

# Validação portuguesa da escala Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) numa população de pessoas com afasia

## Portuguese validation of the Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) in people with aphasia

Gabriela Leal<sup>1</sup> e Ana Sancho<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Terapeuta da Fala, Laboratório de Estudos de Linguagem, Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Centro Hospitalar Lisboa Norte, Lisboa, Portugal

<sup>2</sup> Terapeuta da Fala, Centro de Medicina de Reabilitação do Alcoitão, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa, Alcoitão, Portugal

### Palavras-chave

ASHA-FACS, afasia, comunicação funcional, avaliação

### Resumo

O objetivo deste estudo é adaptar e validar a escala Functional Assessment of Communication Skills for Adults da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA-FACS) de Fratalli e colaboradores, 1995. Este instrumento avalia a comunicação funcional de pessoas com alterações de fala, linguagem e defeitos cognitivos. É constituído por 43 itens divididos em

quatro domínios: comunicação em sociedade; comunicação de necessidades básicas; leitura, escrita, conceito de número e planeamento do dia a dia.

Participaram 60 pessoas com afasia, 34 homens e 26 mulheres. A validação semântica da versão portuguesa foi ratificada, após a avaliação e as sugestões de um painel de peritos. Aplicaram-se os 43 itens.

Obteve-se um Alfa de Cronbach = 0.96 para os quatro domínios da escala e um  $\alpha=0.94$  para as dimensões qualitativas. As correlações entre as pontuações quantitativas e o quociente de afasia (medida de gravidade do defeito) foram significativas ( $p \leq 0,001$ ) moderadas e altas.

Os resultados são concordantes com os obtidos na validação da versão original. ◀◀

### Keywords

ASHA-FACS, aphasia, functional communication, assessment

### Abstract

The purpose of this study was to adapt and validate Functional Assessment of Communication Skills for Adults of American Speech-Language-Hearing Association (ASHA-FACS) (Fratalli et al., 1995) which evaluates the functional communication of adults who have speech, language, or cognitive impairments. This instrument consists in 43 items divided in four domains: social communication; communication of basic needs; reading, writing, number concept and daily planning.

Sixty aphasic patients, 34 males and 26 females, participated in this study. Semantic validation was confirmed after evaluation and suggestions by an expert review panel. The 43 items of the scale were applied. The Alpha of Cronbach=0.96 was obtained to the four scale's domains and  $\alpha=0.94$  to qualitative dimensions. All the correlations between the quantitative scores and the aphasia quotient (a language severity measure) were statistically significant ( $p \leq 0.001$ ) high and moderate.

The Portuguese ASHA-FACS adaptation presented good psychometrics results that were similar to the results of original version. ◀◀

### Introdução

Um dos principais objetivos da terapia da fala é promover a restituição da comunicação funcional e é sabido que muitas pessoas, apesar das perturbações de linguagem, conseguem desempenhar atividade profissional, passatempos e ter vida social.

A inserção social faz-se, primordialmente, através da comunicação em qualquer das suas modalidades (verbal, não verbal, oral ou escrita). Assim, a perda dessas capacidades pode levar ao isolamento social, gerando um círculo vicioso: quanto menor capacidade comunicativa menor inserção social, logo menor estimulação do meio, o que favorece

\* maria.leal@chln.min-saude.pt

o agravamento e a diminuição das competências comunicativas.

O conceito de avaliação da comunicação funcional foi introduzido em 1965 por Martha Taylor Sarno (1) e, em 1980, Audrey Holland (2) voltou a salientar a sua importância tendo construído uma bateria de testes com esse objetivo. Também Beukelman (3) (1984) referiu a importância da avaliação da comunicação funcional definindo como principais objetivos, a análise das necessidades individuais de comunicação e a mensuração do desempenho funcional.

Em 1990, uma assembleia de peritos da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA) (4) chegou a consenso sobre a definição de Comunicação Funcional: “a capacidade de receber ou emitir mensagens, independentemente do modo, de forma eficaz e autónoma, num determinado contexto”.

Esta definição engloba um conceito lato de comunicação que vai para além de aspetos isolados, como a inteligibilidade do discurso, a compreensão auditiva ou a expressão oral. Para além disso, não restringe a comunicação à oralidade, incluindo a comunicação gestual ou o uso de qualquer meio aumentativo de comunicação; contempla ainda os aspetos qualitativos da comunicação, como a eficácia e a autonomia (no sentido de não ser necessária a ajuda de outros). Também a questão do contexto é importante porque é necessário adequar a comunicação aos diferentes ambientes em que decorrem as interações e estas são, por sua vez, influenciadas pelas exigências da vida real.

Os mesmos peritos (ASHA, 1990) definiram que na Avaliação da Comunicação Funcional se deve avaliar a capacidade de comunicar com os outros em diferentes contextos e diferentes ambientes; permitir o uso de qualquer suporte à comunicação; considerar o tempo requerido para a comunicação e a familiaridade com o ouvinte. Deve ser ainda tido em conta o ajustamento que o interlocutor tem que fazer para receber ou melhorar a receção das mensagens.

A situação ideal para avaliar a comunicação de um doente seria observá-lo no seu ambiente natural, mas a principal barreira a ultrapassar para fazer uma avaliação funcional de rotina é justificar a sua necessidade.

Os testes clínicos são desenhados para avaliar as capacidades residuais em cada modalidade linguística e avaliam os aspetos linguísticos que estão na base das competências comunicativas verbais (a linguagem oral, a leitura e a escrita). Por seu lado, a avaliação funcional foca-se na atuação do doente

nas várias tentativas que usa para contornar o defeito de linguagem e na capacidade para comunicar em contextos naturais (no supermercado, usando o telefone para uma emergência...)

Na avaliação funcional determinam-se os aspetos pragmáticos da comunicação. As baterias tradicionais têm sobretudo valor diagnóstico – centram-se na avaliação das capacidades de linguagem e são vários os defeitos que lhes são apontados: 1) insuficientes para descrever todas as competências comunicativas e explicar as diferenças nas capacidades funcionais de algumas pessoas com afasia; 2) avaliam o processamento e não o uso da linguagem; 3) não identificam as necessidades efetivas do doente e não refletem as suas reais capacidades para desempenhar tarefas do dia a dia; 4) falham em considerar as competências não verbais que compensam o defeito verbal e suportam a interação social e 5) não permitem observar os fatores ambientais que podem interferir quando o doente comunica com estranhos ou o impacto familiar (5).

A avaliação funcional é importante para a análise do comportamento do indivíduo no seu meio, permite verificar os comportamentos em contexto real, ajuda a identificar estratégias de reabilitação mais eficientes para minimizar a deficiência e contribui igualmente para a consciencialização do sujeito em relação às suas deficiências, o que fomenta e melhora o seu envolvimento no processo de reabilitação.

A avaliação da comunicação funcional mantém-se restringida a alguns instrumentos que têm em comum o facto de evitarem avaliações de comportamentos linguísticos puros e isolados, valorizando a comunicação contextualizada, complexa e multifacetada (6).

## **Medidas de Comunicação funcional**

Functional Communication Profile (FCP) (Sarno, 1969) (7). Foi desenhado para testar o comportamento comunicativo dos afásicos em ambientes informais. Consiste em 45 itens sobre comportamentos específicos de comunicação, pontuados numa escala de nove pontos.

Communicative Abilities in Daily Living (CADL) (Holland, 1980) (2). É um teste de simulação de situações em que é pontuado o ato comunicativo de conseguir passar a mensagem. As respostas podem ser verbais ou não verbais. É constituído por 68 itens divididos em 10 categorias de atividades do dia a dia.

Edinburgh Functional Communication Profile (EFCP) (Skinner et al., 1984) (8). É dividido em 6 categorias de comunicação. Dentro de cada contexto

há 7 possibilidades de resposta que pode ser dada em 5 modalidades: fala, gesto, mímica facial, vocalização ou escrita.

Everyday Language Test (ELT) (Blomert *et al.*, 1987) (5). Contém 15 situações do dia a dia, usa “role playing” e cada situação é avaliada segundo dois aspetos: o uso de elementos para ser considerada adequada e o uso de elementos convencionais. Este teste foi modificado em 1990 dando origem ao ANELT (Blomert e col., 1994).

The Communicative Effectiveness Index (CETI) (Lomas *et al.*, 1989) (9). É uma escala visual analógica de 10 cm (variando entre absolutamente incapaz até igual ao que era antes). Consta de 16 itens divididos em 4 categorias de comunicação. É preenchida pelo cônjuge ou por quem passa mais tempo com o doente.

Amsterdam-Nijmegen Everyday Language Test (ANELT) (Blomert *et al.*, 1994) (10). Usa 10 cenários de vida diária. É pontuado por 2 escalas de 5 pontos. Cada situação é pontuada em relação à inteligibilidade do discurso e à “abrangeência” da mensagem.

The American Speech-Language-Hearing-Association Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS) (Frattali *et al.*, 1995) (11)

Este instrumento de avaliação da comunicação funcional foi desenvolvido pela Associação Americana de Terapeutas da Fala (ASHA) em 1995 com orientações muito bem definidas e precisas de avaliação. De acordo com os autores devia ser uma medida para avaliar a deficiência e não a incapacidade ou a desvantagem; devia avaliar as funções comunicativas mais referidas pela pessoa com dificuldades de comunicação e os seus familiares; devia ser medida em contextos comunicativos naturais e observáveis; devia ser capaz de avaliar a função comunicativa em adultos com diferentes problemas de comunicação e em diferentes estádios de recuperação; devia avaliar o desempenho e não o potencial da funcionalidade comunicativa; devia incluir itens que fossem comuns à maioria das pessoas, sem interferência da idade, género, estatuto social ou educacional e diversidade cultural e devia ser rápido e fácil de pontuar pelo terapeuta da fala e ser facilmente compreendido por todos os que possam usar os resultados para tomar decisões (i.e. a pessoa com afasia, a família ou a entidade pagadora).

Trata-se de uma medida “generalista” composta por 44 itens avaliados por duas escalas: uma que avalia o nível de independência da comunicação e outra que avalia a natureza do defeito funcional (aspetos qualitativos).

Apesar de não estar traduzido e validado para a população portuguesa, parece o instrumento mais suscetível de ser aplicado nas pessoas com afasia.

Não existe, em Portugal, um instrumento validado que avalie a capacidade de comunicação funcional e a grande dificuldade em traduzir e validar estes testes deve-se, principalmente, às diferenças culturais.

Entre os terapeutas da fala portugueses o instrumento de avaliação de eficácia comunicativa mais usado é o Perfil de Comunicação Funcional (PCF), traduzido para a língua portuguesa nos anos 80, mas que nunca foi validado para a população portuguesa. Apesar disso, o recurso a este instrumento é prática corrente na avaliação de pessoas com afasia, dado complementar a avaliação formal de linguagem fornecendo dados acerca da comunicação funcional.

O PCF tem uma correlação elevada interavaliadores ( $r=.95$ ) (Sarno, 1969) e num estudo realizado por Garcia (2008) (12) que incluiu 99 pessoas com afasia, encontrou-se uma forte correlação entre o PCF e outras medidas de gravidade da afasia, nomeadamente o Quociente de Afasia da Bateria de Avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL) (13, 14, 15) ( $r=.809$ ) e a escala de gravidade da Boston Diagnostic Aphasia Examination (16) ( $r=.892$ ), o que dá a garantia de que se trata de uma medida que pode ser usada para avaliar o defeito de comunicação na população afásica portuguesa e que, apesar de ser das avaliações mais antigas, continua a ser muito referido na literatura. Não obstante, a ASHA-FACS parece permitir uma definição mais detalhada do perfil funcional da pessoa com afasia.

A ASHA-FACS permite uma avaliação simples, rápida e que apenas requer papel e lápis, e fornece dados importantes sobre o comportamento comunicativo da pessoa com afasia. O terapeuta que a utiliza pode planejar de maneira fundamentada a orientação e o tratamento da pessoa. Este instrumento pode também ser importante para a pesquisa na área da comunicação e pode ser extensiva a outros grupos de pessoas com patologia cerebral difusa (os doentes com declínio cognitivo ligeiro e demência de Alzheimer) como já foi feito noutros estudos (17, 18).

Pelas razões expostas que, fundamentalmente, se referem à importância, à necessidade e à não existência de uma ferramenta para avaliação da comunicação funcional, que venha a ser mais um indicador de eficácia para as intervenções do terapeuta da fala, quer na prática clínica quer em trabalhos científicos, o objetivo deste trabalho foi traduzir e validar a ASHA-FACS para ser usada na população afásica portuguesa adulta.

## Método

### Participantes

Foram avaliados 60 sujeitos que se encontravam a fazer terapia da fala no Laboratório de Linguagem (n=27), no Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão (n=24), na Unidade de Cuidados Continuados de Maфра (n=3) e em consultório (n=6). O critério de admissão para este estudo foi o doente ter afasia de causa vascular, provocada por um único AVC e ter como língua mãe o português de Portugal. Foram incluídas pessoas com quadros de afasia recentes e crónicos.

De acordo com o valor do Quociente de Afasia (QA) os sujeitos foram divididos em três grupos de gravidade: graves quando o QA era inferior a 50%; moderados quando o QA variava entre 50% e 75% e ligeiros quando o QA era superior a 75%.

No quadro 1 encontram-se os dados sociodemográficos dos participantes.

**Quadro 1** – Características sociodemográficas dos participantes

	<b>Pessoas com afasia (n=60)</b>
Idade: média e DP; [amplitude]	64,48±11,64; [36-82]
Sexo: masculino; feminino	34; 26
Escolaridade:	
analfabeto	2
até 4 anos	23
5-9 anos	3
10-12 anos	10
+ de 12 anos	22
Tipo de afasia:	
Global	13
Broca	4
Transcortical Mista	2
Transcortical Mot.	1
Wernicke	3
Condução	9
Transcortical Sensorial	7
Anômica	13
Sequelas	8
Gravidade:	
ligeira (QA>75%)	19
moderada (QA≥50% e ≤75%)	17
grave (QA<50%)	24
Tempo de evolução (meses): média e DP; [amplitude]	17,5±31,23; [1-172]
Situação profissional:	
emprego tempo inteiro	21
emprego "part-time"	3
desempregado	1
doméstica	8
reformado p/ idade	23
reformado p/ invalidez	4

### Instrumento

A "Functional Assessment of Communication Skills for Adults" da American Speech-Language-Hearing Association (ASHA-FACS) foi criada em 1995 por Carol Fratalli e colaboradores(11). Este instrumento é composto por 43 itens divididos em quatro domínios: 21 itens sobre comunicação em sociedade, 7 itens de comunicação de necessidades básicas, 10 itens de leitura, escrita e conceito de número e 5 itens de planeamento do dia a dia.

Dentro de cada domínio são especificados os comportamentos que vão ser avaliados e pontuados. Por exemplo, na comunicação em sociedade, avalia-se a capacidade de participar num grupo de conversação; no planeamento do dia a dia averigua-se a capacidade de usar o telefone ou de cumprir compromissos agendados. Dá-nos informações quantitativas numa escala de 7 pontos que mede o desempenho funcional para cada item, ao longo de um "continuum" de independência (Escala de Independência na Comunicação). Cota-se de 1 a 7 (1 corresponde à necessidade de ajuda máxima e 7 à não necessidade de ajuda), segundo a necessidade de ajuda para comunicar que o sujeito requeira.

Após a administração da ASHA-FACS pode obter-se a média para cada domínio, percebendo-se quais as áreas em que se verificou maior ou menor grau de comprometimento comunicativo, bem como a média global de independência comunicativa do sujeito. No quadro 2 pode ver-se um exemplo preenchido com as cotações da independência comunicativa de um dos participantes neste estudo.

Este instrumento dá-nos ainda uma informação qualitativa da comunicação a qual é avaliada através de uma escala (Escala das Dimensões Qualitativas da Comunicação) de 5 pontos que cota a adequação,

**Quadro 2** – Cotações da Independência Comunicativa

Domínio avaliado	Cotação total	Total de itens cotados	Cotação média
Comunicação em Sociedade	142	21	6,8
Comunicação de necessidades básicas	49	7	7,0
Leitura, escrita e conceito de número	65	10	6,5
Planeamento do dia a dia	35	5	7,0
Total da cotação média dos domínios			21,3
Nº total de domínios cotados			4
Cotação média global da Independência na Comunicação			6,8

**Quadro 3 – Cotações das Dimensões Qualitativas da Comunicação**

Domínio avaliado	Adequado	Apropriado	Prontidão	Partilha de comunicação			
Comunicação em Sociedade	4	5	4	5			
Comunicação necessidades básicas	5	5	5	5			
Leitura, escrita e conceito de número	3	5	4				
Planeamento do dia a dia	5	5	5				
Cotação total dimensões	17	20	18	10			
Nº total de domínios cotados	4	4	4	2	Total das cotações médias	Total das dimensões cotadas	Cotação média global dim qualitativas
Cotação média das dimensões	4,3	5,0	4,5	5,0	18,8	4	4,7

a conveniência, a prontidão e a partilha de comunicação de acordo com a frequência com que se observam na comunicação do sujeito, em cada uma das áreas avaliadas. Obtém-se informação adicional, permitindo uma melhor caracterização da comunicação funcional do sujeito em cada domínio. Cota-se de 1 a 5 (correspondendo o 1 a nunca e o 5 a sempre) de acordo com o desempenho comunicativo global no domínio considerado, não para cada item e independentemente do(s) modo(s) de comunicação utilizado(s).

Os dados são resumidos num quadro final depois de calculados os valores médios de cada dimensão qualitativa. Calcula-se ainda a média global das Dimensões Qualitativas da Comunicação como se pode ver no exemplo do quadro 3.

A ASHA-FACS deve ser preenchida por um Terapeuta da Fala que conheça o desempenho comunicativo do sujeito em diferentes situações. O indivíduo não precisa estar presente aquando do preenchimento. Pode recorrer-se a familiares ou pessoas próximas do sujeito para conseguir cotar itens específicos. A parte inicial é composta por um questionário que refere a idade, lateralidade, escolaridade, atividade profissional, condições de habitação (sozinho, com a família, em instituição), língua dominante, possíveis dificuldades auditivas e visuais e uso de próteses para corrigi-las.

A escala demora cerca de 20 minutos a preencher. Não se penaliza o sujeito por recorrer a um Sistema Aumentativo ou Alternativo da Comunicação (SAAC),

desde que não requeira qualquer ajuda. Se relativamente a um dado item se observa uma variação no desempenho do sujeito, deve atribuir-se a respetiva cotação mais baixa. Ressalva-se que a consistência e frequência da comunicação são avaliadas nas Dimensões Qualitativas.

A versão portuguesa da ASHA-FACS respeitou as regras da tradução/retroversão/tradução e foi efetuada pelas autoras, foi depois submetida a um grupo de peritos constituído por seis terapeutas da fala com vários anos de experiência profissional no campo da afasia. Depois da análise crítica feita por este grupo chegou-se à tradução final que foi retrovertida por um falante de língua inglesa com bons conhecimentos do Português, chegando-se à versão final.

A validade de conteúdo da escala está garantida pelo processo de construção da escala pelos autores originais, e o procedimento de tradução/retroversão seguido garante-nos que o conteúdo da escala não foi posto em causa pela sua tradução.

### Procedimentos

Todos os doentes foram avaliados, por terapeutas da fala com pelo menos dois anos de experiência profissional, com a BAAL (13, 14, 15) e para todos foi determinado o Quociente de Afasia (QA) (19). O Quociente de Afasia dá indicação da gravidade da afasia e resulta da média aritmética das respostas percentuais obtidas em quatro provas da BAAL:

**Quadro 4** – Características, cotações médias dos quatro domínios da independência comunicativa e das dimensões qualitativas, nos três grupos de gravidade de afasia

	Afasia ligeira N=19	Afasia moderada N=17	Afasia grave N=24	
Características:				
Idade	59,84±11,85	70,12±8,81	64,17±11,94	K-W 6,81 p=0,03
Escolaridade (anos)	11,37±5,63	8,47±5,77	8,54±4,68	ns
Tempo de evolução	24,32±43,77	12,24±16,72	15,83±27,33	ns
Fluente/não fluente	17/2	14/3	8/16	$\chi^2$ 17,831 p=0,000
Independência Comunicativa:				Teste Kruskal-Wallis Valor de p
Comunicação em sociedade (máx.147)	121,42±17,92	97,41±23,83	59,17±26,96	33,884 0,000
Comunicação de Necessidades Básicas (máx. 49)	45,42±6,56	44,35±4,9	33±10,93	22,267 0,000
Leitura, Escrita e Conceito de Número (máx. 70)	57,61±13,49	39,94±13,86	23,87±17,07	29,728 0,000
Planeamento do dia a dia (máx. 35)	30,59±6,52	20,75±9,55	13,88±9,32	23,398 0,000
Dimensões qualitativas:				
Adequado (máx. 20)	16,50±2,85	14,85±2,56	10,95±4,48	18,686 0,000
Apropriado (máx. 20)	15,69±3,66	13,75±3,19	9,45±4,18	20,861 0,000
Prontidão (máx. 20)	14,44±3,38	12,31±3,15	8,55±4,04	19,995 0,000
Partilha (máx. 10)	9,06±2,86	7,25±1,29	5,14±2,78	24,694 0,000

fluência verbal, nomeação de objetos, repetição de palavras e compreensão de ordens simples. A ASHA-FACS foi preenchida pelo terapeuta da fala que tratava o doente.

No estudo original, foi aplicada uma outra escala de comunicação funcional “The Communicative Effectiveness Index” (9) e um “Rating of Overall Communication Effectiveness” para verificar a validade convergente desta escala.

Em português estes instrumentos não estão validados, pelo que, se decidiu usar, para fazer a validação convergente da escala, o Perfil de Comunicação Funcional (PCF) que foi preenchido pelos terapeutas da fala que seguiram os doentes.

Tentou seguir-se os procedimentos do projeto original e para isso fez-se a comparação entre os três grupos de gravidade (teste Kruskal Wallis e teste Qui-quadrado) em relação à idade, escolaridade, fluência, tempo de evolução e as médias da Independência Comunicativa e das Dimensões qualitativas

da ASHA-FACS. Avaliou-se a validade externa e a validade convergente através do coeficiente de correlação *r* de *Pearson* e a consistência interna do instrumento, através do coeficiente  $\alpha$  de *Cronbach*.

Esta escala foi adquirida por compra direta à ASHA e foi dada permissão, pelos autores, para realizar a sua adaptação.

## Resultados

Analisando os resultados dos três grupos com afasia de diferente gravidade verifica-se que existe diferença significativa em relação à idade (K-W = 6,81, p = 0,03), sendo o grupo com afasia moderada, o mais velho, e em relação à fluência ( $\chi^2$  = 17,83, p = 0,000) havendo um predomínio de afasias não fluentes no grupo grave e, nos grupos moderado e ligeiro, mais afasias fluentes. Não se verificam diferenças quanto à escolaridade e tempo de evolução (quadro 4).

**Quadro 5** – Comparação das pontuações médias da Independência Comunicativa e Dimensões Qualitativas da comunicação nos três grupos de gravidade de afasia (Teste de Kruskal-Wallis)

	Afasia grave n=24	Afasia moderada n=17	Afasia ligeira n=19	
Independência Comunicativa	Média de Rank: 16,92	Média de Rank: 32,79	Média de Rank: 45,61	K-W = 29,04 p = 0,000
Dimensões Qualitativas	Média de Rank: 17,5	Média de Rank: 33,71	Média de Rank: 44,05	K-W = 25,34 p = 0,000

A comparação das cotações médias da Independência Comunicativa e das Dimensões Qualitativas foi feita usando o teste não paramétrico Kruskal-Wallis e constata-se que existe diferença significativa ( $p = 0,000$ ) entre os grupos nas duas medidas (quadro 5).

A consistência interna foi obtida através do coeficiente Alfa de Cronbach. Foram calculados valores para a totalidade de itens que constituem a escala quantitativa e também para cada domínio. Foi também verificada a consistência interna da escala qualitativa quer para a totalidade de itens, quer para cada uma das dimensões qualitativas.

**Quadro 6** – Análise de consistência interna da ASHA-FACS (Independência Comunicativa)

Escala e Domínios	Número de itens	Alfa de Cronbach
Total	43	.96
Comunicação em sociedade	21	.95
Necessidades Básicas	7	.96
Leitura, Escrita e Número	10	.95
Planeamento do dia a dia	5	.95

**Quadro 7** – Análise de consistência interna da ASHA-FACS (Dimensões Qualitativas)

Escala e Domínios	Alfa de Cronbach
Total	.97
Ser adequado (adequação)	.97
Ser apropriado (conveniência)	.96
Prontidão	.97
Partilha de comunicação	.96

**Quadro 8** – Correlações ( $r$  de Pearson) entre o QA e os itens específicos de linguagem com as pontuações quantitativas da ASHA-FACS ( $n = 60$ )

	Comunicação em sociedade	Comunicação Necessidades básicas	Leitura, Escrita e Conceito de Número	Planeamento do dia a dia	Média global da Independência comunicativa
QA ( $n = 60$ )	$r = .73$	$r = .61$	$r = .66$	$r = .55$	$r = .69$
Grau de fluência	$r = .60$	$r = .53$	$r = .47$	$r = .43$	$r = .55$
Nomeação de objectos	$r = .71$	$r = .48$	$r = .69$	$r = .58$	$r = .67$
Compreensão de ordens	$r = .77$	$r = .72$	$r = .68$	$r = .63$	$r = .75$
Repetição de palavras	$r = .67$	$r = .56$	$r = .58$	$r = .45$	$r = .60$

Todas as correlações são significativas para  $p < 0,001$

Verifica-se que a consistência interna na escala é excelente ( $\alpha$  de Cronbach = 0,96) tanto no total da Independência Comunicativa como nos quatro domínios que a compõem, o que traduz a existência de uma correlação alta entre os itens da escala (entre .95 e .96) (quadro 6).

Calculou-se também o valor do alfa de Cronbach para as Dimensões Qualitativas e o valor encontrado é igualmente excelente, tanto no seu total como para cada uma das dimensões, variando entre .96 e .97 (quadro 7).

As correlações entre a pontuação de cada item (por domínio) e a pontuação da independência comunicativa total mostram que o item 14 (compreende expressões faciais;  $r = 0,715$ ), o item 15 (compreende a entoação da voz;  $r = 0,736$ ) e o item 22 (reconhece faces familiares;  $r = 0,522$ ) têm correlações mais baixas (inferiores a 80). Os restantes itens apresentam correlações altas.

A validade externa ficou demonstrada pelos resultados das correlações ( $r$  de Pearson) entre as pontuações quantitativas (parciais dos quatro domínios e o total da Independência Comunicativa) e as dimensões qualitativas para cada domínio, com o valor do QA e os itens específicos de linguagem (fluência do discurso, nomeação de objetos, repetição de palavras e compreensão de ordens). Todas as correlações são significativas para  $p \leq 0,001$ , positivas e maioritariamente moderadas. As correlações mais altas verificam-se com a compreensão de ordem simples (quadros 8 e 9).

**Quadro 9** – Correlações (r de Pearson) entre o QA e as capacidades específicas de linguagem que o determinam, com as pontuações qualitativas da ASHA-FACS (n=60)

	Adequação	Conveniência	Prontidão	Partilha de comunicação	Média global dimensões qualitativas
QA (n = 60)	r = .68	r = .64	r = .58	r = .64	r = .68
Grau de fluência	r = .53	r = .51	r = .48	r = .59	r = .58
Nomeação de objectos	r = .64	r = .60	r = .55	r = .63	r = .63
Compreensão de ordens	r = .80	r = .72	r = .66	r = .68	r = .76
Repetição de palavras	r = .56	r = .57	r = .55	r = .59	r = .61

Todas as correlações são significativas para  $p < 0,001$

Não se encontra qualquer correlação (r de Pearson) significativa entre a idade e a escolaridade e as pontuações médias da Independência Comunicativa e da cotação média das Dimensões Qualitativas.

O resultado da correlação (r de Pearson) entre a cotação média da Independência Comunicativa e a cotação média das Dimensões Qualitativas da comunicação é significativo, positivo e muito alto ( $r = 0,95$ ;  $p < 0,01$ ).

A correlação (r de Pearson) entre as duas escalas que avaliam os aspetos funcionais da comunicação (PCF e ASHA-FACS) revela-se significativa, positiva e alta: Independência Comunicativa:  $r = 0,930$ ,  $p = 0,000$  e Dimensões Qualitativas:  $r = 0,937$ ,  $p = 0,000$ . Como a aplicação das duas medidas não coincidia no tempo em cerca de 40% dos sujeitos da amostra esta análise foi feita em apenas 36 sujeitos.

## Discussão

Os resultados deste estudo convergem em dois pontos principais: (a) a escala de avaliação da funcionalidade comunicativa apresentou uma ótima consistência interna e correlações positivas, algumas altas e outras moderadas, com as capacidades de linguagem e o quociente de afasia; (b) o grau de escolaridade não interfere no desempenho funcional da comunicação dos afásicos, ao contrário da maioria dos instrumentos validados na área da neuropsicologia em que se constata, quase sempre, que a baixa escolaridade corresponde a pior desempenho (20).

Os achados de consistência interna da escala traduzida e adaptada para a população portuguesa estão em concordância com os dados da avaliação da consistência interna obtidos no estudo realizado aquando a elaboração da escala em língua inglesa, nos Estados Unidos, onde se obtiveram valores similares (11).

No cálculo do alfa de Cronbach, na correlação item-total, apenas 3 dos 43 itens da escala apresen-

taram um valor inferior a .80, sendo o mais baixo o item 22 “reconhece faces familiares”. Apesar do coeficiente de correlação deste item ser bastante inferior à média, decidimos mantê-lo porque não vai influenciar a pontuação do teste uma vez que, como todos os doentes reconheciam faces familiares, foi-lhes atribuída a pontuação máxima nesse item. Quem conhece estes doentes não se surpreenderá, porque mesmo nas fases mais agudas os doentes afásicos reconhecem a família e os amigos.

Coincidentemente na versão americana alguns dos terapeutas da fala envolvidos na validação da escala criticaram alguns dos itens, entre os quais estava este e os outros dois cuja pontuação foi mais baixa que a média: compreende expressões faciais e compreende a entoação da voz (11).

A correlação entre as pontuações nos itens da escala e as pontuações nas capacidades de linguagem que determinam o quociente de afasia (fluência, nomeação, compreensão de ordens e repetição de palavras) foram moderadas e este era um resultado esperado porque as medidas de comunicação funcional consideram o impacto das alterações da linguagem no dia a dia dos indivíduos, alterações essas que são medidas através da bateria “standard” de linguagem. Não seria, por isso, de esperar uma tradução direta entre as medidas do defeito linguístico e as medidas funcionais.

Pode parecer um pouco desajustado correlacionar a pontuação da prova de nomeação de objetos ou de compreensão de ordens com as pontuações funcionais, contudo estas correlações (que também foram feitas no estudo original) dão-nos a indicação de como, por exemplo, no caso da compreensão de ordens simples (com a correlação mais alta) ela é importante para a comunicação funcional – se houver um defeito grave de compreensão auditiva há maior tendência para o doente se isolar, não atender o telefone ou participar das conversas, mesmo com a própria família.

A correlação encontrada entre as duas medidas da escala – a quantitativa e a qualitativa – foi significativa e muito alta pelo que se pode concluir que os terapeutas que aplicaram a escala têm uma perceção correta das capacidades funcionais dos doentes que tratam.

Este estudo disponibiliza uma escala funcional, rápida, prática, de fácil aplicação e de baixo custo operacional, que beneficia os serviços de atendimento a pessoas com afasia, seja do sector público ou privado, e preenche uma importante lacuna de indicadores de eficácia para intervenções do terapeuta da fala com esta população.

### Conclusões

A análise crítica dos resultados permitiu estabelecer as seguintes conclusões:

- A ASHA-FACS apresentou uma consistência interna excelente e uma boa correlação com os testes diagnósticos para avaliação da perturbação da linguagem em doentes que sofreram uma lesão cerebral vascular.
- Não se encontrou um efeito significativo da idade e da escolaridade na população estudada.
- A ASHA-FACS mostrou-se de fácil e rápida aplicação e permite obter indicadores de eficácia da intervenção dos terapeutas da fala em doentes com afasia.

A introdução da ASHA-FACS traduzida e validada na prática profissional dos terapeutas da fala portugueses vem possibilitar uma melhor caracterização das capacidades comunicativas da pessoa com afasia. A avaliação funcional da comunicação deixa de estar restringida ao PCF até porque o perfil de comunicação fornecido pela ASHA-FACS é mais detalhado. Deste modo, permite que a intervenção terapêutica seja melhor delineada e mais direcionada para as necessidades individuais das pessoas com afasia, nos diferentes contextos em que se inserem.

### Agradecimentos

As autoras agradecem aos colegas do Laboratório de Estudos de Linguagem e do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão e à colega Inês Rodrigues que aplicaram a escala aos seus doentes e também às Professoras Isabel Pavão Martins e Manuela Guerreiro pelas sugestões e críticas ao artigo.

### Bibliografia

1. Sarno, M.T. (1965). A measurement of functional communication in aphasia. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 46, 101-107.
2. Holland, A.L. (1980). *Communicative Abilities in Daily Living*. Baltimore: University Park Press.
3. Beukelman, D.R., Yorkston, K.M., & Lossing, C.A. (1984). Functional communication assessment of adults with neurogenic disorders. In A.S. Halpern & M.J. Fuhrer (Eds), *Functional assessment in rehabilitation* Baltimore: Paul H. Brookes, 101-115.
4. American Speech-Language-Hearing Association (1990). *Advisory report, Functional communication measures project*. Rockville, M.D.: Author.
5. Blomert, L., Koster, C., Van Mier H., & Kean M.L. (1987). Verbal communication abilities of aphasic patients: the everyday language test. *Aphasiology*, 8, 463-474.
6. Laska, A.C., Bartfai, A., Hellblom A., Murray V., & Kahan, T. (2007). Clinical and prognostic properties of standardized and functional aphasia assessments. *J Rehabil Med*, 39 (5), 387-392.
7. Sarno, M.T. (1969). *The Communication Profile: Manual of directions*. New York: University Medical Center.
8. Skinner, C., Wirz, S., Thompson, I., & Davidson, J. (1984). *Edinburgh Functional Communication Profile*. Edinburg: Winslow Press 1984.
9. Lomas, J., Pickard, L., Bester, S., Elbard, H., Finlayson, A., & Zoghaib, C. (1989). The communicative effectiveness index: Development and psychometric evaluation of a functional communication measure for adult aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 54, 113-124.
10. Blomert, L., Kean, M.L., Koster, C., & Schokker, J. (1994). Amsterdam – Nijmegen Everyday Language Test (ANELT): construction, reliability and validity. *Aphasiology*, 8, 381-407.
11. Frattali, C., Thompson, C., Holland, A., Whol, C., & Ferketic, M. (1995). *American Speech-Language-Hearing Association: Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS)*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.
12. Garcia, F. (2008). Comparison of two measures of severity of aphasia (Aphasia Quotient and Severity Rating Scale) and a measure of functional communication (Functional Communication Profile) in a population of stroke aphasics. Poster presented at the 13<sup>th</sup> International Aphasia Rehabilitation Conference, Ljubljana, Slovenia.
13. Damásio, A.R. (1973). *Neurologia da linguagem*. Tese de doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
14. Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Tese de doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
15. Ferro, J.M. (1986). *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Tese de doutoramento em Medicina. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.
16. Goodglass, H., & Kaplan, E. (1984). *Assessment of aphasia and related disorders*, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lea & Febiger
17. Paul, D., Frattali, C., Holland, A., Thompson, C., Caperton, C., Slater, S. (2004). *Functional assessment of communication skills for adults – Addendum*. Rockville, MD: American Speech-Language-Hearing Association.
18. Carvalho, I., & Mansur, L. (2008). Validation of ASHA-FACS functional assessment of communication skills for Alzheimer disease population. *Alzheimer Disease and Associated Disorders*, 4, 579-590.
19. Kertesz, A. (1982). *The Western Aphasia Battery*. New York: Grune and Stratton.
20. Guerreiro, M. (2003). Idade, escolaridade e sexo: Quais as implicações no desempenho em testes neuropsicológicos? *Psychologica*, 34, 87-97.

### Apêndice: Exemplo

J.D. é um homem de 59 anos que sofreu um AVC do hemisfério esquerdo, em Abril de 2011, de que resultou uma hemiparésia direita e uma afasia não fluente. Trabalhava como serralheiro numa oficina, tem a 4ª classe e vive com a mulher e uma filha solteira de 28 anos.

Foi avaliado no dia 30 de Abril com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa e foi-lhe diagnosticada uma afasia de Broca com um QA de 44,9%. Foi admitido em terapia da fala e após a primeira semana de tratamento foi preenchida a ASHA-FACS com a ajuda da mulher. Obteve as seguintes pontuações:

Comunicação em sociedade: 5,5

Comunicação de necessidades básicas: 5,4

Leitura, escrita e conceito de número: 5,1

Planeamento do dia a dia: 5,4

Para comunicar, J.D. necessitava de ajuda mínima a moderada de outra pessoa, em todos os domínios da comunicação funcional avaliados pela ASHA-FACS. A pontuação média obtida foi 5,4.

A cotação das dimensões qualitativas, avaliadas numa escala de 5 pontos, foi a seguinte:

Ser adequado: 3,0

Ser apropriado: 3,8

Prontidão: 3,3

Partilha na comunicação: 3,5

As pontuações das dimensões qualitativas foram baixas, sobretudo na adequação (perceber o objectivo de uma mensagem e tentar concretizá-lo) e na prontidão (comunicação rápida e eficiente), principalmente devido às dificuldades de expressão, às tentativas de autocorreção, aos erros de sintaxe e à dificuldade de escrita. A pontuação média foi 3,4.

Após seis meses de terapia da fala (em Outubro de 2011), J.D. foi reavaliado com a ASHA-FACS e registou-se uma melhoria em todos os domínios: a pontuação média global da independência comunicativa foi de 6,8/7 e a pontuação média das dimensões qualitativas 4,7/5.

Simultaneamente registou-se uma melhoria quando da reavaliação da linguagem com a BAAL. O Quociente de Afasia evoluiu para 82,7%.

## Functional Assessment of Communication Skills for Adults (ASHA-FACS)

(Tradução e adaptação portuguesa da ASHA-FACS de Fratalli e col, 1995)

### Identificação

Número do doente 123456789

Nome do doente (último, primeiro) Dias, José

Data de nascimento 07/11/1951

Sexo 1  homem 2  mulher

### Leitura / Escrita

Capacidade de leitura pré-mórbida 1  Sim 2  Não 3  Desconhece-se  
(p/ex. ler o jornal)

Capacidade de escrita pré-mórbida 1  Sim 2  Não 3  Desconhece-se  
(p/ex. escrever recados)

Lateralidade pré-mórbida 1  Dextro 2  Canhoto 3  Desconhece-se

### Situação profissional

1  emp tempo inteiro 4  emp protegido 7  reformado por idade

2  emp tempo parcial 5  estudante 8  reformado p/ invalidez

3  desempregado 6  doméstica 9  não aplicável

### Informação geral

Data de avaliação 11/05/2011

Examinador Gabriela Leal

Tipo de avaliação

1  na admissão 4  3ª reavaliação 7  alta  
2  1ª reavaliação 5  4ª reavaliação 8  *follow-up*  
3  2ª reavaliação 6  5ª reavaliação

Grau de dependência

Doente interno

1  hospital  
2  centro / unidade de reab.  
3  outro (descreva)

Doente externo

4  em casa/cuidados domiciliários  
5  em lar/clínica/hospital de dia  
6  outro (descreva)



6. Participa numa conversa em grupo (p/ex. com a família à mesa).....	7	6	5	④	3	2	1	N
7. Responde a perguntas sim/não (p/ex. tem frio?) .....	⑦	6	5	4	3	2	1	N
8. Compreende ordens verbais simples (p/ex. traz o correio).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
9. Compreende intenções (p/ex. “Está a fazer-se tarde”, sugerindo que são horas de ir embora).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
10. Sorri ou ri de comentários com graça (p/ex. “Não envelheço”, “estou cada vez mais novo).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
11. Compreende o sentido figurado e inferências (p/ex. “Ele tem um grande coração”) .....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
12. Compreende conversas mesmo, quando ocorrem em locais barulhentos (p/ex. num café cheio).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
13. Compreende o que ouve na TV e rádio (p/ex. manchetes, desporto, anúncios).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
14. Compreende expressões faciais (p/ex. dentes cerrados, sorriso).....	⑦	6	5	4	3	2	1	N
15. Compreende a entoação da voz (p/ex. tom enfático) .....	⑦	6	5	4	3	2	1	N
16. Inicia uma conversa com outras pessoas .....	7	6	5	④	3	2	1	N
17. Numa conversa dá informação nova acerca de um assunto .....	7	6	5	④	3	2	1	N
18. Muda de assunto numa conversa .....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
19. Adapta-se à mudança de assunto feita pelo parceiro de conversa.....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
20. Reconhece os seus próprios erros de comunicação (p/ex. mostra que percebeu que usou a palavra errada).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
21. Corrige os seus próprios erros (p/ex. corrige erros de nomeação).....	7	6	⑤	4	3	2	1	N

Aspectos qualitativos das pontuações da comunicação			
Comunicação em Sociedade	Adequada	Apropriada	Partilha de Comunicação
	3	3	3

Pontuações da Independência na Comunicação			
Comunicação em Sociedade	Total	Total de itens (de 21)	Média
	116	21	5,5

### Comunicação de Necessidades Básicas

22. Reconhece faces familiares.....	⑦	6	5	4	3	2	1	N
23. Reconhece vozes familiares.....	⑦	6	5	4	3	2	1	N
24. Manifesta que gosta ou não gosta (p/ex. de pessoas, lugares, comida).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
25. Expressa sentimentos (p/ex. alegria, tristeza).....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
26. Pede ajuda quando necessário (p/ex. gesto que a cadeira de rodas está travada).....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
27. Manifesta desejos e necessidades (p/ex. comer, descansar).....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
28. Actua numa emergência (p/ex. chama o 112).....	7	6	5	4	③	2	1	N

Aspectos qualitativos das pontuações da comunicação			
Comunicação de Necessidades Básicas	Adequada	Apropriada	Partilha de Comunicação
	3	4	4

Pontuações da Independência na Comunicação			
Comunicação de Necessidades Básicas	Total	Total de itens (de 7)	Média
	38	7	5,4

**Leitura, Escrita, Conceito de Número**

29. Compreende sinais simples (p/ex. sinal de stop, símbolo de veneno).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
30. Usa listas, guias ou catálogos (p/ex. guia da TV, lista telefónica).....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
31. Segue instruções escritas (p/ex. prescrições, fazer uma sopa instantânea) ...	7	6	⑤	4	3	2	1	N
32. Compreende coisas escritas/texto escrito simples (p/ex. ementa, cabeçalho) .....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
33. Escreve o nome.....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
34. Preenche impressos (p/ex. para participar num concurso).....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
35. Escreve mensagens (p/ex. “Telefona à tua mãe”) .....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
36. Compreende símbolos/sinais com números (p/ex. limite de velocidade, etiquetas com preço) .....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
37. Utiliza dinheiro, faz trocos (p/ex. paga a conta no supermercado, percebe quando lhe dão o troco errado).....	7	6	5	④	3	2	1	N
38. Compreende unidades de medida simples (p/ex. pesos, distâncias, quantidades em receitas culinárias) .....	7	6	⑤	4	3	2	1	N

Aspectos qualitativos das pontuações da comunicação				
Leitura, Escrita, Conceito de Número	Adequada	Apropriada	Prontidão	Partilha de Comunicação
	3	4	3	

Pontuações da Independência na Comunicação			
Leitura, Escrita, Conceito de Número	Total	Total de itens (de 10)	Média
	51	10	5,1

**Planeamento do dia a dia**

39. Sabe que horas são (p/ex. diz as horas).....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
40. Marca números de telefone (sequencia correctamente os números).....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
41. Cumpre compromissos agendados (p/ex. chega a horas à consulta) .....	7	⑥	5	4	3	2	1	N
42. Usa o calendário para actividades relacionadas c/ data (p/ex. marcações, planeamento) .....	7	6	⑤	4	3	2	1	N
43. Orienta-se com o mapa (p/ex. encontra uma localidade no mapa) .....	7	6	⑤	4	3	2	1	N

Aspectos qualitativos das pontuações da comunicação				
Planeamento do dia a dia	Adequada	Apropriada	Prontidão	Partilha de Comunicação
	3	4	5	

Pontuações da Independência na Comunicação			
Planeamento do dia a dia	Total	Total de itens (de 5)	Média
	27	5	5,4

Membro da família, amigo ou cuidador do doente

Outro profissional que trata o doente (p/ex. enfermeira, fisioterapeuta...)

**Cotação da Independência na Comunicação**

Nome do doente <u>José Dias</u>	Tipo de Avaliação: <input checked="" type="checkbox"/> admissão	<input type="checkbox"/> reavaliação 1
	(se reav registrar o nº)	
Número do processo <u>123456789</u>	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> <i>follow-up</i>
Avaliador <u>Gabriela Leal</u>	Data de avaliação <u>11-05-2011</u>	

Cotações da Independência Comunicativa			
Domínio avaliado	Cotação total	Total de itens cotados	Cotação média
Comunicação em Sociedade	116	21	5,5
Comunicação de necessidades básicas	38	7	5,4
Leitura, escrita e conceito de número	51	10	5,1
Planeamento do dia a dia	27	5	5,4

Total da cotação média dos domínios	21,4
Nº total de domínios cotados	4
Cotação média global da Independência na Comunicação	5,4

**Dimensões Qualitativas das Cotações da Comunicação**

Nome do doente <u>José Dias</u>	Tipo de Avaliação: <input checked="" type="checkbox"/> admissão	<input type="checkbox"/> reavaliação 1
	(se reav registrar o nº)	
Número do processo <u>123456789</u>	<input type="checkbox"/> alta	<input type="checkbox"/> <i>follow-up</i>
Avaliador <u>Gabriela Leal</u>	Data de avaliação <u>11-05-2011</u>	

Cotações das Dimensões Qualitativas da Comunicação							
Domínio avaliado	Adequado	Apropriado	Prontidão	Partilha de comunicação			
Comunicação em Sociedade	3	3	3	3			
Comunicação de necessidades básicas	3	4	4	4			
Leitura, escrita e conceito de número	3	4	3				
Planeamento do dia a dia	3	4	3				
<b>Cotação total das dimensões</b>	<b>12</b>	<b>15</b>	<b>13</b>	<b>7</b>			
Nº total de domínios cotados	4	4	4	2	Total das cotações médias	Total das dimensões cotadas	Cotação média global das dim. qualitativas
<b>Cotação média das dimensões</b>	<b>3,0</b>	<b>3,8</b>	<b>3,3</b>	<b>3,5</b>	<b>13,6</b>	<b>4</b>	<b>3,4</b>

**Cotação da Independência na Comunicação**

Nome do doente <u>José Dias</u>	Tipo de Avaliação: <input type="checkbox"/> admissão <input checked="" type="checkbox"/> reavaliação 1 (se reav registrar o nº)
Número do processo <u>123456789</u>	<input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> <i>follow-up</i>
Avaliador <u>Gabriela Leal</u>	Data de avaliação <u>19-10-2011</u>

Cotações da Independência Comunicativa			
Domínio avaliado	Cotação total	Total de itens cotados	Cotação média
Comunicação em Sociedade	142	21	6,8
Comunicação de necessidades básicas	49	7	7,0
Leitura, escrita e conceito de número	65	10	6,5
Planeamento do dia a dia	35	5	7,0

Total da cotação média dos domínios	27,3
Nº total de domínios cotados	4
Cotação média global da Independência na Comunicação	6,8

**Dimensões Qualitativas das Cotações da Comunicação**

Nome do doente <u>José Dias</u>	Tipo de Avaliação: <input type="checkbox"/> admissão <input checked="" type="checkbox"/> reavaliação 1 (se reav registrar o nº)
Número do processo <u>123456789</u>	<input type="checkbox"/> alta <input type="checkbox"/> <i>follow-up</i>
Avaliador <u>Gabriela Leal</u>	Data de avaliação <u>19-10-2011</u>

Cotações das Dimensões Qualitativas da Comunicação							
Domínio avaliado	Adequado	Apropriado	Prontidão	Partilha de comunicação			
Comunicação em Sociedade	4	5	4	5			
Comunicação de necessidades básicas	5	5	5	5			
Leitura, escrita e conceito de número	3	5	5				
Planeamento do dia a dia	5	5	3				
<b>Cotação total das dimensões</b>	<b>17</b>	<b>20</b>	<b>18</b>	<b>10</b>			
Nº total de domínios cotados	4	4	4	2	Total das cotações médias	Total das dimensões cotadas	Cotação média global das dim. qualitativas
<b>Cotação média das dimensões</b>	<b>4,3</b>	<b>5,0</b>	<b>4,5</b>	<b>5,0</b>	<b>18,8</b>	<b>4</b>	<b>4,7</b>