

## The Activities/Participation Profile (TAPP) 2

Citar da seguinte forma:

Maria da Assunção Coelho de Matos e Luís Miguel Teixeira de Jesus (2011-2015). The Activities/Participation Profile (TAPP). Universidade de Aveiro, Portugal. Processo INPI 483182 com despacho de concessão em 3/8/2011, inserido no Boletim da Propriedade Industrial Número 2011/08/08 (150/2011). Deferimento pela IGAC em 21/06/2011 – Nº 3308/2011 (Versão 1) e 28/08/2015 – Nº 3473/2015/Nº Ref: SIIGAC/2015/7426 (Versão 2). 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 (2011-2015). The Activities/Participation Profile (TAPP). University of Aveiro, Portugal. INPI Registration Number 483182 and IGAC Registration Number 3303/2011 (Version 2 IGAC Registration Number 3473/2015). Available from Advanced Communication and Swallowing Assessment (ACSA) <http://acsa.web.ua.pt/>

O TAPP foi desenvolvido para explorar as atividades desenvolvidas pelas pessoas com AVC e afasia. O TAPP inclui todos os temas designados pela International Classification of Functioning (ICF) para o domínio das Atividades e Participação e não apenas o da Comunicação, considerando-se esta como essencial para outros domínios da ICF tais como: aprender e aplicar o conhecimento; relações e interações interpessoais; vida social, cívica e em comunidade.

TAPP was developed to explore the usual activities of people with stroke and aphasia. TAPP includes all domains of the International Classification of Functioning (ICF) Activities and Participation, and not just the chapter entitled Communication because communication is essential to the other domains of the ICF such as: learning and applying knowledge; interpersonal interactions and relationships; community, social, and civic life.

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/)



## 1. Introdução

A causa mais frequente dos problemas neurológicos em adultos é o Acidente Vascular Cerebral (AVC) (Ardila, 2006). O AVC é uma patologia caracterizada pelo início agudo de um défice neurológico que persiste por, pelo menos, 24 horas, refletindo o envolvimento do sistema nervoso central como resultado de uma alteração na circulação sanguínea cerebral (Cancela, 2008). Costa (2003) afirma que o AVC desencadeia um conjunto de deficiências, incapacidades e desvantagens que provocam efeitos evidentes na qualidade de vida dos doentes, assim como na dos seus prestadores informais de cuidados.

O AVC acarreta muitas incapacidades permanentes devido aos efeitos isolados ou combinados, da hemiparésia (50%) que pode afetar o caminhar (30%) e o uso das extremidades superiores para as atividades da vida diária (26%), da depressão (35%) e da afasia (19%) (Kelly-Hayes et al., 2003).

A afasia, sendo uma consequência da ocorrência de um AVC, consiste na perda ou diminuição da função da linguagem que tem como causa uma lesão a nível cerebral (Benson & Ardila, 1996). A afasia tem também um grande impacto na capacidade de comunicação (Carleto, 2011). A gravidade desta dificuldade irá depender do local e da extensão da lesão, podendo estar alterada a capacidade de produzir fala e/ou a capacidade de compreender a mesma (Oliveira, n.d.).

As mudanças profundas e inesperadas que estão associadas à afasia iniciam uma série de reações que têm impacto no indivíduo, nomeadamente reações à doença, à incapacidade, à ideia de si próprio e à capacidade de lidar com o ser socialmente diferente. Para além disto, também toda a família é afetada e não somente as pessoas com afasia (PCAs) (Zemva, 1999). Nesse sentido, as consequências que advêm desta condição, como a depressão, a dependência de outros para a realização de atividades de vida diária, alterações de humor e dificuldades ou término de interações sociais, tanto com os amigos como com os familiares, produzem um maior efeito negativo na qualidade de vida das PCAs (Carleto, 2011).

De acordo com a *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) (2004), a *Incapacidade* é caracterizada “como o resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo e os fatores pessoais, com os fatores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive.” Quanto ao conceito de *Atividade*, este é descrito como a “execução de uma tarefa ou ação por parte

de um indivíduo”. Relativamente à *Participação*, esta é descrita como “o envolvimento de um indivíduo numa determinada situação da vida real” (WHO, 2001, p. 212-213).

De igual modo, segundo a CIF, as *Estruturas do Corpo* são definidas como “partes anatómicas do corpo, como por exemplo órgãos, membros e os seus componentes”. As *Funções do Corpo* definem-se como “funções fisiológicas dos vários sistemas, incluindo funções psicológicas” (WHO, 2001, p. 212-213).

De acordo com estes conceitos, a afasia tem sido tradicionalmente definida em termos da deficiência das estruturas e funções do corpo (Simmons-Mackie & Kagan, 2007). Darley definiu a afasia como uma deficiência multimodal da capacidade de interpretação e formulação dos símbolos da linguagem devido a um dano cerebral. Desta forma, o processamento da linguagem ou funções cognitivas associadas têm sido centrais para definir a afasia. Os aspetos da linguagem que estão alterados relativamente ao domínio das funções do corpo podem incluir dificuldades de nomeação, produção alterada, sintaxe complexa ou dificuldade em ler ou escrever palavras isoladas (Darley, 1982 citado por Simmons-Mackie & Damico, 2001).

Uma vez que a comunicação é necessária para a maior parte das atividades diárias da pessoa, o impacto da afasia nas funções do dia-a-dia pode ser bastante significativo (Simmons-Mackie & Kagan, 2007). Investigadores têm descrito a existência de limitações na atividade das pessoas que apresentam afasia (Davidson, Howe, Worrall, Hickson, & Togher, 2008). Similarmente, a participação nas situações da vida e os papéis sociais desempenhados são também afetados pela afasia, originando isolamento social, a perda do emprego e a redução de atividades de lazer (Davidson & Worrall, 2000 citado por Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Parr, Byng, Gilpin, 1997 citado por Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

Assim sendo, a afasia resulta em tensões sociais e psicológicas, as quais afetam as relações e a participação em diferentes domínios da vida social (Andersson & Fridlund, 2002; Parr, 2007; Le Dorze & Brassard, 1995 citado em Dalemans, De Witte, Wade, & Van Den Heuvel, 2010). Podemos assim afirmar que a pessoa com afasia (PCA) apresenta deficiências de linguagem, limitações nas atividades de comunicação, restrições de comunicação e restrições na participação (Worrall, Papatthaniou & Sherratt, 2013)

De acordo com Murray & Coppens (2013), a avaliação da PCA deverá incluir medidas que avaliem cada componente considerado na CIF. Deste modo, são necessários instrumentos de avaliação mais abrangentes que os tradicionais. Estes avaliam essencialmente componentes da linguagem que estão afetadas na afasia, tais como a

nomeação, a compreensão auditiva, a leitura e a escrita, ou seja, centram-se nas perturbações das funções e estruturas corporais (deficiências) (Murray & Coppens, 2013). No entanto, não incluem aspetos como a atividade e a participação das PCAs. No que concerne à avaliação dos seus níveis de atividade e participação, esta implica a observação dos indivíduos em situações da vida diária ou entrevistas com as PCAs ou familiares e/ou cuidadores. Avaliar os níveis de atividade deve também envolver várias medidas de discurso usadas para quantificar e descrever componentes da comunicação diária como a produção de atos de fala, narrativas, piadas ou histórias. No caso da avaliação da participação esta requer a avaliação do cumprimento dos seus hábitos de vida ou dos papéis de vida considerados por si relevantes (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

A descoberta de que as PCAs aparentam ter metas de intervenção, ou seja, que os seus objetivos estão distribuídos ao longo de todo o espectro da CIF confirma que os componentes da mesma são importantes para si. A avaliação qualitativa (por ex.: observação, entrevistas, diários informativos) tem sido usada para obter informação acerca dos níveis de participação das PCAs, incluindo com quem estas interagem, o que fazem e onde vão (Simmons-Mackie & Damico, 2001). Esta informação ajuda a determinar a disparidade que existe entre os níveis desejados de participação, as mudanças na participação devido à afasia e as metas para uma intervenção focada na participação (Simmons-Mackie & Kagan, 2007).

A preponderância dos objetivos para a atividade e participação reflete a importância das atividades de vida diária e reforça a prioridade que as PCAs atribuem a estas atividades (Worrall et al., 2011).

## **2. The Activities and Participation Profile – TAPP**

### **2.1. Descrição**

O TAPP destina-se a avaliar os níveis de atividade e participação das PCAs, antes e após a ocorrência do AVC e da afasia. É constituído por 110 itens que abrangem atividades comunicativas dependentes de capacidades linguísticas e atividades funcionais que fazem parte do dia-a-dia da pessoa, tendo por base a componente de *Atividades e Participação* da CIF (DGS, 2004). Este instrumento tem como população alvo as PCAs por etiologia de AVC, numa faixa etária não delimitada. A sua aplicação é individual e estima-se que o tempo de aplicação seja de aproximadamente 60 minutos.

### **2.2. Criação**

O TAPP foi desenvolvido na Universidade de Aveiro (Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2013; Matos, 2012). Foi registado e publicado inicialmente em inglês (Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2010), sendo designado como *The Activities/Participation Profile* (TAPP), motivo pelo qual será referido dessa forma.

### **2.3. Motivações/Objetivos**

Os motivos que levaram a autora a criar este instrumento tiveram por base duas questões essenciais. A primeira questão passou pela criação de um instrumento de recolha de dados que permitisse caracterizar o perfil de atividades e participação das PCAs, antes e após o AVC. A segunda questão foi de encontro à tentativa de otimizar a compreensão do profissional de saúde, neste caso do Terapeuta da Fala (TF), sobre quais as reais consequências do AVC e da afasia na vida diária destas pessoas.

Relativamente aos objetivos definidos com a criação deste instrumento, estes passam por colmatar as dificuldades existentes no processo de avaliação das PCAs de maior gravidade, assim como, permitir às PCAs uma colaboração mais ativa e igualitária, uma vez que são elementos fundamentais e essenciais em torno dos quais se desenrola todo este processo.

### 3. Construção dos Itens do TAPP

O TAPP é constituído por:

- Um caderno de suporte que contém 110 itens, considerados representativos dos níveis de atividade e participação dos portugueses, escritos em formato *aphasia friendly*. Cada item é acompanhado por uma fotografia que o procura ilustrar;
- Uma folha de registo onde o TF anota as respostas da PCA.

Foram ainda acrescentadas três folhas:

- Folha 1 – opções de resposta relativamente à frequência da realização da atividade.
- Folha 2 – motivos pelos quais a PCA poderá ter deixado de realizar determinada atividade.
- Folha 3 – escala analógica com cinco níveis (1 a 5), a fim de facilitar a resposta às perguntas “Gostaria de retomar a atividade” e “Gostaria de fazer”.

No processo de construção do TAPP, a definição dos itens a incluir neste instrumento teve por base várias fontes de informação, nomeadamente:

- ✓ Outros instrumentos de avaliação previamente publicados (Spreeen & Risser, 2003 citado em Matos, Jesus, Cruice, & Gomes, 2013; Worrall, 1999 citado em Matos et al., 2013; Worrall & Hickson, 2003 citado em Matos et al., 2013);
- ✓ Investigação publicada em artigos e/ou livros acerca do impacto da afasia nos níveis de atividade e participação (Garcia, 2008 citado em Matos et al., 2013; Martin, Thompson, & Worrall, 2008 citado em Matos et al., 2013; Worrall & Hickson, 2003 citado em Matos et al., 2013);
- ✓ Opiniões de um grupo de 10 Terapeutas da Fala (TF's) que constituíram o painel de peritos escolhido para a tese de doutoramento da TF Maria Matos. A criação deste painel tinha como principal objetivo questionar os TF's acerca das consequências do AVC e da afasia na vida diária dos seus utentes com afasia (Matos, 2012).
- ✓ A experiência clínica e o conhecimento pessoal e profissional da autora do instrumento;

- ✓ A componente *Atividades e Participação* constituinte da CIF (DGS, 2004) que abrange todos os domínios relacionados com os aspetos de funcionalidade numa perspetiva individual e social.

Os itens considerados na construção do TAPP tiveram então por base oito áreas da vida que estão contempladas na componente *Atividades e Participação* da CIF:

<b>Área</b>	<b>Exemplos</b>
Aprendizagem e aplicação de conhecimentos	Ler e escrever;
Comunicação	Falar, escrever mensagens, conversação e utilização de dispositivos e de técnicas de comunicação;
Mobilidade	Andar, deslocar-se, utilização de transportes e conduzir;
Auto cuidados	Cuidar da própria saúde;
Vida doméstica	Aquisição de bens e serviços, realizar as tarefas domésticas, cuidar dos objetos da casa e ajudar os outros;
Interações e relacionamentos interpessoais	Relacionamentos íntimos;
Áreas principais da vida	Educação, trabalho remunerado e não remunerado e transações económicas básicas;
Vida comunitária, social e cívica	Recreação e lazer, religião e espiritualidade e vida política e cidadania.

O TAPP foi construído num formato *aphasia friendly* (Rose, Worrall, Hickson, & Hoffmann, 2011, 2012) a fim de facilitar o acesso das PCAs ao seu conteúdo. Este formato considera quatro características principais: texto simplificado, tanto a nível lexical como a nível de sintaxe; fonte de tamanho grande; texto com grandes espaços brancos e ilustrações que sejam relevantes (Worrall et al., 2005).



No que concerne ao texto simplificado sugere-se o uso da opção negrito para as palavras-chave, linguagem simples e focada no assunto em questão, frases simples e imagens utilizadas com moderação. Quanto à fonte de tamanho grande deve usar-se preferencialmente a de tamanho 24 contribui assim para uma maior facilidade na compreensão do texto escrito (Rose et al., 2011). No que diz respeito ao espaçamento entre linhas, existe uma preferência quanto ao espaçamento de 1,5 mm em detrimento de outros espaçamentos apresentados (Rose et al., 2012). Por fim, na inclusão de imagens deve optar-se por imagens fotográficas que facilitem a compreensão do texto que acompanham (Rose et al., 2011).

A primeira versão do TAPP era apenas constituída por uma folha de registo com os vários itens. De forma a ter em conta os aspetos referidos anteriormente, esta versão sofreu modificações para que estivesse de acordo com o formato *aphasia friendly*. Nesse sentido, para cada um dos itens que constituem o TAPP foi escrita uma frase com este formato e uma imagem representativas do item em questão. Para além disto, foi criada uma escala analógica relativamente à frequência de realização da atividade. Esta escala apresenta cinco níveis (1 a 5), sendo o nível 1 referente a uma frequência baixa de realização e, aumentando progressivamente, o nível 5 referente a uma frequência mais elevada. Para ajudar a PCA a responder à pergunta “porque deixou de fazer a atividade?” foi criada uma folha com os diversos motivos que a PCA pode apresentar. Assim sendo, existe uma primeira folha com a pergunta e as categorias major dos motivos: pessoais, sociais e do ambiente. Para cada uma destas categorias são apresentados motivos mais específicos. Por exemplo, se a PCA responder à questão dizendo que deixou de realizar a atividade por motivos pessoais, ser-lhe-á apresentada uma folha com vários motivos pessoais descritos, tais como a afasia, o medo, as experiências negativas, a novidade, entre outras.

Desta forma, a PCA tem um acesso facilitado ao conteúdo de documentos escritos o que permite uma maior compreensão do que é pedido, a possibilidade de responder adequadamente e, logo, um melhor desempenho ao nível da comunicação.

#### **4. Instruções para a aplicação do TAPP**

Para proceder à aplicação do TAPP devem ter-se em conta as seguintes orientações:

1. Deve ler cada um dos itens em voz alta, sendo que a PCA pode ler simultaneamente para facilitar a compreensão do mesmo;
2. Deve mostrar, simultaneamente à leitura, o item correspondente no caderno de suporte com as imagens e frases individuais;
3. Caso o utente não compreenda o que lhe foi dito da primeira vez, deverá repetir a leitura do item mais lentamente, exemplificando sempre que possível;
4. Deve questionar, então, o utente relativamente à realização de cada item, antes e após a ocorrência do AVC, assim como a frequência com que este era realizado. Por exemplo: “Costumava ir a festas antes de ter o AVC? Com que frequência? E depois do AVC? Com que frequência?”;
5. As opções de resposta quanto à frequência de realização da atividade, que deve apresentar ao utente, são: diariamente, semanalmente, quinzenalmente, mensalmente, raramente e nunca. Para tal deverá utilizar a Folha 1 onde estão escritas as várias opções de resposta.
6. No caso de o utente não realizar a atividade antes da ocorrência do AVC, deve questionar-se se este gostaria ou não de fazer atualmente a atividade em questão;
7. No caso de haver a cessação de uma atividade, ou a redução da sua frequência de realização, após a ocorrência do AVC, deve perguntar-se ao utente o motivo porque tal aconteceu e se o utente gostaria ou não de retomar a atividade em questão. Para auxiliar o utente neste processo deve usar a Folha 2 onde estão referidos vários motivos para a cessação ou redução da frequência de realização da atividade em questão.
8. Deve usar a Folha 3 (escala analógica com números de 1 a 5) para responder às perguntas “gostaria de retomar a atividade” e “gostaria de fazer”.

9. As respostas do utente podem ser dadas de forma verbal oral ou então apontando para o caderno de suporte, onde estão escritas as várias opções de resposta.
10. Quanto aos itens em que é possível especificar a resposta do utente, deve ser-lhe perguntado qual a opção mais apropriada ao seu estilo de vida ou qual a opção que o utente desempenha com mais frequência ou gosta mais. A resposta deve ser sublinhada na folha de registo. Esta situação pode acontecer nos itens: “Ir a um bar/discoteca/casino”, “Realizar *hobbies*”, “Ir ao cinema/teatro”, “Levar/buscar o filho/neto (...)”, “Tocar um instrumento musical” ou “Encomendar algo”.
11. Não há limite de tempo de administração do instrumento;

## 5. Bibliografia

- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's views of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 285–292. doi:10.1046/j.1365-2850.2002.00480.x
- Ardila, A. (2006). *Las Afasias*. Miami: Florida International University.
- Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008). Communicatively accessible public transport for people with aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305–320. doi:10.1080/02687030701382841
- Benson, D. F., & Ardila, A. (1996). *Aphasia: a Clinical Perspective*. Oxford University Press, Inc.
- Brown, J. E. & A. M. Hasselkusa (2008). "Professional associations' role in advancing the ICF in speech-language pathology " *International Journal of Speech-Language Pathology* 10(1&2): 78-82.
- Brown, K., McGahan, L., Alkhaledi, M., Seah, D., Howe, T., & Worrall, L. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), 595–615. doi:10.1080/02687030600626256
- Cancela, D. M. G. (2008). O ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL - CLASSIFICAÇÃO , PRINCIPAIS CONSEQUÊNCIAS E REABILITAÇÃO, 1–18.
- Carleto, N. G. (2011). *Qualidade de vida dos pacientes afásicos e seus familiares*. São Paulo.
- Costa, D. C. A. (2003). *Qualidade de Vida pós-AVC - resultados de ua intervenção social*. Porto.
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & van den Heuvel, W. J. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders / Royal College of Speech & Language Therapists*, 45(5), 537–50. doi:10.3109/13682820903223633
- Darley, F. L. (1982). *Aphasia*. Philadelphia: W.B. Saunders Co.
- Davidson, B., Howe, T., Worrall, L., Hickson, L., & Togher, L. (2008). Social participation for older people with aphasia: the impact of communication disability on friendships. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 15(4), 325–40. doi:10.1310/tsr1504-325
- Davidson, B., & Worrall, L. (2000). *Neurogenic Communication Disorders: A Functional Approach*. (pp. 19– 34). New York: Thieme.
- DGS. (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.

- Garcia, L. J. (2008). *Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping Individuals Get What They Need*. New York: Wolters Kluwer/Lippincot Williams&Wilkins.
- Grant, J., & Davis, L. (1997). Focus on Quantitative Methods Selection and Use of Content Experts for Instrument Development, 269–274.
- Grant, J., Kinney, M., & Guzzetta, C. (1990). A methodology for validating nursing diagnoses. *Advances in Nursing Science*, 12(3), 65–74.
- 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. doi:10.1080/02687030701536024
- Kelly-Hayes, M., Beiser, A., Kase, C. S., Scaramucci, A., D'Agostino, R. B., & Wolf, P. a. (2003). The influence of gender and age on disability following ischemic stroke: the Framingham study. *Journal of Stroke and Cerebrovascular Diseases: The Official Journal of National Stroke Association*, 12(3), 119–26. doi:10.1016/S1052-3057(03)00042-9
- Le Dorze, G., & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO-model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9, 239–255.
- Martin, N., Thompson, C. K., & Worrall, L. (2008). *Aphasia Rehabilitation - The impairment and Its Consequences*. San Diego: Plural Publishing Group.
- Matos, M. (2012). *Níveis de Actividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*. Universidade de Aveiro, Aveiro.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2010). *The development of a tool to gather information regarding the activities and participation of persons with aphasia in Portugal*. Athens.
- Matos, M., Jesus, L. M. T., Cruice, M., & Gomes, A. A. (2013). *Avaliação da Atividade e Participação da Pessoa com Afasia*. Aveiro.
- Oliveira, L. M. (n.d.). Afasia e o modelo interacional de comunicação, (2005).
- Parr S, Byng S, Gilpin S, I. C. (1997). *Talking about Aphasia*. Buckingham: Open University Press.
- Parr, S. (2007). Living with severe aphasia: Tracking social exclusion. *Aphasiology*, 21(1), 98–123. doi:10.1080/02687030600798337
- Rose, T., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2011). Aphasia friendly written health information: Content and design characteristics. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 13(4), 335–347. doi:10.3109/17549507.2011.560396

- Rose, T., Worrall, L. E., Hickson, L. M., & Hoffmann, T. C. (2012). Guiding principles for printed education materials: design preferences of people with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, *14*(1), 11–23. doi:10.3109/17549507.2011.631583
- Simmons-Mackie, N., & Damico, J. (2001). Intervention outcomes: a clinical application of qualitative methods. *Top Lang Disord*, *(22)*, 21–36.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in Aphasia, *1*(212), 244–253. doi:10.1055/s-2007-986521.
- Spreen, O., & Risser, A. H. (2003). *Assessment of aphasia*. New York: Oxford University Press.
- Wallace, G. L. (2010). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, *17*(6), 432–50. doi:10.1310/tsr1706-432
- WHO. (2001). The International Classification of Functioning, Disability and Health. *World Health Organization*, *18*(4), 237. doi:10.1097/01.pep.0000245823.21888.71
- WHO. (2003). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*.
- Worrall, L. (1999). *FCTP - Functional Communication Therapy Planner*. Oxon: Winslow.
- Worrall, L., Davidson, B. (2013). “Living with Aphasia: A Client-Centered Approach” in Papathanasiou, I, Coppens, P., Potagas, C. *Aphasia and Related Neurogenic Communication Disorders*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Worrall, L., & Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging - From Prevention to Intervention*. New York: Delmar.
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., Brennan, A., Egan, J., Oxenham, D., & McKenna, K. (2005). Access to written information for people with aphasia. *Aphasiology*, *19*(10-11), 923–929. doi:10.1080/02687030544000137
- Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K., & Hickson, L. (2007). Developing an evidence- base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology*, *21*(1), 124–136. doi:10.1080/02687030600798352
- Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want : Their goals according to the ICF, (October), 37–41.
- Zemva, N. (1999). Aphasic patients and their families: wishes and limits. *Aphasiology*, *13*(3), 219–224. doi:10.1080/026870399402190

## Folha de Registo do TAPP

	Diário	Semanal	Quinzenal	Mensa l	Raramente	Nunca	Deixou de fazer?	Porquê?	Gostaria de retomar? (Escala 1-5)	Gostaria de fazer? (Escala 1-5)
Ir a festas (1, 10, 12, 16)										
Ir a reuniões (3)										
Ir à fisioterapia/outros tratamentos (5, 10)										
Ir à cabeleireira/barbeiro (5, 10)										
Ir à manicura/pedicura/depilação (5)										
Ir ao café (3, 10, 15)										
Ir a um bar/discoteca/casino (14)										
Ir ao clube/associação da terra (3, 8, 12)										
Ir à caça/pesca/outros <i>hobbies</i> (3, 8, 9)										
Ir ao banco/outras instituições públicas (8, 10)										
Ir à praça (5)										
Ir à feira (5)										
Ir às compras às lojas (1, 3, 4, 10, 15)										
Ir às compras ao supermercado (5, 10)										
Ir ao Centro Comercial (5)										
Ir almoçar/jantar com amigos/familiares (em casa) (5, 10)										
Ir almoçar/jantar com os amigos/familiares (restaurante) (1, 3, 4, 9, 16)										
Ir ao cinema/teatro (1, 3, 4, 8, 10, 12)										
Ir a um concerto (3, 8, 14)										
Ir a museus/galerias arte/exposições (3, 8, 12)										
Ir a um jogo (futebol/rugby...) (1, 3, 4)										

Ir trabalhar (1, 4, 8, 9, 10, 15)										
Ir levar/buscar o filho/neto à escola (3, 10)										
	<b>Diário</b>	<b>Semanal</b>	<b>Quinzenal</b>	<b>Mensa l</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>	<b>Deixou de fazer?</b>	<b>Porquê?</b>	<b>Gostaria de retomar? (Escala 1-5)</b>	<b>Gostaria de fazer? (Escala 1-5)</b>
Ir levar/buscar o filho/neto a outro lugar (3, 10)										
Ir passear ao jardim (5)										
Ir passear ao largo da aldeia/vila... (5)										
Ir viajar (carro/autocarro/avião) (3, 4, 8, 9, 10)										
Ir viajar em excursões (3, 5)										
Ir visitar alguém (em casa, lar...) (1, 3, 4, 12)										
Ir de férias (10, 15)										
Ir passar fora o fim-de-semana (12)										
Ir caminhar/passear a pé (5)										
Ir à praia (5)										
Ir à missa (1, 3, 10)										
Confessar-se ao padre (5)										
Participar ativamente na missa (16)										
Rezar (2, 10)										
Ir ao médico (9, 10)										
Marcar uma consulta/exames (15, 16)										
Ir à farmácia aos medicamentos (1)										
Ir medir a tensão (5)										
Ir comprar um presente (5)										
Ir ao quintal/agricultura (1, 10)										
Dar de comer aos animais (12)										
Fazer a vida doméstica (1, 4, 10, 12)										
Tratar das contas da casa (4, 5)										
Ler panfletos (2, 16, 17)										
Ler catálogos (2)										
Ler cartas (2, 6, 9, 13, 15, 16)										
Ler revistas (2, 9, 10, 13, 16)										



Ler o jornal (2, 6, 10, 13, 15, 16)										
Ler um livro (2, 6, 9, 10, 13)										
Ler uma história (5)										
	<b>Diário</b>	<b>Semanal</b>	<b>Quinzenal</b>	<b>Mensa l</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>	<b>Deixou de fazer?</b>	<b>Porquê?</b>	<b>Gostaria de retomar? (Escala 1-5)</b>	<b>Gostaria de fazer? (Escala 1-5)</b>
Ler mapas e direções (2, 11, 16)										
Ler mensagens no tel. (5)										
Ler extratos bancários (2, 16)										
Ler boletins informativos (16)										
Ler instruções/etiquetas (2, 11, 16)										
Ler horários de comboios/autocarros (2, 11, 16)										
Conduzir o trator/o carro/ a mota/ a bicicleta... (1, 5)										
Andar em transportes públicos (1, 15)										
Usar o multibanco (16)										
Lidar com dinheiro (7, 13, 15, 16)										
Lidar/passar cheques (1, 2, 16)										
Usar o computador: email/net/jogos (6, 10, 15)										
Ver televisão (2, 3, 10, 12, 16)										
Ver filmes de vídeo ou DVD (5, 16)										
Ouvir rádio (2, 6, 10, 16)										
Atender o telefone/telemóvel (10, 13, 16)										
Assinar o nome (13, 15)										
Escrever uma carta (2, 6, 15, 16)										
Escrever no diário (2)										
Escrever poemas (5)										
Escrever postais (2, 9, 16)										
Anotar recados (9, 16)										
Escrever mensagens no telemóvel (2, 6)										
Escrever lista de compras (2, 9, 11, 16, 17)										
Preencher formulários (2, 7, 9, 11, 16)										

Fazer palavras cruzadas/sudoku/sopa de letras (2, 17)										
Jogar as cartas/dados/dominó (3, 12, 16, 17)										
	<b>Diário</b>	<b>Semanal</b>	<b>Quinzenal</b>	<b>Mensa l</b>	<b>Raramente</b>	<b>Nunca</b>	<b>Deixou de fazer?</b>	<b>Porquê?</b>	<b>Gostaria de retomar? (Escala 1-5)</b>	<b>Gostaria de fazer? (Escala 1-5)</b>
Jogar outros jogos tradicionais (malha) (5, 16)										
Praticar um desporto (3, 8, 9)										
Fazer renda/malha/costura (5, 16)										
Pintar (5)										
Tocar um instrumento musical (5)										
Cantar (5)										
Ter relações sexuais (1, 10)										
Ter aulas/formação (1, 4)										
Falar com a esposa/marido (2, 10)										
Falar com outros familiares (2, 9, 10, 12)										
Falar com os amigos (2, 9, 10, 12, 15)										
Falar com os vizinhos (1, 2, 12)										
Falar com pessoas em lojas (2)										
Falar com estranhos (9, 15)										
Falar em grupo (2, 6)										
Falar ao telefone/telemóvel (2, 11, 17)										
Falar com os animais (2, 17)										
Falar com as plantas (5)										
Contar histórias (3, 9, 16)										
Contar anedotas (3, 9, 16, 17)										
Dar orientações à empregada (5, 16)										
Dar aulas (3)										
Dar formação (3)										
Dar catequese										
Participar em atividades políticas (3, 8)										
Jardinar (1, 10, 12, 16)										
Fazer voluntariado (1, 8)										

Tomar conta de crianças (1, 3, 4, 12)										
Tomar conta de familiares (1, 3, 12)										
Encomendar algo (telefone; net...) (5)										
Outras										

Está satisfeito com as atividades que realiza atualmente? Classifique de 1 a 5: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_

Grelha preenchida por: \_\_\_\_\_

1. Brown, M., Dijkers, M.P.J.M., Gordon, W.A., Ashman, T., Charatz, H., & Cheng Z. (2004). Participation Objective, Participation Subjective: A measure of participation combining outsider and insider perspectives. *J Head Trauma Rehabil*, 19, 459-481.
2. Cruice, M. (2001). *Communicative Activities Checklist*, Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
3. Cruice, M. (2001). *Social Activities Checklist*, em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada
4. Dijkers, M. (2000). The Community Integration Questionnaire. *The Center for Outcome Measurement in Brain Injury*. <http://www.tbims.org/combi/ciq> (accessed June 12, 2009).
5. Experiência da Autora
6. Fougeryrollas, P., Noreau, L., Dion, S.A., Lepage, C., Sévigny, M., & St. Michel, G (1997). *Life Habits (LIFE –H)*. International Network of the Disability Creation Process, Lac St. Charles, Québec., em Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Disorders – Fifth Edition*. Lippincott Williams&Wilkins. Baltimore.
7. Frattali, Thompson, Holland, Wohl, & Ferketic. (1995). *Functional Assessment of Communication Skills for Adults*, em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
8. Garcia, J.L. (2008). *Focusing on the Consequences of Aphasia: Helping individuals get what they need* em Chapey, R. (2008). *Language Intervention Strategies in Aphasia and Related Neurogenic Disorders – Fifth Edition*. Lippincott Williams&Wilkins. Baltimore.
9. Garrett, K.L. & Beukelman, D.R. (1997, revised 2006). *Aphasia Needs Assessment*, em <http://aac.unl.edu/screen/aphasianeeds.pdf>
10. GE – Grupo de Experts (Fase 1)
11. Holland, Frattali & Fromm (1998). *Communicative Activities in Daily Living – Revised*, em Worrall et al (2002). *The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life?*. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.
12. Instituto Nacional Estatística. (2002). *O Envelhecimento em Portugal – Situação Demográfica e Sócio-Económica recente das pessoas idosas*. Serviço de Estudos sobre a População do Departamento de Estatísticas Censitárias e da População. Portugal.
13. Sarno, M. T (1969). *Functional Communication Profile*, em Worrall et al (2002). *The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life?*. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.
14. Schow, R.L., & Nerbonne, M.A. (1982). *Communication Screening Profile: Use with elderly clients*. *Ear and Hearing*, 3, 135-147., em Worrall, L.E., Hickson, L.M. (2003). *Communication Disability in Aging- From prevention to Intervention*. Delmar Learning. Canada.
15. Swinburg, K., Byng, S. (2006). *The Communication Disability Profile*. Connect Press (The communication Disability Network). London. UK.
16. Worrall, L. (1999). *Functional Communication Therapy Planner*. Winslow Press Ltd. United Kingdom.
17. Worrall et al (2002). *The validity of functional assessments of communication and the Activity/Participation components of the ICIDH-2: do they reflect what really happens in real-life?*. *Journal of Communication Disorders*, 35, pag. 107-137.

## 6. Anexos

### 6.1. Folha 1 - Opções de resposta

DIÁRIO
SEMANAL
QUINZENAL
MENSAL
RARAMENTE
NUNCA

# **PORQUE DEIXOU DE FAZER A ATIVIDADE?**

**MOTIVOS SOCIAIS**

**MOTIVOS PESSOAIS**

**MOTIVOS DO AMBIENTE**

# **MOTIVOS SOCIAIS**

**ATITUDES DAS PESSOAS**

**AÇÕES DAS PESSOAS**

**IGNORÂNCIA SOBRE A  
AFASIA**

**INTERAÇÕES SOCIAIS  
DIFÍCEIS**

# MOTIVOS PESSOAIS

AFASIA

MEDO

EXPERIÊNCIAS  
NEGATIVAS

NOVIDADE

ATIVIDADE COMPLEXA



# **MOTIVOS PESSOAIS**

**O USO DOS BRAÇOS**

**O USO DAS PERNAS**

**COMUNICAÇÃO SEM  
SUPORTE**

**TEMPO REDUZIDO PARA  
COMUNICAR**

# **MOTIVOS PESSOAIS**

**DIFICULDADES EM LER**

**DIFICULDADES EM  
ESCREVER**

**DIFICULDADES NA VISÃO**

# **MOTIVOS DO AMBIENTE**

**CARACTERÍSTICAS DOS  
OBJETOS**

**FALTA DE  
ACESSIBILIDADE FÍSICA**

**BARULHO**

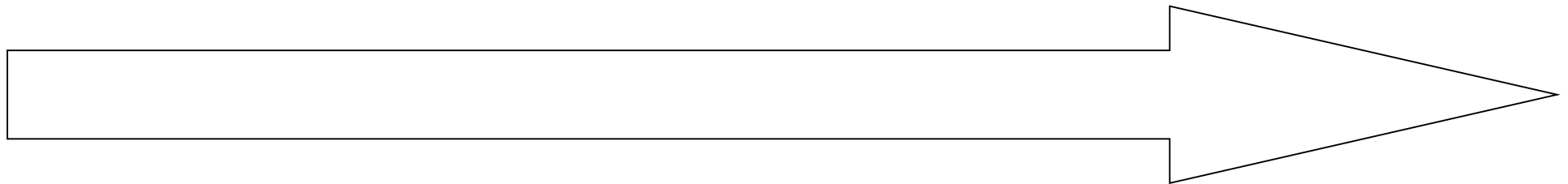
# MOTIVOS DO AMBIENTE

USO DE TECNOLOGIA

FALTA DE INFORMAÇÃO  
ESCRITA

6.3. Folha 3 – Escala Analógica

<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
----------	----------	----------	----------	----------



**Pouco**

**Muito**

## Bibliografia

- Atitudes das pessoas (Ashton et al., 2008; Brown et al., 2006; Linda Worrall, Rose, Howe, McKenna, & Hickson, 2007)
- Ações das pessoas (Brown et al., 2006; Howe, Worrall, & Hickson, 2008; Linda Worrall et al., 2007)
- Ignorância sobre a afasia (Brown et al., 2006; Howe et al., 2008; Linda Worrall et al., 2007)
- Interações sociais difíceis (Ashton et al., 2008; Wallace, 2010)
- Afasia (Wallace, 2010; Linda Worrall et al., 2007)
- Medo (Howe et al., 2008)
- Experiências negativas (Howe et al., 2008)
- Novidade (Howe et al., 2008)
- Atividade complexa (Howe et al., 2008)
- O uso dos braços (Wallace, 2010; Linda Worrall et al., 2007)
- O uso das pernas (Wallace, 2010; Linda Worrall et al., 2007)
- Comunicação sem suporte (Brown et al., 2006; Howe et al., 2008)
- Tempo reduzido para comunicar (Howe et al., 2008)
- Dificuldades em ler (Linda Worrall et al., 2007)
- Dificuldades em escrever (Linda Worrall et al., 2007)
- Dificuldades na visão (Linda Worrall et al., 2007)
- Características dos objetos (Brown et al., 2006; Howe et al., 2008; Linda Worrall et al., 2007)
- Falta de acessibilidade física (Brown et al., 2006; Wallace, 2010)
- Barulho (Linda Worrall et al., 2007)
- Uso de tecnologia (Brown et al., 2006)
- Falta de informação escrita (Brown et al., 2006)

Ashton, C., Aziz, N. A., Barwood, C., French, R., Savina, E., & Worrall, L. (2008). Communicatively accessible public transport for people with aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 22(3), 305–320. doi:10.1080/02687030701382841

Brown, K., McGahan, L., Alkhaledi, M., Seah, D., Howe, T., & Worrall, L. (2006). Environmental factors that influence the community participation of adults with aphasia: The perspective of service industry workers. *Aphasiology*, 20(7), 595–615. doi:10.1080/02687030600626256

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. doi:10.1080/02687030701536024

Wallace, G. L. (2010). Profile of life participation after stroke and aphasia. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 17(6), 432–50. doi:10.1310/tsr1706-432

Worrall, L., Rose, T., Howe, T., McKenna, K., & Hickson, L. (2007). Developing an evidence- base for accessibility for people with aphasia. *Aphasiology*, 21(1), 124–136.