

Dissertação  
Mestrado em Teatro

***RUTURA E TRANSMUTAÇÃO***  
***Aplicabilidade de técnicas do treino do ator na***  
***recuperação de sequelas de AVC***

**Daniela Maria Morganiça dos Reis**

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Doutor Guilherme Mendonça, Professor da Escola Superior de Artes e Design do Instituto Politécnico de Leiria.

Caldas da Rainha, *março de 2018*

## **Dedicatória**

Ao meu padrasto, Osvaldo Casaca, que me fez redescobrir a palavra “pai”. À minha irmã Carla Reis, pela amizade e cumplicidade. À minha mãe, Deolinda Morganiça, pelo apoio incondicional em todas as minhas escolhas e por estar sempre presente quando erro – uma mulher que admiro pela força extraordinária e pela capacidade de lutar contra as adversidades seguindo em frente.

Em memória dos meus avós Piedade Lopes e João Morganiça, e da grande amiga Mimi Siku. Obrigada por terem feito parte da minha vida.

# Agradecimentos

Ao meu orientador, Guilherme Mendonça, por me ter guiado num processo que me fez crescer. À Professora Margarida Tavares pela disponibilidade. Ao Dr. José Almeida Nunes, que mais do que ser meu médico, me honra com a sua amizade. À Associação Portugal AVC por se mostrar interessada no projeto, mais especificamente ao Presidente da Associação, António Conceição, pelo apoio. Ao Dr. Armando Lopes e à sua equipa do Hospital Central de Coimbra.

Aos meus amigos que me salvaram a vida, embora nunca se tenham apercebido – Rebeca Steingraber Gradíssimo, Pedro Queirós e Nuno Silva.

Ao meu pai, Alfredo Reis, pelas boas memórias.

Aos que me apoiaram no Crowdfunding – Ana Couto, Ana Luísa Costa (mulher extraordinária que me acompanha desde infância), Ana Rita Oliveira (obrigada por teres estado presente), Ângela Arcadinho, Beatriz Guimarães, Blaise Li, Filipe Neves Curral, Isabel Santos, Mariana Ferreira, Paulo Domingues, Pedro Castro, Rui Cipriano, Rui Pedrosa (maior felicidades nesta tua nova etapa da tua vida), Sérgio Rodrigues (o homem imutável), Sofia Costa, Soraia Maia, Susana Morganiça e TRADISOM Produções Culturais. Sem o vosso apoio esta dissertação não existia.

Ao meu eterno amigo Miguel Borges, por me ter amparado muitas vezes ao longo da minha vida, quando pensei que tudo estava perdido. Ao Miguel Seabra, pela inspiração e amizade. Ao Gustavo Santos, pelo seu enorme coração – obrigada por tudo, ganhaste um lugar muito especial na minha vida. Ao Rogério Nuno Costa por ter acreditado em mim enquanto ‘artista em progresso’. À Dora Birrento, por ser a pessoa extraordinária que é. À Margarida Gonçalves, pela honesta amizade – “Vamos em frente, olho por olho, dente por dente, ó Capitão”.<sup>1</sup> À Anna Kasprova, menina-mulher, nunca esmoreças e luta pelos teus sonhos. Ao André Manso, afilhado e amigo, pelas sessões de fisioterapia. Aos bons e grandes amigos que presenciaram esta minha nova estadia nas Caldas da Rainha – Liliana Ferreira Silva, Álvaro Nogueira, Diogo Bolinhas, Daniel Coimbra, Ruben Silva (irmão noutra dimensão), Ricardo Pimentel e Nayara Silver, por terem compreendido, respeitado as minhas ausências e por me terem

---

<sup>1</sup> Mão Morta, álbum Pesadelos de Peluche, música “Tiago Capitão”.

proporcionado momentos únicos. Ao João Graça, pelas dicas e disponibilidade. Ao João Dias pelo apoio nas traduções e amizade.

À minha família e amigos que não foram nomeados, mas que sabem quem são.

A todos vós, não existe medida para a minha gratidão.

# Resumo

Esta dissertação trata das contribuições possíveis do treino de ator na recuperação do Acidente Vascular Cerebral (AVC).

É definida a patologia AVC e são enumeradas as causas, os fatores de risco, as tipologias e sequelas prováveis, bem como as terapias mais comuns. É feita depois uma descrição generalizada do treino de ator assim como um levantamento de algumas técnicas possíveis de serem usados na recuperação de pessoas que sofreram um AVC.

Recorre-se a um estudo de caso de carácter limitado e experimental numa tentativa de melhor aferir o potencial deste tipo de intervenção. Este estudo de caso conta, porém, com apenas um participante.

Um capítulo final sobre um possível precurso metodológico é ainda apresentado, e reúne uma série de considerações sobre a aplicabilidade do uso de técnicas do treino do ator. Propõe, de igual forma, um modelo a seguir numa futura investigação mais otimizada.

*Palavras-chave: Acidente Vascular Cerebral; Sequelas; Reabilitação; Treino do Actor; Cuidadores*

# Abstract

This dissertation deals with the possible contributions of actor training for the recovery of strokes (AVC).

The pathology is defined as well as its causes, the risk factors, the typologies and the probable sequelae. The most common therapies are enumerated.

Acting theories and techniques are critically evaluated for their hypothetical application in patients recovering from strokes.

A limited and experimental case study is attempted to better gauge the potential of this type of intervention. However, this case study has only one participant.

A final chapter on a possible methodological premonition is still presented and brings together several considerations on the applicability of the use of actor training techniques. It also proposes a model to be followed in future more optimized research.

*Keywords: Stroke; Sequels; Rehabilitation; Actor Training; Caregivers*

## **Lista de Tabelas**

**Tabela 1, página 17** – Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “oclusão de artérias cerebrais/AVC Isquémicos”, Portugal Continental (2009 a 2013).

**Tabela 2, página 18** – Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “hemorragia intracerebral”, Portugal Continental (2009 a 2013).

**Tabela 3, página 19** – Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “hemorragia intracraniana não especificada ou NCOP”, Portugal Continental (2009 a 2013).

**Tabela 4, página 19** – Caracterização da produção hospitalar e respetivos padrões de morbilidade, relativos a “hemorragia subaracnoídea”, Portugal Continental (2009 a 2013).

# **Lista de Siglas**

AIT – Acidente Isquémico Transitório

AVC – Acidente Vascular Cerebral

AVD – Atividades da Vida Diária

MAV – Malformação Arteriovenosa

PT.AVC – Associação Portugal AVC

SNS – Serviço Nacional de Saúde

# Índice

<b>Dedicatória</b> .....	<b>ii</b>
<b>Agradecimentos</b> .....	<b>iii</b>
<b>Resumo</b> .....	<b>v</b>
<b>Abstract</b> .....	<b>vi</b>
<b>Lista de Tabelas</b> .....	<b>vii</b>
<b>Lista de Siglas</b> .....	<b>viii</b>
<b>Introdução</b> .....	<b>12</b>
<b>1. Sobre o AVC</b> .....	<b>15</b>
<b>1.1 - Definição</b> .....	<b>15</b>
1.1.1 - Causas e fatores de risco .....	15
<b>1.1.2 - Tipologias e incidência em Portugal</b> .....	<b>16</b>
1.1.2.1 - AVC Isquémico .....	16
1.1.2.2 - AVC Hemorrágico .....	17
<b>1.2 - Sequelas motoras, cognitivas e comportamentais</b> .....	<b>19</b>
1.2.1- Sequelas motoras.....	20
1.2.1.1- A ataxia .....	20
1.2.1.2 - A disfagia .....	21
1.2.1.3 - A disartria.....	21
1.2.1.4 - A hemiplegia .....	22
1.2.1.5 - A hemiparesia.....	22
1.2.1.6 - A hemianopsia.....	23
1.2.1.7 - A alteração da sensibilidade .....	23
1.2.2 - Sequelas cognitivas .....	24
1.2.2.1 - A afasia .....	25
1.2.2.2 - Problemas de concentração .....	25
1.2.2.3 - Memória.....	26
1.2.3 - Sequelas comportamentais.....	28
1.2.3.1 - Alterações de humor .....	28
<b>2 - Sobre a Recuperação Pós-AVC</b> .....	<b>30</b>
<b>2.1 - Terapia</b> .....	<b>30</b>
2.1.1 - Terapia da fala.....	31
2.1.1.1 - Enquadramento Histórico .....	31

2.1.1.2 – A Técnica Alexander .....	36
2.1.2 – Terapia ocupacional .....	37
2.1.2.1 – Enquadramento Histórico .....	39
2.1.2.2 – Vertente Holística .....	40
2.1.3 – Fisioterapia.....	41
2.1.3.1 – Enquadramento Histórico .....	41
2.1.3.2 – O Conceito de Bobath.....	42
<b>3 – O Treino do Ator.....</b>	<b>44</b>
<b>3.1 - Stanislavski e o ‘Sistema’ .....</b>	<b>45</b>
<b>3.2 - Trabalho de corpo .....</b>	<b>50</b>
<b>3.3 - Trabalho da Voz Falada e Emoção .....</b>	<b>53</b>
<b>4- Estudo de Caso.....</b>	<b>57</b>
<b>4.1 - Estrutura de trabalho .....</b>	<b>57</b>
<b>4.2 – Relatórios das sessões.....</b>	<b>59</b>
4.2.1 - Sessão 1 .....	59
4.2.2 - Sessão 2 .....	61
4.2.3 – Sessão 3.....	62
4.2.4 - Sessão 4 .....	64
4.2.5 - Sessão 5 .....	66
4.2.6 - Sessão 6 .....	67
4.2.7 – Sessão 7.....	68
4.2.8 - Sessão 8 .....	70
<b>4.3 – Avaliação do Estudo de Caso .....</b>	<b>71</b>
<b>5 – Considerações finais sobre um possível percurso metodológico.....</b>	<b>74</b>
<b>5.1 - O que diferencia o treino no ator das terapias convencionais .....</b>	<b>75</b>
<b>5.2 – Terminologia aplicada .....</b>	<b>76</b>
<b>5.3 - O Orientador .....</b>	<b>77</b>
<b>5.4 - O Participante.....</b>	<b>78</b>
<b>5.5 – O Estúdio.....</b>	<b>78</b>
<b>Conclusão .....</b>	<b>80</b>
<b>Bibliografia .....</b>	<b>86</b>
<b>E-books.....</b>	<b>86</b>
<b>Webgrafia.....</b>	<b>87</b>

<b>Anexos .....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo 1.....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo 2 .....</b>	<b>93</b>
<b>Anexo 3 .....</b>	<b>94</b>
<b>Anexo 4 .....</b>	<b>96</b>
<b>Anexo 5.....</b>	<b>98</b>

# Introdução

A aplicabilidade de teorias e técnicas da formação do ator na recuperação de doentes de Acidente Vascular Cerebral (AVC) não é evidente e não tem sido, tanto quanto sei, praticada. É justamente esse o tema que me proponho tratar em *Rutura e Transmutação: Aplicabilidade de Técnicas do Treino do Ator na Recuperação de Sequelas de AVC*.

O título desta dissertação refere-se justamente à mudança dos padrões de vida e à aprendizagem de novos padrões com o recurso ao treino do ator.

Esta dissertação tem, como tantas outras, um ponto de partida pessoal. Em 2007, com 21 anos, sofri um AVC hemorrágico provocado por uma Malformação Arteriovenosa (MAV). Estive hospitalizada no Hospital Geral de Coimbra, mais conhecido como Hospital dos Covões, cerca de um mês. Estive em coma 12 dias, período durante o qual fui submetida à primeira cirurgia para drenagem do hematoma. A segunda cirurgia serviu para reparar a MAV — a localização permitia uma intervenção. Após ter alta, estive cerca de um mês a aguardar terapia. A alta apanhou a minha família de surpresa, pois encontrava-me completamente dependente e nem os meus pais nem a minha irmã estavam psicologicamente preparados para me receber.

Apesar de não conseguir falar a minha experiência anterior como *clown* permitia-me comunicar com a minha família (fazia parte de um grupo de animação de rua e a minha personagem que não falava — recorria à mímica e às expressões faciais). Nesse mês de espera, apesar de me mostrar sempre bem-disposta, sucumbi a uma depressão profunda; as distrações possíveis eram poucas e a comunicação difícil devido aos problemas de linguagem resultantes da afasia — restava-me pensar. Nessa altura surgiram também as crises epiléticas, algo que me perseguiu e aterrorizou bastante tempo. Já nessa ocasião pude fazer uso de aspetos do meu treino de atriz para tentar mitigar o meu sofrimento — com a respiração abdominal, aprendida no meu curso, pude controlar a minha ansiedade enquanto a crise ocorria (crises parciais, ou seja, estava consciente durante a crise), o que diminuía a gravidade e mal-estar por ela causados.

Nem eu nem a minha família fomos acompanhados por um psicólogo. Vi a minha entrada na LAMDA (London Academy of Music and Dramatic Art) impossibilitada, o

meu sonho de me tornar atriz de teatro físico irrealizável — todo o meu mundo desabou. Apesar de tudo, a vontade de ficar fisicamente como antes serviu como boia de salvação nos primeiros tempos de terapia. Nunca ninguém se dirigiu à minha família para elucidá-la sobre os possíveis apoios a que teria direito — não existia um simples papel informativo nem hospital onde iniciiei a minha reabilitação como no Centro de Saúde da minha área de residência. Apesar disto consegui uma isenção das taxas moderadoras, bem como uma pensão de invalidez.

Durante um ano procurei todas as terapias convencionais e alternativas. Inscrevi-me, ainda sem conseguir andar, no *Yoga*. Paralelamente ao trabalho que realizava na terapia e no *yoga*, aproveitei muito os conhecimentos que tinha do meu curso de teatro. O período de recuperação inicial — logo após ter recuperado a marcha — foi um período intenso de participação em atividades formativas em teatro (*workshops*, início do mestrado, participação num espetáculo, *performances*).

Retrospectivamente penso que não tinha absoluta noção da gravidade das sequelas com que ficara; apesar de sentir que o meu corpo tinha mudado, mantinha-me a mesma pessoa, e desdobrava-me em esforços para continuar a ter uma vida ativa. Mesmo sentindo-me capaz e útil, percebi que havia duas ordens de problemas: por um lado havia um conjunto novo de dificuldades (motoras e cognitivas) para as quais não estava ainda preparada; por outro lado fui sendo confrontada com evidentes preconceitos sociais.

Tenho, como premissa inicial, a convicção de que o treino do ator pode ajudar na recuperação das sequelas de AVC. Com esta dissertação pretendo descobrir se existe efetivamente uma aplicabilidade do treino do ator transversal a qualquer pessoa (com ou sem formação em Teatro), e que esteja a experienciar sequelas causadas por um AVC — seja ele hemorrágico ou isquémico. Caso se confirme esta aplicabilidade, proponho-me a investigar o processo e os seus possíveis benefícios.

Esta dissertação está dividida em duas partes, uma teórica e outra prática. A parte teórica é uma exposição com os seguintes temas:

1. O AVC (tipologias e causa);
2. Explicação genérica sobre algumas das sequelas causadas pelo AVC;

3. Terapias convencionais (como surgiram e alguns dos métodos aplicados em cada um deles);
4. O treino do ator (esclarecimento genérico sobre os métodos).

Esta investigação preparou-me para a parte prática — o Estudo de Caso, que é uma tentativa de aplicação de algumas técnicas de ator. Dele constam relatórios das sessões e uma avaliação.

Procurei usar de uma linguagem acessível, que permitisse a pessoas não especializadas obterem informações sobre AVCs e sobre técnicas de ator — pacientes, cuidadores ou técnicos de saúde.

# **1. Sobre o AVC**

## **1.1 - Definição**

Um Acidente Vascular Cerebral (AVC) ocorre por dois motivos, especificamente: uma obstrução de uma artéria por um coágulo, o AVC Isquémico; uma rutura de uma artéria, o AVC Hemorrágico (Cancela, 2008).

No primeiro caso, o coágulo bloqueia por momentos o vaso sanguíneo, impedindo que o cérebro receba oxigénio, fazendo com que o tecido cerebral morra. O doente vai perdendo faculdades, e quanto maior for o tempo sem oxigénio mais sequelas terá, podendo resultar na morte. Caso o bloqueio seja inferior a três minutos, o doente recupera na totalidade, ou seja, estamos perante um Acidente Isquémico Transitório, também chamado informalmente “mini-AVC” (Castro, 2013).

No segundo caso, o AVC Hemorrágico, o processo é semelhante ao referido anteriormente, embora a causa seja diferente. Com o rompimento da artéria, o sangue deixa de circular e, sem sangue, o cérebro não recebe oxigénio, originando a necrose dos tecidos cerebrais. Também no AVC Hemorrágico o tempo em que o cérebro fica sem fornecimento de oxigénio é fulcral para a sobrevivência do doente. Sem oxigénio, o cérebro vai-se tornando incapaz de coordenar as operações dos órgãos e membros de si dependentes deixando o doente com sequelas graves ou levando-o à morte (Barbosa, 2011).

### **1.1.1 - Causas e fatores de risco**

As causas e fatores de risco de um AVC variam em função do seu tipo – Isquémico ou Hemorrágico. O AVC Isquémico – i.e., obstrução por um coágulo – tende a ocorrer em indivíduos mais vulneráveis, sobretudo pessoas com outras patologias como a diabetes e/ou doenças coronárias, e ainda como resultado de fatores de risco — o tabagismo,

sedentarismo, dieta rica em sal, obesidade, colesterol e/ou tensão alta. (Silva, 2010). O AVC Isquémico pode ser prevenido caso o doente conheça a sua patologia e seja acompanhado por um profissional de saúde (i.e., médico de família). Muitas vezes é necessária medicação e/ou dieta pobre em sódio, bem como exercício físico. O doente fica assim monitorizado podendo conseguir evitar o AVC.

No caso do AVC Hemorrágico (i.e., rutura de um vaso sanguíneo), o AVC pode dever-se a dois fatores. Especificamente, pode dever-se a um traumatismo craniano, ou a uma malformação arteriovenosa (MAV). A MAV ocorre na gestação do feto (Silva, 2013), podendo dar ou não, origem a um AVC. Os sintomas da MAV — dores de cabeça e/ou convulsões — são comuns a outras patologias o que torna o seu diagnóstico difícil. O aneurisma, o tipo de MAV mais conhecido, ocorre quando um vaso sanguíneo está fragilizado (Pinto, 2015). As herniações cerebrais, um tipo de MAV mais raro, ocorrem quando existe uma tensão entre o osso e o vaso sanguíneo. Nestes casos é o aumento da tensão sanguínea que causa a hemorragia. (Barbosa, 2011).

## **1.1.2 - Tipologias e incidência em Portugal**

### **1.1.2.1 – AVC Isquémico**

Conforme referido anteriormente, o AVC Isquémico ocorre quando existe uma obstrução por um coágulo de um vaso sanguíneo. Os coágulos podem ser de ar, bactérias, gordura, tecido, corpos estranhos ou trombos (coagulação de sangue devido à agregação plaquetária) que entram na corrente sanguínea e se alojam no cérebro (Pires, 2013). O coágulo priva o cérebro de receber oxigénio e glicose, o que provoca a necrose dos tecidos. Se o coágulo bloquear a passagem da corrente sanguínea por menos de três minutos, o AVC classifica-se, como anteriormente dissemos, como um AIT — o doente recupera as suas funções, embora possa sofrer de ligeiras ou mesmo nenhuma sequelas (Castro, 2013). Caso a obstrução seja superior a três minutos, a necrose dos tecidos

cerebrais afetados torna-se irreversível, tendo o doente de ser acompanhado pela equipa médica e, posteriormente, fazer terapia.

Os dados respeitantes a 2013, da Direção Geral de Saúde, dizem-nos que houve 20 123 casos de AVC Isquémicos e 2 317 óbitos, o que perfaz uma taxa de sobrevivência de 89,7% em Portugal.<sup>2</sup>

Tabela 1

<b>Oclusão de artérias cerebrais/AVC isquémico</b>					
	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Utentes saídos	19587	20252	19279	19416	20123
Dias Internamento	221543	232728	222764	222826	239110
Demora Média	11,31	11,49	11,55	11,48	11,88
Day Cases	198	186	183	185	194
Demora Média sem DC	11,43	11,60	11,67	11,59	12,00
Casos Ambulatório	0	0	0	...	0
Óbitos	2508	2346	2343	2363	2317

CID9MC: 434

... Dado confidencial

**Fonte:** GDH – ACSS/DGS (2014)

A faixa etária mais propensa a este tipo de AVC são os indivíduos com mais de 65 anos, sobretudo do sexo masculino, com comportamentos de risco ou doenças associadas, como tabagismo, sedentarismo, obesidade, pouco exercício físico, dieta rica em sódio, diabetes, hipertensão e colesterol (Silva, 2010).

### 1.1.2.2 – AVC Hemorrágico

O AVC Hemorrágico acontece, conforme referido, quando o sangue é expelido do vaso sanguíneo (Pires, 2013). As suas causas podem ser várias, incluindo o traumatismo craniano (com o embate o cérebro sofre uma pressão e o sangue acaba por irromper para o cérebro), ou uma MAV (na qual se incluem os aneurismas). Em todos estes casos o

<sup>2</sup> Day case: Cirurgia de ambulatório.

paciente terá maiores sequelas quanto maior for o edema cerebral e, caso o cérebro não consiga absorver o sangue em excesso, terá de ser drenado. Por estas razões o tempo de reação médica é fulcral, para a sobrevivência e recuperação do doente (Silva, 2010). O doente que teve um AVC hemorrágico sofre, muitas vezes, de hipertensão, o que provoca pressão cerebral e facilita o rompimento da veia.

Também no AVC Hemorrágico as sequelas surgem da carência de oxigénio e glicose no cérebro, o que causa a necrose dos tecidos cerebrais. No entanto, uma vez que o AVC Hemorrágico resulta de uma lesão, não existe a hipótese de o paciente recuperar totalmente (Pires, 2013), ficando com sequelas mais graves e sendo, por isso, a sua recuperação mais demorada (Pinto, 2015). O tratamento, quando este é possível, é invasivo, ou seja, implica uma neurocirurgia reparatória (Silva, 2013).

De acordo com os dados respeitantes a 2013, da Direção Geral de Saúde, existiram 5 246 casos de AVC Hemorrágicos, dos quais 1 210 resultaram em óbitos, o que perfaz uma taxa de sobrevivência de 77% em Portugal. A faixa etária é mais difusa, mas existe uma predominância nos jovens, sobretudo do sexo feminino (Queiróz, 2010).

Tabela 2

Hemorragia intracerebral					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	3971	3931	3801	3794	3470
Dias Internamento	58727	59997	55284	57681	52800
Demora Média	14,79	15,26	14,54	15,20	15,22
Day Cases	76	69	70	58	51
Demora Média sem DC	15,08	15,54	14,82	15,44	15,44
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	1200	1203	1120	1152	962

CID9MC: 431

Fonte: GDH – ACSS/DGS (2014)

Tabela 3

Hemorragia Intracraniana não especificada ou NCOP					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	892	947	935	991	874
Dias Internamento	11823	12786	11534	12286	10793
Demora Média	13,25	13,50	12,34	12,40	12,35
Day Cases	29	31	18	19	14
Demora Média sem DC	13,70	13,96	12,58	12,64	12,55
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	131	135	107	102	123

CID9MC: 432

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

Tabela 4

Hemorragia Subaracnoideia					
	2009	2010	2011	2012	2013
Utentes saídos	784	771	767	778	902
Dias Internamento	16249	15781	13781	15576	17626
Demora Média	20,73	20,47	17,97	20,02	19,54
Day Cases	31	36	28	31	27
Demora Média sem DC	21,58	21,47	18,65	20,85	20,14
Casos Ambulatório	0	0	0	0	0
Óbitos	144	145	154	159	152

CID9MC: 430

Fonte: GDH - ACSS/DGS (2014)

## 1.2 – Sequelas motoras, cognitivas e comportamentais

Neste capítulo pretendo enumerar as sequelas mais comuns nos AVCs. Não é minha intenção escrutinar cada sequela possível (são imensas) já que existem seis artérias cerebrais de relevante importância, sendo cada uma delas responsável por alguns tipos diferentes de sequelas — cerca de 28 sequelas diferentes (Cancela, 2008).

Neste sentido, esta secção apresenta apenas uma síntese de algumas possíveis sequelas, bem como uma breve explicação sobre aquilo em que consistem, de modo a facilitar a compreensão do doente em relação ao seu corpo, mas sobretudo para os cuidadores que são muitas vezes surpreendidos e não compreendem as modificações e o seu grau de impacto no doente.

### **1.2.1– Sequelas motoras**

No presente trabalho, as sequelas motoras e cognitivas são apresentadas em conjunto, pois muitas vezes interagem entre si, resultando numa recuperação mais lenta.

#### **1.2.1.1– A ataxia**

Ataxia é uma dificuldade de coordenação e/ou equilíbrio. O paciente demonstra dificuldades em fazer movimentos de forma natural, acabando sempre por reaprendê-los de forma automática (Pires, 2013).

A ataxia surge quando o cerebelo é afetado; as ligações entre o cerebelo e a medula ficam comprometidas, dificultando os movimentos de todo o lado do hemicorpo afetado. No caso do AVC Isquémico a recuperação é geralmente mais rápida e pode-se até recuperar totalmente. No caso do AVC Hemorrágico, dado que a lesão cerebral é maior, dificilmente se recuperam essas faculdades, mas o doente pode vir a ter uma vida normal (Cancela, 2008).

### **1.2.1.2 – A disfagia**

A disfagia é a designação técnica de problemas ou dificuldades na deglutição que ocorrem após um AVC (Silva, 2015).

A deglutição é um sistema que alia a coordenação muscular à gravidade. É necessário que existam movimentos da língua (movimento voluntário, onde se prepara o bolo alimentar) os quais, aliados à gravidade, (movimento involuntário) permitem que o bolo alimentar passe pela faringe, laringe, esófago e por fim para o estômago. Este sistema, quando comprometido, faz com que o doente sofra de perda de parte do alimento ou líquidos (entre os quais a saliva), engasgamento e tosse (Silva, 2015).

### **1.2.1.3 – A disartria**

Disartria é uma perturbação motora da fala (Santos e Mac-Kay, 2011). A clareza (ou inteligibilidade) da fala encontra-se comprometida nos pacientes com disartria; a fala é um processo complexo que requer a coordenação entre músculos orais e sistema neurológico.

A pessoa tem dificuldades na fonação (trabalho muscular exercido para emitir sons de forma compreensível), na respiração, na ressonância, na prosódia (acentuação das palavras) e na articulação. Estes fatores resultam num controle diminuído do trato vocal (espaço compreendido entre as pregas vocais e os lábios), na velocidade do discurso – que tende a ser reduzida, na leitura e escrita, como sequência de um eventual comprometimento cognitivo e, portanto, na interpretação da linguagem (Costa, 2015).

Esta é uma sequela bastante comum após um AVC, que pode ser mitigada com terapia da fala.

### **1.2.1.4 – A hemiplegia**

Uma das consequências imediatas de um AVC é a hemiplegia. A hemiplegia é a perda total da capacidade de controlo do hemicorpo afetado (paralisia parcial). O tónus muscular é geralmente baixo na fase aguda, mas pode ser variável consoante a fase pós AVC. Esta sequela pode resultar na perda de movimento, coordenação motora e equilíbrio (Massoco et al., 2013).

No AVC hemorrágico, a hemiplegia é especialmente grave. É instantânea, e em caso de perda de consciência e/ou coma é mais prolongada. Ao fim de um ano, segundo Cancela (2008), mais de metade dos pacientes não demonstram nenhum sinal de hemiplegia.

### **1.2.1.5 – A hemiparesia**

A hemiparesia é a perda parcial da capacidade motora do lado do hemicorpo afetado (Cancela, 2008). A hemiparesia é uma consequência não imediata do AVC. O doente transfere o seu peso para o lado não afetado, o que causa o desequilíbrio do seu centro de gravidade. Isto, por sua vez, resulta numa assimetria postural que afeta a marcha (Massoco *et al.*, 2013). O doente é identificável por um desnível do ombro e da anca, que obrigam a perna a desenhar um semicírculo ao invés de seguir numa reta em frente (conhecido como o passo em V). O risco de queda é acrescido pela ineficiência da marcha, pelas dificuldades na coordenação e na falta de equilíbrio. O tónus muscular pode ser alto ou baixo, consoante a fase pós AVC em que o paciente se encontra, o que dificulta ainda mais o movimento. Um aumento da tonicidade é especialmente visível na mão do hemicorpo atingido — os dedos e a mão recolhem em direção ao pulso. Os terapeutas ocupacionais utilizam um conjunto de técnicas para reduzir o tónus, entre as quais a utilização de talas e exercícios específicos para desenvolver o movimento fino.

Todos estes fatos impossibilitam ou dificultam as atividades quotidianas do doente, como vestir-se, alimentar-se, mudar de posição, entre outros (Massoco *et al.*,

2013).

Tal como no caso da hemiplegia, mais de metade dos pacientes observados ao fim de um ano não apresentam sinais de hemiparesia (Cancela, 2008).

### **1.2.1.6 – A hemianopsia**

Após a ocorrência de um AVC, é possível que haja uma perda de visão parcial ou global — a esta sequela dá-se o nome de hemianopsia (Cancela, 2008).

A perda de visão pode ser parcial ou total. O doente afetado por hemianopsia é muitas vezes levado a negligenciar o lado atingido — a ausência de perceção do seu hemicorpo no espaço, aliado à falta de sensibilidade, podem comprometer a recuperação (Pires, 2013). É comum o doente assustar-se com o próprio corpo ou não se reconhecer de imediato num espelho.

### **1.2.1.7 – A alteração da sensibilidade**

As alterações sensitivas que ocorrem após um AVC manifestam-se no hemicorpo afetado. O doente fica sem noção espacial do próprio corpo e sofre também alterações sensitivas: a sensação térmica, bem como as sensações tácteis podem ser reduzidas ou ampliadas. Pode dar-se uma perda total ou parcial da sensibilidade com consequente aumento do risco de autolesão. Uma parte do corpo que não se sente acaba, com efeito, por ser negligenciada — o paciente não sente o hemicorpo afetado pela alteração sensitiva e, como não o sente, também não o usa, nem o estimula. Por outro lado, observa-se o controlo desajustado da força muscular, desajuste esse que pode ter como consequência lesões musculares e tendinosas. Um défice da sensibilidade (muitas vezes aliado a hemianopsia) dificulta a aprendizagem do movimento (Cancela, 2008).

A sensibilidade está dividida em dois tipos: a superficial — térmica, táctil e/ou dolorosa; e a profunda — pressão, vibração e postura (Pires, 2013). No que concerne à

sensibilidade superficial (térmica e tátil) podem observar-se três resultados: um aumento da sensibilidade (hipersensibilidade); uma redução da sensibilidade; uma perda total de sensibilidade. Alguns pacientes expressam uma resposta exagerada aos estímulos superficiais, reportando sensações de dor em resposta ao toque suave. Outros pacientes reportam o caso oposto, sendo insensíveis aos estímulos superficiais. Em ambos os casos se observa uma incapacidade dos recetores tácteis para transmitir informação correta ao cérebro (Morais, 2010). Já a sensibilidade profunda diz respeito à consciência muscular e articular, o que permite ao ser humano movimentar-se no espaço. Um doente de AVC que tenha ficado com esta sensibilidade alterada terá problemas de equilíbrio e desconhecerá a localização espacial do membro afetado. Quando a sensibilidade profunda é afetada, a reaprendizagem dos movimentos é mais demorada e com poucos resultados (Pires, 2013).

### **1.2.2 – Sequelas cognitivas**

Por cognição entende-se a aquisição de conhecimento por recurso às capacidades mentais (Pires, 2013).

O cérebro está dividido em dois hemisférios — esquerdo e direito. A fala e a compreensão estão localizadas no hemisfério esquerdo. A perceção espacial está localizada no hemisfério direito. Ambos os hemisférios concentram muitas outras competências; estou a fazer uma simplificação para a compreensão deste ponto.

A recuperação total de um AVC é improvável, já que o cérebro funciona como um todo, havendo processo de sintonia entre as várias partes. A perda de uma faculdade compromete outras faculdades. A título de exemplo: os problemas de concentração dificultam tanto a aprendizagem de movimentos físicos como a aquisição de conhecimento (Pires, 2013).

### **1.2.2.1 – A afasia**

A afasia compreende um conjunto de problemas de linguagem, ao nível da fala, da compreensão de signos e da sua interpretação. A afasia resulta sempre de uma lesão cerebral que afeta as áreas responsáveis pelo input e output linguístico (Cancela, 2008).

Existem diferentes formas de classificar para classificar a afasia são avaliadas as competências de nomeação, fluência e repetição. De forma simples pode dizer-se que existem quatro tipos de afasia relacionados com a localização e extensão da lesão: afasia de expressão; afasia recetiva; afasia anómica; afasia global. Na afasia de expressão o paciente tem problemas na construção frásica – demonstra dificuldades em construir uma frase gramaticalmente correta e lógica. Já na afasia recetiva o doente consegue construir frases gramaticalmente corretas, mas desprovidas de sentido. Quando o paciente não é capaz de construir frases de forma correta e, ao mesmo tempo, o seu discurso é ilógico, estamos perante uma afasia global, a mais grave. A afasia anómica é a menos grave, levando o paciente apenas a ter dificuldades de evocação (Pires, 2013).

Os problemas de comunicação relacionados resultam muitas vezes em sentimentos de frustração, baixa autoestima, raiva e ansiedade, pois o doente pensa corretamente, mas não tem forma de expor as suas inquietações.

### **1.2.2.2 – Problemas de concentração**

O doente pode apresentar problemas de concentração – dificuldade em realizar tarefas de concentração prolongada e sofrer de esquecimentos recorrentes (de pouca duração). Mateus (2011) diz-nos que o período de maior concentração é pela manhã – o cansaço acumulado tem influência na capacidade de concentração da pessoa que sofreu um AVC. A concentração, ou atenção, é um processo complexo que exige muita energia. É interdependente de todos os outros estímulos – visuais, auditivos, sensitivos, olfativos, cognitivos, tácteis, térmicos, entre outros (Pires, 2013).

### 1.2.2.3 – Memória

A memória serve para recolha, processamento e uso da informação. Está dividida em várias categorias, seis das quais são relevantes para esta explicação: memória de curto prazo, memória de trabalho, memória de longo prazo, memória visual, memória verbal e memória sensorial. (Pires, 2013). As memórias de curto prazo, de trabalho e de longo prazo são caracterizadas pela sua persistência temporal – curta, média e longa, respetivamente. As memórias visual, verbal e sensorial são caracterizadas pela sua natureza – informação visual, palavra e conceitos, e sentidos, respetivamente. A memória de longo prazo está ainda subdividida em memória declarativa e memória não-declarativa. Passo, então, a descrever:

A memória de curto prazo é uma memória de processamento. Trata-se de uma primeira instância da reação do cérebro aos estímulos. A memória de curto prazo permite reter rapidamente uma quantidade limitada de informação e é indispensável no sentido em que organiza os estímulos e, portanto, a experiência quotidiana.

A memória de trabalho é uma memória de receção e de execução. Permite executar tarefas tendo por base uma experiência anterior. Atividades tão comuns como ler, escrever e calcular fazem recurso à memória de trabalho. Trata-se de uma memória funcional no sentido em que não se retêm atividades singulares (uma ocasião concreta em que se escreveu, leu ou calculou), mas sim um conjunto de dados necessários a uma determinada operação.

As memórias adquiridas transitam, por vezes, para a memória de longo prazo. Quer isto dizer que ficam arquivadas e que a elas se pode ter acesso sempre, de forma consciente. Quando falamos de memória de longo prazo estamos a falar de memória no sentido mais corrente: experiências, identidade, conhecimento, etc.

Estímulos recebidos na memória de curto prazo passam para a memória de trabalho e para a memória de longo prazo, de acordo com a sua ‘importância’. O processo de tratamento das memórias funciona assim como uma espécie de sistema de filtros (entre as três memórias) em que partes da informação são seletivamente perdidas e/ou retidas.

A memória de longo prazo divide-se ainda em dois subgrupos: memória

declarativa e memória não-declarativa.

A memória declarativa diz respeito às experiências que o indivíduo tem com pessoas, objetos, conceitos e linguagem. É um aspeto de relevância capital para a comunicação do doente, como adiante veremos.

A memória não-declarativa está relacionada com a vocação e com a capacidade de execução. Podem agrupar-se sob esta designação quer os aspetos que têm que ver com a aprendizagem de uma dada atividade (marcha, música, leitura e escrita) quer os aspetos definidores da identidade pessoal. Este último ponto é muito relevante, uma vez que remete para ideia de que a identidade é persistente.

A memória visual diz respeito a todas as formas não linguísticas, tais como pessoas e formas. Engloba a capacidade de reconhecimento de expressões, caras, momentos, locais, etc.

A memória verbal compreende a língua na sua relação com os conceitos e com os objetos, bem como a organização gramatical.

Sensibilidade tátil e térmica, olfato e paladar estão compreendidos na memória sensorial.

Como anteriormente foi dito, as memórias de curto prazo, de trabalho e de longo prazo são caracterizadas pela sua persistência temporal e as memórias visual, verbal e sensorial são caracterizadas pela sua natureza. Este aspeto é importante porque permite a transversalidade das memórias. Quer isto dizer que uma informação de carácter visual pode ocorrer na memória curto prazo, na memória de trabalho ou na memória de longo prazo. A metáfora de um sistema de filtros permite perceber a forma como a informação transita e é processada nas várias memórias.

Num doente de AVC, o tempo de processamento de estímulos é lento. O doente perde assim bastante informação, uma vez que transita menos informação da memória de curto prazo para a memória de trabalho. Consequentemente transita também pouca informação entre memória de trabalho e memória de longo prazo.

Quando falamos de memória, estamos a falar, no sentido lato, de uma faculdade transversal, necessária à aprendizagem do movimento, da fala, e das competências cognitivas. São claras as dificuldades, nestes campos, para um doente que sofreu um AVC.

### **1.2.3 – Sequelas comportamentais**

As sequelas comportamentais estão relacionadas com a localização da lesão. Quando afetado o córtex pré-frontal, podem observar-se alterações em traços da personalidade (i.e., agressividade, impaciência, impulsividade). São alterações de origem neurológica (por oposição às alterações de origem psicológica). Estas alterações são decorrentes do desequilíbrio emocional em que a vítima de AVC se encontra. As sequelas resultantes de lesões no lado esquerdo tendem a desaparecer, o que não acontece tão frequentemente com as sequelas resultantes de lesões no lado direito. O acompanhamento psicológico é de enorme importância nas duas tipologias — uma ferramenta indispensável para que o doente compreenda o que o rodeia e encontre um equilíbrio emocional. O apoio de um psicólogo deve estender-se também aos cuidadores, os quais estão direta e emocionalmente implicados em todas as dimensões que o AVC afeta (Silva, 2010).

#### **1.2.3.1 – Alterações de humor**

As alterações de humor têm uma relação direta com as alterações na perceção e sensibilidade anteriormente descritas. Quando a lesão se localiza no hemisfério direito, o paciente tende a ser mais impulsivo, indiferente, sem consciência das suas dificuldades e menos autocrítico. Estes fatores levam a um desempenho pobre de qualquer tarefa (Pires, 2013). Os pacientes cuja lesão ocorreu no hemisfério esquerdo são mais lentos, hesitantes, cuidadosos e pedem muito apoio. São, por outro lado, realistas na avaliação e resolução dos seus problemas (Cancela, 2008).

De modo a minimizar o sofrimento tanto do paciente como dos cuidadores, o acompanhamento psicológico é de vital importância.<sup>3</sup> O AVC é sempre um acontecimento traumático tanto para o doente como para os cuidadores, e deve também ser tratado na ótica psicoterapêutica. Um doente que não esteja em sofrimento

---

<sup>3</sup> Em Portugal o encaminhamento para o psicólogo é relativamente raro e, regra geral, resultante de um pedido do próprio doente e do médico assistente.

psicológico é mais focado e determinado na sua recuperação; também os cuidadores aprendem a lidar melhor com o choque, são mais práticos e incentivam mais o doente se forem conhecedores da sua condição. A terapia ajuda a prevenir problemas que podem surgir com o tempo, como a depressão. Ajuda o doente a ter uma real perceção das suas limitações e novas características. Em casos mais agudos pode recorrer-se, por vezes, a um psiquiatra (Silva, 2010).

## 2 – Sobre a Recuperação Pós-AVC

### 2.1 – Terapia

A terapia surge como resposta às sequelas deixadas pelo AVC. Um paciente pode necessitar de um ou mais tipos de terapias, pode necessitar de uma ou mais terapias, consoante as sequelas existente no pós AVC. O tempo de recuperação é variável – o paciente está em contacto constante com o médico fisiatra que, em consonância com a análise do neurologista e/ou neurocirurgião, decide a tipologia e duração da terapia. O objetivo dos médicos e terapeutas é sempre o de preparar o doente para um possível regresso à vida ativa.

Sabemos hoje que o cérebro tem grande neuroplasticidade — a capacidade de uma zona do cérebro reaprender funções perdidas, de outra zona do cérebro.<sup>4</sup> O acompanhamento, por um corpo clínico, potencia o aproveitamento dessa neuroplasticidade (Cancela, 2009).

As terapias mais comuns disponíveis em praticamente todos os hospitais são a fisioterapia, terapia da fala e terapia ocupacional. Existem outras formas de terapia menos comuns, como a hidroterapia, que também é eficaz, mas que nem todas as unidades de saúde podem oferecer.

Existem também terapias complementares ou alternativas, que podem auxiliar a recuperação (como a acupuntura, osteopatia, fitoterapia, homeopatia, entre outras), mas cuja eficácia não se encontra ainda completamente comprovada. Há testemunhos, mas não existe ainda evidência estatística e científica.

---

<sup>4</sup> A neuroplasticidade é uma característica do sistema nervoso. No caso dos doentes de AVC esta neuroplasticidade é ainda maior, provavelmente despoletada por um mecanismo de defesa (Cancela, 2009).

### **2.1.1 – Terapia da fala**

A terapia da fala tenta atenuar os problemas de comunicação, de linguagem, da fala (apraxia e disartria) e da deglutição. O objetivo do terapeuta da fala é auxiliar o paciente a agilizar a comunicação. As sessões de terapia da fala são individualizadas e consideram as necessidades funcionais de cada pessoa (Castro, 2013).

Nos indivíduos destros, 99% do controlo da linguagem está presente no hemisfério esquerdo, enquanto nos indivíduos canhotos o controlo da linguagem pelo hemisfério esquerdo é de 70% (Pires, 2013). A relação hemisfério/função explica a existência do padrão hemisfério esquerdo/linguagem. É, no entanto, importante perceber-se que existem desvios a este padrão. Os desvios são resultado quer de características de grupo (destros por oposição a canhotos) quer de aspetos individuais decorrentes da plasticidade do cérebro.

#### **2.1.1.1 – Enquadramento Histórico**

Entendo ser interessante fazer um apanhado das terapias mais comuns (como neste caso, a fala) para me permitir incluir uma visão comparativa entre as técnicas teatrais na recuperação de doentes de AVC. No caso da terapia da fala e as aulas de voz as semelhanças são muitas, pois as raízes de ambas derivam dos mesmos fundamentos.

Os primeiros passos, naquilo que viria a ser a terapia da fala, foram dados nos Estados Unidos da América, no início do século XIX. Judy Duchan, professora emérita na Universidade de Buffalo (E.U.A.), tem vindo a reunir documentação histórica sobre o surgimento e desenvolvimento da terapia da fala.

Tem publicado artigos em revistas académicas da especialidade, sobretudo na *American Journal of Speech*. Segundo Duchan, existem quatro épocas históricas, por sua vez subdivididas em períodos, passo a detalhar:

– *Época do Elocucionismo*

Caracteriza-se pela procura, por parte de atores, políticos, cantores e oradores, de soluções para problemas específicos da voz (gaguez, fraca projeção vocal, má dicção). Iniciou-se esse processo pelo recurso a sessões de trabalho individualizadas com ‘mestres’. Não falo de professores com formação específica, mas sim de indivíduos que reuniam um capital de experiências e haviam conseguido estabelecer credibilidade no meio emergente da preparação vocal.

Podemos distinguir dois períodos dentro da *Época do Elocucionismo*: o período Pré-Guerra Civil Norte-Americana e o período Pós-Guerra Civil. O referente temporal é a guerra civil e Duchan documenta a história da terapia da fala de uma perspetiva Norte-Americana, no entanto, o período Pré-Guerra Civil Norte-Americana tem origem em Inglaterra. A par com as transferências de conhecimentos e experiências na política, no urbanismo, na indústria e na religião, entre Inglaterra e os Estados Unidos, observa-se também uma transferência de conhecimentos entre profissionais com os mesmos interesses (na área do que viria a ser chamado ‘terapia da fala’). Os oradores começaram a autoeducar-se, participando em debates, frequentando cursos, fazendo apresentações orais, bem como aulas de canto e de leitura para público.

Este período caracterizou-se pela formação de um grupo elocucionista constituído por profissionais das áreas anteriormente referidas que se debruçou sobre aspetos da prática discursiva (articulação, inflexão, modulação vocal e qualidade da voz) bem como sobre a resolução de problemas comuns no uso da voz.

A sua abordagem era amadora, baseada em opiniões e experiências subjetivas e sem qualquer fundamento científico.

– *Época da Ciência*

A cientificação da terapia da fala surge concomitantemente com a abertura de programas académicos em psicologia, nos E.U.A. e na Europa, e com os estudos sobre o cérebro de

Broca e de Wernicke. Surge uma nova abordagem da terapia da fala, para lá do seu entendimento mecânico, conseqüente de um melhor conhecimento do cérebro. Começa, assim, a perceber-se a importância dos elementos cognitivos da linguagem. Inicia-se o estudo da fonética (sons da fala, articulação), é criado o primeiro alfabeto fonético de Graham Bell, em 1867, e são otimizadas técnicas de ensino da articulação e da fonética. É também nesta época que se fazem os primeiros estudos neurológicos, esquematizando áreas do cérebro na sua relação com a fala e com a escrita. A divulgação dos novos conhecimentos recebe também um ímpeto com a publicação dos primeiros livros sobre terapia da fala.

Os avanços tecnológicos, a par da avaliação psicológica, num nível experimental e laboratorial, estabelecem testes estandardizados que são aplicados a indivíduos ou grupos. Surge uma preocupação com o estudo da criança e observam-se progressos no estudo da pedagogia, assim como um interesse acrescido no desenvolvimento motor, cognitivo e linguístico.

– *Época do Profissionalismo*

Se o século XIX ficou marcado por autodidatas com interesse e experiência na área, o início do século XX ficou marcado pela profissionalização da terapia da fala.

Os desenvolvimentos referidos anteriormente, nas áreas da tecnologia, ciência, medicina e educação, resultaram numa mudança no foco dos terapeutas da fala – o doente passou a estar no centro das preocupações do terapeuta. Desenvolveram-se terapias específicas, para problemas específicos, em indivíduos específicos, quando anteriormente se aplicavam terapias gerais sem distinção da especificidade do problema ou do indivíduo. Uma consequência deste desenvolvimento foi a tomada de consciência do terapeuta da sua responsabilidade com o paciente.

O conjunto destas preocupações levaram os profissionais a definir o âmbito e jurisdição da sua prática e a criar critérios e procedimentos de avaliação profissional. Observa-se também um esforço e uma preocupação dos profissionais com a qualificação.

Os desenvolvimentos na terapia da fala surgem a par com os desenvolvimentos na filosofia, nas artes e na literatura após a Primeira Guerra Mundial. O indivíduo deixa de ser um conceito abstrato e a responsabilidade social é repensada.

“A unidade da humanidade, de quando em quando posta em dúvida, mesmo se apenas emocionalmente, por toda gente, até pelas pessoas mais fáceis e adaptadas, por outro lado também se revela a toda a gente, ou parece revelar-se, na harmonia total que se pode sempre descobrir entre o desenvolvimento do conjunto da humanidade e do indivíduo, até nos sentimentos mais secretos do indivíduo.”<sup>5</sup>

A terapia da fala passa a ser uma área profissional claramente definida e independente de outras áreas.

– *Época Histórico-Temporal*

A *Época Histórico-Temporal* subdivide-se, segundo Judy Duchan, em quatro períodos: o Período dos Anos Formativos (1900–1945), o Período Processual (1945–1965), o Período Linguístico (1965–1975) e o Período Pragmático (1975 – 2000). Passo a desenvolver cada um destes períodos:

1) Período dos Anos Formativos

O foco deste período foi a gaguez e os problemas articulatorios. Margaret Banton (professora e investigadora sobre distúrbios da fala) e o seu marido Smiley Blanton (ator e professor dedicado à investigação dos distúrbios da fala) são os primeiros investigadores a publicarem um livro direcionado para pais e educadores. Esta publicação teve grande relevância quer do ponto de vista do desenvolvimento da criança quer do ponto de vista das intervenções possíveis.

---

<sup>5</sup> Franz Kafka em *Diários*

Em 1928 são, pela primeira vez, catalogadas as categorias de diagnóstico e em 1931 são sistematizados os problemas fonológicos, a afasia, a gaguez e os problemas articulatorios. Só no final dos anos 30 é que se começou a correlacionar a linguagem e a escrita com os problemas cognitivos.

## 2) Período Processual

Com o fim da Segunda Guerra Mundial, os investigadores apercebem-se que os problemas da linguagem ultrapassam os aspetos morfológicos, ao verificarem perturbações da fala em adultos (afasia e outros problemas cognitivos decorrentes da experiência da guerra). Por outro lado, as movimentações forçadas de investigadores proporcionaram uma troca de saberes e experiências na aplicação de técnicas para recuperação e correção de problemas da fala. O Período Processual pode então ser caracterizado pela sua dimensão holística – integram-se vários saberes e os problemas da fala são compreendidos na sua dimensão emocional e física.

## 3) Período Linguístico

No Período Linguístico têm lugar desenvolvimentos na área da investigação linguística. A linguagem passa a ser compreendida como sistema abstrato, sujeito a modificações geracionais. A intervenção para correção linguística numa criança deve assim ser diferente da intervenção para correção linguística num adulto.

Há alguns aspetos que separam a criança do adulto, no que diz respeito à linguagem, os quais devem ser tidos em consideração na intervenção. Os problemas morfológicos na criança tendem a ter origem em malformações (por exemplo, lábio leporino) ao passo que no adulto os problemas morfológicos decorrem, normalmente, de um trauma. Isto significa que a criança aprende a falar, apesar do problema morfológico. O adulto tem de adaptar-se a uma circunstância estranha e desconfortável (uma nova morfologia) com componentes emocionais também.

Do ponto de vista da aprendizagem da linguagem, em si, estamos a falar de casos muito diversos. No caso das crianças, a sintaxe (construção frásica), o léxico (vocabulário) e a semântica (significado) estão ainda em construção, no caso do adulto que sofreu um trauma, estamos muitas das vezes a lidar com problemas cognitivos em

alguém que tem consciência do seu problema.

A corrente psicolinguística trouxe importantes contributos para a terapia da fala. Até aos anos setenta dava-se ênfase à componente semântica, com técnicas de aprendizagem passivas. A partir dos anos setenta começou a usar-se o conceito de estímulo-resposta na intervenção, tornando-a ativa.

#### 4) Período Pragmático

O *Período Pragmático* caracteriza-se pela transição de uma abordagem holística para uma abordagem funcional, focada nos aspetos sociais da linguagem. Emerge uma visão antropológica do paciente, que tem em consideração as suas necessidades e objetivos. O terapeuta da fala trabalha não só com o paciente, mas também com os cuidadores, na tentativa de facilitar uma integração rápida na sociedade. A recuperação é importante não só para o indivíduo em particular, mas também para o indivíduo na comunidade, com direitos e deveres.<sup>6</sup>

### 2.1.1.2 – A Técnica Alexander

Considero relevante referir esta técnica, não só por ter sido criada por um ator que se viu obrigado a desenvolver um tratamento para a sua afonia, mas sobretudo pelo carácter holístico que a sua técnica acarreta.

Frederick Matthias Alexander iniciou o ensino da sua técnica em 1925, depois de um prolongado período de estudo da sua própria afonia. As suas técnicas são ainda hoje aplicadas, não só na terapia da fala, mas também nas áreas artísticas, como a música e o teatro.

A técnica Alexander tem como pressuposto principal a ideia de que a tensão muscular interfere na postura, na marcha e, conseqüentemente, na fala. A técnica Alexander ensina precisamente técnicas para aliviar a tensão muscular e melhorar a

---

<sup>6</sup> Este capítulo sobre a História da Terapia da Fala foi resultado de uma investigação no *website* disponibilizado pela Terapeuta e Professora Judy Duchan e de parte da Dissertação de Mestrado de Adelaide Dias.

consciência do corpo.

De acordo com esta técnica, corpo e mente agem como um só. Coloca-se especial ênfase na zona do pescoço, considerada por esta técnica como zona privilegiada de acumulação de tensões neuromusculares de origem emocional. As tensões acumuladas nesta zona afetam todo o corpo.

As pessoas que ensinam esta técnica são professores e não terapeutas, (segundo Joan Arnol, professora da técnica Alexander em Nova Iorque) podendo um terapeuta aplicar esta técnica no seu trabalho. A técnica é, aliás, aplicada por pessoas ligadas à música, ao canto, às medicinas não convencionais, ao teatro e ao desporto. Trata-se de uma técnica de autoaprendizagem. O paciente/aluno aprende a técnica com o professor e depois autonomiza a sua prática. O papel do professor é orientar o paciente/aluno na direção de uma autoconsciência corporal autónoma.

No que concerne à reeducação da voz, a técnica Alexander dá especial ênfase à respiração: com o crescimento, o ser humano tende a deixar de respirar corretamente, suprimindo a respiração abdominal (natural nas crianças), e privilegiando a respiração torácica. A respiração torácica é pobre, incompleta e está, numa grande parte dos casos, na origem de distúrbios da fala e/ou afetações vocais (afonia ou nódulos nas cordas vocais, por exemplo).

A reeducação da respiração, os exercícios de sussurro, bem como a produção de fonemas são condição necessária para o sucesso da recuperação vocal. (Heirich, 2011). Estes exercícios interessaram-me por ser evidente a sua aplicabilidade a casos de doentes de AVC.

É de notar que o próprio Frederick Alexander sofreu dois AVC em 1947 e recuperou, segundo o próprio, graças à sua técnica (McCullough, 1996).

### **2.1.2 – Terapia ocupacional**

A terapia ocupacional é transversal e ajuda vários tipos de distúrbios/doenças (como doenças genéticas, neurológicas – como o caso dos AVC, músculo-esqueléticas,

ortopédicas ou distúrbios emocionais, psicológicos, comportamentais ou sociais). Devido a essa diversidade de patologias, o terapeuta pode trabalhar com todas as faixas etárias (O'Brien, 2011).

A terapia ocupacional, para os casos de doentes de AVC, visa reabilitar o membro superior afetado, sobretudo na motricidade fina – dedos/mão. A terapia assume um papel de destaque pois a maior parte dos doentes (com algumas exceções nos doentes que sofreram um AIT) ficam com sequelas, como falta de sensibilidade, hemiplegia, hemiparesia entre outros, o que os impede de serem autónomos. A terapia ocupacional vem ajudar o doente a reaprender e a adaptar-se às suas incapacidades. Este reajuste tem a designação técnica, 'Atividades da Vida Diária' (AVD). O terapeuta ocupacional encarrega-se de monitorizar e administrar exercícios, de modo a ensinar o doente a adaptar-se às suas novas características (i.e, utilização de talheres, abertura de portas, estimulação da sensibilidade, entre outros). A terapia ocupacional tem como objetivo tornar o doente o mais independente possível (O'Brien, 2011).

As AVD são conseguidas pelo esforço conjunto cognitivo-motor, uma vez que os dois domínios ficam comprometidos após um AVC. Deste modo, o terapeuta ocupacional, após o diagnóstico do médico fisiatra, elabora as atividades da sessão tendo em conta as sequelas cognitivas e motoras de forma simultânea (Costa, 2010).

A terapia ocupacional intervém nas incapacidades resultantes das sequelas das lesões neurológicas, promovendo o bem-estar e a qualidade de vida do paciente. As AVD aumentam a qualidade de vida do paciente, facilitando a reaprendizagem de atividades elementares como vestir, comer (manuseamento de instrumentos, autonomia na preparação e consumo das refeições), educação e/ou trabalho (escrever, ler) e interação social. O terapeuta ocupacional poderá inclusivamente criar equipamentos com o objetivo de facilitar o reajuste do quotidiano (como o adaptador para triade, para a escrita, ou o tubo de espuma engrossador, para manuseamento de objetos como colheres). A interação social que surge da confiança que se cria entre o terapeuta e o doente é um dos primeiros passos para o sucesso da integração do paciente na vida ativa. O objetivo do terapeuta é, também, que o doente se sinta integrado e útil (O'Brien, 2011).

Os terapeutas ocupacionais são ainda responsáveis pela elaboração de talas. As talas são utilizadas no caso de o doente ter espasticidade (aumento de tónus) na mão e

antebraço afetados. A tala é usada na fase inicial do tratamento, geralmente à noite, durante um prazo estipulado. Após a utilização da tala verificam-se benefícios tanto na redução do tónus como na amplitude articular, o que previne deformações posteriores ao AVC (Gomes, 2010).

Nas sessões, o terapeuta procura estimular o paciente de forma simultaneamente cognitiva e motora, tendo em conta os seus interesses, pois aí reside o sucesso da recuperação. A sala onde se aplica a terapia ocupacional visa ser uma simulação do ambiente natural (casa) do paciente, onde ele encontra exercícios (como abrir fechaduras, vestir bonecos, escrever, atar sapatos, montar *puzzles*, entre outros) do seu interesse – as chamadas atividades preparatórias. As atividades podem ser tão diferentes quanto os interesses do paciente e as condições do hospital/clínica, se estes dispuserem de ferramentas/materiais para tal.

### **2.1.2.1 – Enquadramento Histórico**

Durante a Revolução Industrial, surgiram patologias até então pouco conhecidas, consequência dos acidentes de trabalho, do trabalho repetitivo e do *stress*. Com estas novas patologias surgiram também novas terapias e respostas, mais completas e abrangente (O'Brien, 2011).

O conceito de terapia ocupacional surgiu de várias áreas, não só da saúde, mas também das artes, do ensino, da arquitetura e da assistência social. O termo terapia ocupacional é atribuído a George Barton.

Entre os vários criadores da terapia ocupacional destaco três, pela sua importância: Herbert Hall, Dr. William Rush Dunton e Susan Cox Johnson. Além disso, pretendo ainda demonstrar um pouco a multiplicidade áreas de onde emergiu esta terapia.

William Rush Dunton é considerado o pai da terapia ocupacional. Psiquiatra de profissão, começou a implementar, no início da década de 1910, o artesanato como forma de auxiliar os seus doentes. Em 1915 escreveu um primeiro artigo intitulado *Terapia Ocupacional: Um manual para enfermeiras*, onde descreve pequenos exercícios de terapia ocupacional.

Herbert Hall, médico, recebeu uma bolsa de Harvard para estudar os aspetos da terapia ocupacional que poderiam ajudar os doentes com patologias do foro psíquico. Hall trabalhou com Dunton, na clínica psiquiátrica *Handcraft Shops*. Hall acreditava que, se o doente se adaptasse a um padrão de vida saudável, estaria sujeito a uma menor tensão. Em 1912, Hall saiu da *Handcraft Shops* e mudou-se para Devereux, em Marblehead, seguindo a mesma linha de intervenção de Dunton, mas dando mais importância às artes (tecelagem, cerâmica). Pretendia com isto combater o desânimo e o isolamento entre os doentes.

Em 1918, Hall criou uma escola de terapia ocupacional de Boston. Susan Cox Johnson, que fora *designer* e professora de artes na Califórnia, ao tornar-se diretora do departamento de terapia ocupacional numa instituição pública, em Nova Iorque, procurou mostrar que a terapia ocupacional poderia trazer mais-valias para os pacientes (O'Brien, 2011).

### **2.1.2.2 – Vertente Holística**

Na área da terapia ocupacional não se trata o membro superior afetado *per se*, pois, o doente, na sequência de um AVC, precisa de um tratamento completo, que integre o corpo (função) e a mente (emoções). Na vertente holística o sucesso da recuperação do corpo está intimamente ligado às emoções que o doente está a experienciar e vice-versa. O terapeuta ocupacional procura fazer essa ligação – psicológica, física, sociocultural e biológica – tanto quanto lhe é possível. A relação terapeuta, médico, doente – família/cuidadores assume, por isso, uma importância capital para o sucesso da recuperação.

Estas entidades são diretamente responsáveis pelo estado físico e emocional do doente e têm de se articular por forma a minimizar o sofrimento do doente e da família. Este é o conceito primordial do terapeuta ocupacional, logo, as suas avaliações em relação ao doente devem ser tidas em conta por todas as entidades, para minorar o sofrimento do doente e aumentar as hipóteses de sucesso (O'Brien, 2011).

### 2.1.3 – Fisioterapia

A fisioterapia visa a cura do corpo do paciente (Fonseca, 2012). As patologias tratadas pelo fisioterapeuta são variadas (músculo-esqueléticas, neurológicas, ortopédicas, entre outras). No caso das patologias neurológicas, como é o caso do AVC, a fisioterapia ajuda o paciente a reaprender e/ou aprender a usar os membros e funções afetadas através de exercícios repetitivos de coordenação e equilíbrio. O fisioterapeuta determina os exercícios de acordo com as necessidades específicas do doente, de modo a que ele possa compensar os défices causados pelas sequelas do AVC. Os objetivos são possível recuperação do controlo motor dos membros afetados, a capacidade de lidar com as suas sequelas com vista à maior independente possível, a estimulação da sensibilidade nos casos em que ela se encontre comprometida, a re aquisição da noção corporal (em casos de *neglect*)<sup>7</sup>, e prevenção de complicações futuras que possam advir da inadequada utilização dos membros afetados, como, por exemplo, o aparecimento de tendinites. (Silva, 2010).

O Conceito Bobath é o método de recuperação neurológica mais utilizado na Europa atualmente nos casos de AVC. Este conceito propõe uma reabilitação contínua desde a fase aguda (início) até ao estágio final em que o paciente consiga ter alguma autonomia, ou tenha alta médica. Os métodos de Bobath promovem a interdisciplinaridade e o movimento ativo do paciente, com o intuito da aquisição de novas capacidades e a reaprendizagem das funções (motoras e sensoriais) lesadas com o AVC (Raine, 2009).

#### 2.1.3.1 – Enquadramento Histórico

Os primeiros registos existentes sobre a cura pelo movimento do corpo e da sua prática,

---

<sup>7</sup> Neglect ou Heminégligência – Distúrbio neurológico resultante de uma lesão cerebral, que se reflete numa perda da capacidade da consciência para estímulos sensoriais localizados espacialmente no hemisfério afetado.

datam de 2698 a. C., na literatura chinesa. Também na Grécia Antiga se praticava medicina de reabilitação pelo movimento, segundo os tratados filosóficos de Aristóteles, de 384 a.C. (Fonseca, 2012).

O termo fisioterapia foi usado pela primeira vez em 1851 na obra *Dr. Gleich's Physiatrische Schrifte*, do médico alemão Lorenz Gleich. O médico canadiano Edward Playter deu também um contributo importante no campo da fisioterapia quando, em 1894, usou o termo *Physiotherapy*.<sup>8</sup> O trabalho do Dr. Lorenz Gleich, fazia uma distinção entre tratamento interventivo (cirurgia) e o tratamento manual (i.e., massagem dos tecidos moles, exercícios de coordenação). Perdurou até ao início do século XX uma distinção entre os médicos que aplicavam tratamentos manuais e os médicos académicos. No início do século XX a medicina aliou-se às descobertas científicas no campo da biologia e da química, e também o ensino se voltou mais para o contato com o corpo. Foi assim que surgiu o conceito de medicina anátomo-clínica (Fonseca, 2012).

### **2.1.3.2 – O Conceito de Bobath**

O Conceito<sup>9</sup> de Bobath é a abordagem neurológica mais frequente na utilização prática da fisioterapia em doentes pós-AVC na Europa. Este conceito guia o fisioterapeuta na reabilitação neurológica oferecendo um conjunto de exercícios clínicos. Até 1950, os exercícios pós-AVC tinham uma grande componente ortopédica e fomentavam o uso do movimento (ativo e passivo), massagens, calor e pesos. Os métodos de Bobath demonstraram ser eficazes com problemas da função neurológica, em que a sensibilidade, tónus e motricidade se encontravam alteradas, normalizando o tónus, reduzindo a espasticidade e reeducando o movimento. O Conceito de Bobath propõe a reaprendizagem do movimento tido como padrão (Moreira, 2012).

Karel Bobath e Berta Busse, os criadores do método, nasceram em meados de 1900 (1906 e 1907, respetivamente), em Berlim, cidade onde obtiveram também a sua

---

<sup>8</sup> Edward Playter ignorava a obra de do Dr. Lorenz Gleich.

<sup>9</sup> Trata-se de um método, mas é conhecido como *Conceito de Bobath*.

formação. Karel formou-se em medicina (psiquiatria) e Berta em educação física. Na cidade de Londres, onde viveram e se vieram a casar Karel e Berta continuaram a sua formação: Berta fez o curso de fisioterapia e Karel especializou-se em paralisia cerebral.

Berta começou a desenvolver o método em 1943, depois de ser consultada pelo pintor Simon Elwes, que tinha sofrido um AVC. Simon Elwes encontrava-se insatisfeito com os tratamentos que tinha experimentado até então. Berta, ao invés de aplicar o que tinha aprendido no curso, começou por observar o paciente e tirar as suas próprias conclusões. A aplicação de alguns conhecimentos de anatomia do corpo humano padrão (movimentos, relaxamento) que tinha adquirido enquanto estudante de educação física, em conjunto com outros conhecimentos adquiridos enquanto estudante de fisioterapia, permitiram-lhe focar-se no lado afetado. Foi a primeira vez que se tratou a espasticidade num doente através do alongamento muscular, trabalhando desta forma foi possível alterar o tónus para um padrão mais próximo do normal, potenciando a recuperação do movimento e o uso funcional do lado afetado. Berta continuou, ao longo de anos, a desenvolver técnicas, tratamentos e processos de avaliação na fisioterapia neurológica, mas foi em conjunto com o Dr. Bobath que criou o Conceito de Bobath (Moreira, 2012).

Para este conceito funcionar, tem de existir uma interdisciplinaridade entre enfermeiros, fisioterapeutas, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos e cuidadores do doente. É de extrema importância que os cuidadores estejam informados e apoiados pelos terapeutas e médicos sobre os estágios da recuperação do doente, bem como sobre as suas limitações, sequelas e avanços. No conceito de Bobath a recuperação bem-sucedida está intimamente relacionada com a capacidade do doente de interagir com o meio ambiente. Compreende ainda que sem a orientação do movimento padrão é difícil para o doente aperceber-se das suas dificuldades tanto motoras, como sensoriais ou posicionais (equilíbrio) e que a identificação dessas *deficits* pelo paciente e pelo fisioterapeuta permite uma atuação mais precisa. O paciente ativo deve ser desafiado e envolvido em tarefas eficazes que o ajudem mais tarde nas suas AVD (Raine, 2009).

### 3 – O Treino do Ator

O treino do ator engloba um conjunto de procedimentos que podem ser aplicados por qualquer pessoa, independentemente do fim específico, já a ‘formação do ator’ pressupõe uma prática orientada para a profissão de ator. Por essa razão decidi chamar a este capítulo o ‘treino do ator’ e não a ‘formação do ator’. O treino do ator pode ser feito por todas as pessoas interessadas (doentes), enquanto a formação do ator é feita em escolas e/ou grupos de teatro. Treino de ator e formação de ator partilham técnicas e resultam de uma mesma teoria diferindo apenas na aplicação continuidade e profundidade com que são praticados. As expressões treino do ator e formação do ator são assim usadas de forma intermutável. Evidentemente, o paciente em recuperação de um AVC pode usar o ‘treino do ator’, mas não se pretende que faça ‘formação de ator’.

O treino do ator pressupõe um processo complexo de observação, gestão e controlo de emoções bem como uma preparação física e vocal intensas. O ator inicia um processo de descoberta de si próprio na sua formação (escola ou grupo de teatro), que geralmente culmina na preparação e apresentação de uma peça. A formação do ator compreende três dimensões: a teórica, a teórico-prática e a prática. A teoria comporta áreas como história do teatro, dramaturgia, escrita dramática entre outras. A teórico-prática engloba áreas como a encenação. A prática compreende o treino da voz, o treino do corpo e a interpretação. São transmitidas ao ator técnicas, tanto de voz como de movimento, através de jogos dramáticos e só após esse processo se inicia o trabalho de criação conjunta.

Podemos dividir o teatro num sem número de géneros — teatro musical, teatro de revista, teatro de rua, teatro de sombras, teatro de fantoches, ópera, para dar alguns exemplos. Centrar-me-ei nas técnicas e teorias ocidentais deixando de lado o teatro oriental e africano, cujos processos de trabalho e formação desconheço. Não pretendo falar de todas as dinâmicas da formação do ator, nem de todos os tipos de teatro existentes por necessidade de síntese e de limitação das matérias e porque não posso avaliar técnicas que desconheço para a recuperação de sequelas pós AVC.

### 3.1 - Stanislavski e o ‘Sistema’

Constantin Stanislavski (1863–1938) foi um importante ator, diretor de teatro e pedagogo russo (Fernandes, 2013). Os seus ensinamentos foram e continuam a ser uma das principais bases no ensino do teatro.

Stanislavski iniciou um trabalho de anotação e reflexão muito cedo na sua carreira em múltiplos cadernos e apontamentos. Esses materiais viriam a ser usados mais tarde na elaboração do conjunto de teorias e práticas que veio chamar ‘sistema’ — um estudo completo da representação (Benedetti, 2005).

Em 1897, com o escritor Vladimir Nemirovitch-Dantchenko, Stanislavski fundou o Teatro de Arte de Moscovo, no qual começou a desenvolver o seu método. No trabalho com o Teatro de Arte de Moscovo, Stanislavski pôde aplicar os conceitos que viriam a fazer parte do ‘sistema’ — a ‘ação física’ e o ‘objetivo’ (Berthold, 2005).

O ‘sistema’ tem duas componentes principais: a que lida com a preparação geral do ator e a que lida com a preparação de espetáculo. A preparação do ator pressupõe que o ator é um continuum psicofísico e que deve preparar-se vocal e fisicamente ao mesmo tempo que desenvolve competências de leitura, sensibilidade e cultura geral. No que concerne a preparação do espetáculo Stanislavski preocupou-se essencialmente com o desmontar das ações da personagem na sua relação com motivações psicológicas. Desenvolveu assim as ideias de ‘ação física’ e de ‘objetivo’. Por ação física entende-se a manifestação física (em movimentos e ações) da personagem — o que a personagem faz. Para Stanislavski todas as ações físicas, todos os movimentos devem ter um objetivo definido, as ações são a manifestação de uma motivação psicológica. A ‘ação-física’ é um produto das perguntas que o ator faz ao longo de cada etapa de trabalho — o quê, porquê e como. Quando o ator consegue responder a estas questões, descobre a motivação do personagem. Stanislavski desmontou a ideia de objetivo em várias escalas: objetivos de curto alcance, a que chamou ‘tarefas’; objetivos de escala média, a que chamou ‘objetivos’ e objetivos de maior escala, a que chamou o ‘superobjetivo’<sup>10</sup>.

---

<sup>10</sup> Há variações nos nomes dados a estes vários patamares bem como interpretações dos seus escritos que propõem patamares intermédios. Preocupe-me com o mecanismo proposto por Stanislavski mais do que com a discussão da número de patamares ou com aspetos de tradução.

Quando o ator encontra o objetivo geral do seu personagem — essa motivação que orienta todas as suas ações na peça, ou mesmo na vida — ele está perante o conceito de ‘superobjetivo’, cuja definição nos é dada pelo próprio Stanislavski:

*“Numa peça, toda a corrente dos objetivos individuais, menores, todos os pensamentos imaginativos, sentimentos e ações do ator devem convergir para a execução do superobjetivo da trama.”*<sup>11</sup>

Este método é complexo, mas traz grande realismo e expressividade à representação, uma vez que o ator se vê mergulhado num exercício de justificação profunda das ações da personagem por oposição à simples repetição de rotinas físicas e declamação do texto. Foi esse o grande contributo de Stanislavski — romper com o trabalho de ator da época, que se apoiava em maneirismos e técnicas obsoletas, apoiadas em clichés (Benedetti, 2007).

O Sistema de Stanislavski é decorrente de um processo de exploração e descoberta de vários aspetos (como o processo contínuo da preparação vocal e física entre outros acima descritos).

Stanislavski faz uma distinção entre ‘comportamento normal’ e ‘comportamento dramático’. O ‘comportamento normal’ compreende o conjunto das ações genuínas e das emoções espontâneas e autênticas. As ações englobadas no ‘comportamento normal’ tem uma causa, racional ou não. O ‘comportamento dramático’ é comportamento construído para fins performativos e simula uma ação real. Teatro e vida não são iguais. O ‘sistema’ codifica o conjunto de técnicas e que auxiliam o ator a tornar a representação ‘verdadeira’.

---

<sup>11</sup> Em “A preparação do ator”, página 323, de Constantin Stanislavski

A preparação do ator em Stanislavski está dividida em quatro partes — Teatro da Exploração, Teatro da Representação, Teatro das Emoções e Teatro da Experiência (Benedetti, 2007), estando cada uma dessas partes subdividida em vários tópicos, a saber:

- 1- Teatro da Exploração (relaxamento): Relaxamento muscular; concentração; crença, simplicidade e justificação; círculo de atenção; ação afetiva, memória e sentimento; ritmo.
- 2- Teatro da Representação (concentração e observação): Contracena; solidão pública.
- 3- Teatro das Emoções (importância das particularidades): Análise do personagem e da peça.
- 4- Teatro da Experiência (adaptação): Características externas (Benedetti, 2007).

*“Recorrendo aos métodos de adaptação (...) temos de levar em conta o estado de espírito em que estamos num dado momento. (...) Cada mudança de circunstâncias, ambiente, campo de ação, acarreta um correspondente ajustamento.”<sup>12</sup>*

Irei focar-me nas duas primeiras partes — exploração e representação — que remetem para aspetos essenciais na preparação do ator, nas quais identifico uma possível aplicação ao trabalho de reabilitação com doentes de AVC. A terceira e quarta parte dizem respeito à análise de texto e a questões externas ao próprio trabalho do ator e não relevam diretamente para o trabalho que pretendi fazer doentes de AVC. São aspetos relacionados com a preparação do espetáculo.

---

<sup>12</sup> Em “A preparação do ator”, página 269 - 270, de Constantin Stanislavski

Passo a fazer então um descritivo breve das duas primeiras partes e respectivas subdivisões (Benedetti, 2005). Começarei pela Exploração.

1. *Relaxamento muscular*: O ator deve partir para o trabalho num estado de relaxamento muscular. As tensões musculares podem fazer com que o ator gaste demasiada energia com ações simples. A tensão excessiva pode impedir o ator de explorar o seu potencial criativo. Uma consequência comum da tensão excessiva é o recurso a movimentos e reações padronizadas (clichés) que de uma forma ou outra estarão guardadas na sua memória. É, portanto, importante que o ator no início do seu trabalho faça exercícios de aquecimento e alongamentos de modo a ‘disponibilizar’ o seu corpo para o trabalho. Quando o ator está fisicamente relaxado pode focar-se na criação.

2. *Concentração*: O ator deverá concentrar-se num único elemento em palco, seja ele uma ação, um sentimento, um pensamento (ou outro).

3. *Crenças e justificações dos atos da personagem*: O ator deve necessariamente encontrar uma justificação, um motivo, para cada ação, emoção, pensamento do seu personagem. Este trabalho dará ‘verdade’ às ações da personagem.

4. *Círculo de atenção*: O ator deve controlar o seu círculo de atenção. Stanislavski diz que o trabalho de concentração em palco está sempre ligado ao seu objeto de atenção (i.e., um movimento, um gesto, uma emoção). O ator deve encontrar o seu círculo de atenção de forma ágil, pois o seu personagem está constantemente a ser estimulado pelo que se passa em cena. Em palco o ator deverá estar focado não nos espectadores, mas no que está a fazer em cena.

5. *Ação*: Qualquer ação em cena deve pressupor três elementos – a intenção (o que o ator está a fazer), o motivo (porquê que o ator o faz) e o modo (como o ator o faz). É a sequência de ações conscientes que determina o trabalho do ator do ‘Sistema’.

6. *Memoria afetiva*: Tudo o que o ator experiêcia na sua vida serve como uma base de dados para o seu trabalho (como os sentimentos, os cheiros, as memórias, entre outros). No comportamento normal os sentimentos, os atos, levam o ator a ter reações (comportamentais ou sentimentais). Essas reações também servem de estudo, também elas servem a base de dados. Munido da sua própria experiência pessoal, o ator deverá ser capaz de repeti-las em cena. Não deve ter o sentimento ou emoção original, mas sim ter a capacidade de repetir essas experiências. Desta forma o ator quando sai de cena a emoção sentida em cena cessa de existir. A memória afetiva é um recurso exploratório e não uma ferramenta de uso obrigatório em cena contrariamente ao que popularmente se pensa.

7. *Ritmo*: Na vida o ator tem o seu próprio ritmo. Em cena o ritmo tem variações. Discriminam-se, assim, dois tipos de energia, a intensa (high) – caracterizada por sentimentos de felicidade, de alegria, entre outros, e a profunda (low) – caracterizada por sentimentos de tristeza, tédio, mágoa, entre outros. O ritmo muda consoante a justificação das ações do personagem.

Farei agora um breve descritivo das duas subdivisões da Representação:

1. *Contracena*: Sempre que o ator está em palco com um ou mais atores está em situação de contracena. Trata-se da resposta que o ator/personagem tem necessariamente que dar ao outro. Quando há contracena o círculo de atenção torna-se mais dinâmico pois a relação que se estabelece entre atores deve ser equivalente, ou seja, a ação de um provoca a reação do outro e assim continuamente. Um mau trabalho de exploração da personagem compromete a ‘verdade’ da cena. Os atores devem ‘acreditar’ nas suas personagens e contribuir com a sua atuação para a verosimilhança dos seus colegas de contracena (i.e., se o ator estiver a interpretar um servo e o seu colega de contracena interpretar o rei devem comporta-se como servo e rei em cena).

2. *Solidão pública*: A expressão designa a capacidade do ator de desfazer de constrangimentos de ordem social na presença de outros, ou seja, o ator procura aceder aos estados pessoais (próprios da solidão) na presença de outros (público). A solidão

pública só existe quando os espetadores estão presentes. Num monólogo, por exemplo, essa solidão pública deve ser constante e sem a menor distração do ator, pois os espetadores são especialmente sensíveis ao que o ator lhes transmite.

Quando o ator está sozinho na vida real o seu comportamento é simples e natural, e assim deverá ser quando se encontra só em palco à frente dos espectadores. Dessa forma o ator conseguirá interpretar e transmitir somente os sentimentos do seu personagem:

*“...todos os nossos atos, (...) tornam-se forçados quando surgirmos atrás da ribalta (...). Por isto é que temos que nos corrigir e de aprender novamente a andar, a nos mover de um lado para o outro, a nos sentar ou deitar. É essencial nos reeducarmos para olhar e ver no palco, para escutar e ouvir.”<sup>13</sup>*

### **3.2 - Trabalho de corpo**

A preparação de corpo é essencial para a criação de qualquer papel. O ator tem que se preparar não apenas quando ensaia ou entra em palco, mas também no seu dia a dia. Vou começar por falar da importância do relaxamento muscular. Para prevenir qualquer lesão o ator deve tentar libertar-se das tensões e hábitos nocivos adquiridos no quotidiano. Stanislavski desenvolveu um conjunto de técnicas para atenuar as tensões; diz-nos relatando o seu próprio trabalho como ator *“com o auxílio de hábitos adquiridos e de constantes verificações, conseguiu chegar ao ponto em que os músculos, assim que ele pisava em cena, começavam a amolecer”*.<sup>14</sup> Por constante verificação entende-se observação ativa dos movimentos, postura, tensões. Este método requiere uma constante auto-observação de forma a eliminar as contrações desnecessárias ao movimento. A auto-

---

<sup>13</sup> Em “A preparação do ator”, página 112, de Constantin Stanislavski

<sup>14</sup> Em “A preparação do ator”, página 133, de Constantin Stanislavski

observação deve, com a prática, tornar-se um hábito espontâneo. Este controlo deverá ser promovido já no próprio ensino de teatro, e deverá acompanhar toda a vida do ator - i.e., casa, palco, atividades quotidianas (Stanislavski, 2005).

Stanislavski, n' *A construção da personagem*, dá grande importância à marcha.

*“Na vida comum andamos incorretamente enquanto que em cena somos obrigados a andar corretamente (...). As pessoas que a natureza não dotou de um andar bom, normal, que são incapazes de desenvolvê-lo por si mesmas, quando entram em cena recorrem a toda a sorte de estratégias para esconder essa deficiência.”*<sup>15</sup>

Stanislavski sublinha também a necessidade de uma reaprendizagem tanto no quotidiano como em cena. Para combater hábitos nocivos na marcha são descritos alguns cuidados a ter (como usar calçado baixo ou raso e fletir as articulações do joelho). O corpo deve permanecer relaxado quanto se processa o movimento da marcha, deixando assim a coluna vertebral e os ombros disponíveis para o equilíbrio. Aí todas as articulações da parte inferior do corpo (i.e., ancas, joelhos, tornozelos e dedos dos pés) absorvem o impacto do movimento (i.e., marcha, salto, corrida) de forma proporcional e saudável.

A respiração tem um papel importante não só para o relaxamento muscular, como para o trabalho de corpo que o ator necessite realizar (i.e., gestos, movimentos, ritmo) e também nas emoções necessárias para a cena. Em *O Teatro e Seu Duplo*, Antonin Artaud<sup>16</sup> defende justamente a respiração como origem do movimento. Artaud faz uma comparação entre o tipo de respiração de um atleta e o tipo de respiração do ator, “*no ator o corpo é apoiado pela respiração*”<sup>17</sup> ou seja, no atleta a respiração resulta do movimento, mas no trabalho do ator são os movimentos, gestos, emoções que advêm da

---

<sup>15</sup> Em “A construção da personagem”, página 87, de Constantin Stanislavski

<sup>16</sup> Importante dramaturgo, ator e escritor do início do século XX. A sua obra ganhou grande importância para a defesa de um estilo de representação mais orgânico.

<sup>17</sup> Em “O Teatro e Seu Duplo”, página 152, de Antonin Artaud

respiração (Artaud, 2005). De fato, os alunos que iniciam o seu estudo em teatro (no âmbito de estudo da interpretação) são praticamente de imediato ensinados a respirar corretamente (respiração abdominal). A respiração correta é um elemento importante e transversal tanto ao trabalho de corpo como ao trabalho de voz e é por isso relevante a referência que lhe faço aqui uma vez que fica estabelecida uma relação com o trabalho com doentes de AVC.

É interessante exemplificar alguns dos exercícios de Stanislavski para que se perceba a sua aplicabilidade ao meu trabalho.

*Exemplo de exercício de auto-observação (para relaxamento muscular):* Deitar de costas numa superfície dura e plana, como o chão. Observar tenções existentes e relaxar os músculos contraídos. Fazer este exercício o tempo que for necessário (pode levar até uma hora, com treino o ator conseguirá fazê-lo em dez minutos). Ter especial atenção aos ombros e às ancas, que tendem a fazer mais pressão contra o chão nesta posição. Todo o corpo deverá estar em contato com o chão (Stanislavski, 2005).

*Exemplo de exercício para correção da marcha (equilíbrio e fortalecimento muscular):* Em pé, colocar o ombro e o tronco do lado direito, alterando depois com o lado esquerdo, numa superfície plana (i.e., ombreira de uma porta) de modo a impedir que o corpo se curve. Transferir o peso do corpo para a perna que está junto do apoio. Colocar o pé de apoio em meia ponta (pontas dos pés). Sem fletir o joelho oposto (o que não está apoiado), oscilar a perna para trás e para a frente e repetir o exercício com a perna oposta. Aumentar a velocidade do exercício com o tempo (Stanislavski, 2001).

*Exemplo de exercício de correção respiratória (relaxamento muscular):* Deitar de costas numa superfície plana e dura (i.e., chão). Certificar-se que as omoplatas se encontram unidas à superfície assim como toda a coluna cervical (desde a nuca até ao coxis), ancas, braços e pernas. Os membros superiores deverão estar junto ao corpo e os inferiores, unidos. Colocar (pode ser o próprio ou uma terceira pessoa) um peso ligeiro sobre o abdómen (i.e., livro). Tentar movimentar o peso verticalmente.

Muito mais se pode dizer acerca do trabalho de corpo (existem inúmeros métodos, escolas, teorias). Para este trabalho optei por fazer uma síntese de alguns exemplos de como se processa o trabalho de ator no relaxamento, marcha e respiração — elementos esse que relavam diretamente para o trabalho com vítimas de AVC.

### **3.3 - Trabalho da Voz Falada e Emoção**

Optei por juntar o trabalho da voz falada e as emoções porque considero que são complementares — é muitas vezes através da voz e da respiração que as pessoas expressam o seu estado de espírito (i.e., como o suspiro, o bocejo, a “voz embargada”, o gaguejo entre outros exemplos).

O ator tem necessariamente de saber utilizar de forma adequada o seu trato vocal. A voz não deve servir para debitar texto — as palavras transportam sentimentos e a voz tem que estar preparada para o transmitir de forma clara ao público. Encontramos aqui duas ordens de trabalho simultâneo para as quais o ator tem que estar alerta — voz (fonação, dicção, articulação) e respiração (projeção e emoção).

O trabalho de voz implica um conhecimento base sobre a anatomia do aparelho fonador, que se pode dividir em quatro componentes, cada um responsável por cada estágio da produção vocal:

1. Articulação - lábios, dentes, palato duro, palato mole, mandíbulas e língua;
2. Ressonância – cavidade nasal e cavidade bocal;
3. Fonação – cordas vocais, epiglote, tirearitenóideo (músculo que exerce pressão nas cordas vocais), ariaritenóideo (músculo que ajuda na separação das cordas vocais, cricoaritenóideo (músculo que provoca uma inflexão importante da tensão das cordas vocais);<sup>18</sup>

---

<sup>18</sup> Todos estes músculos se situam na laringe (a par de muitos outros) têm importantes funções tanto na fonação como da ressonância e articulação, no entanto a minha intenção é partilhar um conhecimento base do aparelho fonador e não examinar de forma exaustiva toda a sua anatomia.

4. Respiração – cavidade bucal, cavidade nasal, laringe, traqueia, pulmões, diafragma.<sup>19</sup>

O conhecimento anatómico e a prática de técnicas para uma aplicação correta da voz, capacitam o ator para utilizar a sua voz de forma eficiente e sem danos para as cordas vocais – muitos atores referem dor, disfonia (alteração da voz), afonia (ausência de voz), cansaço vocal, fraca projeção e dificuldades no controlo respiratório. Para prevenir e corrigir estes problemas, o ator deverá saber relaxar os músculos que constituem o aparelho fonador - como falar é um ato físico, antes de um ensaio ou espetáculo o ator deverá fazer um aquecimento vocal. Por ser um ato físico, os músculos que compõem o aparelho fonador podem desenvolver-se com uso de técnicas, que auxiliam o ator a combater hábitos nocivos e a prevenir e/ ou a combater os problemas acima mencionados (Moira, 2014).

O treino da voz deve iniciar-se sempre com aquecimento vocal (músculos e articulações). Os exercícios de aquecimento contemplam alongamento, massagem, exercícios de respiração e vocalizos (Moira, 2014). Já Stanislavski se referia à importância do aquecimento vocal: “(...) *trabalhem muito para o desenvolvimento da articulação de lábios, língua e todas as partes que contribuem para a produção de consoantes bem talhadas (...)*”.<sup>20</sup> O trabalho de voz deve prosseguir para os exercícios de dicção a só após estas etapas o ator se encontra apto para usar a voz.

O ator deverá ser capaz de conseguir aplicar as técnicas aprendidas (como a projeção, dicção entre outros, de forma a quer as suas falas sejam inteligíveis para o público), e, ao mesmo tempo, trabalhar a interpretação da personagem (o ritmo, respiração e inflexões), e aspetos do carácter do personagem.

---

<sup>19</sup> Este parágrafo foi elaborado com o auxílio da leitura de Curia et alii, 1979 e apontamentos das aulas de voz que tive na licenciatura.

<sup>20</sup> Em “A construção da personagem”, página 138, de Constantin Stanislavski

O correto aquecimento vocal e a prática não são o garante de uma eficiência vocal ao nível técnico e de interpretação. Stanislavski referia a uma *fala mecânica*:

*“(...) os atores adquirem o hábito da fala mecânica em cena, a enunciação impensada, de papagaio, das falas decoradas sem nenhuma consideração pela sua essência interior. (...) E gradualmente vemos desenvolver-se um tipo de linguagem teatral especificamente estereotipada.”*<sup>21</sup>

É no momento em que o ator se apercebe ou em que foi alertado para este problema, que rapidamente alguns atores equivocadamente recorrem ao exagero, tanto na forma de declamar, como na inflexão, retirando a verdade à sua personagem e aproximando-se de uma caricatura. Desta forma o público deixa de se transportar com a peça, pois descobre um elemento dissonante. (Stanislavski, 2001).

Stanislavski procurou soluções para este problema que se articulassem com o trabalho de voz e de corpo. Veio a desenvolver então a ideia de subtexto,

*“(...) a expressão manifesta, intimamente sentida de um ser humano em um papel, que flui ininterruptamente sob as palavras do texto, dando-lhes vida e uma base para que existam. O subtexto é uma teia de incontáveis, variados padrões interiores, dentro de uma peça e de um papel (...).”*<sup>22</sup>

O ator tem que estudar a sua personagem de forma exaustiva, procurando saber o mais possível sobre ela como o seu carácter, predileções, amores, período histórico, país, entre outros aspetos que a própria peça possa indicar, sem perder de vista o cruzamento

---

<sup>21</sup> Em “A construção da personagem”, página 161, de Constantin Stanislavski

<sup>22</sup> Em “A construção da personagem”, página 163, de Constantin Stanislavski

entre a personagem que está a interpretar em relação aos outros atores na mesma situação.

Já anteriormente referi a ligação da voz às emoções e a sua centralidade na preparação do ator. É de supor que estas mesmas características sejam transversais na utilização de técnicas de ator na recuperação de doentes de AVC. Por essa razão entendi que seria interessante exemplificar alguns desses exercícios:

*Exemplo de exercício de alongamento vocal:* Rodar lentamente a cabeça em semicírculo, da direita para a esquerda e vice-versa, primeiro para a parte posterior e repetindo para a parte anterior. Não deverá existir qualquer tensão nem na musculatura correspondente à cabeça nem na musculatura correspondente ao pescoço (Moira, 2014).

*Exemplo de exercício de massagem (relaxamento muscular e aquecimento articulatorio):* Massajar a nuca, pescoço e bochechas.

*Exemplo de exercícios de respiração:* Ao usar a respiração abdominal, produzir um sussurro de som contínuo - i.e., /MM/ - sem abrir a boca (Moira, 2014).

*Exemplo de exercícios de vocalizos:* Dizer *Mi* de forma contínua e parar antes de perder o folego. Repetir em staccato.<sup>23</sup>

*Exemplo de exercício de dicção (articulação):* Relaxado, repetir dando ênfase às vogais - baba, babu, bana, banu, balu, bali, barbar, banian, batman, bagrag.<sup>24</sup> Repetir com um lápis (por exemplo) na boca.

---

<sup>23</sup> Staccato – Produção de som não contínuo (com pausas).

<sup>24</sup> Em “A construção da personagem”, página 137, de Constantin Stanislavski

## Bibliografia

Benedetti, J 2005, *The Art of the Actor*, Taylor & Francis Ltd. Londres, Reino Unido.

Berthold, M 2005, *História Mundial do Teatro*, 2ª edição, Editora Perspectiva S.A., São Paulo, Brasil

Kafka, F 2001, *Diários*, Difel SA, Lisboa, Portugal.

Stanislavski, C, 2001, *A construção da personagem*, 10ª edição, Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro

Stanislavski, C 2005, *A preparação do ator*, 21ª edição, Editora Civilização Brasileira, Rio de Janeiro

## E-books

Artaud, A, *O Teatro e Seu Duplo*, Martins Fontes - selo Martins, consultado a 28/01/2018, disponível em <https://pt.scribd.com/document/276052464/Antonin-Artaud-O-Teatro-e-Seu-Duplo>.

DeKoven, L 2006, *Changing Direction – A Practical Approach to Directing Actors in Film and Theatre*, 1ª edição. Focal Press, consultado a 16/06/2017, disponível em <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=06ABE031049019783A4CD300F4A63CD0>.

Edwards, S 2002, *Neurological Physiotherapy: A Problem-Solving Approach*, Harcourt Publishers Limited, consultado a 26/08/2016, disponível em <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=D4769886EC62816534D0E100F4F96D92>.

Milloy, N 1991, *Breakdown of Speech – Causes and remediation*, Springer-Science+Bussiness Media, B.V, pp. 3, 4, 98 -100, 116-118, consultado a 10/10/16, disponível em <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=CF819CFBB1B034689763D8028FF74A4F>.

O'Brien, J 2011, *Introduction to Occupational Therapy*, Mosby Inc, pp. 14, 15, 17, 18, 19, 26, 27, 29, 42, 43, consultado a 22/07/2016, 01/08/2016, disponível em <http://gen.lib.rus.ec/book/index.php?md5=7A8633F4604515DF8ADE362C828C6D73>.

Raine, S, Meadows, L, Ellerington, M 2009, *Bobath Concept: Theory and Clinical Practice in Neurological Rehabilitation*, Blackwell Publishing Ltd, consultado a 10/08/2017, 14/08/2016, disponível em <http://faculty.mu.edu.sa/public/uploads/1348328471.2341Bobath.Concept.2009.pdf>.

Stanislavski C, 1924, *My Life in Art*, Geoffrey Bles, Londres, consultado a 07/12/17, 11/12/17, disponível em <https://ia801900.us.archive.org/25/items/in.ernet.dli.2015.176177/2015.176177.My-Life-In-Art.pdf>.

## Webgrafia

Arnold, J 'Alexander Technique'. [Artigo], consultado a 28/03/2017, disponível em <http://www.alexandertechnique.com/at/>.

Baptista, P 2012, 'A Qualidade de Vida em indivíduos com défices motores após AVC' [Tese de Licenciatura], Universidade Fernando Pessoa, Porto, consultado a 30/10/2016, 13/11/2016, 25/07/2017, disponível em <http://bdigital.ufp.pt/handle/10284/3184>.

Barbosa, M 2011, 'Traumatismos crânio-encefálicos', [Conferência] Coimbra, consultado em 23/06/2016, disponível em <http://rihuc.huc.min-saude.pt/handle/10400.4/1076>.

Bruch, D 1990, 'Directing Theatre', *Directing theatre for worship*, [Artigo] Capítulo 10, consultado a 09/09/2017, disponível em <http://www.danillitphil.com/essaypdfs/Chapter10.pdf>

Cancela, D 2008, 'Acidente Vascular Cerebral: Classificação, principais consequências e reabilitação', [Artigo], 2 de maio, consultado a 21/06/2016, 22/06/2016, 06/07/2016, 09/07/2016, 11/07/2016, 14/07/2016, disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0095.pdf>.

Castro, I 2013, 'Acidente vascular cerebral em Portugal: reabilitação', [Dissertação de Mestrado], Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, Consultado a 22/06/2016, 24/06/2016, 12/08/2016, 10/10/2016, disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/72123>.

Costa, C 2015, 'A inteligibilidade da fala de pessoas com doença de Parkinson' [Dissertação de Mestrado], Escola Superior de Saúde do Alcoitão, Lisboa, consultado a 05/07/2016, disponível em <http://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/9604>.

Costa, F 2010, 'Evolução Cognitiva e Funcional de Pacientes Pós-Acidente Vascular Cerebral' [Tese de Doutorado], Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, Brasil, consultado a 26/07/2016, disponível em <http://repositorio.ufrn.br:8080/jspui/handle/123456789/13178>.

Curia, M & Cardoso R, 1979, 'Reaprender a falar. Um esboço de metodologia experimental para o tratamento de alguns processos dislálicos', *Análise Psicológica II*, pp 264 e 265, [Artigo], consultado a 07/02/2018 e 11/02/2018, disponível em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1968/1/1979\\_2\\_263.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1968/1/1979_2_263.pdf).

Daniels, S 2006. 'PART 1 Oral cavity, pharynx and esophagus' in *Neurological disorders affecting oral, pharyngeal swallowing* [Artigo], GI Motility online, consultado a 30/06/2016, disponível em: <http://www.nature.com/gimo/contents/pt1/full/gimo34.html>.

Dias, A 2011, 'Ética Profissional em Terapêutica da Fala' [Dissertação de Mestrado], consultado a 09/10/2016, 13/01/2017, 20/02/2017, disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22234/9/8caractdaprofissao.pdf>.

Direção Geral de Saúde, Direção de Serviços de Informação e Análise 2014, *Programa Nacional para as Doenças Cérebro-Cardiovasculares, Portugal Doenças Cérebro-Cardiovasculares em números* [Dados Estatísticos], Direção-Geral da Saúde, Lisboa, consultado a 27/06/2016, disponível em <https://www.dgs.pt/estatisticas-de-saude/estatisticas-de-saude/publicacoes/portugal-doencas-cerebro-cardiovasculares-em-numeros-2014-pdf.aspx>.

Direito Civil 2007, *Tabela Nacional de Incapacidades por Acidentes de Trabalho e Doenças Profissionais*, Diário da República, 1.<sup>a</sup> série — N.º 204, Lisboa, consultado a 22/11/2016, disponível em [http://www.segurancaonline.com/fotos/gca/dl352\\_2007\\_1307439722.pdf](http://www.segurancaonline.com/fotos/gca/dl352_2007_1307439722.pdf).

Fernandes A 2013, 'Ópera entre a Cidade e o Rio: performance e espaço /Emissor e Receptor', [Dissertação de Mestrado], consultado a 07/12/17, disponível em <http://hdl.handle.net/11144/313>.

Fonseca, J 2012, 'História da fisioterapia em Portugal: da origem a 1966.' [Dissertações de Mestrado], Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa, Lisboa, consultado a 23/08/2016, disponível em <http://repositorio.ipl.pt/handle/10400.21/2681>.

Gomes, M 2010, 'Talas/Ortóteses – Fundamentos para a Prática.' [Título de Especialista] Escola Superior de Saúde de Leiria, Leiria, consultado a 22/07/2016, 01/08/2016, disponível em <https://iconline.ipleiria.pt/handle/10400.8/1098>.

Heirich, J 2011 'Voice and the Alexander Technique: Active Explorations for Speaking and Singing' [Internet], consultado a 30/03/2017, disponível em <http://www.alexandertechnique.com/articles2/heirich/>.

Lima, D et alli, 2012, 7º Seminário de Pesquisa em Artes da Faculdade de Artes do Paraná, *Pesquisa com Criação*, páginas 299-303. Curitiba, Faculdade de Artes do Paraná, disponível em [http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/COMUNICACAO\\_2013/Publicacoes/7SeminarioPesquisaArtes\\_AnaisEletronicos\\_Integra.pdf](http://www.fap.pr.gov.br/arquivos/File/COMUNICACAO_2013/Publicacoes/7SeminarioPesquisaArtes_AnaisEletronicos_Integra.pdf).

Massoco, D, Lucinio, L, Santos, R 2013, 'Hemiplegia: Uma Revisão Bibliográfica' [Artigo], consultado a 05/07/16, 06/07/2016, disponível em <http://geprofatecjahu.com.br/anais/2013/24.pdf>.

Mateus, C 2011, 'Avaliação Neuropsicológica da Heminégligência Visuo-espacial após Acidente Vascular Cerebral: Um Estudo Exploratório' [Dissertação de Mestrado], Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Porto, consultado a 08/07/2016, 17/07/2016, disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/57451>.

McCullough, C 1996, 'The Alexander Technique and the String Pedagogy of Paul Rolland' [Internet], consultado a 15/03/2017, disponível em <http://www.alexandercenter.com/pa/stringsii.html>.

Moira, A, 2014, 'A contribuição do canto para a voz falada do ator', [Dissertação de Mestrado], Universidade Estadual Paulista, São Paulo, Brasil, consultado a 10/02/2018, 15/02/2018, 19/02/2018, disponível em <https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/111024/000797811.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

Moreira, E 2007, '*Heminegligência: Influência dos processos pré-atencionais no fenómeno da extinção e contributos para reabilitação*' [Artigo], 26 de novembro, consultado a 07/07/2017, disponível em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0385.pdf>

Morais, M 2010, 'Dor neuropática: avaliação de mecanismos num modelo experimental' [Dissertação de Mestrado], Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, consultado a 09/07/2016, disponível em <http://hdl.handle.net/10216/53568>.

Moreira, J 2012, 'A Evolução do Conceito de Bobath: uma revisão narrativa' [Tese de Licenciatura], Universidade Fernando Pessoa, Porto, consultado a 28/07/2016, disponível em <http://hdl.handle.net/10284/3439>.

Pinto, J 2015, 'Hemorragia Intracraniana não Traumática em Doentes Jovens' [Dissertação de Mestrado], Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto, consultado a 22/06/2016, disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/81861>.

Pires, C 2013, 'Impacto das alterações cognitivas na preparação de uma refeição simples após AVC: Comparação entre lesões direitas e esquerdas' [Dissertação de Mestrado], Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, consultado a 22/06/2016, 06/07/2016, 09/07/2016, 12/07/2016, 14/07/2016, 17/07/2016, 10/10/2016, disponível em [http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5020/TESE\\_Carla\\_final.pdfFINAL.pdf?sequence=1](http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/5020/TESE_Carla_final.pdfFINAL.pdf?sequence=1).

Queiroz, J 2010, ‘Aneurismas cerebrais qualidade de vida e estratégias de prevenção adoptar’ [Dissertação de Mestrado], Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra, consultado a 30/06/2016, disponível em <https://estudogeral.sib.uc.pt/jspui/handle/10316/14343>.

Santos, M, A 2011, ‘Resultados preliminares do estudo da compreensão em sujeitos disártricos’ [Artigo], vol.13, nº 5, consultado a 05/07/16, disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-18462011000500006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462011000500006).

Silva, E 2010, ‘Reabilitação após o AVC’ [Dissertação de Mestrado], Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, consultado a 12/08/2016, disponível em <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/52151>.

Silva, M 2013, ‘Malformação Arteriovenosa Cerebral: Estudo da Angioarquitetura, Variações Anatômicas e Aneurismas’ [Tese de Doutoramento], Universidade Federal de Pernambuco, Recife, Brasil, consultado a 23/06/2016, disponível em <http://repositorio.ufpe.br:8080/xmlui/handle/123456789/12558>.

Silva, T 2015, ‘Disfagia no doente com AVC: Prevalência e Determinantes’ [Dissertação de Mestrado], Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu, consultado a 30/06/2016, disponível em <http://repositorio.ipv.pt/handle/10400.19/3268>.