

Barriers and Facilitators Checklist (BFC) 3

Citar da seguinte forma:

Maria da Assunção Coelho de Matos e Luís Miguel Teixeira de Jesus (2013-2015). Barriers and Facilitators Checklist (BFC). Universidade de Aveiro, Portugal. Processo INPI 504712 com despacho de concessão em 13/12/2012, inserido no Boletim da Propriedade Industrial Número 2012/12/18 (243/2012); Deferimento pela IGAC em 13/1/2013 – Nº 424/2013 e 01/09/2015 – Nº 3495/2015/ SIIGAC/2015/7526 (Versão 3). Disponível em Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) <http://acsa.web.ua.pt/>

Quote as:

Maria da Assunção Coelho de Matos and Luís Miguel Teixeira de Jesus (2013-2015). Barriers and Facilitators Checklist (BFC). University of Aveiro, Portugal. INPI Registration Number 504712 and IGAC Registration Number 424/2013 (Version 3 IGAC Registration Number 3495/2015). Available from Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) <http://acsa.web.ua.pt/>

O Barriers and Facilitators Checklist (BFC) permite desenhar o perfil das Barreiras e Facilitadores com que as pessoas com afasia se deparam e que dificultam ou facilitam a sua comunicação e participação social. É constituído por 78 itens. A versão 3 tem agora um manual e inclui um conjunto de 78 cartões que podem ser utilizados para recolher as respostas, desenvolvidos no âmbito de uma Dissertação de Mestrado ([Godinho 2014](#)) que apresenta também os primeiros dados relativos à sua validação.

The Barriers and Facilitators Checklist (BFC) explores the barriers and facilitators experienced by the person with aphasia as interfering with their communication and social participation. It has 78 items. Version 3 includes a manual and 78 cards that can aid the collection of responses, all developed during a M.Sc. project by [Godinho \(2014\)](#) that also represents our first steps toward the validation of this assessment tool.

Os Instrumentos de Avaliação em Saúde da Universidade de Aveiro são distribuídos com uma licença



[Creative Commons - Atribuição-NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/)



BARRIERS AND FACILITATORS CHECKLIST (BFC)

Barriers and Facilitators Checklist			
A. Quando conversas é mais fácil ou mais difícil across países			
	É mais fácil	É mais difícil	Não Aplicável
1. Está a ouvir com atenção o que lhe dizem?			
2. Chama o seu nome para o que vai dizer?			
3. Iniciava o assunto e o compreendes?			
4. Responde para os seus conteúdos?			
5. Lê de mais vezes um texto escrito?			
6. Procura quando não compreendes?			
7. Falas depressa?			
8. Fala devagar?			
9. Sabes qual é o seu problema de fala?			
10. O teu tempo quando fala?			
11. Tens dificuldades que te preocupam?			
12. Dão uma ideia de como falas?			
13. Usas frases simples?			
14. Usas palavras mais importantes de falar?			
15. Respondo a perguntas mais importantes de falar?			
16. Sabes se falas para o (1,11,12)?			
17. Procura uma pessoa de falar para o (2,2,2,2)?			
18. Procura uma pessoa de falar para o (2,2,2,2)?			
19. Procura uma pessoa de falar para o (2,2,2,2)?			
20. Procura uma pessoa de falar para o (2,2,2,2)?			
21. Procura uma pessoa de falar para o (2,2,2,2)?			

B. É mais fácil ou mais difícil:			
	É mais fácil	É mais difícil	Não Aplicável
22. Não uma barreira de vídeo (p. ex. janela) (1,6)			
23. Está num ambiente adequado (p. ex. iluminação de parede, ruído) (6,7,12,13,14,15)			
Consegue alcançar o que quer sem ajuda? (9)			
Talvez muitas pessoas ao mesmo tempo (2,7,16)			
Um tempo de cada vez (10)			
com amigos (5,16)			
em diferentes salas (7,17)			
telefone (16)			
(16)			
(4)			
para (p. ex. acesso a grande tela) (2,14)			
em tempo (1,12)			
(p. ex. computador ou tablet) (7,14)			
imagens, fotos curtas (1,7,12,13)			
(1,7,12,13)			
(1,7,12,13)			

C. Poderá interferir:			
Se ocorrer (3,12)			
	É mais fácil	É mais difícil	Não Aplicável
Teu estilo:			
Tema (4,6)			
Contexto (4,6)			
Estilo pessoal (4,6)			
Número de palavras (p. ex. altura de palavras algumas em sala)			
de sala de aula (1,12,13)			
de sala de aula (p. ex. mais tempo a cada sala) (3,4,12)			
trabalho (p. ex. as barreiras não devem realizar estas)			
(4,6)			
de sala:			
Familiar (2,2,2,12)			
Amigos (2,2,2,12)			
Visítas (2,2,2,12)			
Visítas (2,2,2,12)			
para (p. ex. exemplo: Trabalho, Fala, Tempo)			
(2,2,2,12,13)			
Hospital (4,12)			
Centro de Saúde (4,12)			
Clinica (4,12)			
Emprego (4,12,13)			
Desemprego (4,12,13)			
Abitudão (4,12,13)			
Exemplo (p. ex. exemplo: (7,12,13)			
Exemplo: (7,12,13)			
(p. ex. exemplo: (7,12,13)			
Sala (4,12)			
Uma sala pública como			

Índice

1.	Introdução	3
2.	Introdução aos Conceitos	4
2.1.	<i>Causas da afasia</i>	4
2.2.	<i>Afasia</i>	5
2.3.	<i>Consequências da afasia</i>	5
2.4.	<i>Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde</i>	6
2.5.	<i>Avaliação da pessoa com afasia e CIF</i>	9
2.6.	<i>Barreiras e Facilitadores</i>	10
3.	Barriers and Facilitators Checklist	10
3.1.	<i>Objetivos</i>	10
3.2.	<i>População alvo</i>	10
3.3.	<i>Constituição do instrumento</i>	11
3.4.	<i>Materiais necessários</i>	12
3.5.	<i>Normas de aplicação</i>	12
4.	Referências	15
	Anexos	18
1.	<i>Folha de Registo da BFC</i>	18
2.	<i>Cartões sugeridos para a aplicação da BFC</i>	24

1. Introdução

O Barriers and Facilitators Checklist (BFC) foi desenvolvido na Universidade de Aveiro (Matos & Jesus, 2013; Matos, 2012).

Até ao momento não há conhecimento de um instrumento formal, em Portugal, que permita avaliar as Barreiras e/ou Facilitadores encontrados pelas pessoas com afasia (PCAs) na sua vida diária.

Neste sentido, considera-se pertinente a construção de um instrumento de avaliação como o BFC, assim como a elaboração deste Manual de Aplicação que permite auxiliar os terapeutas da fala, permitindo-lhes uma orientação na sua aplicação e esclarecimentos de dúvidas que possam ocorrer durante a mesma.

Pensa-se deste modo estar a contribuir para uma melhoria da prática clínica destes profissionais, permitindo-lhes uma intervenção mais holística que proporcione uma melhoria na qualidade de vida de todos quantos fazem parte deste processo de intervenção.



2. Introdução aos Conceitos

2.1. *Causas da afasia*

A ocorrência de diferentes patologias neurológicas pode afetar o normal funcionamento do cérebro, e conseqüentemente a capacidade comunicativa de um indivíduo. As alterações linguísticas que decorrem de danos cerebrais acontecem nas áreas cerebrais responsáveis pela linguagem, podendo dever-se a acidentes vasculares cerebrais (AVCs), traumatismos crânio-encefálicos, tumores cerebrais, doenças degenerativas, infeções do sistema nervoso, doenças nutricionais e metabólicas (Ardila 2006).

Os AVCs são um problema de grande importância para a saúde pública, a nível mundial, uma vez que são a terceira maior causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos ((DGS), 2010). Ocorrem de forma abrupta, quando parte do cérebro é subitamente danificada ou destruída devido a uma interrupção ou bloqueio da irrigação sanguínea (Martins, 2006).

Os fatores de risco mais importantes para a ocorrência de um acidente vascular cerebral (AVC) são a idade e a hipertensão arterial, podendo também considerar-se outros fatores de risco como a diabetes, o tabagismo, o alcoolismo, a obesidade, o sedentarismo, a hiperlipidémia, assim como o género e a etnia (Ferro e Pimentel, 2006).

As conseqüências mais comuns que decorrem de um AVC são a hemiplegia, disfagia, afasia, apraxia, alterações visuais, agnosia, disartria, cinestesia, incontinência e dor no ombro. Para além destas alterações, podem ocorrer alterações comportamentais e do foro emocional, estando estes doentes predispostos a graves riscos de saúde e bem-estar (Festas et al., 2006; Martins, 2006).

A grande maioria das pessoas que teve um AVC vê a sua atividade social drasticamente alterada e reduzida, sendo que o contacto familiar se mantém, embora o contato e interação com os amigos se encontrem reduzidos (Martins, 2006). É também frequente o seu isolamento social (Cruice et al., 2006).

As conseqüências sociais de um AVC podem ser agrupadas em 5 grandes categorias: regresso ao trabalho, relações familiares, relações sexuais, finanças e atividades sociais (Daniel et al., 2009).



2.2. Afasia

A afasia é definida como uma alteração das diversas capacidades de interpretação e formulação da linguagem, devido à lesão cerebral e à perda ou não de outras funções cognitivas (Simmons-Mackie e Kagan, 2007).

A maior parte dos indivíduos com afasia apresenta dificuldade em recorrer à linguagem em todas as suas modalidades, isto é, têm dificuldade a nível da compreensão auditiva, expressão, leitura e escrita (Katz et al., 2000; Lyon, 1998; Rogers et al., 1999) e gestos (Marshall, 2002).

Este diagnóstico pressupõe ainda que a linguagem esteja afetada desproporcionadamente relativamente a outros défices que poderão ocorrer em simultâneo, nomeadamente, disfunção motora, perdas sensoriais e sequelas cognitivas não linguísticas, tais como perturbações da memória, das funções executivas ou da pragmática social (Ardila, 2006).

São usualmente descritos quadros diferentes de afasia, dependendo da localização e extensão da lesão, com base nos sintomas de perturbação da linguagem apresentados (Benson e Ardila, 1996; Castro-Caldas, 1999).

A afasia apresenta ainda diferentes períodos de recuperação, sendo que alguns indivíduos recuperam nas primeiras semanas pós AVC mas outros terão uma recuperação muito lenta. Ainda assim, a sua melhoria será gradual e incompleta com uma maior evidência nos primeiros 3 meses (Bruce et al., 2000). Esta recuperação dependerá de muitos fatores, entre os quais, a quantidade de substrato neuronal saudável existente em ambos os hemisférios cerebrais (Marshall, 2002).

2.3. Consequências da afasia

Uma vez que a comunicação é usada na maioria das atividades realizadas diariamente, a afasia pode ter um impacto significativo nas funções da vida diária. São descritas limitações da atividade em PCAs e observa-se que os indivíduos variam muito no tipo de atividades a que se dedicam (Davidson et al., 2003).

Contudo, a afasia não provoca apenas barreiras que dificultam aspetos da vida diária (Chapey, 2001), mas acarreta também modificações de linguagem que afetam a capacidade de a pessoa comentar, sugerir, questionar, discutir, brincar e partilhar histórias de vida (Davidson et al., 2003; Parr et al., 1997).

São ainda indicadas modificações ocorridas em situações relativas à comunicação, dependência física, alterações nas relações interpessoais e amizades, perda de autonomia, restrições na realização de atividades, redução dos contactos sociais, modificações da vida social, estigmatização, dificuldade no controlo das

emoções e sentimentos negativos diversos como a ansiedade, irritabilidade, stresse, aborrecimento e solidão (Joffe et al., 2008). Os sentimentos de embaraço, sensação de impotência e perda de confiança são também comuns (Parr et al., 1997).

A afasia tem um impacto significativo na vida de todos os que com ela convivem e de forma mais alargada na comunidade em que as PCAs se encontram inseridas. Estas dificuldades devem-se ao facto de a comunicação e especificamente a linguagem ser a base das comunicações (Howe et al., 2008).

Além das consequências já descritas, a falta de conhecimento sobre a afasia contribui para uma maior incapacidade dos interlocutores na capacitação do processo de comunicação com alguém que apresenta afasia e/ou em facilitarem o seu envolvimento social (Davidson et al., 2008; Parr et al., 1997).

2.4. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

A *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) (DGS, 2004) é a versão portuguesa da *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF), desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2001, e tem como objetivo geral proporcionar uma linguagem unificada e padronizada, assim como uma estrutura de trabalho que permite descrever os domínios da saúde e os domínios relacionados com esta (DGS, 2004). Permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano, e suas restrições, e serve como enquadramento para organizar esta informação. É estruturada de forma útil, integrada e facilmente acessível e encontra-se dividida em duas partes: *Funcionalidade e Incapacidade* e os *Fatores Contextuais*.

A *Funcionalidade e Incapacidade* é constituída por dois componentes: *Corpo e Atividades e Participação* e inclui ainda os termos *Deficiência*, como sendo a "perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou de uma função fisiológica", *Limitação da Atividade* referindo-se à "dificuldade que um indivíduo pode ter na execução das atividades" e *Restrições na Participação* como sendo os "problemas que o indivíduo enfrenta quando está envolvido em situações da vida real" (DGS, 2004, p. 13). O componente *Corpo* divide-se em *Funções do Corpo*, "as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo funções psicológicas" e *Estruturas do Corpo* dizendo respeito às "partes anatómicas do corpo, tais como órgãos, membros e seus componentes" (DGS, 2004, p. 14). O segundo componente *Atividades e Participação* engloba os aspetos da funcionalidade tanto na perspetiva individual como social, uma vez que a *Atividade* é definida como a "execução de



uma tarefa ou ação por um indivíduo” e a *Participação* corresponde ao “envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real” (DGS, 2004, p. 16).

O segundo domínio da CIF (*Fatores Contextuais*) contém também dois componentes: *Fatores Ambientais* e *Fatores Pessoais*. Os *Fatores Ambientais* “constituem o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida” (DGS, 2004, p. 19). Os *Fatores Pessoais* estão relacionados com o indivíduo e são fatores tais como a idade, sexo, nível social, experiências da vida, que não são classificados, mas que os utilizadores podem incorporar nas suas aplicações desta classificação (DGS, 2004, p. 19).

A CIF tem também influenciado ao longo dos tempos o conceito de afasia, tradicionalmente definida como uma deficiência das funções e estruturas do corpo (Simmons-Mackie e Kagan, 2007). No entanto, como já foi referido, a afasia também tem impacto significativo nas atividades quotidianas da pessoa, assim como na sua participação social uma vez que a comunicação tem um papel crucial nestas duas componentes. Pode concluir-se assim, que da afasia resultam limitações da atividade e restrições na participação, que influenciam a qualidade de vida de todas as pessoas envolvidas neste processo (Simmons-Mackie e Kagan, 2007). Deste modo, atualmente o centro da avaliação e intervenção na afasia pode ser descrito com relação às *Deficiências, Limitações da Atividade e Restrições na Participação* apresentadas (Verna et al., 2009).

Relativamente aos *Facilitadores*, segundo a CIF, estes são considerados os fatores que ausentes ou presentes melhoram a *Funcionalidade* e reduzem a *Incapacidade* de uma pessoa. Estes podem impedir que uma *Deficiência* ou *Limitação da Atividade* se transformem numa *Restrição na Participação*, já que o desempenho real de uma ação é melhorado, apesar do problema da pessoa persistir (DGS, 2004).

A nível das *Barreiras*, estas são também fatores que, ausentes ou presentes, limitam a *Funcionalidade* e provocam *Incapacidade* (DGS, 2004).

De acordo com a CIF é possível estabelecer a classificação das *Barreiras* e *Facilitadores*, com base em cinco capítulos:

- Produtos e Tecnologias - Qualquer produto, instrumento e equipamento ou tecnologia adaptado que melhore a *Funcionalidade* de uma pessoa com *Incapacidade* (DGS, 2004);
- Ambiente Natural e mudanças ambientais feitas pelo homem - elementos do ambiente natural ou físico e dos componentes deste ambiente que foram modificados pelas pessoas, bem como das características das populações humanas desse ambiente (DGS, 2004);



- Apoios e Relacionamentos - pessoas ou animais que dão apoio prático físico ou emocional na educação, proteção, assistência e nos relacionamentos com outras pessoas ou em outros aspetos das suas atividades diárias (DGS, 2004);
- Atitudes - consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores, normas, crenças religiosas e outras (DGS, 2004).
- Serviços, Sistemas e Políticas -
 - *Serviços* que proporcionam benefícios, programas estruturados e operações, em vários setores da Sociedade, organizados para satisfazer as necessidades dos indivíduos (incluindo as pessoas que prestam esses serviços).
 - *Sistemas* que são mecanismos de controlo administrativo e de supervisão organizativa, estabelecidos por autoridades reconhecidas que proporcionam benefícios, programas estruturados e operações em vários sectores da sociedade.
 - *Políticas* que englobam as regras, regulamentos, convenções e normas estabelecidos por autoridades reconhecidas, que regem ou regulam os sistemas que controlam serviços ou outras atividades em vários setores da sociedade (DGS, 2004).

Considerando os 5 capítulos incluídos nos *Fatores Ambientais* são diversas as *Barreiras* e *Facilitadores*, inseridos em cada um deles, que podem interferir aquando da *Participação* das PCAs em atividades do dia-a-dia. No Capítulo dos *Produtos e Tecnologias* alguns dos *Facilitadores* referidos para maximizar a comunicação são a alteração de materiais escritos para pessoas com dificuldades de leitura (utilização de palavras simples, frases curtas e aumento do espaço em branco), bem como a utilização de informações gráficas (imagens) e palavras-chave como suporte. No que respeita ao *Ambiente natural e mudanças ambientais feitas pelo homem*, as situações de comunicação podem ser mais positivas se acontecerem em ambientes familiares, sem ruído ambiente e sem distrações visuais. Nos capítulos de *Apoio e relacionamentos* e *Atitudes*, a comunicação pode ser facilitada se ocorrer com pessoas conhecidas e se os parceiros de comunicação estiverem treinados para utilizar estratégias de comunicação aumentativa e alternativa (CAA). No capítulo dos *Serviços, Sistemas e Políticas*, o facto de a pessoa com afasia (PCA) ter acesso a sessões de Terapia da Fala e frequentar grupos de apoio para PCAs pode ajudar na melhoria das suas competências comunicativas e participativas (Howe, 2008).



Por outro lado, a existência de *Barreiras* poderá dificultar a *Participação* e reduzir o número de experiências comunicativas positivas. Algumas das *Barreiras* encontradas pelas PCAs, incluídas nos capítulos dos *Serviços, Sistemas e Políticas e Atitudes*, podem dever-se à falta de conhecimento sobre a afasia pela sociedade em geral, bem como a existência de instituições de atendimento público com políticas de atendimento rápido (bancos). Englobado pelo capítulo dos *Produtos e Tecnologias*, muitas PCAs podem apresentar dificuldades na utilização de alta tecnologia (computadores e softwares de CAA) e dificuldades na utilização de telefones. Atendendo aos capítulos de *Apoio e relacionamentos* e dos *Serviços, Sistemas e Políticas*, se a PCA estiver inserida num grupo de muitos indivíduos bem como parceiros de comunicação e se estes fornecem pouco tempo para que esta responda, a sua participação pode estar comprometida (Howe, 2008).

2.5. Avaliação da pessoa com afasia e CIF

Numa perspetiva tradicional, os objetivos principais da avaliação eram, após a mesma, utilizar a informação recolhida para estabelecer um diagnóstico, determinar a gravidade da situação e determinar o prognóstico para a sua recuperação (Threats, 2010). A avaliação tradicional da afasia procurava ainda recolher informação acerca dos componentes da linguagem considerados afetados, tais como a nomeação, compreensão auditiva, leitura e escrita (Simmons-Mackie e Kagan, 2007).

A CIF elevou a consciência para o facto de que os *Fatores Ambientais* podem facilitar ou dificultar tanto as *Funções do Corpo* como a *Participação* do indivíduo na sua vida diária (Threats, 2007). É, assim, importante avaliar a PCA ao nível das *Atividades e Participação*, o que muitas vezes implica a observação da pessoa em situações da vida real ou a aplicação de entrevistas à PCA ou outros, considerando as suas tarefas diárias, como a troca de cumprimentos e pedidos de ajuda (Simmons-Mackie e Kagan, 2007).

Assim, as práticas mais atuais de avaliação colocam um grande foco nas necessidades funcionais do indivíduo, incluindo a avaliação dos níveis de *Atividade e Participação* e *Fatores Ambientais*. A avaliação está mais interligada com o que se pretende fazer na terapia e nos resultados que se pretendem obter com a mesma (Threats, 2010).

Assim, apesar de ser importante o trabalho focado nos défices provocados pela afasia, este deve ser sempre complementado com o aumento do acesso a *Facilitadores* e redução das *Barreiras à Participação* facilitando a *Participação* da



PCA em atividades pessoais relevantes, relacionamentos e papéis e maximizando a sua satisfação e qualidade de vida (Kagan e Simmons - Mackie, 2007).

2.6. Barreiras e Facilitadores

Além da classificação já descrita, proposta pela OMS (2001) das classificações das Barreiras apresentadas pela PCA, é sugerida uma classificação diferente por Parr et al. (1997) e Pound et al. (2001). Segundo estes autores, são inúmeras as *Barreiras* encontradas pela PCA no seu dia-a-dia e estas podem ser de quatro tipos:

- Barreiras ambientais - Barreiras no ambiente físico e/ou linguístico;
- Barreiras estruturais - Surgem quando os recursos, serviços e oportunidades estão ausentes ou inapropriados;
- Barreiras de informação - Ausência de informação relevante, oportuna e acessível à sua condição;
- Barreiras atitudinais - Reações de hostilidade e discriminação por parte de outras pessoas.

3. Barriers and Facilitators Checklist

O *Barriers and Facilitators Checklist* (BFC) pretende apetrechar os terapeutas da fala portugueses com um instrumento de avaliação que permite identificar as *Barreiras* e *Facilitadores* encontrados pelas PCAs, assim como pelo seu familiar/cuidador/pessoa significativa, permitindo definir objetivos para a terapia que vão ao encontro das suas necessidades, expectativas e vivências diárias (Matos, 2012).

3.1. Objetivos

O BFC tem como objetivos:

1. Complementar a avaliação tradicional das PCAs (Matos, 2012);
2. Identificar as *Barreiras* e *Facilitadores* existentes na comunicação e na participação social da PCA e dos seus interlocutores, na vida diária (Matos, 2012).

3.2. População alvo



Antes de iniciar a aplicação do BFC, é necessário considerar se este vai ser aplicado à PCA ou ao seu familiar/cuidador/pessoa significativa. Tratando-se da PCA, poderão ser envolvidas:

- Pessoas de ambos os géneros;
- Pessoas de qualquer idade;
- Pessoas nativas do Português Europeu (PE) ou que usam a Língua Portuguesa como primeira língua;
- Com afasia, de acordo com a Bateria de Avaliação de Afasia de Lisboa (BAAL) (Castro-Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986); poderá utilizar-se outro instrumento de avaliação que permita efetuar o diagnóstico de afasia;
- Com um nível de compreensão mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada, de acordo com a prova opcional de compreensão auditiva da BAAL ou outro;
- Pessoas em qualquer fase de recuperação da afasia.

Relativamente aos familiares/cuidadores/pessoas significativas:

- Pessoas de ambos os géneros;
- Pessoas de qualquer idade;
- Nativos do PE ou que usam a Língua Portuguesa como primeira língua;
- Pessoas com um nível de compreensão mantida ou com capacidade de resposta sim/não preservada;
- Sem perturbação neurológica.

3.3. Constituição do instrumento

O BFC é constituído por 78 itens, distribuídos por três grandes grupos:

- Grupo das *Estratégias do Interlocutor*, com 36 itens;
- Grupo dos *Fatores Ambientais e Individuais*, com 27 itens;
- Grupo dos *Fatores Variados*, com 15 itens.

São consideradas *Estratégias do Interlocutor*, todas as atitudes e comportamentos postos em prática pelo interlocutor de comunicação que possam de algum modo facilitar ou dificultar a participação da PCA num processo de comunicação. No que concerne ao grupo dos *Fatores Ambientais e Individuais*, este consiste em fatores que se relacionam com o ambiente físico, social e atitudinal em que as pessoas vivem e pelos quais conduzem a sua vida e que de alguma forma



podem interferir na sua participação em atividades comunicativas. Por fim, o grupo dos *Fatores Variados* que contempla fatores que estando associados a uma situação de afasia e/ou que sendo extrínsecos à PCA podem interferir na sua Participação Social (Matos, 2012).

Segundo Matos (2012) é possível realizar uma comparação da classificação utilizada na BFC com as classificações existentes na literatura internacional, já descritas. Se considerarmos a classificação de Parre t al. (1997) e Pound et al. (2001), pode verificar-se que o grupo das *Estratégias do Interlocutor* contempla itens correspondentes a *Barreiras Ambientais* e a *Barreiras Atitudinais*. No entanto, também contem alguns *Fatores Ambientais* referidos pela CIF (DGS, 2004), nomeadamente relacionados com os *Apoios e Relacionamentos* e com as *Atitudes*. São exemplo de *Barreiras Ambientais* itens como “Fala depressa” ou “Utiliza frases simples”; exemplos de *Barreiras Atitudinais* itens como “Mostra falta de paciência” ou “Respeita o silêncio”.

No que diz respeito ao grupo dos *Fatores Ambientais e Individuais*, pode considerar-se que este contempla *Barreiras Ambientais* e *Barreiras de Informação*. Contempla ainda, fatores relacionados com o *Ambiente Natural e Mudanças Ambientais feitas pelo Homem* assim como alguns *Fatores Pessoais* relatados na CIF (DGS, 2004).

Deste modo foram integradas *Barreiras Atitudinais, Barreiras Estruturais e Barreiras Ambientais* segundo Parr et al. (1997) e Pound et al. (2001) e foram ainda integrados itens relacionados com as *Atitudes, Serviços, Sistemas e Políticas, Apoios e Relacionamentos*, assim como *Fatores Pessoais*, segundo a CIF (DGS, 2004).

3.4. Materiais necessários

Para a aplicação do BFC é necessário a folha de registo das respostas, os cartões com cada item escrito e imagens de “Sim” e “Não”, de forma a facilitar a obtenção de uma resposta por parte das PCAs.

Os cartões sugeridos neste manual são relativos a cada item e contemplam algumas normas, referidas por Herbert et al. (2012):

- tipo de letra: Arial ou Calibri;
- tamanho de letra: entre 14 e 18 pt;
- palavras mais importantes a negrito com um tamanho de letra 2 pt acima das restantes;
- muito espaço branco em torno da mensagem.

3.5. Normas de aplicação



1. O BFC é de aplicação individual, a PCAs de qualquer idade e/ou familiares/cuidadores/pessoas significativas das mesmas;
2. O seu tempo médio de aplicação é de 35 minutos. Nesta previsão não foi contabilizado o tempo necessário ao estabelecimento de um diálogo/interação inicial com a pessoa a quem se vai aplicar. É de referir, que dependendo do nível de compreensão apresentado pela PCA o tempo de aplicação poderá ser maior ou menor;
3. A aplicação do BFC requer o conhecimento prévio do seu conteúdo e forma de aplicação;
4. Este deve ser aplicado num ambiente sem distrações, calmo e confortável;
5. O BFC é composto por três partes, sendo a sua cotação realizada por meio de uma cruz efetuada na coluna correspondente à resposta dada pelo utente e/ou pelo familiar/cuidador/pessoa significativa;
6. Na apresentação do estímulo, o avaliador realiza a leitura em voz alta de cada item, apresentando ao mesmo tempo o cartão facilitador à PCA ou familiar/cuidador;
7. São consideradas as seguintes respostas válidas por parte da PCA:
 - uma resposta oral ou gestual;
 - apontar na folha de resposta qual a sua opção da resposta;
 - apontar para cartões Sim/Não;
8. Durante a sua aplicação, poderá haver necessidade de fornecer as instruções apenas com uma condicionante, ou seja, " É mais fácil comunicar com essa pessoa se..." em vez de " É mais fácil ou mais difícil comunicar com essa pessoa se ...", o que permite obter uma resposta de Sim ou Não;
9. Se o examinador observa que a PCA e/ou o familiar/cuidador/pessoa significativa **não ouviu** o item, é-lhe permitido repetir o item as vezes que forem consideradas necessárias;
10. Se o examinador observa que a PCA e/ou o familiar/cuidador/pessoa significativa **não compreendeu** bem o item, é-lhe permitido: repetir o item falando mais lentamente; usar o material adaptado (cartões) sugerido neste Manual; contextualizar o item, referindo-se a situações do dia-a-dia usuais para a PCA e/ou familiar/cuidador/pessoa significativa; utilizar/apontar objetos reais relativos ao item; ou por fim, utilizar as diversas formas de comunicar (escrita, desenho, gestos).
11. Caso o familiar/cuidador/pessoa significativa esteja presente durante a sua aplicação à PCA, é permitido que esta se refira a situações da vida diária que facilitem a compreensão do item;



12. Caso a PCA e/ou o familiar/cuidador/pessoa significativa seja analfabeta não devem ser aplicados os itens relativos à leitura e à escrita.
13. Caso se verifique cansaço por parte da PCA e/ou familiar/cuidador/pessoa significativa ou deixem de estar reunidas as condições que permitam o prosseguimento da sua aplicação, ela pode ser interrompida e aplicada nas sessões seguintes.



4. Referências

- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami, Florida, EE.UU: Department of Communication Sciences and Disorders. Florida International University.
- Benson, D. e Ardila, A. (1996). *Aphasia - A Clinical Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Bruce, C., et al. (2000). Why should recovery be a cause for concern? An investigation of an unusual pattern of recovery in a man with aphasia. *Aphasiology* (Vol. 14, pp. 755-769).
- Castro- Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular*. Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Castro-Caldas, A. (1999). *A Herança de Franz Joseph Gall. O cérebro ao serviço do comportamento humano*. Lisboa: McGRAW - HILL.
- Chapey, R. (2001). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Baltimore, MD: Williams&Wilkins.
- Cruice, M., et al. (2006). Quantifying aphasic people´s social lives in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20(12), 1210-1225.
- Damásio, A. R. (1973). *Neurologia da Linguagem*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Daniel, K., et al. (2009). What are the Social Consequences of Stroke for Working - Aged Adults? : A Systematic Review *Stroke* (pp. 431-440).
- Davidson, et al. (2008). Exploring the interactional dimension of social communication: A collective case study of older people with aphasia. *Aphasiology* (Vol. 22(3), pp. 235-257).
- Davidson, B., et al. (2003). Identifying the communication activities of older people with Aphasia: Evidence from naturalistic observation. *Aphasiology* (Vol. 17, pp. 243-264).
- DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde (DGS).
- Ferro, J. (1986). *Neurologia do comportamento. Estudo da correlação com a tomografia axial computadorizada*. Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Ferro, J. e Pimentel, J. (2006). *Neurologia - Principios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: LIDEL.
- Festas, I., et al. (2006). Actas da XI Conferência Internacional Avaliação: Formas e Contextos. *PAL-PORT - Uma bateria de Avaliação Psicolinguística das Afasias e de outras Perturbações da Linguagem para a População Portuguesa*. (pp. 619-729). Braga: Psiquilibrios.



- Herbert, R., et al. (2012). Accessible information guidelines: making information accessible for people with aphasia, from www.stoke.org.uk/resource-sheet/accessible-information-guidelines
- Howe, T., et al. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology* (pp. 618-643). London: Routledge.
- Howe, T. (2008). The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- Joffe, V., et al. (2008). *Language Disorders in Children and Adults - New issues in Research and Practice*. Singapore: Wiley.
- Kagan, A. e Simmons - Mackie, N. (2007). Beginning With the End - Outcome-Driven Assessment and Intervention With Life Participation in Mind. *Topic Language Disorders* (Vol. 27(4), pp. 309-317).
- Katz, R., et al. (2000). A multinational comparison of aphasia management practices. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35, 303-314.
- Lyon, J. (1998). *Coping With Aphasia - Coping With Aging Series*. San Diego: Singular.
- Marshall, R. (2002). Having the courage to be competent: persons and families living with aphasia. *Journal of Communication Disorders*, 35, 139-152.
- Martins, T. (2006). *AVC - Qualidade de vida e bem - estar dos doentes e familiares cuidadores*. Coimbra: FormasaDGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Lisboa.
- Howe, T. (2008). The ICF Contextual Factors related to speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology*.
- Matos, M. A. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Universidade de Aveiro.
- Matos, M. A., & Jesus, L. M. (2013). Barriers and Facilitators Checklist (BFC). *Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA)*. Retrieved from www.acsa.web.ua.pt
- OMS. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), 18(4), 237.
- Parr, S., et al. (1997). *Talking about aphasia: Living with loss of language after stroke*. Buckingham, UK: Open University Press.
- Pound, C., et al. (2001). *Beyond Aphasia: Therapies for Living with Communication Disability*. UK: Speechmark.



- Rogers, M., et al. (1999). "Aphasia Management Considered In the Context of the World Health Organization Model of Disablements." *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics of North America* (Vol. 10(4), pp. 907-923).
- Simmons-Mackie, N. e Kagan, A. (2007). *Application of the ICF in Aphasia* (Vol. 28(4)): Seminars in Speech and Language
- Threats, T. (2007). Access for persons with neurogenic communication disorders: influences of personal environmental factors of the ICF. *Aphasiology* (Vol. 21, pp. 67-80).
- Threats, T. (2010). Communication Functioning and Disability. *Assessment in Rehabilitation and Health* (E. Mpofu and T. E. Oakland. ed.). New Jersey: Merrill.
- Verna, A., et al. (2009). "Speech-language pathology services for people with aphasia: A survey of current practice in Australia.". *International Journal of Speech-Language Pathology*, 11(3), 191-205.



Anexos

1. Folha de Registo do BFC

Barriers and Facilitators Checklist

A- Quando comunica é mais fácil ou mais difícil se essa pessoa:	É mais fácil	É mais difícil	Não Aplicável
1. Está a ouvir com atenção o que lhe diz (16).			
2. Chama a sua atenção para o que vai dizer (15).			
3. Insiste enquanto não o compreende (4).			
4. Insiste para se fazer entender (4).			
5. Dá-lhe mais tempo para responder (5,7,10,11,13,16,18).			
6. Avisa quando muda de tema de conversa (11,13).			
7. Fala depressa (5,7,11,15,16).			
8. Fala devagar (5,7,11,15,16).			
9. Sabe qual é o seu problema de fala (6,7,12,16,18).			
10. O interrompe quando fala (2,5,16, 18).			
11. Tenta adivinhar o que lhe quer dizer (5,10, 18).			
12. Diz uma ideia de cada vez (5,15).			
13. Utiliza frases simples (3, 7, 11, 15).			
14. Repete o que disse para o ajudar a compreender (5,15).			
15. Salienta as palavras mais importantes da frase (7,11,12,13,15).			
16. Termina as frases por si (2,5,12,18).			
17. Pergunta uma coisa de cada vez (5,10).			
18. Faz perguntas de resposta sim/não (5,10).			



19. Escreve palavras para que possa apontar a sua resposta (5,7,10).			
20. Usa imagens, fotos, desenhos...para o ajudar a perceber a conversa (11,13,15,18).			
21. Resume a conversa para ver se o compreendeu bem (7,15).			
22. Fala e usa gestos ao mesmo tempo (2,5,7,11,13,15).			
23. Enquanto fala, escreve as palavras mais importantes (5,7,11,15,16).			
24. Pede-lhe para usar gestos, apontar ou desenhar (2,13).			
25. Fala mais alto (4).			
26. Mostra que está a compreender à medida que conversam. (p. ex.: expressões como "hum-hum", "pois") (10,15).			
27. Repete em voz alta o que vai compreendendo (10).			
28. Explica melhor as palavras, significados e gestos que não entende (10).			
29. Acrescenta informação para facilitar a sua compreensão (11, 15).			
30. Mostra falta de paciência (7,18).			
31. Respeita o silêncio (15).			
32. Fala de temas interessantes (2,4).			
33. Usa pistas do meio ambiente (p. ex.: apontar para a fruta...) (15).			
34. Evita comentários do género " Agora disseste bem!" (15).			
35. Conversa de igual para igual (p. ex.: não infantiliza a pessoa com afasia) (7,15,18).			
36. Evita falar consigo (3,7,13,18).			
Outras:			

B- É mais fácil ou mais difícil se:	É mais fácil	É mais difícil	Não Aplicável
37. Há uma barreira de vidro (p. ex.: janela) (16).			
38. Está num ambiente agitado (p. ex.: passagem de pessoas, carros) (6,7, 13,16,18).			
39. Consegue alcançar o que quer sem ajuda (8).			

40. Falam muitas pessoas ao mesmo tempo (3,7,16).			
41. Fala uma pessoa de cada vez (16).			
42. Está com amigos (5,16).			
43. Está com desconhecidos (7,17).			
44. Está ao telefone (16).			
45. Está cansado (16).			
46. Dormiu mal (16).			
47. Está preocupado (4).			
48. Está numa fila de pessoas (p. ex.: sentir a pressão dos outros estarem à espera) (16).			
49. Há muita informação escrita ao mesmo tempo (1,18).			
50. Tem que usar tecnologias (p. ex.: computador ou telemóvel) (7,18).			
51. Há informação dada com imagens, frases curtas (1,7,12,18).			
52. Está sozinho (18).			
53. Está acompanhado (18).			
54. Tem que falar em público (4).			
55. Está relaxado (4).			
56. Fala com um estranho (16, 18).			
57. A informação está escrita em letras maiores (1,7,8,12).			
58. A informação escrita é espaçada (1,7,8,12).			
59. Está num espaço que não conhece (4).			
60. Está num espaço que conhece (4).			
61. Está a falar com alguém que está longe (por exemplo: noutro país) (16).			
62. Está a falar com alguém que está afastado (16).			
63. Fala de assuntos que entende (4).			



Outras:			
---------	--	--	--

C. Poderá interferir:		É mais fácil	É mais difícil	Não Aplicável
64. Se ouve mal (3,12).				
65. Se estiver:	Triste (4, 6).			
	Contente (4, 6).			
	Emocionado (4, 6).			
66. Problemas económico (p. ex.: deixou de realizar algumas atividades por falta de meios económicos) (12,13,18).				
67. O local onde vive (p. ex.: meio rural e cidade) (3,4,12).				
68. Superproteção (p. ex.: os familiares não deixarem realizar certas atividades) (4,6).				
69. Se tiver apoio dos:	Familiares (3,6,9,12).			
	Amigos (3,6,9,12).			
	Vizinhos (3,6,9,12).			
70. Se tem apoios terapêuticos (por exemplo: Terapia da Fala, Terapia Ocupacional) (3,6,7, 9,12, 13).				
71. Distância ao:	Hospital (4,12).			
	Centro de Saúde (4,12).			
	Clínica (4,12).			
72. Se estiver:	Empregado (4,12,13).			
	Desempregado (4,12,13).			
	Reformado (4,12,13).			
73. Se existem Barreiras Físicas (por exemplo: escadas) (7,12,13).				
74. Se existem atitudes incorretas (por exemplo: atitudes de pena, gozo) (3, 6,7, 9, 12).				
75. Se existe apoio do Estado (7,12).				
76. Se tiver problemas de Saúde (4,12).				



77. Se o seu familiar tiver problemas de Saúde (4,12).			
78. Se tem facilidade no acesso a Transportes (tanto públicos como próprios) (4,12).			

Nome: _____

Data: ___/___/___

Grelha preenchida por: _____

Bibliografia

1. Aleligay, A., Worrall, L. E., Rose, T. A. (2008). Readability of written health information provided to people with aphasia. *Aphasiology*, 22(4), 383-407.
2. Beukelman, D. R., Mirenda, P. (1998). *Aumentative and Alternative Communication- Management of Severe Communication Disorders in Children and Adults (2nd Ed)*. Paul H, Brookes Publishing Co., Inc. Baltimore.
3. Cruice, M., Worrall, L., Hickson, L. (2006). Quantifying aphasic people's social live in the context of non-aphasic peers. *Aphasiology*, 20 (12), 1210-1225.
4. Experiência Profissional HUC
5. Garret, K. L. & Beukelman, D. R. (1997, revised 2006), *Aphasia Needs Assesment.*, em <http://aac.unl.edu/screen/aphasianeed.pdf>
6. GE- Grupo Experts
7. Howe, T. J., Worrall, L. E., Hickson, L. M. H. (2004). What is an aphasia-friendly environment?. *Aphasiology*, 18 (11), 1015-1037.
8. Howe, T. J., Worrall, L. E., Hickson, L. M. H. (2008). Observing people with aphasia: Environmental factors that influence their community participation. *Aphasiology*, 22(6), 618-643.
9. *International Classification of Functions, Disability, and Health (2001)* em <http://www3.who.int/icf/icftemplate.cfm>
10. Luck, A. M., Rose, M. L. (2007). Interviewing people with aphasia: Insights into method adjustments from a pilot study. *Aphasiology*, 21 (2)- 208/224.
11. Marshall, R. C., English, L. (2004). *Functional Stategies to Enhance Auditory Comprehension of Persons with Aphasia for Neurologic Physical Therapist*. *Journal of Neurologic Physical Therapy aphasia*.

12. Parr, S. (2004). Living With Severe Aphasia- the experience of communication impairment after stroke. Pavilion Publishing. Brighton.
13. Pound, C., Parr, S., Lindsay, J., Woolf, C. (2001). Beyond Aphasia – Therapies for Living with Communication Disability. Speechmark Publishing Ltd. Oxon.
14. Simmons-Mackie, N., Kagan, A. (1999). Communication Strategies used by “good” versus “poor” speaking partner of individuals with aphasia. *Aphasiology*, Vol 13, nos. 9-11, 807-820.
15. Simmons-Mackie, N.,(2008). Social Approaches to Aphasia Intervention., em Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and related Neurogenic Disorders*. 5th Edition. Lippincott Williams & Wilkins. Baltimore.
16. Swinburg, K., Byng, S. (2006). *The Communication Disability Profile*. Connect Press (The Communication Disability Network). London. UK.
17. Worrall, L. E. et al. (2002). The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICDH-2: do they reflect what really happens in real-life?. *Journal of Communication Disorders*, 35,107-137.
18. Worrall, L. E. et al. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: the perspective of service industry workers. *Aphasiology*. 20 (7), 595-615.



2. Cartões sugeridos para a aplicação do BFC

Está a ouvir com **atenção** o que lhe diz.

Chama a sua atenção para o que vai dizer.

Insiste enquanto **não o compreende**.

Insiste para se **fazer entender**.

Dá-lhe **mais tempo** para **responder**.



Avisa quando **muda** de **tema** de conversa.

Fala **depressa**.

Fala **devagar**.

Sabe qual é o **seu problema** de **fala**.

Interrompe-o quando fala.



Tenta **adivinhar** o que lhe **quer dizer**.

Diz **uma ideia** de **cada vez**.

Utiliza **frases simples**.

Repete o que disse para **o ajudar a compreender**.

Salienta as **palavras** mais **importantes** da frase.



Termina as **frases** por si.

Pergunta uma coisa de **cada vez**.

Faz **perguntas** de resposta **Sim** ou **Não**.

Escreve **palavras** para que possa apontar a sua resposta.

Usa **imagens, fotos, desenhos...** para **o ajudar a perceber** a conversa.



Resume a conversa para ver se **o**
compreendeu bem.

Fala e usa gestos ao mesmo tempo.

Enquanto **fala, escreve** as **palavras** mais
importantes.

Pede-lhe para **usar gestos, apontar** ou
desenhar...

Fala **mais alto.**



Mostra que está a **compreender** à medida que **conversam**.

Repete em **voz alta** o que vai compreendendo.

Explica melhor as **palavras, significados** e **gestos** quando **não** entende.

Acrescenta **informação** para **facilitar** a **sua** **compreensão**.

Mostra **falta de paciência**.



Respeita o **silêncio**.

Fala de **temas interessantes**.

Usa **pistas** do **meio ambiente**.

Evita **comentários** do género “**Agora disseste bem!**”.

Conversa de **igual para igual**.



Evita **falar** consigo.

Há uma **barreira de vidro**.

Está num **ambiente agitado**.

Consegue alcançar o **que quer sem ajuda**.

Falam **muitas pessoas** ao **mesmo tempo**.



Fala **uma pessoa de cada vez.**

Está com **amigos.**

Está com **desconhecidos.**

Está ao **telefone.**

Está **cansado.**



Dormiu mal.

Está **preocupado.**

Está numa **fila de pessoas.**

Há **muita informação** escrita ao **mesmo**
tempo.

Tem que **usar tecnologias** – computador,
telemóvel.



Há **informação** dada com **imagens, frases curtas.**

Está **sozinho.**

Está **acompanhado.**

Tem que **falar** em **público.**

Está **relaxado.**



Fala com **um estranho**.

A **informação** está **escrita** em **letras**
maiores.

A **informação escrita** é **espaçada**.

Está num **espaço** que **não conhece**.

Está num **espaço** que **conhece**.



Está a **falar** com **alguém** que está **longe**.

Está a **falar** com **alguém** que está **afastado**.

Fala de **assuntos** que **entende**.

Se **ouve mal**.

Se estiver **triste**.

Se estiver **contente**.

Se estiver **emocionado**.

Problemas **económicos**.

O **local** onde **vive**.

Superproteção.



Se tiver **apoio** dos **familiares**.

Se tiver **apoio** dos **amigos**.

Se tiver **apoio** dos **vizinhos**.

Se tem **apoios terapêuticos**.

Distância ao **hospital**.



Distância ao **Centro de Saúde.**

Distância à **Clínica.**

Se estiver **empregado.**

Se estiver **desempregado.**

Se estiver **reformado.**



Se existem **barreiras físicas**.

Se existem **atitudes incorretas**.

Se existe **apoio** do **Estado**.

Se tiver **problemas de saúde**.

Se o **seu familiar** tiver **problemas de saúde**.

Se tem **facilidade** no acesso a **transportes**.