



«Importância da Avaliação Linguística em utentes com patologia neurológica»

Filipa Vilar¹

¹ Terapeuta da Fala, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação – Pólo HPV, Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

Nas últimas décadas, o crescente progresso científico na área da Saúde dependeu, em grande parte, da evolução dos instrumentos de observação e medida, bem como, da utilização de dados válidos e fiáveis na solução de problemas que interessavam e preocupavam a toda a humanidade.

Paralelamente a este desenvolvimento dos recursos tecnológicos, metodológicos e estatísticos para a produção de conhecimentos científicos, assistiu-se a uma mudança de paradigma centrado na prática clínica por uma prática baseada na evidência. A denominada “Era do Conhecimento” também desencadeou grandes inovações no plano organizacional, criando a necessidade de formar profissionais com capacidade de diagnosticar e resolver problemas, de tomar decisões, de criar, de intervir, de trabalhar em equipa, de se auto-organizarem e de se reconstruírem num ambiente em constante mudança.

Neste contexto, a emergência da criação de instrumentos quantitativos de avaliação da linguagem surgiu bastante ligada ao contexto da prática baseada na evidência. Através da existência destas provas quantitativas, foi possível ao Terapeuta da Fala (TF) estabelecer um diagnóstico, classificar o tipo de perturbação e estruturar um plano de intervenção terapêutica adequado, através de uma avaliação precisa, minuciosa e eficaz do quadro de cada um dos seus utentes.

No recurso a este tipo de instrumentos de observação é importante que o TF conheça o tipo de teste (autores, data de publicação, data de revisão, replicação e validação em outras línguas), a corrente linguística que adoptou, o que pretende medir e que tarefas linguísticas o compõem para esse fim, o método de cotação dos itens que o integram e os parâmetros de padronização e standardização. Deter conhecimentos sobre este tipo de procedimentos torna a tomada de decisão sobre a escolha do teste mais consistente e eficaz e permite evitar a ocorrência de falhas cujas consequências podem ser desastrosas para a qualidade de vida dos utentes com quem trabalhamos. Quando falamos de comunicação e de linguagem estes aspectos adquirem uma importância acrescida, uma vez que referimos a essência a partir da qual a aprendizagem se processa.

O objectivo primordial do presente trabalho é demonstrar a importância da avaliação linguística pelo Terapeuta da Fala, a adultos com patologia neurológica, permitindo assim direccionar o programa de intervenção terapêutico para a obtenção de resultados satisfatórios que permitirão a recuperação dos défices linguísticos e a reinserção do utente na comunidade.

O sucesso da reabilitação do utente afásico depende não só do mesmo (seja por motivos pessoais, sociais, físicos, psicológicos ou clínicos) mas também, de uma avaliação criteriosa, aprofundada, específica e direccionada para o origem dos défices linguísticos. E por este motivo, é tão importante a planificação da avaliação pelo Terapeuta da Fala.

Leitura integral do artigo e referências bibliográficas no Suplemento I, através do [link](#).

«Tenho um familiar afásico, e agora?»

Filipa Vilar¹

¹ Terapeuta da Fala, Serviço de Medicina Física e de Reabilitação – Pólo HPV, Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

A afasia é uma perturbação da linguagem resultante de uma lesão cerebral (acidente vascular cerebral, traumatismo craneo-encefálico, tumor, doença degenerativa, entre outras), que engloba um conjunto de alterações que tornam o utente incapaz de comunicar com o seu meio como o fazia anteriormente.

A avaliação linguística por um Terapeuta da Fala (TF) é importante pois permitirá perceber quais as áreas comunicativas afectadas e quais as áreas preservadas.

Mediante esta avaliação, o TF esclarece a família sobre a situação e fornece conselhos práticos de como ajudar os familiares na comunicação com o utente. Desta forma, a Terapia da Fala é fundamental no processo de recuperação do utente afásico.

O processo de reabilitação pode ser longo e complexo. Este depende de vários factores (pessoais, sociais, físicos, psicológicos, clínicos), assim como, da colaboração e participação da família ao longo de todo o processo para o sucesso da intervenção.

É ainda importante que o utente tenha capacidade e vontade de colaborar com todos os médicos e técnicos de saúde que intervêm no seu processo de reabilitação.

Neste artigo é apresentado um guia de apoio para a família e/ou cuidadores do utente com afasia, que pretende ser um recurso útil durante o período de internamento e após a alta hospitalar.

Manual de Apoio no Anexo I através do [link](#).

«A Intervenção do Terapeuta da Fala na reabilitação do doente submetido a Laringectomia total»

Raquel Aires¹, Gabriela Torrejano¹, Cristina Simões¹, Elizabeth Moscoso¹

¹ Terapeuta da Fala, Serviço de Otorrinolaringologia – HSM, Centro Hospitalar Lisboa Norte, E.P.E.

O cancro da laringe, assim como os tumores de cabeça e pescoço, interferem seriamente com as funções humanas básicas e essenciais, tais como, a respiração, a fonação, a ressonância, a articulação verbal, a deglutição e o olfacto.

A intervenção que o Terapeuta da Fala (TF), especialista na área da reabilitação da voz, realiza com utentes com Laringectomia Total (LT) ou Laringectomia Parcial (LP) ultrapassa em muito o ensino de técnicas para a aquisição de uma voz de substituição.

Numa fase inicial, o utente é integrado na consulta de grupo de patologia cervical (constituída pelo médico otorrinolaringologista, pelo médico oncologista, pelo radioterapeuta, pelo psicólogo, pelo anatomopatologista, pelo enfermeiro e pelo terapeuta da fala), na qual é apresentado o plano cirúrgico e tratamentos que este deve seguir. O papel do TF é definir os momentos de avaliação e fornecer orientações ao utente e seus familiares.

Segundo Benninger (1998), existem três momentos ideais:

1. Pré-tratamento: período que engloba a fase de avaliação e de orientação;
2. Pós-tratamento imediato: período na qual se dá início ao processo de reabilitação da voz, da respiração, da alimentação e do olfacto;
3. Pós-tratamento prolongado: período na qual o utente é acompanhado na terapia e nas consultas de follow-up.

Na avaliação pré-operatória, o utente é informado dos aspectos funcionais relacionados com as estruturas que vão ser intervencionadas e que mudanças podem ocorrer nas funções das mesmas (Camargo, 2001).

É também fornecida informação aos familiares para que o trabalho realizado em contexto hospitalar tenha continuidade no ambulatório. Deste modo, as dúvidas e inseguranças que as famílias sentem nesta fase inicial são assim, esclarecidas.

O objectivo principal da reabilitação é aproveitar as potencialidades das estruturas remanescentes (estruturas ósseas e musculares) e readquirir um padrão miofuncional, o mais próximo do normal (Nemr, 1998).

1. VOZ ORO-ESOFÁGICA

Laringectomia Total sem prótese fonatória: O utente inicia a terapia da fala após: (1) retirar a sonda naso-gástrica; (2) confirmar que se alimenta oralmente sem dificuldades; (3) verificar que não existem contra-indicações ou complicações pós operatórias e (4) terminar os tratamentos de radioterapia. O TF inicia o programa de reabilitação pelo controlo da respiração (agora realizada pelo orifício de traqueostomia) e pela dissociação do ar que consegue colocar na cavidade oral (o utente realiza pequenos sopros e produz sons apenas com a boca).



Existem alguns métodos para a produção da voz de substituição:

- a. **Deglutição de ar**: Este método está actualmente em desuso uma vez que pode causar refluxo e a quantidade de ar não

permite que a voz seja produzida de forma uniforme e inteligível.

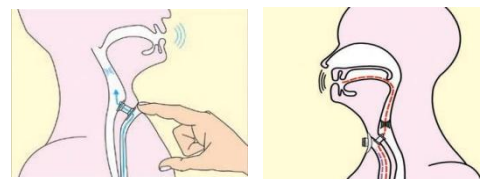
- b. **Injecção de ar**: Este é o método mais utilizado. O ar é dirigido para o esófago com movimentos rápidos da língua e é produzido um som que faz vibrar o esfíncter cricofaríngeo. A miotomia do esfíncter cricofaríngeo, realizada durante a cirurgia, induz o relaxamento muscular e leva a uma maior vibração e a uma voz oro-esofágica audível.
- c. **Inalação**: É o método menos usado. Existe entrada de ar no esófago ao mesmo tempo que é feita uma inspiração pelo traqueostoma.

2. VOZ TRAQUEOESOFÁGICA

Laringectomia Total com prótese fonatória: A voz traqueoesofágica é possível através de um procedimento cirúrgico que permite a colocação de uma válvula unidireccional entre a parede da traqueia e o esófago.

Após a inspiração, e pressionando o orifício de traqueostomia, o ar é dirigido para o esófago e ocorre vibração do esfíncter cricofaríngeo. Produz-se então uma voz igualmente esofágica mas com o ar que vem dos pulmões. Os resultados são uma maior extensão frásica, melhor qualidade vocal e uma melhor elegibilidade.

3. LARINGE ELECTRÓNICA



Este aparelho é utilizado por utentes que não conseguem desenvolver uma voz oro-esofágica ou traqueoesofágica. O aparelho é colocado na região submentoniana e é aplicada uma ligeira pressão. Esta permite a produção de uma voz audível, pouco elegível e, comumente, caracterizada como artificial e electrónica.



Desde 1984 que, os terapeutas da fala do CHLN, intervêm na reabilitação do utente oncológico com cancro de cabeça e pescoço.

O acompanhamento pela Terapia da Fala realiza-se na enfermaria, no período pré e pós-operatório. É, também, realizada uma consulta de acompanhamento e orientação ao utente e família na qual o TF procede ao ensino da voz de substituição, e são fornecidas informações para uma correcta adaptação às mudanças a nível respiratório e alimentar.

Tabela de Necessidades no Anexo II ([link](#)) e Folheto no Anexo III ([link](#)).



«A Intervenção da Terapia Ocupacional após Cirurgia dos Tendões Flexores da Mão»

Liliana Mendes¹

Revisão: Alda Batista^{1,2}, Cátia Jesus¹, Marta Silva¹, Sílvia Pinheiro¹,

¹ Terapeuta Ocupacional, Hospital de Santa Maria, Centro Hospitalar Lisboa Norte, EPE

² Técnica Coordenadora dos Terapeutas Ocupacionais do HSM-CHLN

A mão é um órgão dos sentidos que nos permite estar em contacto e explorar o meio que nos rodeia, bem como reconhecer objectos e factores externos que nos possam causar lesões. É utilizada na comunicação e na expressão das emoções.

Consegue desempenhar diversas actividades desde as mais simples às mais complexas e delicadas, sendo o principal agente de preensão. Esta pode ser de dois tipos: força e precisão¹ (Fig. 1 e 2)



Fig. 1: Tipos de preensão de força: A- Esférica; B- Em gancho; C- Cilíndrica
Fonte: Terapia Ocupacional SMFR HSM-CHLN



Fig. 2: Tipos de preensão de Precisão: A- Em lâmina; B- Díade; C- Chave; D- Triade
Fonte: Terapia Ocupacional SMFR HSM-CHLN

A mão como parte fundamental e complexa do nosso corpo, pode sofrer lesões músculo-tendinosas durante o desempenho das actividades da vida diária. Destas lesões podem surgir complicações sendo necessária a intervenção cirúrgica ao nível dos tendões da mão.

No âmbito deste trabalho abordaremos apenas os tendões flexores da mão.

Devido às características anatómicas destes tendões, a mão divide-se em cinco zonas (Fig. 3), cada uma com características próprias².

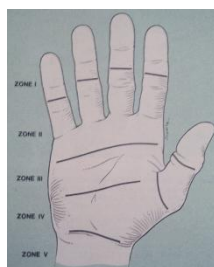


Fig. 3: Divisão da mão em zonas
Fonte³

A Terapia Ocupacional, através de uma abordagem centrada no utente, pretende modificar os componentes que ficam comprometidos após uma lesão ao nível dos tendões flexores e que possam prejudicar o desempenho ocupacional do indivíduo.

Para se entender correctamente o papel da Terapia Ocupacional bem como a sua abordagem, é essencial definir **Ocupação**.

Segundo a Associação Canadiana de Terapeutas Ocupacionais⁴, a Ocupação é tudo aquilo que a pessoa realiza com o intuito de cuidar de si própria (auto-cuidados), desfrutar da vida (lazer) ou

contribuir para o desenvolvimento da sua comunidade (produtividade). Estas ocupações podem ser tão elementares como alimentar-se ou vestir-se ou tão elaboradas como conduzir um carro ou desempenhar uma actividade laboral. A Terapia Ocupacional tem assim, o papel fundamental de habilitar para a ocupação, o que significa colaborar com as pessoas na escolha, na organização e no desempenho de ocupações que estas achem úteis ou significativas num determinado contexto.

A utilização da ocupação é exclusiva dos Terapeutas Ocupacionais, quer como meio quer como fim. O objectivo final do processo de Terapia Ocupacional é a promoção da saúde e a participação activa nos vários papéis ao longo da vida, através do envolvimento em ocupações. Para o alcançar, o Terapeuta Ocupacional utiliza essas mesmas ocupações como meio de implementação da intervenção, através do envolvimento dos utentes, ao longo do processo, em ocupações seleccionadas pelo seu valor terapêutico⁵.

Na reabilitação dos tendões flexores da mão após cirurgia, a Terapia Ocupacional baseia a sua abordagem no Modelo Biomecânico. Este defende que a diminuição ou limitação de componentes de desempenho, tais como a amplitude articular e de movimento, a força muscular e *endurance*, resultantes de uma doença ou lesão, compromete o envolvimento ocupacional do indivíduo, impedindo-o de realizar de forma satisfatória as suas actividades da vida diária⁶.

O Modelo de Reabilitação é também uma referência na intervenção do Terapeuta Ocupacional, que pressupõe o retorno à actividade através do uso de ortóteses e de produtos de apoio que compensam a incapacidade provocada pela lesão.

A tarefa primordial do Terapeuta Ocupacional é a avaliação inicial do utente após a cirurgia.

O processo de avaliação permite ao Terapeuta Ocupacional traçar o perfil ocupacional do utente. Este é definido depois de tomar conhecimento da história clínica (estruturas lesadas, nível da lesão e tipo de cirurgia realizada) e da realização de uma entrevista com o utente que fornece todos os dados acerca das suas preocupações, interesses, limitações, necessidades e expectativas. É ainda feita uma análise da história ocupacional do utente (padrões de rotina diária, interesses, valores e necessidades) e do seu desempenho ocupacional (avaliação dos componentes de desempenho que comprometam a participação nas actividades significativas).

Na avaliação dos componentes de desempenho, são contemplados nomeadamente amplitude articular e de movimento, força de preensão e de pinça, avaliação de sensibilidades, edema, integridade dos tecidos e coordenação de movimentos.

Estes componentes de desempenho são avaliados através de instrumentos de avaliação específicos tais como goniometria (amplitudes articular e de movimento), dinamometria (força de preensão e pinças) e volumetria (edema); e testes padronizados tais como Monofilamentos (sensibilidades), *Perdue Pegboard*, *Box and Block*, *Nine Hole Peg*, *Roeder* e *Manipulative Aptitude* (coordenação e destreza manual).

A informação recolhida proporciona uma ferramenta fundamental para guiar o raciocínio clínico do Terapeuta Ocupacional na selecção e aplicação das várias teorias e modelos de referência para o processo de intervenção.

O principal objectivo do plano de intervenção é promover o deslizamento eficaz dos tendões lesados de forma a proporcionar uma boa funcionalidade da mão e, conseqüentemente, o desempenho de forma independente e satisfatória das actividades da vida diária identificadas como significativas.

Existem três tipos de abordagem pós-operatória dos tendões flexores: protocolo de imobilização, protocolo de mobilização precoce passiva e protocolo de mobilização precoce activa.

Muitos autores defendem a importância da mobilização precoce no tratamento dos tendões pós-cirurgia. Após vários estudos experimentais e clínicos, verificou-se que a cicatrização intrínseca pode ser estimulada através da aplicação de movimento passivo precoce nos primeiros estádios do processo de cicatrização, para além de prevenir a formação de aderências^{7,8,9,10}.

O protocolo de mobilização precoce passiva é o mais defendido pelos autores, uma vez que no protocolo de mobilização precoce activa existe maior risco de ocorrer ruptura do tendão lesado^{3,8,9,10}.

Este protocolo está definido para um período de 12 semanas dependendo de factores intrínsecos e extrínsecos do utente. A intervenção pode começar logo na primeira semana no pós-operatório.

É colocada uma ortótese dorsal que mantém o punho flectido a 20°, as articulações metacarpofalângicas (MTF) a 45° de flexão enquanto que as interfalângicas proximais e distais são mantidas na posição neutra, ou seja, em extensão, por meio de velcros, como demonstra a figura 4. Esta deve ser usada permanentemente até à quinta ou sexta semana.



Fig. 4: Ortótese dorsal

Fonte: Terapia Ocupacional SMFR HSM-CHLN

Nas primeiras quatro semanas, o Terapeuta Ocupacional ensina ao utente um conjunto de exercícios de mobilização passiva, com o objectivo de activar o deslizamento tendinoso e prevenir a formação de aderências.

Nesta fase, o terapeuta tem também a preocupação de reduzir o edema através da realização dos exercícios e da aplicação de técnicas específicas.

Dois dias após a remoção dos pontos, que ocorre normalmente na terceira semana, é aplicada massagem na cicatriz com o objectivo de aderências e melhorar a sua elasticidade.

Após a quarta semana, a ortótese é retirada nas sessões terapêuticas, enquanto o Terapeuta Ocupacional ensina o utente a mobilizar passivamente todas as articulações desde o punho aos dedos, dentro das amplitudes de segurança.

São iniciados exercícios de *tenodesis* dos dedos (fig. 5A); e exercícios activos de deslizamento tendinoso diferencial (Fig. 5B) que têm a finalidade de obter um deslizamento máximo e diferencial dos tendões flexores ao nível da palma da mão e do punho.



Fig. 5: Exercícios de mobilização activa: A- Tenodesis; B- Deslizamento tendinoso diferencial

Fonte: A⁹; B- Terapia Ocupacional SMFR HSM-CHLN

Na sexta semana, a ortótese dorsal é retirada definitivamente. O Terapeuta Ocupacional poderá realizar uma ortótese de posicionamento para uso nocturno, ou durante o dia em locais públicos como por exemplo os transportes colectivos, apenas por precaução (Fig. 6).



Fig. 6: Ortótese de posicionamento para uso nocturno

Fonte: Terapia Ocupacional SMFR HSM-CHLN

São introduzidos exercícios de bloqueio para isolar o deslizamento dos tendões flexor profundo e flexor superficial. Nestes exercícios, a força excessiva deve ser evitada durante a flexão do tendão recém-cicatrizado. Actividades de pinças e preensão sem resistência também já podem ser realizadas.

Na oitava semana são realizados exercícios de resistência gradual sendo utilizados vários materiais, nomeadamente silicone, *theraband*, molas e *hand helper*.

Após a 12ª semana já poderão ser realizados exercícios de resistência moderada e simulação de actividades da vida diária e laboral.

Num estudo realizado, a maioria dos participantes referiu ter sentido dificuldade em realizar tarefas quotidianas (por exemplo, abrir portas, higiene pessoal, usar o computador), tendo sentido a necessidade de quebrar as regras de protecção¹¹.

Uma vez que a autonomia dos utentes é primordial durante a fase de reabilitação, é necessário o ensino da realização das actividades da vida diária com segurança. São ainda aconselhados produtos de apoio (Fig. 7) e introduzidas estratégias alternativas (Fig. 8) que facilitam a execução dessas mesmas tarefas de forma independente.



Fig. 7: Produto de apoio para chaves

Fonte: Terapia Ocupacional SMFR HSM-CHLN



Fig. 8: Estratégias alternativas para a escrita no computador (A) e talher (B)
Fonte¹¹

Leitura integral do artigo e referências bibliográficas no Suplemento II, através do [link](#).