é o caso da BAAL (Castro Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986), não são indicadas para os doentes em fase aguda, pois nem sempre estão em condições clínicas para serem submetidos a este tipo de avaliação extensa, aumentando a probabilidade dos resultados das provas ficarem enviesados devido à presença de outras alterações cognitivas, como os defeitos de atenção. Daí a importância de uma prova rápida e sensível, possível de ser aplicada por diferentes

profissionais, que permita um encaminhamento precoce e desta forma uma intervenção terapêutica mais rápida, maximizando assim os objetivos da reabilitação.

## 2. Metodologia

### 2.1 Participantes e processo de amostragem

O grupo experimental é constituído por 61 indivíduos, 24 do sexo feminino e 37 do sexo masculino, com lesão cerebral no hemisfério esquerdo resultante de um AVC e um quadro de afasia. O grupo de contraste é constituído por 51 indivíduos, 18 do sexo feminino e 33 do sexo masculino, com lesão cerebral no hemisfério direito resultante de um AVC e um quadro de disartria, sem patologia de linguagem associada.

Os dois grupos são idênticos relativamente à idade ( $t(110) = -0,567$   $p = 0,57$ ) e com predominância de participantes do sexo masculino (Quadro III).

**Quadro III.** Características gerais da amostra.

	<b>Grupo com afasia (n=61)</b>	<b>Grupo com disartria (n = 51)</b>
<u>Género</u>		
Masculino	37	33
Feminino	24	18
<u>Idade</u>		
Média e DP	67,49 ± 11,83	68,76 ± 11,85
(amplitude)	(33 a 87 anos)	(21 a 88 anos)

No que respeita ao tempo de evolução (Quadro IV), a maioria dos casos encontra-se no estado agudo ou sub-agudo (com afasia = 41; com disartria = 44).

**Quadro IV.** Constituição da amostra de acordo com o tempo de evolução após lesão cerebral.

		Tempo de evolução				Total
		0 a 3 meses	3 a 6 meses	6 meses a 1 ano	mais de 1 ano	
Grupo	Afasia	33	8	12	8	61
	Disartria	33	11	4	3	51
Total		66	19	16	11	112

De uma maneira geral, o grupo de afasia tem escolaridade superior ao grupo com disartria, por esse motivo os dados serão analisados em função da escolaridade, agrupados em três grupos: (1) grupo iletrados, (2) de 1 a 4 anos de escolaridade e (3) com mais de 5 anos de escolaridade. Dada a simplicidade das provas da “bedside de linguagem”, considera-se não ser importante subdividir os grupos a partir dos 5 anos de escolaridade (Quadro V).

**Quadro V.** Constituição da amostra relativamente ao número de participantes por grupos de escolaridade.

		Grau de escolaridade			Total
		0 anos	1 - 4 Anos	> 5 anos	
Grupo	Afasia	13	26	22	61
	Disartria	7	39	5	51
Total		20	65	27	112

A recolha da amostra foi realizada por conveniência em duas instituições de Saúde: na Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração de Olhão (n = 11) e no Centro de Medicina e Reabilitação do Sul – CMR Sul (n = 101). Esta recolha foi realizada entre os meses de Janeiro e Outubro de 2011.

Foram selecionados os indivíduos das diferentes instituições, quer em regime de internamento, quer em ambulatório, que cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- 1) Existência de uma única lesão vascular confirmada por neuroimagem
- 2) Indivíduos com Português Europeu como língua materna
- 3) Ausência de história psiquiátrica ou neurológica prévia ao AVC
- 4) Ausência de história de alcoolismo ou toxicod dependência prévia

De forma a garantir que os critérios de inclusão eram cumpridos, foi estabelecido um primeiro contacto com os médicos responsáveis de forma a aceder a informação clínica que permitisse confirmar a existência de uma única lesão cerebral de origem vascular. Os dados foram recolhidos através da história clínica, contacto com os doentes e familiares, e acesso ao processo clínico do doente.

## 2.2 Instrumentos de recolha de dados

A BL (“Bedside de Lenguaje”, Sabe *et al.*) foi construída em 2008 por um grupo de investigadores argentinos com o objetivo de criar um instrumento curto e sensível para rastreio da existência de defeito de linguagem. Numa primeira fase do presente estudo, foi estabelecido contacto com os autores da prova com a finalidade de pedir autorização para a sua tradução à língua portuguesa. Após resposta positiva (Apêndice I), procedeu-se à tradução e em seguida foi enviada a prova para os autores originais, de forma a confirmar o consentimento para posterior aplicação à população portuguesa, o que veio a acontecer. A BL (Apêndice II) avalia de forma simples cinco componentes linguísticas: discurso espontâneo, compreensão, repetição, escrita e leitura. No discurso espontâneo solicita-se ao indivíduo que produza o seu nome completo (1 ponto), a sua morada (1 ponto) e descreva uma imagem (3 pontos). A compreensão de material auditivo verbal oral é constituída por duas sub-provas, a primeira avalia a compreensão de perguntas de resposta sim/não (2 pontos, 1 para cada questão), a segunda avalia a compreensão de ordens simples de complexidade crescente, indo até aos três comandos (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), escrita por ditado de uma palavra e um número com três dígitos (1 ponto) e a escrita de uma frase com base na imagem mostrada anteriormente (3 pontos), na prova de discurso espontâneo. Nesta prova são considerados válidos os resultados com utilização de letras móveis. A avaliação da leitura é constituída por três sub-provas, a primeira é o emparelamento palavra/objeto (2 pontos), a segunda é a compreensão de uma ordem simples escrita (1 ponto) e a terceira é a capacidade para completar frases numa tarefa de escolha múltipla com quatro opções de resposta (2 pontos). A pontuação máxima da prova é de 25 pontos, sendo que a cada uma das cinco componentes avaliadas corresponde 5 pontos. Para o grupo de iletrados, serão retirados 10 pontos da pontuação total, correspondentes às provas de leitura e escrita. Desta forma a pontuação máxima da prova para este grupo será de 15 pontos. Na versão portuguesa a estrutura, os estímulos apresentados e a pontuação foram idênticos à prova original.

Ao grupo experimental, constituído por pessoas com afasia, a sequência de apresentação das provas foi alternada de forma a evitar enviesamentos, ou seja, num caso a primeira prova aplicada foi a BAAL no caso seguinte foi a BL e vice-versa.

No grupo de contraste foi utilizada apenas a BL. Todos estes doentes foram avaliados previamente com uma prova específica de fala, no âmbito institucional, para confirmar o diagnóstico de disartria.

### 2.3 Procedimentos

Numa primeira fase foi realizado um pedido de colaboração dirigido à direção clínica da Unidade de Cuidados Continuados de Média Duração de Olhão e do CMRSul (Apêndice III), descrevendo qual o objetivo do estudo e a pertinência deste, quer a nível de investigação, quer na sua utilização em prática clínica, inclusive na própria instituição. Após a resposta positiva por parte da direção clínica da instituição, procedeu-se ao pedido de colaboração dirigido aos doentes, através do contacto pessoal para obtenção do consentimento informado. Foram seleccionados todos os indivíduos que cumpriam os critérios de inclusão do estudo e

que se encontravam a ser seguidos em Terapia da Fala em ambas as instituições. Nenhum dos doentes recusou participar no estudo, pelo que todos eles foram incluídos.

A avaliação de linguagem foi realizada com duas provas distintas, a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa - BAAL e a Bateria curta para avaliação da afasia (“Bedside de Lenguaje” - BL). A BAAL permite quantificar o quociente da afasia (QA) e determinar o diagnóstico (tipo de afasia) enquanto que com a BL se pretende, de forma rápida, verificar se o defeito de linguagem está presente ou ausente.

As pessoas com afasia foram avaliadas com os seguintes subtestes da BAAL: fluência do discurso, nomeação de objetos, compreensão de ordens simples e repetição. A partir das pontuações obtidas nestas provas foi feito o diagnóstico e foram calculados os Quocientes de Afasia (medida de gravidade expressa em percentagem – Kertesz, 1982) de cada um dos sujeitos. É através do Quociente de Afasia que se pretende estabelecer a “validade concorrente”, comparando os valores obtidos neste com os valores obtidos na BL.

A aplicação das provas foi realizada em gabinete, onde estiveram presentes apenas a Terapeuta da Fala e o participante, de forma a evitar possíveis fatores de interferência. As respostas dadas pelos doentes foram gravadas para posterior análise.

#### 2.4 Forma de análise de dados

Os dados recolhidos foram analisados através do programa informático *SPSS 17.0 for Windows*. Foi utilizada estatística descritiva e estatística inferencial paramétrica e não paramétrica. Utilizou-se a estatística descritiva para a caracterização da amostra, de acordo com o género, faixa etária, tempo de evolução e escolaridade para cada um dos grupos, experimental e de contraste. A estatística inferencial foi utilizada para analisar a correlação entre os resultados da BL e o Quociente da Afasia no grupo experimental (validade concorrente) e para comparar os resultados obtidos na BL entre os participantes dos dois grupos.

De forma a analisar a correlação entre os resultados da BL e o Quociente da Afasia em indivíduos afásicos, foi utilizada estatística inferencial não paramétrica (Correlação de Spearman) para o grupo de iletrados, devido ao número reduzido de participantes ( $n = 13$ ) e depois de se ter verificado que não existia distribuição normal nas variáveis em análise. Para o grupo de letrados foi utilizado um teste paramétrico (Correlação de Pearson), uma vez que o número de participantes é  $> 30$  ( $n = 48$ ).

Na análise de comparação dos resultados da BL, foi utilizada estatística paramétrica (t de Student para amostras independentes) para o grupo geral ( $n$  afásicos = 61,  $n$  disártricos = 51) e para o grupo dos letrados ( $n$  afásicos = 48,  $n$  disártricos = 44). No grupo dos iletrados por apresentar um número de participantes reduzido ( $n$  afásicos = 13,  $n$  disártricos = 7), procedeu-se à utilização de um teste não-paramétrico (Mann-Whitney).

Após ambas as análises, foi calculada a consistência interna da prova através do Alpha de Cronbach. Por último foram realizadas as Curvas de ROC, com o objetivo de definir o ponto de corte para a prova BL, que nos permitirá afirmar a presença ou ausência de defeito linguístico.

## RESULTADOS

Verifica-se que os valores do QA e os resultados da BL são diretamente proporcionais à gravidade da afasia (Quadro VI), sendo na afasia anômica que se observam as pontuações mais elevadas (QA =  $80,18 \pm 6,77$  e BL =  $19,58 \pm 4,45$ ) e na Afasia global as pontuações mais baixas (QA =  $10,45 \pm 10,99$  e BL =  $2,88 \pm 4,00$ ).

**Quadro VI.** Resultados por cada tipo de afasia na “Bedside de linguagem” (BL) e Quociente de Afasia (QA)

Tipo de Afasia	Quociente de Afasia (%)	BL (pontos)	BL (%)
Anômica (n = 13)			
Média e DP (amplitude)	$80,18 \pm 6,77$ (69,67 – 90,09)	$19,58 \pm 4,45$ (11 – 25)	$81,03 \pm 14,19$ (60 – 100)
Broca (n = 8)			
Média e DP (amplitude)	$35,97 \pm 18,33$ (0 – 49,56)	$11,50 \pm 5,54$ (5 – 20)	$47 \pm 22,19$ (20-80)
Wernicke (n = 7)			
Média e DP (amplitude)	$27,87 \pm 16,05$ (7,28 – 56,96)	$8,93 \pm 6,54$ (0 – 18)	$40,19 \pm 29,82$ (0 – 73,33)
Global (n = 24)			
Média e DP (amplitude)	$10,45 \pm 10,99$ (0 – 34,37)	$2,88 \pm 4,00$ (0 – 14)	$12,28 \pm 16,44$ (0 – 56)
Condução (n = 1)	48,11	14	56
T. Motora (n = 2)			
Média e DP (amplitude)	$76,30 \pm 8,46$ (70,31 – 82,28)	$14 \pm 0,71$ (14 – 15)	$58 \pm 2,83$ (56 – 60)
T. Sensorial (n = 3)			
Média e DP (amplitude)	$75,44 \pm 4,89$ (69,78 – 78,32)	$16,67 \pm 7,52$ (8 – 22)	$75,11 \pm 18,97$ (53,33 – 88)
T.Mista (n = 2)			
Média e DP (amplitude)	$46,55 \pm 1,92$ (45,19 – 47,90)	$10,50 \pm 2,83$ (9 – 13)	$44 \pm 11,31$ (36 – 52)
Subcortical (n = 1)	72,92	12,50	86,67

Verificou-se a existência de indivíduos iletrados na maioria dos tipos de Afasia (13 casos), contudo é na Afasia Global que este número é maior (8 casos). Para evitar a influência do fator escolaridade nos resultados totais da BL, estes foram convertidos em percentagem, tendo como valor máximo 25 ou 15, no caso dos iletrados (Quadro VII).

**Quadro VII.** Constituição da amostra relativamente à escolaridade por tipo de afasia.

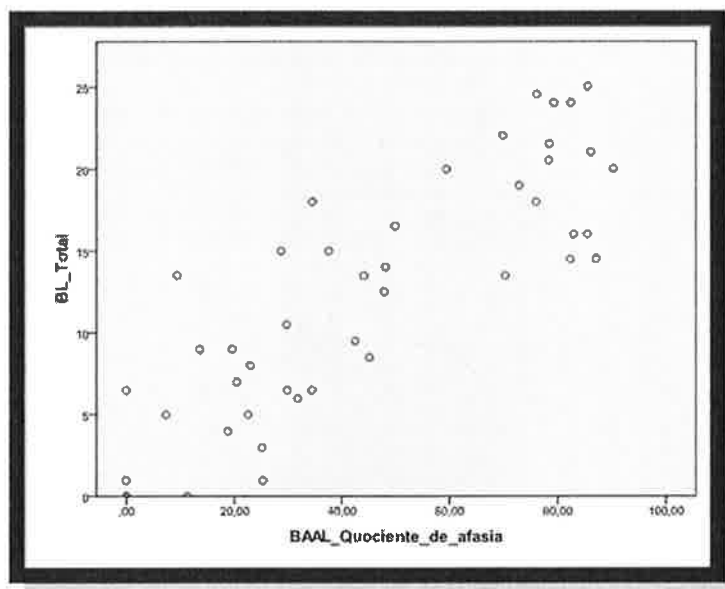
Escolaridade (anos)	Tipo de Afasia									Total
	Anómica	Broca	Wernicke	Global	Condução	T. Motora	T. Sensorial	T. Mista	subcortical	
0	1	0	2	8	0	0	1	0	1	13
1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
2	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1
3	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
4	6	3	4	7	0	1	0	2	0	23
6	1	0	1	2	0	0	1	0	0	5
7	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
9	1	1	0	3	0	0	0	0	0	5
11	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
12	0	2	0	2	0	0	1	0	0	5
16	1	2	0	1	0	0	0	0	0	4
22	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1
Total	13	8	7	24	1	2	3	2	1	61

De forma a verificar a validade concorrente da prova, foi realizada uma correlação paramétrica de Pearson, entre o QA e o resultado total da BL para o grupo com afasia incluindo letrados e iletrados. Verificou-se uma correlação elevada e muito significativa ( $n = 61$ ;  $Rho_{\text{pearson}} = 0,863$ ,  $p = 0.000$ ) entre as duas provas. O mesmo se verificou analisando em

Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)

separado o grupo dos letrados ( $n = 48$ ;  $Rho_{\text{pearson}} = 0,865$ ,  $p = 0.000$ ), cuja pontuação máxima na BL é 25, e o grupo dos iletrados, cuja pontuação máxima é 15; neste último caso foi utilizada correlação não paramétrica devido ao reduzido numero de participantes ( $n = 13$ ;  $Rho_{\text{Spearman}} = 0,799$ ,  $p = 0.001$ ). O diagrama de dispersão (Figura 2) é elucidativo da elevada correlação.

A análise de consistência interna da prova foi realizada através do  $\alpha$  de Cronbach, que indica que a prova apresenta uma consistência interna alta ( $\alpha = 0,798$ ).



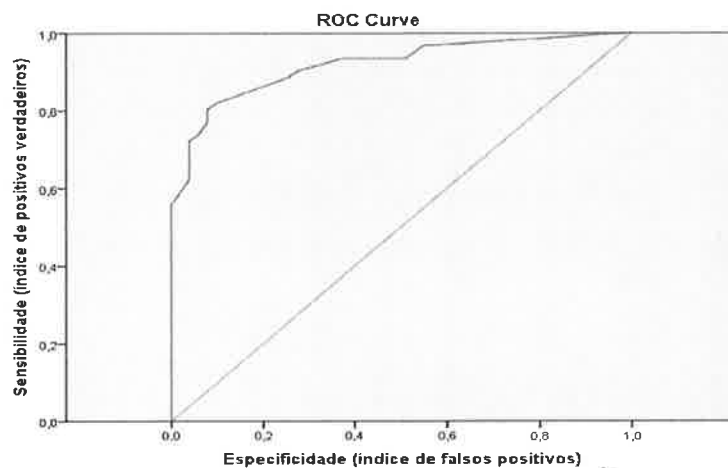
**Figura 2.** Diagrama de dispersão entre a “Bedside de Linguagem” (BL) e o Quociente de Afasia (QA) obtido através da BAAL, para o grupo de afásicos letrados.

**Quadro VIII.** Comparação dos resultados na BL entre os dois grupos no geral e em função da escolaridade (t de Student e Mann-Whitney U test)

	<b>Grupo com Afasia</b>	<b>Grupo com Disartria</b>	<b>t (gl)</b>	<b>p</b>
Geral	9,89 ± 7,98 (n = 61)	21,41 ± 4,09 (n = 51)	- 9,328 (110)	0,000
Letrados	11,63 ± 7,79 (n = 48)	22,59 ± 2,98 (n = 44)	- 8,770 (90)	0,000
Iletrados	3,50 ± 4,99 (n = 13)	14 ± 1,16 (n = 7)	Mann-Whitney u	p 1,000 0,000

Verifica-se que existem diferenças significativas nos resultados globais entre ambos os grupos (Quadro VIII). Os resultados obtidos pelo grupo com afasia são significativamente inferiores ao grupo com disartria, o que revela um pior desempenho na prova devido aos défices linguísticos apresentados.

Para análise da exatidão foi calculada a Curva de Roc tendo em conta os resultados da BL de todos os participantes, afásicos e não afásicos. De forma a poder incluir pessoas iletradas e letradas os resultados totais foram transformados em percentagens de acertos (Figura 3).



Area Under the Curve				
Test Result Variable(s): BL percentagem				
Area	Std. Error	Asymptotic Sig.	Asymptotic 95% Confidence Interval	
			Lower Bound	Upper Bound
,919	,026	,000	,868	,969

**Figura 3.** Gráfico representando a Curva de Roc e respetivos resultados – Exatidão da medida

O teste mostra ser uma boa medida, pois a área sob a curva é de 0,92, representando a probabilidade de diagnóstico acertado de um caso positivo (afasia). O Intervalo de Confiança varia entre 87% e 97%, com um valor de significância elevado (Fig. 3).

**Quadro IX.** Coordenadas da Curva de Roc

BL percentagem		
Positivo é inferior ou igual a	Sensibilidade	Especificidade
-1,0000	,000	,000
2,0000	,213	,000
5,3350	,246	,000
9,3350	,262	,000
14,0000	,279	,000
18,0000	,295	,000
22,0000	,344	,000
26,0000	,361	,000
30,0000	,426	,000
34,0000	,443	,000
38,0000	,492	,000
42,0000	,508	,000
48,0000	,525	,000
52,6650	,541	,000
54,6650	,557	,000
58,0000	,623	,039
62,0000	,689	,039
66,0000	,721	,039
70,0000	,738	,059
72,6650	,770	,078

74,6650	,803	,078
78,0000	,820	,098
82,0000	,852	,176
85,3350	,885	,255
87,3350	,902	,275
90,0000	,934	,373
92,6650	,934	,471
94,6650	,934	,510
98,0000	,967	,549
101,0000	1,000	1,000

Se escolhermos um ponto de corte equivalente a 87% de acertos na BL teremos uma sensibilidade de 0,90, assim 90% dos avaliados serão corretamente identificados como tendo afasia, e 0,28 de especificidade, ou seja cerca de 28% poderão ser considerados como sendo afásicos, não o sendo (falsos positivos). Este ponto de corte corresponderá ao valor de 22 (pontuação máxima: 25) para pessoas letradas e de 13 (pontuação máxima: 15) para pessoas iletradas.

## DISCUSSÃO DE RESULTADOS

---

É de extrema importância a utilização de provas screening para um diagnóstico precoce da afasia, de forma a que os doentes possam ser encaminhados corretamente e o mais precocemente possível para um profissional especializado. Além disso, este tipo de provas tem a vantagem de poder ser aplicadas rapidamente e em fases agudas/subagudas após AVC, uma vez que se trata de instrumentos curtos e pouco exaustivos (Al- Khawaja *et al.*, 1996; Nakase-Thompson *et al.*, 2005). Após a pesquisa bibliográfica efetuada e procura de informação em diversas instituições de saúde, não foram encontradas provas de rastreio para afasia em Português Europeu. Na maioria das vezes, utiliza-se uma adaptação de baterias mais complexas, tal como a BAAL ou avaliações informais que nos fornecem alguns dados. Uma breve entrevista inicial será importante para a obtenção de algumas características do discurso importantes (tais como, o débito, as parafasias, os circunlóquios, a consistência nas respostas, erros articulatórios e a compreensão coloquial), contudo o facto de não existir uma prova “standard” poderá fazer com que essas avaliações se alterem de doente para doente ou que seja perdida informação pertinente de uma avaliação para a avaliação seguinte, tornando-a pouco fidedigna. Desta forma, considera-se pertinente a uniformização das avaliações “screening” para linguagem, promovendo maior rigor e a possibilidade de utilizar o mesmo instrumento em reavaliações futuras, tendo como base os dados da avaliação inicial, o que permite um melhor controlo da evolução do quadro linguístico.

Um instrumento de rastreio deste género deverá fornecer dados quantitativos e objetivos num curto espaço de tempo, de forma a orientar a decisão do profissional de saúde. Poderá ser um instrumento muito válido, quer para o profissional especializado em avaliação e intervenção linguística, quer para outros profissionais de saúde (Enderby *et al.*, 1996). Quando a prova é utilizada por um Terapeuta da Fala, este poderá recolher dados que lhe indicarão se deverá ser aplicada uma prova de linguagem mais complexa de forma a definir um diagnóstico e obter em maior pormenor os défices apresentados, ou se por outro lado o doente ainda não se encontra em condições de se submeter a uma prova complexa, pelo que a intervenção deverá ser direcionada para os défices encontrados nesta prova. É de realçar que

esta prova apenas identifica os participantes com dificuldades de linguagem, pelo que a avaliação deverá ser composta por um conjunto de provas que permitam diagnosticar, orientar o plano de intervenção e monitorizar a reabilitação linguística (Enderby *et al.*, 1996). Se o avaliador for um outro profissional de saúde, deverá conseguir concluir se existe presença ou ausência de um defeito linguístico e encaminhar para um Terapeuta da Fala, caso se justifique (revisão de Leal & Martins, 2005).

Tendo em conta os resultados obtidos no presente estudo, verifica-se, de uma forma geral, através da comparação entre o grupo com afasia e o grupo com disartria, que a BL demonstra ser um instrumento eficaz na deteção da presença de um defeito linguístico. Este defeito está diretamente correlacionado com as alterações linguísticas detetadas na BAAL, através da utilização do QA, sendo que o grupo de participantes com afasia global é o que apresenta uma pontuação mais baixa em ambas as provas enquanto o grupo de participantes com afasia anómica é o que apresenta as pontuações mais elevadas. O grupo com disartria apresenta valores significativamente superiores aos participantes com afasia, pois apesar de revelarem dificuldades de fala (respiração, voz, ressonância, prosódia e articulação) não revelam dificuldades de linguagem na expressão e compreensão de material oral e escrito.

Através das Curvas de Roc conseguimos verificar uma elevada sensibilidade e reduzida especificidade. Estes resultados indicam que a prova identifica corretamente um elevado número de pessoas com afasia, mostrando também a existência de uma baixa percentagem de falsos positivos, ou seja, indivíduos que poderão apresentar resultados inferiores ao ponto de corte, mas na realidade não apresentam défices de linguagem. Estes casos podem ser justificados por diversos fatores, tais como a presença de alterações cognitivas (memória, atenção/concentração e défices visuo-perceptivos) ou sensoriais (défices visuais e/ou auditivos) que poderão influenciar o desempenho. Dai a necessidade de interpretar estes casos à luz da informação clínica e a importância de realizar uma avaliação neuropsicológica para que seja possível cruzar todos os dados e despistar possíveis fatores interferentes numa avaliação linguística (Enderby *et al.*, 1996).

A BL ao avaliar de forma simples as componentes de expressão e compreensão oral e escrita, permite-nos identificar pequenas evoluções linguísticas, muitas vezes não identificáveis em provas mais complexas (Nakase-Thompson *et al.*, 2005). Este facto poderá

Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)

dar algumas orientações para a eficácia do programa de reabilitação, para a gravidade da afasia e perceber quais as áreas em que está a ocorrer maior evolução e utilizá-las como apoio à comunicação e como suporte para o tratamento das componentes mais lesadas.

Tal como esta prova foi traduzida e validada de uma outra já existente para a população argentina (Sabe *et al.*, 2008), também poderá ser replicada para outras línguas, uma vez que avalia as quatro componentes básicas existentes em todas as avaliações linguísticas (expressão oral, compreensão, leitura e escrita) e é constituída por comandos simples, fáceis de traduzir e aplicar.

## CONCLUSÃO

---

O estudo realizado visava a tradução e validação de uma prova de rastreio da afasia, para o Português europeu.

Tendo em conta os dados obtidos, conclui-se que existe uma forte correlação entre a BL e o QA e uma comparação significativa entre os resultados do grupo com afasia e do grupo com disartria na BL, o que indica que esta prova apesar de pouco extensa e de rápida aplicação, é um instrumento válido na deteção de defeito linguístico e na perceção da gravidade da afasia, assim como está fortemente correlacionada com a única prova formal e validade para Portugal, a BAAL. Além disso, foram definidos pontos de corte para que qualquer profissional que utilize este instrumento facilmente identifique o defeito de linguagem de uma forma clara e objetiva, afastando alguma subjetividade que possa estar subjacente à cotação da prova. Desta forma, pretende-se criar uma homogeneidade na aplicação deste instrumento, seja ele aplicado por um profissional especializado ou por um profissional de saúde em geral.

Tal como todas as provas de avaliação de linguagem, esta também apresenta vantagens e desvantagem. A principal contribuição é a possibilidade de ser aplicada em qualquer lugar que o paciente se encontre, uma vez que é fácil de transportar e não necessita de material de apoio além dos estímulos em papel. O facto de ser uma prova curta (tempo de aplicação: máximo 15 minutos) e pouco exaustiva também poderá ser uma vantagem para casos que se encontrem em fases agudas/subagudas e que ainda não apresentam condições clínicas suficientes para colaborar na aplicação de uma prova mais complexa. Além disso, poderá ser muito válida na monitorização da evolução da afasia, uma vez que por se tratar de um instrumento simples permite detetar pequenas evoluções em quadros linguísticos mais graves, assim como poderá ser aplicada em re-avaliações contínuas comparando os resultados ao longo da intervenção. Por se tratar de um instrumento simples e de fácil aplicação, poderá ser utilizado por diversos profissionais, facilitando desta forma a identificação do défice linguístico e contribuindo para um encaminhamento precoce para um profissional especializado.

O facto de se tratar de uma prova curta e direccionada para avaliações superficiais poderá ser fortemente influenciada por outros défices cognitivos ou sensoriais, que poderão ter impacto no desempenho do paciente e conseqüentemente no seu resultado final, pelo que é necessário um despiste prévio destas possibilidades. Outro ponto negativo deste instrumento é o facto de não possuir uma avaliação direta da capacidade de nomeação, apenas avalia a expressão oral através de discurso coloquial e descrição de imagem. O facto de não ter associado objetos e a imagem ser a preto e branco poderá prejudicar pacientes com defeitos sensoriais (tais como, alteração de visão, neglect ou hemianopsia) e/ou com uma escolaridade mais reduzida, devido à dificuldade na interpretação da imagem por uma baixa exposição a este tipo de estímulos.

Considera-se que seria pertinente em trabalhos futuros a continuação deste estudo de forma a definir pontos de corte para os diferentes tipos de afasia, uma vez que presentemente apenas foram definidos dois pontos de corte distintos de acordo com a escolaridade. Seria interessante perceber se o nível de escolaridade irá influenciar os resultados gerais da prova, uma vez que se trata de uma prova constituída por sub-itens de baixa complexidade e o facto de os participantes apresentarem uma elevada escolaridade irá promover uma maior reserva cognitiva que poderá facilitar o seu desempenho. Contudo neste estudo, o nível médio de escolaridade foi o 4º ano com um elevado número de participantes iletrados, pelo que não foi possível chegar a nenhuma conclusão relativamente a esta questão. Por fim, considera-se pertinente a comparação de grupos com afasia resultante de lesão vascular no hemisfério esquerdo com grupos de alterações linguísticas resultantes de lesões vasculares no hemisfério direito. No presente estudo foi comparado o grupo com afasia com um grupo sem perturbação linguística (considerado grupo de contraste), de forma a verificar se existia uma discrepância significativa entre ambos, uma vez que a prova seria sensível para defeito de linguagem e não de fala. Contudo se ambos os grupos apresentassem défices linguísticos, apesar de distintos tendo em conta a localização da lesão, será que o número de falsos positivos iria aumentar ou a prova continuaria a apresentar o elevado nível de sensibilidade verificado neste estudo?

Em termos de conclusão geral, constata-se que a Bedside de Linguagem é um instrumento válido para a população portuguesa, uma vez que permite uma fácil identificação de defeito linguístico pelos diferentes profissionais de saúde e poderá ser uma mais-valia para os pacientes que serão encaminhados precocemente, tendo a possibilidade de iniciar o seu

Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)

programa de reabilitação o mais cedo possível. Além disso é um instrumento de avaliação acessório para os Terapeutas da Fala, que o poderão utilizar numa fase inicial pós AVC ou como suporte para reavaliações futuras.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

Al-Khawaja, I., Wade, D. & Collin, C. (1996). Bedside screening for aphasia: a comparison of two methods. *J Neurol*, 243, 201- 4.

Ardila, A. (2006). Las aphasias. Flórida: Department of Communication Sciences and Disorders.

Bakheit, A., Shaw, S., Barrett, L., Wood, J., Carrington, S., Griffiths, S., Searle, K. & Koutsi, F. (2007). 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*, 21, 885.

Benson, D. & Ardila, A. (1996) Aphasia – A Clinical Perspective. *New York: Oxford University Press*.

Benton, A., Hamsher, K. & Sivan, A. (1994). Multilingual aphasia examination (3<sup>a</sup> ed). *Iowa City: AJA Associates*.

Borod, J., Carper, M. & Goodglass, H. (1982). WAIS performance IQ in aphasia as a function of auditory comprehension and constructional apraxia. *Cortex*, 18, 199–210.

Bruce, C. & Edmundson, A. (2010). Letting the CAT out of the bag: A review of the Comprehensive Aphasia Test. Commentary on Howard, Swinburn, and Porter, “Putting the CAT out: What the Comprehensive Aphasia Test has to offer”. *Aphasiology*, [24 (1)], 79–93.

Castro Caldas, A. (1999). A Herança de Franz Joseph Gall: o cérebro ao serviço do corpo humano. Lisboa: *McGraw Hill*.

Demir, S., Altinok, N., Aydin, G. & Ko`seoglu, F. (2006). Functional and cognitive progress in aphasic patients with traumatic brain injury during post-acute phase. *Brain Injury*, 20:1383–1390.

Derenzi, E. & Vignolo, L. (1962). The token test: A sensitive test to detect receptive disturbances in aphasic patients. *Brain*, 85:665–78.

Doesborgh, W., Van de Sandt-Koenderman, D., Dippel, F., Van Harskamp, P., Koudstaal, E. & Visch-Brink (2003). Linguistic deficits in the Speakability.

Enderby, P., Wood, V., Wade, D. & Langton Hewer, R. (1987). The Frenchay Aphasia Screening Test: A short, simple test for aphasia appropriate for nonspecialists. *International Journal of Rehabilitation Medicine*, 8, 166-170.

Enderby, P. & Crow, E. (1996). Frenchay Aphasia Screening Test: validity an Comparability. *Disability and Rehabilitation*, [18 (5)], 238-240.

Ferro, J. & Pimentel, J. (2006) Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento. Lisboa, Porto; *Edições Técnicas Lda*.

Folstein MF, Folstein SE & McHugh PR.(1975) "Mini-mental state". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 12(3):189-98.

Fratalli, C., Thompson, C., Holland, A., Wohl, C. & Ferketic, M. (1995). American Speech-Language-Hearing Association Funcional Assessment of Communication Skills for Adults. Rockville: ASHA.

Gazzaniga, Michael Saunders, Ivry, Richard B. & Mangun, George Ronald (2009) Cognitive Neuroscience: *The Biology of the Mind*. W W Norton & Company Incorporated

Gialanella, B. & Prometti, P. (2009). Rehabilitation length of stay in patients suffering from aphasia after stroke. *Top Stroke Rehabilitation*, [16 (6)], 437 – 444.

Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)

Gialanella, B. (2011). Aphasia assessment and functional outcome prediction in patients with aphasia after stroke. *J. Neurology*, 258:343–349

Goldstein, L. & McNeil, J. (2004). *Clinical Neuropsychology: A Practical Guide to Assessment and Management for Clinicians*. England: Copyright.

Goodglass, H. & Kaplan, E. (1983). *The assessment of aphasia and delated disorders*. Malvern: Lea & Febiger.

Helm-Estabrooks, N. (2002). Cognition and aphasia: A discussion and a study. *Journal of Communication Disorders*, (35), 171–186.

Hinckley, J. (2002). Vocational and social outcomes of adulta with chronic aphasia. *Journal of Communication Diorders*, (35), 543-560.

Huber W., Poeck K., Weniger D. & Wilmes K. (1983). Der aachener aphasie test. Hogrefe: Göttinger.

Kalbe, E., Reinhold, N., Brand, M., Markowitsch, H., Kessler, J. (2005). 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*, 27:779–794.

Kaplan, E., Goodglass, H. & Weintraub, S. (1983). *The Boston Naming Test* (2<sup>a</sup> ed.) Philadelphia: Lea & Febiger.

Kertesz, A. (1982). *Western Aphasia Battery test manual*. The Psychological Corporation.

Kwa, V., Limburg, M. & Haan, R. (1996). The role of cognitive impairment in the quality of live after ischaemic stroke. *Journal Neurology*, 243:599–604.

Leal, G. (2003). Avaliação da afasia. *Psychologica* (34), 129-142.

Leal, G. (2006). Avaliação funcional da pessoa com afasia: Construção de uma escala. *Re(habilitar)* – Revista da ESSA. (3), 7-24.

Leal, G. & Martins, I. (2005). Avaliação da afasia pelo Médio de Família. *Revista Portuguesa Clinica Geral* (21), 359-64.

Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A. & Zoghaib, C. (1989). The Communicative Effectiveness Index: Development and psychometric evaluation of functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Research* (54), 113-124.

Lourenço, R. & Veras, R. (2006). Mini-Exame do Estado Mental: características psicométricas em idosos ambulatoriais. *Revista Saúde Pública* [40 (4)], 712-9.

Mayo, N., Korner-Bitensky, N. & Becker, R. (1991). Recovery time of independent function post-stroke. *Am J Phys Med Rehabil.* 70:5–12.

Murray, L. (1999). Attention and aphasia: theory, research and clinical implications. *Aphasiology* (13), 91–111.

Murray, L. & Chapey, R. (2001). *Assessment of language disorders in adults - Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (4<sup>ed</sup>), 55-126. Baltimore: Willians & Wilkins.

Murray, L., Ramage, A. & Hopper, T. (2001). Memory impairments in adults with neurogenerc communication disorders. *Seminars in Speech and Language* (22), 127–136.

Nakase-Thompson, R., Manning, E., Sherer, M., Yablon, S., Gontkovsky, S. & Vickery, C. (2005). Brief assessment of severe language impairments: Initial validation of the Mississippi aphasia screening test. *Brain Injury* [19(9)], 685–691.

Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)

Paolucci, S., Antonucci, G., Pratesi, L., Trallesi, M., Lubich, S. & Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology* (21[1]), 98-123.

Pedersen, P. (1999). Neuropsychological impairments in stroke: Frequency, time-course, and relevance for rehabilitation. *Thesis, Hillerød*.

Peña-Casanova, J. & Pérez Pamies, M. (2005). *Reabilitação da afasia e transtornos associados*. São Paulo. Editora Manole.

Sabe L., Curtis M., Saavedra M., Prodan V., Luján-Calcano M. & Melián S. (2008). Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: 'bedside de lenguaje'. Utilización en un centro de rehabilitación. *Revista de Neurología* 46 (8), 454-460.

Salter K., Jutai J., Foley N., Hellings C. & Teasell R. (2006). Identification of aphasia post stroke: a review of screening assessment tools. *Brain Inj*, 20, 559-68.

Sarno, M. (1993). Aphasia Rehabilitation: psychosocial and ethical considerations. *Aphasiology* [7 (4)] , 321-334.

Speakability.[http://www.speakability.org.uk/Aphasia+Information/speakability\\_causes\\_of\\_aphasia.htm](http://www.speakability.org.uk/Aphasia+Information/speakability_causes_of_aphasia.htm) .13-03-2012 18:25.

Spreen, O. & Strauss, E. (1998). *A compendium of neuropsychological tests*. New York: Oxford University Press.

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

The Stroke Association (2008)

[http://www.stroke.org.uk/information/all\\_about\\_stroke/rehabilitation/communication/aphasiahtml](http://www.stroke.org.uk/information/all_about_stroke/rehabilitation/communication/aphasiahtml)  
Aphasia. 19-02-2012 22:45

Adaptação de uma bateria curta para avaliação de pessoas com afasia (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008)

Van Mourik, M., Verschaene, M., Boon, P., & Paquier, P. (1992). Cognition in global aphasia: indicators for therapy. *Aphasiology*, (6), 491–499. [16(6)],437–444.

Wade, D., Hewer, R., David, R. & Enderby, P. (1986). Aphasia after stroke: natural history and associated deficits. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* [49(1)],11–16.

## ANEXOS

---

### ANEXO I

#### Composição da prova original “Bedside de Linguagem”

##### *a) Lenguaje espontáneo*

###### *- Nombre*

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva.

0,5 puntos: respuesta incompleta o parafasias fonémicas.

1 punto: responde nombre y apellido correctamente.

###### *- Dirección*

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva (estereotipias, etc.).

0,5 puntos: respuesta incompleta o parafasias fonémicas.

1 punto: responde con su dirección completa.

###### *- Oración*

0 puntos: ausencia de habla o comprensión auditiva.

1 punto: sólo una unidad de contenido.

2 puntos: dos unidades de contenido.

3 puntos: estructura sintáctica completa.

##### *b) Comprensión*

###### *- ¿Estamos en Escobar?*

0 puntos: respuesta errónea (en caso de que el paciente se encuentre desorientado en el espacio, se le puede hacer otra pregunta similar).

1 punto: respuesta correcta.

- *¿Tiene puesto un saco rojo?*

0 puntos: respuesta incorrecta.

1 punto: respuesta correcta.

- *Tóquese la nariz*

0 puntos: ejecución incorrecta.

1 punto: ejecución correcta.

- *Señale la silla y luego la puerta*

0 puntos: ejecución incorrecta.

0,5 puntos: ejecución incompleta.

1 punto: ejecución completa.

- *Mire la puerta, míreme a mí y luego cierre los ojos*

0 puntos: ejecución incorrecta.

0,5 puntos: ejecución incompleta.

1 punto: error en el orden.

2 puntos: ejecución correcta.

### **c) Repetición**

- *Pan*

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias.

1 punto: repetición correcta.

- *Radio*

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias.

1 punto: repetición correcta.

- *Algunas veces*

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias.

1 punto: repetición correcta.

- *¡Cierra la puerta!*

0 puntos: ausencia de respuesta o parafasias.

1 punto: repetición correcta.

- *Envía esto a tu amigo antes del jueves*

0 puntos: ausencia de respuesta.

1 punto: repetición correcta.

#### **d) Escritura**

- *Nombre y apellido*

0 puntos: ausencia de letras legibles.

0,5 puntos: respuesta incompleta.

1 punto: nombre y apellido completo.

- *Escritura al dictado (opción: letras móviles)*

0 puntos: ausencia de letras o números legibles, orden incorrecto.

0,5 puntos: respuesta incompleta.

1 punto: ejecución correcta bajo cualquier modalidad.

- *Escritura de frase simple (lámina 'un señor leyendo el diario')*

0 puntos: ausencia de palabras.

1 punto: sólo una unidad de contenido.

2 puntos: dos unidades de contenido.

3 puntos: estructura sintáctica completa.

#### **e) Lectura**

- *Asociación palabra-dibujo*

0 puntos: asociación incorrecta.

2 puntos: asociación correcta de los tres estímulos.

- *Orden simple: 'levante la mano'*

0 puntos: ausencia de ejecución.

1 punto: ejecución correcta.

- *Completar oraciones*

0 puntos: ejecución incorrecta.

1 punto: elección correcta de una de las dos opciones.

2 puntos: elección correcta de ambas oraciones.

## APÊNDICES

---

### APÊNDICE I

#### **Pedido de autorização aos autores da “Bedside de lenguaje” (Sabe *et al.*, 2008) para adaptação da prova para a população portuguesa**

E-mail de: Ana Lúcia Cruz

Para: Liliana Sabe

Mi nombres es Ana Lúcia Cruz y ejerció funciones de terapeuta del lenguaje (LOGOPEDA) en el centro de rehabilitación neurológica en el sur del país. Actualmente estoy asistiendo a el grado de maestría en Neurociencia Cognitiva y Neuropsicología de la Universidad de Algarve (Portugal).

Estoy enviando este correo electrónico, porque me gustaría hacer una ajuste a la lengua portuguesa en la evaluación da la afasia “bedside de lenguaje”, que es en el siguiente artículo: Desarrollo y validación de una batería corta de evaluación de la afasia: ‘bedside de lenguaje’. Utilización en un centro de rehabilitación, publicado en el Revista de Neurología en el 2008.

Por lo tanto, vengo a pedir autorización para llevar a cabo este trabajo

Le saluda atentamente,

Ana Lúcia Cruz

---

E-mail de: Liliana Sabe

Para: Ana Lúcia Cruz

Buenas noches

Estimada Ana Lucía,

Le envío el material gráfico del Bedside de Lenguaje, las consignas y el formulario que utilizamos.

Cuando tengan la versión en portugués, por favor, envíenla para dar nuestro consentimiento.

Muchas gracias por estar interesada en nuestro trabajo, y cualquier duda, no dude en volver a

consultarnos.

saludos

Liliana Sabe

E-mail de: Liliana Sabe

Para: Ana Lúcia Cruz

Estimada Ana Lucía,

Excelente trabajo. Otorgo la aprobación y su utilización clínica del instrumento de evaluación de afasias “Bedside de Lenguaje” de diseño y creación propios, publicado en Revista de Neurología en el año 2008 (REV NEUROL 2008;46:454-460) y traducido al portugués Ana Lucía Cruz.

Saludos cordiales,

Lic. Liliana Sabe

Lic. Liliana Sabe  
Jefe Rehabilitación Cognitiva/Lenguaje  
Neurología Cognitiva y Neuropsiquiatría  
FLENI  
lsabe@fleni.org.ar

## APÊNDICE II

### Pedido de colaboração às instituições para a recolha de dados

Ana Lúcia Bento da Cruz

R. Democrática de S.Tomé e Príncipe nº8

7750-344 Mértola

Tel: 965779739

Para: Conselho de ética do Centro de Medicina e Reabilitação do Sul

Assunto: Projeto de Dissertação de Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia

Exmos Senhores,

A signatária, Ana Lúcia Bento da Cruz, mestranda no Mestrado em Neurociências Cognitivas e Neuropsicologia, a decorrer na Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, está a realizar a dissertação final de mestrado, que tem por título: “Adaptação de uma bateria curta (Bedside de lenguaje, Sabe *et al.*, 2008) para avaliação de pessoas com afasia”.

Venho assim, por este meio, pedir a colaboração do Centro de Medicina Física e Reabilitação do Sul para a realização deste estudo.

O presente estudo vai no sentido de suprimir a lacuna que existe relativamente à inexistência de “testes de cabeceira” para a população portuguesa, através da validação de um instrumento já existente (“bedside de lenguaje” – Sabe *et al.*, 2008). Além disso trata-se de uma prova rápida e sensível, possível de ser aplicada por diferentes profissionais de saúde, que permite

um encaminhamento precoce e desta forma uma intervenção terapêutica mais rápida, maximizando assim os objetivos da reabilitação. Para a realização do estudo é necessária a aplicação de uma prova de rastreio de linguagem, a indivíduos com afasia ou disartria, consequentes de uma lesão cerebral de origem vascular. A aplicação da prova tem um tempo médio de 10 a 15 minutos. Os dados obtidos destinam-se apenas a fins académicos e científicos, sendo a autora do estudo a única a ter acesso aos dados recolhidos.

Junto remeto o projeto de realização da dissertação de mestrado e a prova a utilizar na recolha de dados.

Antecipadamente grata pela atenção dispensada e, sem outro assunto, subscrevo-me,

Com os melhores cumprimentos

---

(Ana Lúcia Cruz)