

ROSANIA FERREIRA DA PENHA DE SOUSA REBELO

**COMUNICAÇÃO HUMANA NA PROVA PERICIAL – DIREITO
PENAL E CIVIL NA PERSPETIVA BRASILEIRA E PORTUGUESA**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Medicina Legal submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas de Abel
Salazar da Universidade do Porto.

Orientador- Professor Doutor José Pinto
da Costa

Categoria- Professor Catedrático Jubilado

Afiliação- Instituto de Ciências Biomédicas
Abel Salazar da Universidade do Porto

Co-orientadora- Fga. Forense Maria do
Carmo Gargaglione

Categoria- Diretora da Divisão de
Evidências Digitais e Tecnológicas -
Coordenadoria de Segurança e
Inteligência.

Afiliação- Ministério Público do Estado do
Rio de Janeiro

DEDICATÓRIAS

Dedico este trabalho:

Ao meu pai (In memoriam) e à minha mãe (professora e mestre) por me terem concebido pois, sem a genética deles e sem a educação para a formação da minha personalidade e caráter, eu não seria nada.

Às minhas três mais valiosas produções – meus filhos queridos! Eles são a razão, a motivação e o estímulo da minha vida que sempre me mantém em plena juventude para enfrentar novos desafios. Espero que este trabalho também sirva de estímulo e motivação para que nunca desistam de ir em busca do melhor. AMO-VOS!

Às minhas queridas irmãs (e amigas) e aos meus amados sobrinhos que muito vibram com cada desafio que enfrento e saio vencedora.

À minha nora querida e a essa “pessoinha” que, durante o meu trabalho, tive a felicidade em receber a notícia de sua chegada... MEU PRIMEIRO NETINHO (A)!

Finalmente, a essa pessoa, pai dos meus filhos, que sem o seu amor, sem o seu carinho, sem a sua dedicação, sem a sua paciência e sem a sua presença diária na minha vida durante os nossos 32 anos de casados e mais 6 anos de namoro, esta seria um vazio.

AGRADECIMENTOS

À querida Professora Doutora Maria José Pinto da Costa – *“Muitas vezes basta ser colo que acolhe, braço que envolve, palavra que conforta, silêncio que respeita, alegria que contagia, lágrima que corre, olhar que acaricia, amor que promove. E isso não é coisa de outro mundo... é o que dá sentido à vida”* (Cora Coralina).

A todos os Professores do Mestrado em Medicina Legal que, com muito carinho, respeito e dedicação, dividiram as suas experiências profissionais e saber.

Ao Ilustre Professor Doutor J. E. Pinto da Costa, meu orientador que, no auge da sua sabedoria, irá sempre ser a minha referência para a busca de novos conhecimentos, pois com ele aprendi que nunca é tarde.

À minha coorientadora e colega, fonoaudióloga Forense, Maria do Carmo Garglione por ter permitido a realização do meu trabalho, pois sem ela a “FonoForense” não teria início nem reconhecimento no Brasil nem noutros países do continente americano.

Ao meu colega Rafael, fonoaudiólogo forense do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (Brasil), os meus sinceros agradecimentos pela ajuda e colaboração.

A todos os colegas da minha turma de Mestrado em Medicina Legal, pelo respeito demonstrado, durante os anos do curso que desempenhei a função de Delegada de Turma.

Ao Diretor, médicos, enfermeiros e demais funcionários do Hospital Conde Ferreira que, com toda a disponibilidade, tornaram possível o meu estudo.

Ao Dr. Nivaldo, médico psiquiatra do Hospital Conde de Ferreira e meu orientador de estágio que, com a sua simpatia e paciência, conduziu a minha investigação.

“Aprendi que vai demorar muito para me transformar na pessoa que quero ser, e devo ter paciência. Mas aprendi, também, que posso ir além dos limites que eu próprio coloquei”.

Caio Fernando A.

“Por mais inteligente que alguém possa ser, se não for humilde, o seu melhor se perde na arrogância. A humildade ainda é a parte mais bela da sabedoria”!

Caio Fernando A.

RESUMO

Neste trabalho apresentam-se a Ciência Fonoaudiológica e a Terapia da Fala, que são licenciaturas inseridas na área das Ciências da Saúde, tendo como objeto de estudo a comunicação humana numa vertente clínica e de investigação relativamente às profissões, que pode contribuir para a análise da prova no Direito direcionado à conservação do Biodireito e da Bioética em processos Forenses, utilizando-se as ferramentas técnico-científicas dessas referidas profissões.

Na dissertação, que tem formato de projeto, procurou-se abrir espaço em Portugal, para o estudo da comunicação humana na interface do Direito e reconhecer o terapeuta da fala como profissional essencial para o Direito Penal e Civil na determinação de provas periciais e elaboração dos relatórios. No Direito Penal, a comunicação humana na forma presencial ou mediada pelas novas tecnologias como prova que pode influenciar o magistrado na sua decisão, bem como a descrição da pesquisa sobre a atividade do fonoaudiólogo forense e o campo de atuação no Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro- Brasil, são desenvolvidas.

A investigação no âmbito do Direito Civil também é descrita, tendo sido realizada no Hospital Psiquiátrico Conde de Ferreira (Porto-Portugal). Foi direcionada para o estudo da comunicação com os doentes portadores de sequelas neurológicas, psiquiátricas / neuropsiquiátricas e suas implicações no processo de interdição e inabilitação, prevendo garantir o pleno gozo dos direitos humanos, no sentido de dar um contributo significativo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária.

Palavras-chave: COMUNICAÇÃO HUMANA, FONOAUDIOLOGIA FORENSE, TERAPIA DA FALA FORENSE, PROVA PERICIAL, PROJETO, DIREITO CIVIL E PENAL.

ABSTRACT

This paper presents the Speech Therapy Science and Speech Therapy, which are graduations inserted in the area of Health Sciences, with the object of study human communication in a clinical aspect and adds up the investigative version of the professions, which can contribute with the law on evidence analysis for the various segments of the right laws that are aimed at preserving the Bio right laws and Bioethics in Forensic processes, using the technical-scientific tools such those professions.

This dissertation, which has project format, tries to open space in Portugal for the study of human communication in the right laws interface and therefore recognize the speech therapist as an essential professional to the Criminal Law, Civil and Labour in determining forensic evidence and preparation of reports. Retracted, specifically in criminal sphere, the human communication in face shape or mediated by new technologies as evidence that may influence the judgment of the judge at the sentencing decision, and a description of research about the activity of the forensic speech therapist and the field performance in the Public Ministry of the State of Rio de Janeiro-Brazil.

Research in the area of Civil Law was also described here, has as backdrop the Psychiatric Hospital Conde de Ferreira (Porto-Portugal), where turned to the study of communication in patients with neurological sequelae, psychiatric / neuropsychiatric and their implications on the process of prohibition and disqualification, predicting ensure the full enjoyment of human rights, to make a significant contribution to building a more just and egalitarian society.

Keywords: HUMAN COMMUNICATION, FONOAUDIOLOGIA FORENSIC, SPEECH THERAPY FORENSIC, EXPERT EVIDENCE, PROJECT, CIVIL LAW AND CRIMINAL.

ÍNDICE

RESUMO	v
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I – INTRODUÇÃO	1
1.1 – Organização do estudo	1
1.2 – Conceitos e definições da comunicação humana	4
1.3 – A comunicação humana a serviço do Direito	8
CAPÍTULO II – ESTADO DA ARTE	10
2.1 – A relação entre Brasil e Portugal e a história da Fonoaudiologia	10
2.2 – A influência da Fonoaudiologia no desenvolvimento da Terapia da Fala	13
2.3 – O olhar forense na “comunicação humana” no Brasil e pela Europa	16
CAPÍTULO III – A FONOAUDIOLOGIA FORENSE A SERVIÇO DO DIREITO PENAL NO BRASIL	22
3.1 – A atividade	22
3.2 – A organização do setor da Fonoaudiologia Forense do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (Brasil)	23
3.3 – Princípio fundamental para o modelo “FONOFORENSE” em Portugal	31
CAPÍTULO IV – A TERAPIA DA FALA AO SERVIÇO DO DIREITO CIVIL EM PORTUGAL: Estudo transversal com doentes portadores de “demência”, interditados e inabilitados, do Hospital Conde de Ferreira	32
4.1 – Processo de interdição e inabilitação segundo o Ministério Público português... ..	32
4.2 – Objetivos do estudo	37
4.3 – Breve síntese das patologias fonoaudiológicas e alterações funcionais	38

CAPITULO V – MATERIAL	45
5.1 – Casos clínicos	45
5.2 – Método	67
5.3 – Resultados	67
CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO	69
6.1 – Breve reflexão	69
6.2 – Sugestões a propor para a formação, reconhecimento profissional e atuação do terapeuta da fala forense.....	72
CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES DO ESTUDO	75
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	81
Anexo 1.....	82
Anexo 2.....	87

CAPITULO I – INTRODUÇÃO

1.1 – Organização do estudo

Baseado na minha formação em Fonoaudiologia, com reconhecimento profissional como terapeuta da fala, teve como objetivo propor o presente trabalho sobre o estudo do tratamento dos parâmetros da “Fala”, “Linguagem”, “Voz” e “Audição”, por entender serem imprescindíveis para o auxílio da lei, no âmbito do Direito Penal e Civil, agora estudados.

De acordo com Meldau (s.d.), no contexto da Medicina Legal as ciências forenses traduzem-se como um trabalho científico desenvolvido por uma gama de áreas distintas, como:

- Antropologia forense – métodos, processos e técnicas, a identidade de pessoas e suas identificações pós-morte.
- Traumatologia forense – as lesões e suas causas.
- Asfixiologia forense – as asfixias em geral, de interesse médico-jurídico, como casos de enforcamento, esganadura, afogamento, soterramento, imersão em gases não respiráveis, dentre outros.
- Sexologia forense – os problemas e questões que dizem respeito à sexualidade humana normal, patológica e criminosa.
- Tanatologia – trata da morte, sinais de morte e exame cadavérico, incluindo fenómenos cadavéricos e a causa da morte.
- Toxicologia – a ação de substâncias tóxicas, venenosas e cáusticas que resultam no envenenamento ou intoxicação de um indivíduo.
- Psiquiatria e psicologia forense – as doenças mentais relacionadas com interesse jurídico e causas de perigosidade.
- Polícia científica – realiza a investigação criminal.
- Criminologia – é responsável pelo estudo das ações humanas que resultam na prática de crimes.
- Vitimologia – o objeto do estudo está relacionado à participação da vítima nos crimes.
- Medicina do trabalho – é responsável por estudar os acidentes de trabalho, doenças profissionais, higiene e insalubridade nos locais de trabalho.
- Química forense – responsável pelos estudos de materiais como tinturas, vidros, solos, metais, explosivos e derivados do petróleo.

O trabalho engloba a comunicação humana nos diferentes domínios do Direito Penal e Civil e a formação do profissional, cujo objetivo se traduz no auxílio à resolução de questões sociais e judiciais, elaborando respostas fundamentadas em conhecimentos técnicos e científicos.

O Professor Doutor J. E. Pinto da Costa, afirma que quando se verificam grandes mudanças sociais é que a Medicina Legal se expande, para se adaptar aos novos tempos, na busca de novos conhecimentos noutras ciências forenses e, complementando o pensamento, mais refere ainda que *“a grande diversificação de área que abrange as ciências forenses inclui muitos domínios científicos com repercussão social extremamente evidente que em muito ultrapassa os limites dos tribunais”*. Contudo, a ciência que tem como objeto de trabalho e estudo a comunicação humana, denominada Fonoaudiologia/Terapia da Fala, não faz parte do grupo das Ciências Forenses estudadas nos cursos de Medicina Legal.

A ciência fonoaudiológica aplicável às questões relativas à prática forense e às pesquisas que visam a obtenção de materiais científicos referentes à atuação do fonoaudiólogo / terapeuta da fala na área jurídica, não foram verificados em Portugal.

Desta forma, tornou-se pertinente a realização de um trabalho de investigação por especialista na área da comunicação humana, com vista a determinar a importância da sua atuação para a prática forense pontuando que o objeto social deve ser estudado por ter muito a contribuir neste âmbito.

O mesmo autor explica que *“(...) o serviço médico-legal português, através do trabalho interdisciplinar, visa um constante aprimoramento elevando a confiabilidade dos resultados obtidos”*.

Neste trabalho, breves conceitos e definições da comunicação serão abordados para então enfatizar a sua importância na prática judicial, perspetivando que o estudo desta função humana seja reconhecido nas atividades interdisciplinares que englobam as ciências forenses.

Uma breve abordagem histórica sobre a ligação entre Brasil e Portugal foi efetuada, evidenciando a história da Fonoaudiologia e da Terapia da Fala, pois os estudos práticos da pesquisa foram elaborados nos dois países.

É facto que, através do intercâmbio profissional em todos os setores da sociedade brasileira e portuguesa, se promove cada vez mais a língua e, para confirmar o estudo em ambos os países, presencia-se neste exato século, pelos meios áudio e visuais, a

interpretação das músicas brasileiras, papéis em telenovelas, peças teatrais, etc., a mudança do sotaque, aproximando cada vez mais os dois povos.

Ressalta neste trabalho a visão forense da comunicação humana no Brasil, em Portugal e noutros países da Comunidade Europeia.

Também se apresenta um relatório sobre as atividades do setor de Divisão de Evidências Digitais e Tecnologia, pertencente à Coordenadoria de Segurança e Inteligência (CSI) do Ministério Público do Rio de Janeiro, onde foram recolhidas informações com vista ao estudo aprofundado e compreensão do papel do fonoaudiólogo forense dentro deste serviço. Procurou-se clarificar o máximo possível a função no setor. Com isso, o trabalho do especialista no Brasil poderá servir como modelo de referência para Portugal, validando a possível inclusão da matéria na formação inicial do terapeuta da fala, assim como a especialização e futura intervenção. A importância histórica e a forte ligação existente entre os dois países permitem olhar à prática forense brasileira como um novo paradigma profissional para os especialistas da comunicação humana portugueses.

No segmento do trabalho abordar-se-á, numa perspetiva empírica, a investigação feita em Portugal, no Hospital Conde de Ferreira, que ilustra a carência de terapeutas da fala (no Brasil, fonoaudiólogos) com formação forense para atuar na área da Psiquiatria Forense com o objetivo de avaliar, nos processos de interdição e inabilitação, os aspetos da comunicação.

Finalizando o estudo, propõe-se algumas iniciativas a promover, num futuro próximo, como sejam o conhecimento e entendimento dos magistrados, profissionais forenses e, principalmente, dos técnicos em diagnóstico e terapêutica da fala, da nova área de especialização, que favorece a ampliação do campo de atuação da profissão e, sobretudo, a apresentação do valor que a análise forense da comunicação humana pode representar no auxílio às causas jurídicas.

Sendo a especialidade forense reconhecida recentemente pelo Conselho Federal de Fonoaudiologia, no Brasil e sem igual entendimento em Portugal, é que conclui-se o trabalho com um conjunto de sugestões para novos estudos na área e a expansão do campo do terapeuta da fala no país.

1.2 – Conceitos e definições da comunicação humana

Bitti (1984) considera que a “*Comunicação Humana*” é um fenómeno bio-psico-social com perspectiva sistémica.

Von Cranach (**referido em** Mesquita, 1997, p. 156), ao analisar a comunicação enquanto sistema, entende que “*a interação é a influência que os indivíduos exercem uns sobre os outros. É uma realidade social que pode ser evidenciada quando um indivíduo age sobre um segundo e este segundo age sobre o primeiro, de forma perceptível*”.

Segundo Corraze (1982) “*(...) é através da comunicação que os seres humanos trocam informações ou mensagens, expressam sentimentos, pensamentos e questionamentos*” (**como referido em** Mesquita, 1997, p. 156).

De acordo com a “Teoria da Comunicação” (s.d.), publicada pela Universidade Aberta, a sociedade aceita, confia e habilita os indivíduos com plenos direitos de cidadãos se estiverem com perfeita capacidade cognitiva, mental e sensorial. A linguagem, a sua capacidade de comunicar, o controlo das emoções e controlo dos movimentos corporais são objetos de avaliação que os capacitam a exercer os seus direitos.

Ainda segunda a teoria o homem, ao comunicar, expressa-se através de sistemas simbólicos que são utilizados nas trocas de mensagens e informações. Cada vez mais tem-se adotado os sistemas híbridos (sistemas de comunicação via satélite) e sistemas de redes colaborativas (websites), que valorizam o processo de comunicação permitindo intercâmbios de experiências e de conhecimentos entre os atores da comunicação de massa, comunicação pessoal e comunicação horizontal (grupo).

Para que o ato de comunicar seja passado de forma organizada e coordenada do emissor para o recetor, sem fomentar nenhum tipo de distorção, temos de recorrer às várias funções que compõem este sistema, o qual é composto pela Audição, Linguagem, Fala e Voz.

Audição – É a capacidade de percecionar o som, sendo o ouvido o órgão responsável por este sentido.

Linguagem – É um sistema de símbolos convencionais empregados de forma ativa e complexa na comunicação, através do pensamento. A linguagem evolui em contextos históricos, culturais e sociais. A sua utilização para uma efetiva comunicação exige um vasto entendimento da interação humana entre as pistas verbais e não-verbais, a linguagem oral (voz) e escrita, aspetos socioculturais e motivacionais (Mascarello, 2010).

Fala – “A fala é a materialização fónica da língua processada através da articulação dos sons” (Beukelman & Miranda, 1998).

Voz – Som produzido pelas pregas vocais mediante vibração de mucosa pelo fluxo aéreo expiratório. O som produzido é amplificado e modificado através da caixa-de-ressonância e transformados em palavras pela atuação dos órgãos fonoarticulatórios. Entretanto, segundo Mesquita (1997), a voz é um instrumento de muita relevância para Comunicação Verbal, ela dá significado à mensagem e credibilidade à informação, pois a emoção e os sentimentos do que é comunicado são transmitidos através dela pelo emissor. Confirma-se esta afirmação pelos estudos de Mehrabian que demonstram que “*tonalidade, intensidade e outras características da voz ocupam 38% da Comunicação Humana*” (como referido em Mesquita, p.159, 1997).

As informações sobre o estado afetivo dos sujeitos são identificadas através da intensidade da voz, das modificações da altura e ritmo e, sobretudo, informações do contexto do diálogo, se este estiver impregnado de emissões vocais, como bocejos, gemidos, tosse, gritos, gargalhadas, riso, choro e informações sobre a faixa etária dos interlocutores.

Ainda conforme Mesquita (1997), a comunicação é composta por dois níveis, sendo a comunicação não-verbal complementar à comunicação verbal. A primeira parece ter uma relevância maior na análise do indivíduo, pelo facto da mesma ser utilizada de uma forma, por vezes, involuntária.

A comunicação não-verbal é materializada através dos movimentos do corpo que se caracterizam por gestos reproduzidos pelas mãos, movimentos faciais ou dos membros superiores, que têm vários significados de acordo com o contexto do diálogo.

Os estudos de Mehrabian demonstram também que 55% da comunicação presencial dá-se através do corpo, gestos e expressões faciais e somente 7% se realizam através das palavras.

Alguns sons emitidos pela voz humana podem igualmente ser caracterizados como comunicação não-verbal (e.g. “gemido”) que poderá ser interpretado, numa relação sexual, como dor ou prazer. Símbolos e sinais encontrados nas ruas, nas empresas, em escolas, hospitais e noutras instituições e os encontrados nos meios de comunicação multimédia, também fazem parte dos modelos de comunicação não-verbal pois passam mensagens e promovem informações.

Na comunicação verbal o que se diz é importante, mas a forma com que se diz é ainda mais importante, pois aí entra o sentimento e muitas vezes o inconsciente.

Apesar dos grandes avanços das novas tecnologias que medeiam a comunicação humana, a palavra ainda é o meio de comunicação mais eficiente que existe. Então pode-se pensar que *“a comunicação verbal é toda a comunicação que utiliza palavras ou signos e que, através deles, o homem compreende e domina o mundo que o rodeia e entende, assim, os outros”* (Mesquita, 1997).

Para que os modelos de comunicação sejam compreendidos, o recetor deverá ter capacidade de descodificar a mensagem e promover o *feedback*. Entretanto, o recetor só será capaz de descodificar a mensagem e elaborar uma resposta ou manifestar uma reação, seja ela verbal ou não-verbal, se as suas capacidades cognitivas estiverem preservadas, se não houver nenhuma alteração ou deficiência auditiva e se não houver nenhuma perturbação mental, surto psicótico, caso grave de demência ou sequelas neurológicas.

A comunicação verbal e não-verbal podem aparecer, conjuntamente, completando-se uma à outra. Entretanto *“(...) uma poderá ser mais visível ou apreciada que a outra criando uma disparidade na interação entre elas mostrando que o que o indivíduo verbaliza não condiz com a imagem que ele reflete”* (Mesquita, 1997). É importante salientar que a análise deste comportamento poderá ser feita ao vivo ou através de imagens reproduzidas em vídeo.

Por outro lado, nem a disparidade e nem a ampliação entre a comunicação verbal e a não-verbal poderão ser observadas, se a comunicação entre o emissor e o recetor estiver mediada por um sistema de áudio. Podemos sim, por esta comunicação mediada, por exemplo, no telefone, em que a fala está mais presente, identificar a identidade geográfica dos locutores, assim como o nível social e cultural e, possivelmente, o seu estado emocional.

Neste capítulo não podemos deixar de pontuar a comunicação numa perspetiva histórica e sociológica pois, em pleno século XXI, é importante pensar também na comunicação como instrumento de equilíbrio da sociedade, que propicia o desenvolvimento do seu dinamismo ao longo da evolução dos tempos, indispensável ao futuro da humanidade.

Por conseguinte, o envolvimento de aparelhos técnicos, de áudio (som) e de vídeo (imagem), que envolve a comunicação mediada e intermedeiam, hoje, o intercâmbio das curtas e longas distâncias, dando a sensação de proximidade entre os homens, passa a ser o pressuposto do dinamismo evolutivo social.

É notório que a tecnologia passou a fazer parte da comunicação humana, bem como de quase todas as realizações que advém da humanidade ao longo da evolução dos tempos. Por exemplo, pelas conversas não presenciais, muito em voga na atualidade, a utilização dos telemóveis e da *Internet* como ferramenta de apoio para essa comunicação, onde se criam novas expressões como uma nova forma de linguagem e demonstração de afetos.

O papel da linguagem neste tipo de comunicação mediada passa a ter duas funções relevantes. Na primeira não vemos o interlocutor e, por não se ver o interlocutor, é que na segunda as palavras e as expressões podem apresentar diferentes significados para o recetor.

A forma pouco afetiva e sentimental que permeia a comunicação mediada, exercita no ser humano o poder de esconder ou camuflar as emoções que podem estimular cada vez mais os “cibercrimes”, que são os crimes cometidos por essa via.

Por outro lado, considerando Moura (2008), o uso da tecnologia de áudio e de vídeo, quer seja para mediar a comunicação, quer seja como instrumento auxiliar mais rápido para passar uma mensagem ou uma informação, é uma forma de registo que veio favorecer o sistema judicial de provas periciais, pois os aparelhos são dotados de memórias. É através das memórias dos aparelhos que se pode efetivar a análise do registo do comportamento verbal e/ou não-verbal do sujeito e dele colher informações, caso haja queixa ou suspeita de crime.

Sendo assim, pode-se pensar que as novas tecnologias que mediam a comunicação humana e que, em termos psicológicos e sociais podem causar alguns prejuízos na interação entre pares, poderão ser consideradas fontes periciais para o Direito.

1.3 – A comunicação humana a serviço do Direito

Segundo Pinto da Costa, em entrevista publicada na sua página da *Internet*, a Medicina Legal “(...) *não é apenas a medicina dos mortos, mas diz respeito a tudo aquilo que se relaciona com conhecimentos médico-biológicos, exista ou não ação judicial. No fundo, é a aplicação de conhecimentos biomédicos e de outros conhecimentos científicos às questões de direito*”.

Conhecendo-se o pouco grau de influência que a ciência que estuda a comunicação humana alcança, quando se adentra no campo da perícia em Portugal, é importante dar a conhecer e a compreender aos estudiosos da lei, a relevância que o especialista da área e os seus objetos de estudo terão a serviço do Direito.

Segundo a ACADEFFOR (Academia Brasileira de Fonoaudiologia Forense) a perícia na área da comunicação envolve “*habilidade, experiência e profundos conhecimentos de acústica, fisiologia da fonação, anatomia, neuroanatomia, linguagem, psicoacústica e informática*”, entre outras áreas comuns.

A Fonoaudiologia, ciência que estuda a comunicação humana, está inserida na área das ciências da saúde sendo os seus objetos de estudo a Linguagem, a Voz, a Fala e a Audição, que pode denominar, segundo Veloso (2004), como sendo “*um conjunto de atos médicos e técnicos que têm como fim a elucidação de um facto de interesse da justiça ou como uma ação pelo qual os magistrados tencionam conhecer, por meios técnicos e científicos, a existência ou não de certos acontecimentos capazes de interferir na decisão de um processo judicial ligado à vida ou à saúde do homem e/ou com todos os outros aspetos que com ele tenha relação*” (**como referido em** Delgado, 2007, p. 1).

Pode-se ainda afirmar que, “(...) *sendo o Direito uma ciência humana é preciso, em primeiro lugar, que o profissional do Direito tenha bom conhecimento do que é o ser humano na sua totalidade*” (Coelho, 2012). Assim é necessário dar a conhecer a estes profissionais o que é a comunicação humana numa vertente social e biomédica e qual a relevância que ela pode ter para as questões do Direito. Entretanto não é necessário que os juristas possuam o saber de um profissional da área biomédica, mas segundo Gomes (2003) “*tem que conhecer as bases daquela unidade*” (**como referido em** Coelho, 2012, p. 14), para assim reconhecer a necessidade de solicitar a um profissional especializado a sua atividade pericial.

A perícia elaborada por um profissional com formação na área da comunicação humana pode desempenhar um papel fundamental no auxílio processual em todos os ramos do Direito. Contudo, neste trabalho, daremos especial ênfase às premissas das nossas

práticas, firmando o olhar para a perícia da comunicação humana, no auxílio ao Direito Penal e Civil.

No Direito Penal, o estudo da prova pericial da comunicação humana tem ênfase, segundo a ACADEFFOR, nas principais metodologias internacionais adotadas pela SWGE (*Scientific Working Groups on Digital and Multimedia Evidence*), na investigação de crimes e delitos comuns relacionados com a comunicação humana. A exemplo podemos citar as situações de roubos, homicídios, ameaças, chantagens, sequestros e raptos representados através de gravações telefônicas ou gravações de áudio e/ou vídeo. Esta experiência foi vivida na Coordenadoria de Segurança e Inteligência do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro – Brasil, no setor de “Divisão de Evidências Digitais e Tecnologia”.

No Direito Civil, a perícia da comunicação humana será um objeto a ser avaliado no instrumento de interdição e inabilitação do indivíduo, ou seja, “*na medida jurídica em que o indivíduo adulto é impedido, de forma total ou parcial, de gerir os seus bens e administrar sua própria vida*” (Fávero, 2005).

Nos casos que foram feitos os estudos da avaliação do processo deste instrumento jurídico, a pesquisa foi realizada em Portugal, no Hospital Conde de Ferreira.

CAPÍTULO II – ESTADO DA ARTE

2.1 – A relação entre Brasil e Portugal e a história da Fonoaudiologia

Mendes (2010) refere que na “Era Vargas”, período em que o Brasil foi governado pelo ex-presidente Getúlio Vargas entre 1930 e 1945, o privilégio concedido aos portugueses se evidenciou. A Constituição de 1934 limitou a entrada de estrangeiros de todas as nacionalidades no Brasil, mas em 1938 essa lei foi suspensa apenas para os portugueses. Durante a II guerra mundial, o então presidente Getúlio Vargas ordenou que as embaixadas brasileiras na Europa não concedessem “vistos” para os judeus, ao mesmo tempo que ele incentivava a entrada livre de portugueses no Brasil, para "garantir o fortalecimento étnico da nação". Após a guerra, o antropólogo Gilberto Freyre e um grupo de deputados defenderam que os portugueses não deveriam ser considerados estrangeiros no Brasil. Ainda hoje, os portugueses têm tratamento especial dado pela legislação brasileira. A ainda atual Constituição Brasileira de 1988, no seu artigo 12º, parágrafo 1º, refere que "*aos portugueses com residência permanente no país, se houver reciprocidade em favor dos brasileiros, serão atribuídos os direitos inerentes ao brasileiro, salvo os casos previstos nesta Constituição*". Este dispositivo que dá privilégios a uma nacionalidade estrangeira é facto raro no mundo. Desde então, é notório o intercâmbio entre os dois países com a finalidade de aprimorar a cultura, elevar o saber científico e fortificar a economia.

Sublinha-se, neste capítulo, a história recente do Brasil com Portugal, a influência da Fonoaudiologia na pesquisa científica e no saber técnico do terapeuta da fala.

O fonoaudiólogo, no Brasil, e o terapeuta da fala, em Portugal, são os profissionais que têm a formação que se ocupa da pesquisa e intervenção na área da comunicação humana, que é a função mais complexa do sistema nervoso, no que se refere à prevenção, avaliação, diagnóstico e tratamento.

A Fonoaudiologia tem vindo a evidenciar-se pelos seus estudos científicos, trabalhos publicados e, ao nível de atuação, que implica meios modernos de intervenção a nível nacional e internacional, ligados aos estudos das funções neurovegetativas (estomatognáticas), disfagias, aspetos envolvidos na função auditiva periférica e central, na função vestibular e na função cognitiva. (CFFa.- Conselho Federal de Fonoaudiologia).

Segundo ainda o Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa.), “(...) a profissão é uma ciência estudada de forma sistemática nas universidades em mais de uma centena de países do mundo e existe formalmente há mais de um século.” Data de 1900 a primeira evidência efetiva da profissão reconhecida na Hungria, que criou a primeira Faculdade de Fonoaudiologia no mundo.

Segundo consta nos anais da história da Fonoaudiologia no Brasil, a profissão é ainda mais antiga se se considerar a sua relação com a Educação Especial.

Identificou-se pela primeira vez a profissão, na época do Brasil-Império em 1854, no “Imperial Colégio”, hoje “Instituto Benjamim Constant”, para portadores de deficiência visual; e no ano seguinte foi criado o “Instituto Nacional de Educação para Surdos (INES)”, destinado a indivíduos portadores de deficiência auditiva ou totalmente surdos.

A Fonoaudiologia desde 1912 já estava desvinculada da Educação Especial, pois iniciava-se, naquele ano, pesquisa direcionada a distúrbios na área da voz e da fala. Surgiu a necessidade de implementar os cursos de orientação aos professores sobre a matéria, tendo em vista que esses distúrbios, na maioria das vezes, eram detetados nas escolas, pois traziam prejuízos no processo ensino-aprendizagem (CRFa.- São Paulo).

Na década de 30, com a preocupação da prevenção e da reabilitação dos distúrbios da fala e da linguagem, iniciou-se o projeto da criação do profissional que veio a colmatar essas dificuldades - o “fonoaudiólogo”. Entretanto a profissão só surgiu efetivamente no país três décadas depois, ocorrendo na década de 60 em São Paulo, mais especificamente em 1961, na Universidade de São Paulo – USP, vinculada à Clínica de Otorrinolaringologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina.

Em 1962, mais um curso de Fonoaudiologia teve início, desta vez na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, vinculada ao Instituto de Psicologia, a qual graduava “tecnólogos em Fonoaudiologia”.

O movimento pelo reconhecimento dos cursos e da profissão surgiu na década de 70, dando início aos cursos de nível de bacharelato, sendo a Universidade de São Paulo – USP, em 1977, a pioneira pelo seu reconhecimento.

Em 1981, foi regulamentada a profissão do “fonoaudiólogo”, determinando as suas competências e criado o então Conselho Federal de Fonoaudiologia (CFFa.) e os Conselhos Regionais, em número de sete, com o objetivo de fiscalizar e orientar o exercício da profissão.

Em 1984 publicou-se o primeiro “Código de Ética” da profissão, sendo que o texto já foi revisto devido ao crescente aumento da profissão e ampliação do mercado de trabalho.

O profissional fonoaudiólogo, antes denominado logopedista, é um profissional autônomo que não atua em subordinação a nenhum outro especialista e, por sua vez, não é considerado mero auxiliar de outras áreas. Ele trabalha em equipas multidisciplinares e individualmente, em clínicas, hospitais, centros especializados em diagnósticos, entre outras instituições, dependendo da sua área de especialização.

Neste momento a sua mais nova e reconhecida área de especialização e atuação estende-se aos institutos gerais de perícia, centros de referência de medicina do trabalho, como auxiliar do poder judiciário no âmbito das perícias judiciais que envolvem a área da audição, fala, linguagem, voz e demais áreas correlacionadas, nas esferas cível, trabalho e criminal.

A Fonoaudiologia Forense já conquistou o seu espaço no Brasil, como podemos verificar com o parecer do Conselho Federal de Fonoaudiologia – CFFa. nº 36, que diz:

O Conselho Federal de Fonoaudiologia tornou público o Parecer CFFa. nº 36, que dispõe sobre a competência do Fonoaudiólogo para atuar em Perícia de Voz, Fala e Linguagem – Exame de Comparação Forense de Falantes. A demanda partiu de uma representação do Rio de Janeiro sob a alegação de que profissionais de áreas diversas – biólogos, veterinários, químicos, entre outros – realizam perícias que envolvem intercetações telefônicas, cuja evidência pericial é a ‘Comunicação Humana’. O Parecer diz que o trabalho em Perícia prescinde de saber teórico específico, além do conhecimento obtido na prática. Sendo que, quando a evidência pericial é o resultado de alguma produção da competência da Comunicação Humana, há de se exigir do perito formação em uma das áreas que contemplem o conhecimento específico (Fonte: Ascom/CFFa., Redação: Suzana Campos).

Hoje, entre as várias especialidades da Fonoaudiologia reconhecidas pelas suas atividades de investigação e pesquisas científicas no Brasil e a nível internacional, encontra-se a “Fonoaudiologia Forense”; e é nesta perspectiva que buscamos inspiração para o estudo da comunicação humana como evidência pericial para a prática forense em Portugal.

2.2 – A influência da Fonoaudiologia no desenvolvimento da Terapia da Fala

Comparando com a Fonoaudiologia no Brasil, o curso de Terapia da Fala em Portugal apresenta um contorno histórico semelhante ao curso brasileiro, pois a formação dos seus primeiros terapeutas da fala foi feita com o objetivo de dar resposta às necessidades de reabilitação no campo das perturbações da linguagem. Alguns portugueses especializaram-se no estrangeiro, através da Santa Casa de Misericórdia de Lisboa, regressando a Portugal em 1962 para exercerem as suas funções enquanto docentes. Surge, assim, em Portugal (Lisboa) o curso de “Terapêutica da Fala”.

Em 1965 são formados os três primeiros terapeutas da fala em Portugal pela Escola de Reabilitação do Alcoitão (ERA).

Pela história da Terapia da Fala e pelo seu crescimento em Portugal, verifica-se que é uma área, cada vez mais, em evidência com os profissionais cada vez mais interessados em especializar-se. Este comportamento profissional traz grandes contributos para o progresso da formação e evolução dos conhecimentos. Nos últimos anos, Prates e Silva (2011) afirmam que “(...) internacionalmente, a Terapia da Fala vem progredindo e desenvolvendo-se como uma disciplina académica independente e consolidada com uma base de pesquisa científica segura e consistente, dando continuação a este desenvolvimento”.

Em 1978 foi fundada a Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala (APTF). Esta associação é uma entidade de autorregulação profissional em Portugal relacionada com a Terapia da Fala, sendo membro fundador do Comité Permanente de Ligação dos Terapeutas da Fala da União Europeia (CPLOL), assim como integrante da *International Association of Logopedics and Phoniatrics (IALP)*, sociedade científica e profissional a nível internacional.

A APTF representa, em Portugal, os terapeutas da fala. Estes, por sua vez, são os profissionais responsáveis pela prevenção, avaliação, diagnóstico, tratamento e estudo científico da comunicação humana e perturbações relacionadas com a fala e a linguagem, bem como alterações relacionadas com as funções auditiva, visual, cognitiva (incluindo a aprendizagem), oro-muscular, respiração, deglutição e voz. Neste contexto, a comunicação engloba todas as funções associadas à compreensão e à expressão da linguagem oral e escrita, assim como todas as formas apropriadas de comunicação não-verbal.

A APTF tem como objetivos incentivar e divulgar a profissão do terapeuta da fala; fixar normas deontológicas e zelar pelo seu respeito; defender os direitos dos seus associados; promover o aperfeiçoamento dos seus associados e dar colaboração nos programas de ensino da Terapia da Fala; prestar informações e dar parecer a assuntos do seu âmbito profissional (nível oficial e privado); manter relações a nível nacional e internacional com organizações de interesse.

A Terapia da Fala é uma profissão que sintetiza conhecimentos derivados de uma variedade de disciplinas ou áreas científicas, incluindo as ciências médicas e biológicas, ciências do comportamento, ciências da linguagem e comunicação incluindo a linguística, a fonética e a fonologia, a tecnologia aplicada à fala, assim como a área especializada da patologia e terapêutica da fala e da linguagem. A Terapia da Fala combina o conhecimento científico e as competências clínicas de forma a conseguir a melhor gestão possível da situação clínica e pedagógica dos seus clientes.

Observando atentamente as duas profissões, o terapeuta da fala e o fonoaudiólogo acabam por ter fortes pontos em comum, pois quer a formação e a especialização, quer as intervenções, apresentam raras divergências.

Em meados de 1990 até a data de hoje, a Terapia da Fala vem conquistando o seu espaço na área da reabilitação. Esta conquista tem vindo a ser influenciada pela Fonoaudiologia brasileira em função da língua, da proximidade cultural e afetiva, que se acumulam por alguns séculos e pela contiguidade que as profissões apresentam.

É facto que, no final da década de 80, a carência em Portugal desses profissionais para integrarem as equipas das Instituições Particulares de Solidariedade Social - IPSS, subsidiadas pela Segurança Social e que estão voltadas para indivíduos portadores de necessidades educativas especiais, era tanta que deu início a imigração dos profissionais brasileiros licenciados em Fonoaudiologia no país. Estes profissionais vinham integrar as equipas, a pedido das próprias instituições que enviavam as solicitações para os Conselhos Regionais de Fonoaudiologia, uma vez que era grande a necessidade de intervir na área da reabilitação e, também, pela falta de profissionais com esta formação académica.

Através desta imigração, os fonoaudiólogos brasileiros foram acrescentando novas informações de cunho científico e especializado ao saber dos terapeutas da fala portugueses que, até aos dias de hoje, permanecem fortalecendo o intercâmbio do saber conjuntamente com as instituições brasileiras que são protocoladas com as instituições portuguesas para a formação de especialistas na área.

Apresentar, nesta dissertação, os campos de atuação da Fonoaudiologia Forense e alguns locais de trabalho torna-se importante porque através da influência histórica entre os dois países pode-se perceber a criação de uma nova área à prática dos Terapeutas da Fala portugueses.

Hoje, a Fonoaudiologia Forense, tem a sua atuação firmada em vários estados brasileiros, como por exemplo, no Paraná, o Instituto de Criminalística que realiza perícias oficiais atendendo solicitações de Delegacias de Polícia, do Ministério Público e do Poder Judiciário. O Setor de Perícias Audiovisuais conta com engenheiros eletrotécnicos (ramo de Telecomunicações e Eletrônica), fonoaudiólogos e um fisioterapeuta. No Rio de Janeiro o estado integra o fonoaudiólogo forense na Polícia Militar, através do Centro de Criminalística, assim como no Ministério Público, que é uma instituição autônoma e independente, não subordinada aos Poderes Executivo, Legislativo ou Judiciário. O Ministério Público do Rio de Janeiro possui a DEDIT – Divisão de Evidências Digitais e Tecnologia, pertencente à Coordenadoria de Segurança e Inteligência, que atua na análise de vozes com uma equipa de 14 fonoaudiólogos. No estado de São Paulo, a Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) desenvolve e aprimora tecnologias usadas por peritos em seu laboratório para desvendar extorsões, mortes e crimes cibernéticos e outros locais como:

- Institutos gerais de perícias;
- Centros de referência em saúde do trabalhador;
- Polícia Federal e Polícia Civil;
- Auxiliar do poder judiciário no âmbito das perícias judiciais nas esferas cível, trabalhista, família e criminal;
- Administração Pública, Empresas e Investigações Particulares.

Contamos ainda em São Paulo com o Núcleo de Perícias em Fonoaudiologia Forense – NUPEFF, fundado em 18 de maio de 2012, na cidade de Rio Claro/SP, constituído por fonoaudiólogos especialistas, mestres e doutores que surgiu da necessidade de difundir a atividade pericial nas áreas relacionadas à comunicação humana (voz, fala, audição e linguagem), com o intuito de promover seminários, encontros e palestras versando o tema. Os profissionais membros do NUPEFF atuam nas seguintes áreas periciais: identificação de oradores, análise de conteúdo de áudio e vídeo, transcrições e textos, análise do perfil comunicativo, exames grafotécnicos, identificação facial, estabelecimento de nexos causais entre alterações auditivas e/ou vocais e a atividade ocupacional e todas as demandas que envolvam a área de conhecimento das Ciências da Comunicação.

2.3 – O olhar forense na “comunicação humana” no Brasil e pela Europa

Na pesquisa sobre o tema encontraram-se muitas referências, sobretudo na Europa, sobre a Fonética Forense como a ciência que pode ser utilizada na identificação da fala a partir do qual existam vozes registadas em algum tipo de multimédia, numa perspetiva criminal.

Braid (2003) refere que o estudo forense é feito através dos pontos que caracterizam a fala do indivíduo com o propósito de identificar a origem regional e social do locutor, bem como o seu estado emocional do momento e outras informações que poderão ser evidenciadas a partir do material analisado.

Analisamos este tema, embora não seja esse o foco deste trabalho mas o mesmo parece ser gerador de grandes discussões.

A formação do foneticista forense não se insere na área da Ciências da Saúde, contudo, quando a comunicação humana passa à prova pericial para o Direito Penal, podendo ser também alvo de perícia nos casos de Direito Civil e Laboral, é importante ter conhecimentos teóricos e práticos, de anatomia, fisiologia, neuroanatomia, psicologia, medicina de reabilitação, entre outras, embora o perito não exerça o papel de terapeuta.

O trabalho publicado em “Agenda, Saúde” no dia 23 de maio de 2014: A Fonoaudiologia Forense - Lei e Comunicação Humana, refere que “(...) a *Fonoaudiologia Forense é a interface entre a lei e a ciência da comunicação humana*” (<http://www.medicina.ufmg.br>).

No Brasil, no entanto, segundo Gomes e Carneiro (2014), “(...) o termo *Fonética Forense é bastante controverso e, por vezes, não adotado por órgãos oficiais, por não comportar todas as atividades de atuação do perito da área. Além da identificação de locutor (ou biometria da voz), as atividades como análise de edição fraudulenta em material audiovisual, reconhecimento facial, fraudes eletrónicas, processamento digital de sinais, estudo de sistemas de comunicação, armazenamento, compactação, extensão e autenticação de registos de sinais são executados pela perícia*” (p. 24).

Em Portugal, o Relatório do Núcleo de Investigação em Fonética Forense (NIFF) – 2013 é o trabalho mais atual que faz referência ao grupo de estudo da Fonética Forense no país. O relatório apresenta o núcleo com um conjunto de 4 investigadores, com diferentes formações, interessados em promover a investigação no âmbito forense do Centro de Linguística da Universidade de Lisboa – CLUL desde o seu início em 2011, quando fez a primeira proposta de projeto à Fundação de Ciências e Tecnologia. O núcleo iniciou os seus trabalhos com os seguintes membros: Fernando Martins (Laboratório de Fonética

da FLUL e CLUL), Celeste Rodrigues (Anagrama – FLUL e CLUL), Fernando Brissos (Dialetoлогия e Diacronia) e Deolinda Simões (perita em Direito, em Ciências Forenses e Técnica Superior da Administração Tributária). O grupo tem reuniões periódicas em que são discutidas questões científicas e estratégicas da área.

Em 2012 o grupo desenvolveu um trabalho para a primeira apresentação pública no “*3rd European Conference The International Association of Forensic Linguists- IAFL*”. Em continuidade, segundo o relatório, “[...] *as raízes do NIFF entroncam no historial do Laboratório de Fonética da Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa - FLUL de colaboração com diferentes instituições (policiais, tribunais, etc.) na perícia científica em fonética forense*”. O Núcleo continua a realizar perícias, embora os pedidos se encontrem reduzidos, prejudicando o avanço nas técnicas e, por conseguinte, trazendo prejuízo na melhoria dos resultados das perícias definindo este trabalho como pouco relevante.

É importante referir que, embora o resultado da Fonética Forense seja pouco notado, existe um interesse crescente por parte da comunidade científica e discente para o estudo e trabalho neste campo. Neste sentido os estudos foram desenvolvidos para despertar mais o interesse procurando credibilizar as investigações, como se pode verificar também no relatório do núcleo que diz que “*desta forma o grupo procura fazer investigação tendendo a melhorar o grau de confiabilidade dos resultados das perícias fonéticas, com o objetivo de apresentar às diferentes instituições o elevado grau de segurança dos resultados periciais e, assim, procurar ultrapassar este paradoxo.*”

Entretanto, mesmo com os interesses e esforços relatado pelo grupo, os resultados nem sempre foram decisivos e convincentes para indicar a autoria do crime cometido por um indivíduo ou excluir a autoria do mesmo através da identificação da voz registada em aparelho de áudio e, por essa razão, o grupo relata ainda no relatório que “*julga necessário aprofundar o conhecimento dos valores típicos de cada pessoa de parâmetros já habitualmente usados na identificação forense e, sobretudo, investigar novos parâmetros que, em conjunto possam consolidar os resultados obtidos, hoje em dia, com as técnicas e os recursos conhecidos*”. Por fim, conclui dizendo que “[...] *este trabalho deve ser desenvolvido em equipa, uma vez que só assim se conseguem reunir as competências necessárias ao trabalho em Fonética Forense*” (Fonte: Núcleo de Investigação em Fonética Forense, do Centro de Linguística da Universidade de Lisboa). Concordando e ampliando a informação, o trabalho em equipa multidisciplinar não deve ser privilégio só para o trabalho da perícia em fonética, mas em todo o cenário forense.

É importante ressaltar que os conhecimentos científicos da Fonética Forense devem ser parte integrante do saber do profissional especialista em comunicação humana, pois a

função de identificar a origem do orador nos aspetos regional e social têm grande influência na prova pericial.

As perícias no âmbito da Fonética Forense será tanto mais seguras quanto mais amplos forem os nossos conhecimentos das propriedades da linguagem humana e das características idiossincráticas da voz de diferentes falantes. Nesse sentido, todos os trabalhos que contribuam de forma nítida para o enriquecimento do conhecimento das propriedades das línguas, por um lado, e aqueles que aprofundem as metodologias de análise da fala, por outro, permitirão tornar mais robustas as perícias científicas habitualmente desenvolvidas com base em materiais legitimamente obtidos em contextos forenses (Martins, Simões, Brissos & Rodrigues, 2014, p. 45).

Segundo Silva e Yehia (2011) “(...) o conceito da Fonética e Fonologia não se deve confundir, devem estar bem claros para os grupos das áreas onde estão inseridos ambos os conceitos. A Fonética se destaca pelo estudo articulatorio e acústico da fala e a Fonologia estuda a categorização de sons em línguas específicas e os aspetos relacionados com a percepção”. Os autores afirmam que o significado das disciplinas variam de curso para curso, por exemplo, os conteúdos programáticos das disciplinas nos cursos de graduação de **Letras, Artes Cénicas, Música, Fonoaudiologia, Psicologia, e Tecnologia da Fala**.

No curso de **Letras** investiga-se a sonoridade na aquisição de língua materna, de segunda língua e também o uso da linguagem na literatura.

As **Artes Cénicas** devotam o conhecimento da sonoridade à interpretação de sotaques específicos de personagens.

A **Música** busca a interpretação da sonoridade ligada à melodia.

A **Fonoaudiologia** utiliza o conhecimento sobre a sonoridade na caracterização da fala com e sem patologias.

A **Psicologia** investiga aspetos da sonoridade ligados ao desenvolvimento psicológico.

A **Tecnologia da Fala** busca compreender a sonoridade entre os humanos para procurar máquinas mais eficientes em termos de comunicação.

Segundo as informações acima citadas, podemos pensar que, quando falamos em Fonética Forense, pensamos numa formação completa em que a Fonética integre o arcabouço técnico-profissional, tanto do terapeuta da fala como do fonoaudiólogo somando cada vez mais informações sobre a comunicação humana a serviço do direito.

Sendo o terapeuta da fala, em Portugal, o profissional com formação específica para intervir na área da comunicação humana e a fonética uma disciplina que é parte integrante do currículo da sua formação académica e tomando como referência a formação e atuação do fonoaudiólogo clínico, o terapeuta da fala português tem grandes competências para atuar na área forense.

Complementando o acima citado ressalta que na formação do terapeuta da fala, quer académica quer na área da especialização, encontram-se os mais avançados estudos científicos na área da voz humana que podemos chamar de sistémica por ser produzida pela coordenação e organização de vários órgãos do corpo humano. A voz, além de ser um produto da evolução humana, é também um objeto de estudo em ascensão para os profissionais especializados, pois ela varia em aspetos como a intensidade, altura, inflexão, ressonância, articulação e outras características intimamente ligadas aos sistemas neurológico, muscular, esquelético, as emoções e afetos, permitindo a este profissional maior robustez para a sua prática em perícias científicas.

É importante lembrar que o profissional que estuda e intervém na comunicação humana não tem a cargo só o papel de perito na área da identificação da voz, também é da sua tutela, segundo *Núcleo de Perícias Fonoaudiologia Forense – NPFF*, o nexos causal entre alteração vocal e atividade ocupacional.

Os indivíduos que usam a voz como instrumento de trabalho, em situações pouco adequadas às condições de trabalho, podem estar sujeitos às disfunções vocais caracterizadas por múltiplos fatores. Sendo assim, o ambiente de trabalho e o nexos causal devem ser investigados por uma equipa multidisciplinar onde se insere o fonoaudiólogo / terapeuta da fala na função de perito, que vai estabelecer a capacidade laboral do trabalhador, não se adequando nestes casos as funções do foneticista forense.

Entrando na Europa, segundo Gomes e Carneiro (2014), temos vários órgãos a nível internacional que compõem o desenvolvimento da Fonética Forense, no sentido de investigar e prestar auxílio à “*Análise da Fala*”. Entre eles destacam-se:

- A “*European Network of Forensic Science Institutes – ENFSI*”, que tem como objetivo certificar a qualidade da propagação e desenvolvimento da ciência forense por toda Europa através de encontros regulares dos países membros. Criada em 1993, hoje conta com 60 laboratórios governamentais e não-governamentais espalhados por todos os países da Europa. A *ENFSI* abarca várias disciplinas da área forense, nomeadamente a análise de fala e de áudio (Forensic Speech and Audio Analysis Working Group).

- A “*International Association for Forensic Phonetics and Acoustics – IAFPA*”, criada em YORK – UK, em 1991, iniciou-se como Associação Internacional de Fonética. Só a seguir ao congresso de Viena se acrescentou o A de Acústica por participarem académicos de engenharia no grupo. A *IAFPA* tem como objetivos:

estimular a pesquisa, promover fóruns de intercâmbios para o desenvolvimento da Fonética Acústica Forense, organizar e orientar a conduta profissional no tratamento dos casos de Fonética Acústica Forense, promover anualmente conferências para apresentação de trabalhos científicos na área em quase todo o mundo, sendo inclusive uma das entidades organizadoras da revista científica “*The International Journal of Speech, Language and the Law*”, publicada pela “*Equinox Publishing*”.

- A “*Audi Engineering Society – AES*”, fundada em 1948, é a única associação profissional que trabalha apenas com a tecnologia de áudio. A associação está sempre envolvida com a criação e manutenção dos níveis internacionais na área da engenharia acústica e novas tecnologias da comunicação. Serve também as necessidades de desenvolvimento de seus membros e da indústria de áudio, promovendo regularmente encontros, exposições e publicações. Um grupo de engenheiros da *AES* realiza pesquisas na área de identificação de oradores e realiza, a cada dois anos, a conferência *Audio Forensics – Techniques, Technologies and Practice*.

- A Universidade de York, através do Departamento de Ciências da Linguística e da Linguagem (*Department of Language and Linguistic Sciences*), desenvolve um Mestrado em Ciência Forense (*Forensic Speech Science*) em conjunto com um dos mais importantes laboratórios de ciência forense do mundo, o “*JP French Associates*”.

- A Universidade de Cambridge, através do Departamento de Linguísticas Aplicada e Teórica (*Department of Theoretical and Applied Linguistics*), desenvolve projetos de Variabilidade Dinâmica na Fala (*Dynamic Variability in Speech – DyViS*) e Similaridade da Voz e o Efeito do Telefone (*Voice Similarity and the Effect of the Telephone – VoiceSim*).

- Na Alemanha, em Universidades como a “*University of Trier*”, a “*Philipps-Universität Marburg*”, a “*Ludwig-Maximilians-University*” realizam pesquisas na área em conjunto com órgãos da polícia estatal, como a Agência Estadual de Investigação Alemã – a “*Landeskriminalamt Brandenburg*”, o “*Bavarian State Criminal OXce*” e a Polícia Federal Alemã – a “*Bundeskriminalamt – BKA*”, através de seu Departamento de Identificação de Falante e Análise de Áudio (*Department of Speaker Identification and Audio Analysis*).

- Destacam-se ainda outras universidades como a “*University of Gothenburg*”, na Suécia, a “*University of Zurich*”, na Suíça; a “*Jangiellonian University*”, na Polónia, que tem

investigadores que realizam trabalhos de pesquisas importantes para o desenvolvimento da Fonética Forense nas mais diversas aplicações.

- O Instituto Forense da Holanda (*Netherlands Forensic Institute- NFI*), ligado ao Ministério de Segurança e Justiça, é o órgão mais procurado pela polícia, pela procuradoria e pelos tribunais, para trabalhos nas mais diversas áreas da Fonética Forense. Os profissionais do *NFI*, todos com algum tipo de formação em linguística e grau acadêmico em Fonética, em Fonoaudiologia e Ciência Forense da Fala, com a colaboração de profissionais de Tecnologia da Fala, analisam sistemas automáticos como o **BATVOX**⁽¹⁾ e o **VOCALISE**⁽²⁾ para verificar a sua validade na análise da fala nos casos criminais. Os profissionais da *NFI* não usam nenhum método automático do tipo *softwares* para reconhecimento automático de fala – *ASR (Automatic Speech Recognition)* ou verificação automática de locutor – *ASV (Automatic Speaker Verification)* nos seus casos. O método por eles utilizado é baseado na análise auditiva, complementado pela análise acústica a qual é conhecida como análise cega (*Blind Analysis*), uma análise perceptual baseada no reconhecimento gestáltico.

- “*JP French Associates Forensic Speech and Acoustics Laboratory*” é um laboratório não estadual, sediado na cidade de York, no Reino Unido. Este laboratório disponibiliza os seus serviços para promotoria, defesa, elaborando relatórios periciais sobre análise de voz, transcrição, autenticação e realce de áudio e para outros serviços de áudio e fala em contexto forense no âmbito penal. A metodologia de trabalho envolve avançada tecnologia nos casos forenses e no desenvolvimento de testes e análises de áudio e fala.

Gold e French realizaram no ano de 2011 uma pesquisa sobre práticas forenses de comparação de locutor em 13 países, em 5 continentes, em função dos procedimentos para utilização dos métodos de análise da voz. Um conjunto de 34 representantes de universidades, institutos de pesquisa, laboratórios ou agências governamentais e não-governamentais e peritos independentes, responderam a uma série de perguntas sobre as suas práticas. Os autores revelam que houve grande disparidade entre as metodologias de trabalho, sobretudo entre os relatórios e a importância das características da fala. Concluíram então, ser necessário haver mais debates e cooperação entre peritos e instituições de todas as nações.

(1) **BATVOX** é um *software* que modela o conjunto de sons produzidos por um ser humano, atribuindo-lhe uma identificação única, baseada nas suas características corporais, para permitir posterior identificação face a um modelo apresentado. Revista Phoenix Magazine, Sindicato Delegados da Polícia Federal (<http://www.sindepolbrasil.com.br/Sindepol10/tecnologia.htm>, acesso em 9.10.2014).

(2) **VOCALISE** – Voice Comparison and Analysis of the Likelihood of Speech Evidence – é um sistema de reconhecimento automático de falante, para Windows, baseado em parâmetros fonéticos e espectrais. Compara arquivo áudio-teste c/ série de arquivos de áudio de suspeitos e produz uma lista ordenada de arquivos, de acordo c/ a proximidade c/ a voz áudio-teste, assim como uma lista de similaridades que quantifica a proximidade (<http://www.oxfordwaveresearch.com/j2/products/vocalise>, acesso em 14.11.2014).

CAPITULO III – A FONOAUDIOLOGIA FORENSE A SERVIÇO DO DIREITO PENAL NO BRASIL

3.1 – A atividade

“A *Ciência Forense* é toda e qualquer área das ciências humanas, biológicas e exatas que utiliza de seus conhecimentos técnico-científicos para auxiliar a Justiça” (Sanches, 2012). Assim sendo, a ciência fonoaudiológica, que no âmbito forense aplica os conhecimentos técnicos da área da comunicação humana (voz, fala, audição, linguagem oral e escrita) combinada com o conhecimento jurídico para o esclarecimento da verdade dos factos, deve ser considerada como parte integrante das ciências forenses a serviço do Direito.

Segundo Batista e Buriti (**como referido em** Gargaglione, 2009, p. 14), nos anais do II Encontro Nacional de Bioética e Biodireito e do III Encontro de Comitês de Ética em Pesquisa da Paraíba, cujo trabalho se intitula “*A Fonoaudiologia Forense e o Biodireito: Limites entre a Lei da Intercetção Telefónica versus Crime Organizado*” diz que os estudos sobre a análise da voz humana são objetos de estudo desde a década de 40, por investigadores do laboratório de Bell que descobriram a Espectrografia do Som, conhecida por *Voice Print* em alusão ao vocábulo *Finger-Print* que significa impressão digital, posteriormente estudada por *Lawrence Kersta*, na década de 60, quando se iniciou o interesse de investigadores para o reinício do estudo que o precedera.

O Laboratório de Criminalística da Polícia do Estado de Michigan (EUA) criado na década de 60, com o seu desenvolvimento, promoveu o sucesso do seu criador *Lawrence Kersta*. O cientista juntou-se então a *Ernest Nash* e *Oscar Tosi*, professores de Ciências da Fala e Audição, com o intento de desenvolver o *Voice Print*, programa de Ciências Periciais da Universidade de *Michigan*. Os três cientistas foram os pioneiros no desenvolvimento da Tecnologia e Ciência da Identificação de Voz, nos EUA e, a partir daí, foram realizadas perícias por todo o país e criados cursos e certificados que existem até aos dias de hoje.

A Academia Brasileira de Fonoaudiologia Forens – ACADEFFOR refere que “(...) a fala espontânea é controlada totalmente pela atividade cerebral ainda que o orador aprenda outra língua ou tente disfarçar a própria fala. O modo como o cérebro controla os órgãos envolvidos na comunicação oral não se modifica e é peculiar a cada indivíduo, isso faz de cada ser humano único nas características da sua voz e fala”. Ainda segundo a ACADEFFOR “(...) a perícia da voz e da fala começa então com a colheita do padrão da voz para confronto, em seguida se faz a solicitação do ‘Incidente Pericial’, que é um

apartado do processo formado por cópias de peças processuais de interesse pericial. O material a ser periciado é recebido e conferido pelo perito e, só então, se inicia o processo de análise pericial que deve ser devidamente documentado podendo ser acompanhado ou não pelas partes” (www.acadefor.com.br).

É importante referir que é fundamental para a formação do perito em comunicação humana ter noções básicas de Direito Penal e Processo Penal, para que ele tenha consciência e firmeza dos seus atos pois, mesmo não sendo um jurista, ele é um profissional especializado a serviço da justiça.

Neste sentido, importa clarificar que, embora todo processo tenha como base a clínica fonoaudiológica adaptada para fins forenses, desde a colheita de padrão, que se assemelha a uma anamnese, até à avaliação final que é muito próxima de uma avaliação diagnóstica, o profissional tem que ter a clareza da sua função pois ele vai deixar de atuar como terapeuta para exercer a função de perito.

A Perícia da Voz e da Fala apesar de largamente utilizada nos tribunais, não traduz totalmente a área de conhecimento e prática da Fonoaudiologia Forense da Divisão de Evidências Digitais e Tecnologia (DEDIT) do Ministério Público do Rio de Janeiro, como se pode verificar na descrição da atividade do órgão público.

3.2 – A organização do setor da Fonoaudiologia Forense do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (Brasil)

O setor

O setor de Fonoaudiologia Forense, criado no Ministério Público em 2005, inicialmente integrou o Grupo de Apoio Técnico Especializado (GATE), órgão de suporte técnico pericial do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro, está ligado à Coordenadoria de Segurança e Inteligência, desde 2011, sob a nomenclatura de Divisão de Evidências Digitais e Tecnologia. O seu quadro de peritos, atualmente, é constituído por 12 fonoaudiólogos e 1 policial militar.

Segundo a resolução GPGJ nº 1.636 de 4 de fevereiro de 2011:

Cabe à Divisão de Evidências Digitais e Tecnologia (DEDIT), além de outras atribuições determinadas pelo Coordenador de Segurança e Inteligência: I — prestar apoio ao Coordenador na supervisão do convénio com o Ministério da

Justiça para a implantação e a operacionalização do Laboratório Forense do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro; II — prestar apoio aos membros e órgãos do Ministério Público nos serviços de identificação biométrica, transcrição, textualização e análise de conteúdo de arquivos de áudio e vídeo; III — atuar, como assistente pericial, na elaboração de laudos ou esclarecimentos técnicos, bem como na formulação de perguntas ou quesitos, sobre dados, materiais tecnológicos ou de informática, apreendidos; IV — realizar o controlo da utilização dos materiais de consumo e dos equipamentos técnicos à disposição da DEDIT.

O material remetido para análise à DEDIT, na sua maioria, está inserido em multimédias de armazenamento como CDs, DVDs, HDs, Fitas Cassetes, VHS (Fitas de Vídeo), *Pen-drives*, Cartões de Memória, dentre outros. O perito deve elaborar o relatório, o qual deve ser fundamentado cientificamente, de forma a permitir maior compreensão e elucidação acerca dos elementos analisados, sempre atendendo às solicitações da Promotoria.

A DEDIT funciona como assistente técnica em processos onde o Ministério Público (parte) atua. Os profissionais da DEDIT possuem dedicação exclusiva ao cargo, tendo o setor já prestado assessoria técnica a instituições como o Exército Brasileiro, a Marinha do Brasil, a Polícia Federal e aos Ministérios Públicos de outras cidades e estados. Nos seus 10 anos de existência (parte deles sob a nomenclatura de Fonoaudiologia Forense), a DEDIT já analisou cerca de 900 mil arquivos e produziu mais de 750 relatórios, não havendo até ao presente momento, nenhuma contestação dos mesmos mediante alegações de parcialidade ou falha técnica.

O Assistente Técnico trata-se de um perito auxiliar da parte, não sendo, portanto, nomeado pelo juízo. Na sua produção, na forma de relatório, o perito assistente técnico deve tecer os seus comentários, baseados em conhecimentos técnicos e científicos acerca de determinado facto ou direcionados ao relatório elaborado pelo perito do juízo. O facto do perito assistente técnico ser contratado por uma das partes não torna a sua produção técnica parcial, uma vez que o perito tem a obrigação de apresentar a verdade dos factos, sejam estes favoráveis, ou não, aos seus representantes. O assistente técnico pode, portanto, concordar com o relatório elaborado pelo perito do juízo, complementá-lo ou criticá-lo, sempre fundamentando as suas posições e justificações em conhecimentos de origem científica. A ocultação de questões pertinentes ao relatório pericial ou distorção de factos pelo assistente técnico, visando obtenção de vantagens para o seu cliente, configura falta de profissionalismo e ética, devendo o perito responder judicialmente por falsa perícia.

Materiais e tipos de solicitação

As evidências periciais enviadas à DEDIT para análise podem ser agrupadas em 4 categorias distintas: Áudio, Vídeo/Imagem, Materiais de Informática e outros. Cada um destes grupos abrange diferentes tipos de solicitações e exames periciais.

➤ Áudio

Tipos de solicitação mais comuns:

- Identificação biométrica através de confronto de voz / fala / linguagem – determinação de um padrão vocal recolhido e tratado como “padrão” a fim de apurar se converge com a de uma gravação na qual há o registo vocal do suspeito, tratado como arquivo “questionado”. Caso algum dos investigados não reconheça a “voz” gravada como sua, é necessária a identificação biométrica.
- Textualização – reprodução de discursos, situações, intenções e relações ligadas cronologicamente, cujo conteúdo tenha relevância para o procedimento.
- Transcrição – reprodução literal da conversação, respeitando as escolhas dos discursos dos oradores, assim como achados presentes na sua fala (prolongamentos, hesitações, etc.), encadeados cronologicamente, cujo conteúdo tenha relevância para o procedimento.
- Análise de conteúdo – verifica a intenção presente na comunicação por meio da linguagem, buscando o sentido real produzido pelos participantes de um discurso, destacando-se factos de interesse investigativo, relações temporais e sociais, além de demais informações relevantes para o delineamento do panorama geral que envolve a(s) prova(s) contida(s) em arquivos de áudio (também podendo ocorrer tal análise em arquivos de vídeo).
- Descodificação – permite, através de conhecimentos sociolinguísticos, em especial no que se refere à linguagem de grupos, a compreensão de estruturas de linguagem baseadas em códigos.

➤ Vídeo/Imagens

Tipos de solicitação mais comuns:

- Identificação biométrica através de confronto de imagem – comparação entre dois sujeitos através de suas características faciais e/ou corporais, morfológicas e funcionais, além de procedimentos como simulação de envelhecimento e de disfarces.

- Exames periciais em vídeo – visam a otimização da qualidade, extração de *frames* – imagens que representam momentos do arquivo de vídeo; e relato detalhado dos eventos registados, facilitando a sua compreensão.

➤ **Informática**

- Investigação de delitos em *sites* e praticados por meios eletrónicos.
- Conversão de arquivos para modo de exibição – modificar a extensão do arquivo para que o mesmo possa ser aberto/reproduzido em equipamentos básicos.

➤ **Outros**

- Abrange tipos de solicitações que não se encaixam de maneira precisa em nenhum dos itens já citados, como: perícia grafo-técnica; criação de vídeos a partir de fotos remetidas; legendagem de áudio; análise e comparação de documentos para estabelecer sua autenticidade, expor a falsificação ou revelar alterações (documentos-cópia forense); convocações para prestação de depoimento; diligências; sínteses informativas; pareceres fonoaudiológicos acerca de questões envolvendo anatomia e fisiologia da produção vocal e da fala, entre outras.

Demanda

Sendo áudio e vídeo/imagem os materiais mais comumente remetidos para análise à DEDIT, foi efetuado um levantamento acerca da quantidade de solicitações existentes para estas duas modalidades perícias entre os anos de 2009 e 2015. As solicitações atendidas em 2012 não foram elencadas pois neste ano houve eleições para a Prefeitura, gerando uma quantidade de solicitações muito acima da média esperada. O mesmo, provavelmente, ocorrerá em 2016.

Gráfico 1. Solicitações de perícia em áudio + vídeo/imagem (2009/2015) – Fono-Forense / DEDIT

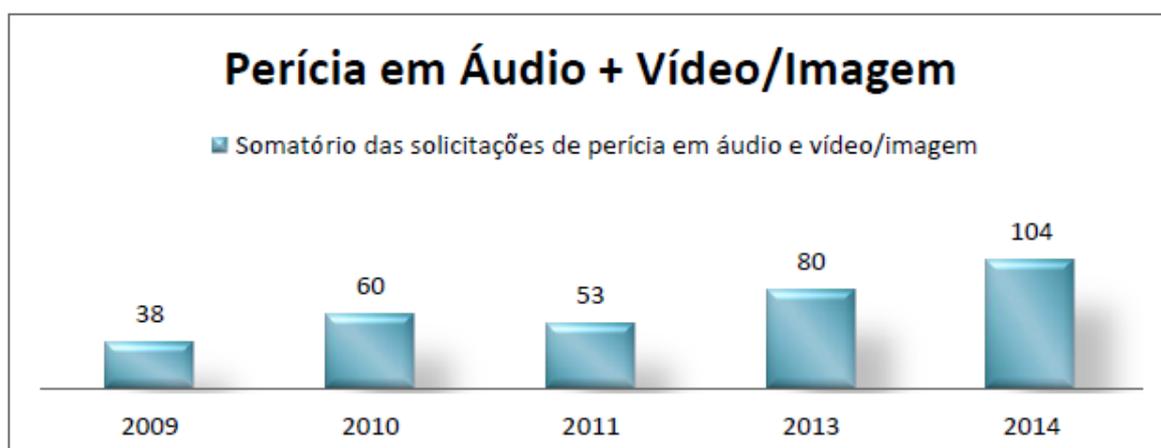
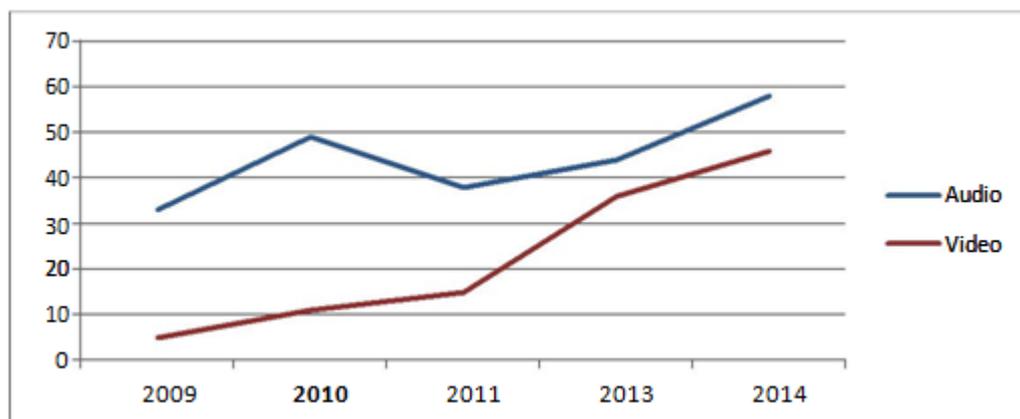


Gráfico 2. Solicitações para realizações de perícia de áudio e vídeo entre os anos de 2009 a 2015 – Fono-Forense / DEDIT



A seguir apresenta-se o crescimento das solicitações de perícia de áudio e vídeo quando comparados os anos de 2009 e 2014.

Período de Tempo	Áudio	Vídeo
2009 em comparação a 2014	+76%	+820%

Aparelho tecnológico disponível

Cada um dos peritos dispõe de um desktop da marca **DATEN**, computador com as seguintes especificações:

- Sistema operacional Windows 7 Professional de 64 bits;
- Processador AMD Phentom™ II X4 Processor 3.00 GHz;
- Memória instalada de 8.00GB;
- Placa de vídeo NVIDIA GeForce 2010;
- Placa de som NVIDIA Virtual Audio Device (*Wave Extensible*) - WDM.

Este é acompanhado de dois monitores (**AOC – 22"** e **LG FLATRON – 18"**), *drivers* RW e caixas de som **HP**.

Cada um dos computadores utilizados pelos peritos dispõe de diferente *software* que fornece apoio ao procedimento pericial. Por serem ferramentas de grande auxílio, este *software* e suas principais funções encontram-se discriminados neste trabalho em anexo (**Anexo 1**).

Além dos computadores, o setor conta com a seguinte aparelhagem:

- Microscópio digital DINO-LITE
- Mini Disc SONY mz-m200
- Disqueteira ZIOTEK
- Impressora **OKI C831**
- Zoom Q3HD *Handy Video Recorder*
- *Handy Recorder H4N*
- Mesa Digitalizadora WACOM Bamboo CTE 450
- Paquímetro
- Multifuncional *Phaser 3635MFP*
- Retalhadora de papel HSM 125.2

Futuras aquisições:

- Impressora 3D
- *Phones Shure*

Acervo Bibliográfico

O setor de Fonoaudiologia Forense do Ministério Público do Estado do Rio de Janeiro (Brasil) possui ainda um importante acervo bibliográfico composto de livros, artigos e revistas técnicas à disposição dos peritos, com a intenção de fornecer informações científicas atualizadas na área e em áreas afins, produzidas por autores consagrados do Brasil e de diferentes países onde a Fonoaudiologia Forense encontra-se desenvolvida, para consultas regulares e para apoio constante ao desenvolvimento de novas pesquisas e trabalhos científicos de relevância superior.

Por ser de significativa importância, encontram-se também em anexo (**Anexo 2**), os principais livros, artigos e revistas técnicas deste acervo bibliográfico (listados segundo a norma adotada em seus arquivos).

Pioneirismo

De acordo com Mallet, Blythe e Berry (2014) a identificação biométrica trata-se do confronto entre características de dois indivíduos, suspeito e praticante da ação delituosa, visando a constatação de convergências ou divergências entre ambos. Esta prerrogativa baseia-se no princípio de que cada ser humano apresenta características físicas e comportamentais próprias que o torna diferente dos demais. A identificação biométrica pode ser aplicada quando o material a ser periciado se tratar de áudio (exame de identificação de oradores), vídeo/imagem (através de características faciais e corporais dos sujeitos) ou escrita (exame grafo-técnico).

Segundo Lucas e Henneberg (2015) no artigo "*Comparing the face to the body, which is better for identification?*", a identificação forense por meio da extração de medidas já é utilizada há mais de 200 anos. É sabido que a identificação por imagens ocorre principalmente através da face, entretanto os dois autores afirmam que o mesmo princípio pode ser aplicado em fotografias em que esteja representado o corpo do indivíduo participante do evento e que se deseja identificar. Foram utilizadas 8 medidas corporais com o objetivo de comprovar se tais informações extraídas são suficientes para o procedimento de identificação. Concluiu-se então, que a probabilidade de encontrar dois indivíduos que apresentem as mesmas 8 medidas é de um para 5 milhões, tornando o método tão seguro quanto à identificação via análise de digitais. Deste modo, as medidas corporais podem ser consideradas parâmetros consistentes e robustos para o procedimento de identificação em vídeos e imagens. Os autores afirmam ainda que, a

mímica facial pode ser modificada pelo sujeito, causando conseqüente alteração em suas medidas e que ao utilizar o corpo, dimensões de maior porte são facilmente localizáveis.

Tal artigo revelou ser precursor na área, ao tratar da análise corporal em procedimentos forenses de identificação biométrica via imagem, sendo notícia, inclusive, na imprensa brasileira. Em reportagem datada de 24/04/2015, o *site* da TV Record (R7) afirma que:

Investigadores descobriram que o formato do corpo de uma pessoa pode ser tão eficaz para descobrir uma identidade quanto um reconhecimento facial (...). Chamado de “reconhecimento corporal”, a técnica foi desenvolvida na Universidade de Adelaide, na Austrália, e é comparável à análise facial e de impressão digital. (...) As medidas incluem altura, extensão do osso da cintura até o pé, extensão do pulso até o cotovelo, linha da mandíbula, largura da anca, largura do tórax, largura do rosto de orelha a orelha e largura do crânio.

Contudo, a DEDIT, como uma equipa de peritos especialistas em anatomia e fisiologia humana (mediante graduação em Fonoaudiologia), 8 anos antes da divulgação de tal mencionado artigo, em 2007, entregou seu primeiro relatório de identificação biométrica de imagem, na qual o indivíduo foi identificado através de seus atributos corporais. Neste relatório, a técnica de sobreposição apontou convergências e ausências de divergências entre o sujeito praticante de atividade delituosa (questionado) e o suspeito (padrão). De acordo com o material elaborado, outras características corporais como altura, biótipo, curvatura cervical, tórax, tipo de face e cor da pele também apresentaram-se convergentes.

Este facto mostra que o trabalho desenvolvido pelo setor, de natureza técnico-investigativa, possui um carácter pioneiro, criando técnicas a partir de conhecimentos científicos de modo a suprir a demanda e proporcionar solução aos procedimentos periciais cujas técnicas tradicionalmente conhecidas não são úteis.

A DEDIT está empenhada em desenvolver novas técnicas, sempre fundamentadas em conhecimentos técnicos de origem científica, para o esclarecimento de questões de natureza pericial. A técnica de identificação biométrica através de características corporais, que já é utilizada pela DEDIT há 8 anos, foi somente certificada, em 2015, nos Estados Unidos, considerado um dos países cujas pesquisas em ciências forenses é mais avançada.

3.3 – Princípio fundamental para o modelo “FONOFORENSE” em Portugal

O facto de dar a conhecer, em Portugal, o modelo da fonoaudiologia forense no Brasil e outros modelos dos estudos da comunicação humana como prova pericial pelo mundo, não quer dizer que a construção do modelo português deve apresentar as mesmas características brasileiras e outras.

O objetivo do estudo pericial da voz, da biometria facial e corporal, da leitura labial, da textualização, da leitura da comunicação não-verbal, entre outras atividades forenses do fonoaudiólogo, pode servir de inspiração para a construção do modelo português no âmbito da prova pericial para o Direito Penal. Entretanto tem de se ter em atenção que a sociedade portuguesa não tem as mesmas características criminais que outras sociedades apresentam e que comportam um aparelho investigador significativo.

Sendo assim, verifica-se que em países como Brasil, Inglaterra e Estados Unidos, por exemplo, as câmaras de videovigilância, que tem como objetivo vigiar o comportamento do indivíduo, fazem parte do quotidiano da vida destes cidadãos, assim como as escutas telefónicas e a leitura da memória do sistema de telecomunicação móvel. Estes países são conhecidos pela vulnerabilidade em termos de criminalidade, entretanto, Portugal, que é um país em que nada se compara com a intensidade dos crimes que abalam as sociedades dos países desenvolvidos e em desenvolvimento, pretende-se, de início, que sejam tipificados os crimes mais comuns com suporte em objetos digitais para de seguida identificar e delimitar a atuação forense do terapeuta da fala no âmbito criminal, sem a pretensão de avultar a clonagem do modelo forense brasileiro e de outros países.

CAPÍTULO IV – A TERAPIA DA FALA AO SERVIÇO DO DIREITO CIVIL EM PORTUGAL: Estudo transversal com doentes portadores de “demência”, interditados e inabilitados, do Hospital Conde de Ferreira

4.1 – Processo de interdição e inabilitação segundo o Ministério Público português

É referido no artigo 138.º do Código Civil que *“podem ser interditados do exercício dos seus direitos todos aqueles que por anomalia psíquica, surdez-mudez ou cegueira se mostrem incapazes de governar suas pessoas e bens”*.

Na atual conjuntura da evolução da medicina, não se pode prever interdição direta nos casos de surdez-mudez, pois nem todo mudo é surdo e os surdos são mudos pelo facto de que não aprenderam a falar, porque não ouvem. Os surdos não apresentam obrigatoriamente alterações no seu sistema fonoarticulatório, lesões neurológicas e alterações psiquiátricas que impeçam de falar. Para o surdo ou deficiente auditivo profundo, a medicina apresenta solução cirúrgica a nível de implante de cóclea. A intervenção cirúrgica permite que o surdo ouça ou volte a ouvir e conseqüentemente aprenda ou reaprenda a falar. Outra saída para integração social do surdo ou deficiente auditivo grave e profundo é a utilização da língua gestual para comunicar. Estes recursos tornam estes indivíduos independentes.

Relativamente ao cego ou invisual, a indicação cirúrgica, de acordo com os casos, pode ser uma alternativa. O método de ensino através do BRAILLER e o cão-guia permitem a liberdade do cego propiciando o direito de ir e vir, o acesso à educação, à universidade, ao trabalho e a fazer uma vida independente, assim como os surdos.

Confirma-se esta premissa quando o Ministério Público afirma que *“(…) deste modo, por exemplo o invisual ou o surdo-mudo que hajam segundo tratamento ou instrução adequados e que, por essa via, adquiriram meios de suprir a sua limitação física, não serão passíveis de interdição”* (<http://www.ministeriopublico.pt>).

Segundo o Ministério Público, os interditos por anomalia psíquica não podem casar, perfilhar, testar e encontram-se inibidos do exercício do poder paternal. Os interditos pelas demais causas (surdez-mudez e cegueira) não sofrem estas limitações.

Nos casos em que os surdos e os cegos possuam patologias associadas como deficiência mental, síndromas, sequelas de traumatismo crânio encefálico, acidente vascular cerebral, paralisia cerebral e outras, aí sim pode ser indicado o processo de interdição ou inabilitação.

Instituto da interdição surge já muito bem tratado na obra de Manuel Coelho da Rocha (...), onde o instituto da interdição surge tratado de uma forma em tudo semelhante ao que temos hoje: (...) o cônjuge, qualquer parente ou o Ministério Público, no caso de furor, podem requerer ao juiz a interdição. Expõem os factos indicativos (...) da falta de siso ou prodigalidade do arguido. (...) O juiz mandará ouvir um Conselho de Família e interrogará o arguido. A sentença de interdição é publicitada. Será depois nomeado tutor de acordo com o esquema das Ordenações (Mendes, 2012, p. 203).

Considerando Mendes (2012), os presentes temas jurídicos fazem jus aos indivíduos incapazes de gerir a sua pessoa e os seus bens. Tais pessoas padecem de anomalias que provocam enormes vulnerabilidades, pelo facto das suas capacidades cognitivas, físicas, de linguagem, fala e audição estarem afetadas.

As anomalias podem ser oriundas de vários fatores de ordem congénita ou por circunstâncias acidentais com reflexos graves, ou não, permanentes ou transitórios a nível mental e/ou neurológico. Estes doentes, aos olhos da justiça e em termos processuais, encontram-se em situação de grande fragilidade social e, de acordo com a lei, precisam de ajuda.

Mendes (2012) cita também que, no código de Seabra, a interdição ficou dependente de sentença judicial, como se dispôs no artigo 317.º do mesmo diploma e é tramitada nos termos do então disposto no artigo 944.º do Código do Processo Civil de 1877.

O Ministério Público indica que o requerente deve incluir no processo de interdição ou inabilitação a prova da sua legitimidade mencionando os factos reveladores dos fundamentos invocados. Especificamente se deve indicar o grau de incapacidade, juntar documentos médicos comprovativos do estado do interditado ou inabilitado, indicar as pessoas que devem compor o 'Conselho de Família' e que devem exercer a tutela e a curatela. Entretanto, ressalta-se a atenção para afirmativa acima, no que se refere à indicação do grau de incapacidade e parecer médico, pois segundo Miziara (2007) "(...) apesar da credibilidade e experiência dos profissionais, pode ocorrer que o relatório apresentado deixe de retratar, com fidelidade, o real estado de comprometimento apresentado pelo interditado, principalmente pelo facto de que o diagnóstico médico, por si só, é insuficiente ao reconhecimento da incapacidade civil da pessoa com deficiência" (p. 27).

Ainda segundo Mendes, para a competente ação de interdição, em processo especial, nos termos previstos nos artigos 944.º e seguintes do Código do Processo Civil, CPC,

tem competência o tribunal comum, com a possibilidade de recurso de apelação para a 2ª Instância, e na lei substantiva, como resulta do que se dispõe no artigo 140.º e seguintes do Código Civil, detendo legitimidade para a requerer o cônjuge, o tutor ou curador do interditando, por qualquer parente sucessível ou pelo Ministério Público.

O Ministério Público prevê que nenhum interdito, qualquer que seja a causa da incapacidade, possa votar, ser tutor, vogal do 'Conselho de Família' ou administrador de bens incluindo os seus. Assim sendo, de um modo geral, os interditos deixam de dispor de capacidade de exercício, ou seja, de poder pessoal e livremente exercer os seus direitos e cumprir as suas obrigações – passam a necessitar da intermediação do tutor. A interdição do indivíduo, imputada pelo juiz, é averbada ao assento de nascimento pelo registo civil. Então, segundo o Ministério Público, nos casos de interdição de maior, o tutor tem o dever específico de cuidar da saúde do interdito e de procurar a sua recuperação. Está sob a sua responsabilidade também expor ao tribunal a relação dos bens e das dívidas do interdito. Prevê ainda que não é da responsabilidade do tutor os atos de dispor a título gratuito dos bens do interdito; tomar de arrendamento ou adquirir, ainda que por interposta pessoa, bens ou direitos do interdito; celebrar em nome do interdito contratos que o obriguem a praticar certos atos. Se, por ventura, forem praticados, serão perentoriamente anulados, pois não cabe ao tutor praticá-los. Entretanto, com prévia autorização do tribunal, o tutor poderá praticar, com validade, os atos de vender ou onerar bens (salvo se se tratar de coisas suscetíveis de se perderem ou estragarem); adquirir estabelecimento comercial ou industrial ou continuar a exploração de um estabelecimento que o interdito tenha recebido por sucessão ou doação; garantir ou assumir dívidas alheias; contrair empréstimos; repudiar heranças ou legados; aceitar herança, doação ou legado ou convencionar partilha extrajudicial; adquirir bens, móveis ou imóveis com aplicações de capitais do interdito; intentar ações, etc. O tutor tem direito a remuneração, não podendo esta, em qualquer caso, exceder a décima parte dos rendimentos líquidos dos bens do interdito (www.ministeriopublico.pt).

Consultando novamente Mendes, podemos também verificar que o artigo 151º do Código Civil prevê que as mesmas entidades que interditaram o doente e ele próprio têm legitimidade para requererem ao tribunal a cessação da interdição nos mesmos termos do acima citado, do Código Civil. Isto, se forem verificadas situações concretas de melhorias que revertam o quadro do interditado e que não justifiquem a continuidade das medidas anteriormente decretadas. Desta forma fica decretada, pelo juiz, a extinção da interdição que será anexada ao termo da ação da mesma, como disposto no artigo 958º do Código do Processo Civil. Ressalta-se que a interdição só é decretada e, por vezes, o pedido de cessação da mesma não é aceite, quando se verifica a permanência da

patologia e as constantes perturbações provenientes da problemática. É importante salientar que as deficiências e as dificuldades provenientes das patologias que levam à decretação da interdição têm de ser relevantes, recentes, graves e persistentes. Entretanto, pode ocorrer que se verifiquem algumas melhoras cabíveis nas condições do interditado que podem sugerir a cessação da interdição. Neste caso, também pode haver a substituição da interdição para o processo de inabilitação, medida menos grave pois o interditado ainda apresenta sinais de perturbação, mas não tão graves e nocivas quanto as que levaram à sua interdição. Posto isto, fica destituído no momento o tutor passando a guarda ao curador que o auxilia nas situações da vida justificadas pelos termos previstos na lei.

O Ministério Público diz que a inabilitação se adapta às situações de menor gravidade do que as que determinam a interdição. Nas causas específicas da inabilitação encontram-se a habitual prodigalidade, o alcoolismo e a toxicodependência. O alcoolismo e a toxicodependência consistem no uso compulsivo, respetivamente, de bebidas alcoólicas, estupefacientes ou outros produtos de efeitos semelhantes. Na prodigalidade, o individuo tem tendência a não resistir em fazer despesas frugais, nocivas e desproporcionais à sua renda e aos seus bens. Entretanto ressalta-se que as causas específicas da inabilitação não podem, por si só, gerar a interdição e nem direccionar a incapacidade geral do individuo. Nesta sentença são especificadas pelo tribunal as ações que o inabilitado não poderá validar quando praticar sozinho. Assim sendo, os atos deverão ser praticados ou autorizados pelo curador.

Seguindo ainda as informações do Ministério Público, compete ao curador assistir o inabilitado, que estará sujeito à sua autorização nos atos de dispor de bens (v.g., venda, doação) entre vivos e todos os que, em atenção às circunstâncias de cada caso, forem especificados na sentença. Sendo assim, na inabilitação, a incapacidade não é suprida por representação legal, mas sim pela assistência de um curador cuja intervenção se limita à autorização para a prática de atos jurídicos. Enquanto, na interdição os atos são praticados por um tutor em representação legal do incapaz, na inabilitação os atos são praticados pelo próprio incapaz com prévia autorização do curador, sendo que o curador não poderá dispor livremente dos bens do inabilitado. O curador tem direito a remuneração, não podendo esta, em qualquer caso, exceder a décima parte dos rendimentos líquidos dos bens do interdito (<http://www.ministeriopublico.pt>).

Considerando as situações acima referidas, a lei pode lançar mão da pessoa do subcurador que nos casos compete a fiscalização da ação do curador sob a

administração do património do inabilitado que lhe é entregue pelo tribunal no todo ou em parte. A função de subcurador também poderá ser remunerada.

Sob a égide deste órgão público, o tribunal pode ainda, apelar para o 'Conselho de Família' que é formado por duas pessoas denominadas vogais, preferencialmente da linha direta, materna ou paterna com ligações de afeto e bom relacionamento com o doente ou ainda por amigos e vizinhos que comprovadamente se interessam por ele desde sempre. Cabe a este 'Conselho' o papel de monitorizar as ações do tutor ou do curador, assim como prestar em juízo, sempre que for necessário, parecer sobre as atividades dos constituintes em causa a propósito da saúde, rendimentos, administração de bens, atitudes para com o interditado, cuidados na alimentação, higiene, etc. Na falta da pessoa constituída pelo juiz para auxílio do interditado ou incapacitado surge a figura do 1º vogal, chamado de protutor, que tem a responsabilidade de auxiliar ou representar o incapaz na mediação dos conflitos entre os pares e também de substituir o tutor e o curador (<http://www.ministeriopublico.pt>).

Mendes (2012), justifica que *“para as funções decorrentes do artigo 153.º n.º 1 do Código Civil, e tramitada nos termos previstos no artigo 958.º supracitado, especialmente no seu n.º 3, onde se consagram várias possibilidades de solução, no sentido de se proteger adequadamente aquela situação concreta da pessoa que em tais circunstâncias precisa de ser auxiliada em conformidade com as concretas necessidades a determinar”* (p. 205).

Salienta-se todo este aparato legal à volta do interditado e do inabilitado pelo facto de, atualmente, os percalços da vida familiar e da vida em geral serem fatores que colocam esses indivíduos doentes em situações de subordinação por se tratar de alvos fáceis de exploração por parte de familiares próximos, parentes e amigos. Na condição de cuidadores abusam do estado de indefesa do doente e, por vezes, usufruem em benefício próprio dos seus bens móveis e imóveis, transformando o ser humano em verdadeiro prisioneiro mantido em cárcere privado. As notícias sobre pessoas nas circunstâncias acima descritas, como vítimas de abusos por parte de quem lhes está próximo, mais até em ambientes de familiares de sangue, do que de outras pessoas, são diárias. Estes tipos de abusos não são difíceis de prever, como se verifica na reportagem do Jornal de Notícias de 22/05/2013 – 16:01:

Necessidade de dinheiro por parte de familiares é uma das explicações para o aumento do número de processos de interdição nos tribunais. Entre 2000 e 2010, número de casos passou de 636 para 1594. (...) Na última década mais do que duplicou o número de processos judiciais relativos a interdição e inabilitação, de acordo com números do Ministério da Justiça. Isto significa, segundo especialistas,

que as famílias e instituições estão mais preocupadas com quem se torna incapaz de gerir a sua vida e património, nomeadamente idosos. Mas em época de crise há também razões para admitir que este acréscimo esteja relacionado com a intenção por parte de familiares de obter proventos (Horta, 2012, Maio 22).

Portanto, a levar os factos em conta, os atos são analisados individualmente sob o rigor da lei, no sentido de prevenir e identificar os possíveis abusos e situações de oportunismo por parte dos familiares ou outros que, sendo comprovadamente lesivos, ocasionam anulabilidade dos efeitos jurídicos dos atos praticados pelo dito incapaz.

A França e a Alemanha, países citados por Miziara (2007), consideram a interdição e a inabilitação como a última alternativa a ser ponderada por se tratar de medidas drásticas de restrição individual e entendem ser mais importante preservar a maior quantidade de direitos da pessoa. O autor refere ainda que na Alemanha o direito civil distingue claramente a capacidade da pessoa em exprimir a vontade e a capacidade de trabalhar, mantendo, sempre que possível, o incapaz integrado à sociedade e exercendo parte dos atos da vida civil e, em especial, a sua capacidade laboral.

Entende-se que, nestes países da União Europeia citados pelo autor, considera-se bastante pertinente estarem os indivíduos portadores de capacidades sensoriais, motoras ou cognitivas diminuídas, por situações congénitas ou adquiridas, mais protegidos e estimulados ao processo de reabilitação, pois a intenção não é a da interdição ou inabilitação imediata. A política social destes países está mais preocupada em tornar os indivíduos capazes do que promover a vida à margem da sociedade.

4.2 – Objetivos do estudo

Foram estudados os doentes internados por demência do tipo alzheimer, vascular ou mista, doentes portadores de deficiência mental, traumatismo crânio-encefálico e acidente vascular cerebral em situação de interdição, com o objetivo de:

- identificar as sequelas na comunicação oriundas destas patologias e, sobretudo, perceber se a avaliação da comunicação foi fator de influência no processo da interdição;
- verificar a prevalência de cada tipo de patologia da fala e/ou da linguagem e a origem dos internamentos e encaminhamento posterior dos doentes;
- comparar o estado atual da comunicação do doente com as informações registadas no seu processo clínico na data do internamento e da interdição;

- compreender o grau de relevância que o aspeto da comunicação teve nos casos de internamento e interdição;
- verificar, nos processos de internamento e de interdição, qual foi o instrumento utilizado na avaliação da comunicação do doente e qual foi o especialista responsável pela avaliação.

4.3 – Breve síntese das patologias fonoaudiológicas e alterações funcionais

É importante fazer referência às patologias da comunicação que devem ser avaliadas pelo fonoaudiólogo / terapeuta da fala, considerando-as pertinentes para alcançar os objetivos citados e relevantes no processo jurídico para o ato de interdição ou inabilitação.

*Os processos de produção da fala e da linguagem englobam atividades distintas do córtex cerebral. Diferentes tipos de alteração no sistema nervoso central (SNC) podem resultar em diversos tipos de distúrbios de linguagem e/ou fala, além das deficiências mentais. (...) Entre as principais alterações da comunicação que têm como causa um distúrbio ou dano neurológico estão as afasias, as disartrias e as apraxias. (...) Além das alterações de comunicação este facto gera impacto na vida social dos pacientes, destacando-se a diminuição da probabilidade de retorno para as atividades profissionais. (...) As lesões neurológicas ainda podem causar outros distúrbios comprometendo direta ou indiretamente a comunicação, que ocorrem em menor frequência na população, como as agnosias, as dislexias e as agrafias adquiridas, distúrbios linguísticos – cognitivos, entre outras. Os métodos mais recentes de investigação clínica (neuro-imagem estrutural e funcional), bem como os avanços teóricos fazem-nos refletir sobre a conceção das relações lesão-sintoma em relação à linguagem e à fala. Assim, ao considerar-se os circuitos neuronais responsáveis pela linguagem e fala, a lesão numa das partes destes circuitos tenderá a afetar a função como um todo, embora em graus e formas variadas (Talarico, Venegas & Ortiz, 2011, **como referido em** Rev. CEFAC, 2011 Mar-Abr; pp. 330-339 – “Perfil Populacional de Pacientes com Distúrbios da Comunicação Humana Decorrentes de Lesão Cerebral, Assistidos em Hospital Terciário”).*

❖ Afasia

A **afasia**, segundo Pietrobon (2007), é definida como um distúrbio na percepção e expressão da linguagem; é uma alteração fundamental da comunicação e da formulação do pensamento. Uma pessoa afásica apresenta dificuldades na compreensão e na emissão da fala e da linguagem, adquirida em consequência de uma lesão nas áreas cerebrais responsáveis pela fala ou pela compreensão das palavras faladas. Essa lesão, por sua vez, poderá ter diferentes causas, tais como: um acidente vascular cerebral, um trauma crânio-encefálico ou um aneurisma. A linguagem do afásico é reduzida e simplificada ao máximo, ou desviada semântica, fonémica e morfológicamente da linguagem normal. A compreensão apresenta-se com dificuldades, necessitando de pistas, repetições, apoios e ordens bem curtas e objetivas para serem mais bem recebidas. Conforme o local exato da lesão cerebral serão determinados tipos diferentes de alterações. Pode-se dizer também que a afasia é uma alteração no conteúdo, na forma e no uso da linguagem e de seus processos cognitivos subjacentes, tais como: percepção e memória. As afasias podem ser classificadas em emissivas como as de Broca, de condução e transcortical motora; recetivas como as de *Wernicke*, transcortical sensorial e amnésica/anômica; e as formas mistas, tais como: afasia transcortical mista, afasia mista e afasia motora mista.

O autor classifica as **afasias** em:

Afasia total: Compromete todas as modalidades de linguagem. Tanto a recepção quanto a emissão estão comprometidas. A comunicação é inexistente. É a forma mais grave, geralmente acompanhada de outros comprometimentos neurológicos e motores.

Afasia de Wernicke: Estão comprometidas tanto a compreensão como a expressão, entretanto sem a existência de dificuldades na articulação das palavras. Poderá haver um predomínio de dificuldade na área semântica quando o indivíduo consegue emitir perfeitamente as palavras, porém não compreende o que lhe é solicitado, quando quer se expressar tem dificuldades, por exemplo, sua intenção é a emissão da palavra "mesa", mas diz "cadeira", ou ainda um predomínio maior na área fonémica, quando ao invés de articular "lua" substitui por "sua" ou "nua", pois os significados distintos não são percebidos pelo indivíduo afásico.

Afasia de Broca: A expressão oral encontra-se alterada, acompanhada de redução de linguagem. O indivíduo não consegue articular os sons, tem dificuldade em reconhecer os chamados pontos de articulação (por exemplo: na emissão do "p", juntamos os lábios e esta associação não é feita), existe dificuldade também na área de cálculos e escrita.

Também ocorrem os chamados jargões; o indivíduo utiliza sempre uma mesma palavra ou frase curta para diferentes situações de comunicação.

A afasia poderá apresentar-se em vários níveis de comprometimento.

A atuação fonoaudiológica junto aos pacientes afásicos tem sido primordial na recuperação total ou parcial, dependendo de cada caso, da linguagem e fala. Hoje em dia sabe-se que algumas partes do cérebro podem assumir, em parte, outras que estejam comprometidas. Quanto mais são estimuladas as funções neuronais, maiores as possibilidades de respostas; é a chamada plasticidade neuronal.

Independentemente do grau ou tipo de afasia existente, a reeducação das funções da fala e da linguagem é sempre válida e deve ser iniciada o quanto antes melhorando assim o prognóstico.

É prioritário que a família se envolva com a recuperação, estimulando o afásico a buscar sempre a comunicação e jamais o isolamento.

❖ **Disartria**

Busanello, Castro e Rosa (2007) definem a **disartria** como uma alteração na expressão verbal causada por uma alteração no controlo muscular dos mecanismos da fala. Compreende as disfunções motoras de respiração, fonação, ressonância, articulação e prosódia.

Respiração: O controlo deficiente da expiração e inspiração interferirá na entonação, prejudicando a inteligibilidade da fala.

Prosódia: Muitos disártricos têm uma entonação e prosódia distorcidas (ritmos).

Fonação: A paralisia das pregas vocais resultará em um som fraco e abafado e fará com que o paciente se canse facilmente. O volume da voz sairá após um certo período da fala ou no final da oração.

Ressonância: Se há insuficiência palatal, a qualidade da voz terá baixa ressonância (hiponasalidade) ou muita ressonância (hipernasalidade).

Articulação: A redução da atividade neuromuscular da língua, lábios, palato mole e mandíbula produz alteração de fala.

A **disartria** pode ser causada por um processo traumático crânio cervical; tumores benignos ou malignos do cérebro, cerebelo ou tronco encefálico; lesão vascular

encefálica / doenças infecciosas, metabólicas, tóxicas ou degenerativas do sistema nervoso ou do muscular.

Segundo Medeiros (s.d.), a **disartria** pode ser causada por um processo traumático crânio cervical; tumores benignos ou malignos do cérebro, cerebelo ou tronco encefálico; ou lesão vascular encefálica / doenças infecciosas, metabólicas, tóxicas ou degenerativas do sistema nervoso ou muscular. Classificam-se em:

Disartria flácida: As características clínicas da disartria flácida são: hipernasalidade associada a escape aéreo nasal, voz suspirada, inspiração audível, pobre abertura labial, excesso de saliva, dificuldade quanto aos movimentos alternantes da língua, redução do tempo de fonação, pobreza de inteligibilidade, respiração curta, dificuldade na emissão de tons altos, voz baixa e dificuldade na emissão de fonemas fricativos e explosivos.

Disartria espática: O distúrbio da fala afeta alguns fonemas, embora as sentenças produzidas sejam gramaticalmente corretas e a compreensão também seja normal. Os fonemas bilabiais, linguodentais e fricativos apresentam-se mais distorcidos do que os outros. É importante mencionar que há descontrolo da respiração devido à incapacidade de vedação velo faríngea, dificuldade de protrusão de língua, de levantar o véu palatal e controlar os movimentos dos lábios, ausência de diferenciação entre sons surdos e sonoros, voz rouca e baixa, frases curtas, ausência de controlo fono-respiratório, distorção de vogais e hipernasalidade. Presença da espasticidade associadas com outras características, incluindo disfagia, labilidade emocional e fraqueza bulbar.

Disartria atáxica: Os músculos afetados se tornam hipotónicos, os movimentos lentos com alteração na força, extensão, duração e direção. Há o predomínio de monotonia, interrupções e, às vezes, nasalidade e presença de lentidão na leitura e prosódia. A fala de pacientes com este tipo de disartria é denominada de escandida ou “*scanning speech*”, caracterizada por pausas depois de cada sílaba e lentidão das palavras. Estas alterações referem-se à prosódia, que consiste em enfatizar sílabas de forma diferente da habitual. Além disso, a presença de movimentos híper-compensatórios afetam a direção e controlo da língua, volume e timbre da voz, provocando uma articulação espasmódica, explosiva. Com frequência se observa nistagmo e os movimentos oculares podem ser irregulares.

A **disartria hipocinética** é caracterizada por lentidão e limitação dos movimentos, voz monótona com monoaltura e monointensidade, articulação imprecisa das consoantes, diminuição dos atos espontâneos, rigidez, presença de tremor que conduz à festinação, bem como diminuição da tonicidade muscular, com movimentos involuntários em todos

os segmentos corporais. A Síndrome de *Parkinson*, por exemplo, possui um quadro clínico característico como tremor, rigidez, bradicinesia e instabilidade postural, decorrente de lesões no núcleo de base.

A **disartria hipercinética** também decorre de uma alteração no sistema extrapiramidal. Estes movimentos são evidenciados de forma brusca e rápida do tipo coreico (preponderante nos membros superiores e crânio) ou lenta do tipo atetósica (predominante nas porções distais e em membros superiores).

Nas **disartrias** o tratamento fonoaudiológico deverá ser iniciado o mais breve possível, visando à motivação para a terapia, bem como impedir a eclosão dos padrões articulatorios incorretos.

❖ **Agnosia**

O *National Institute on Deafness and Other Communications Disorders* (2002) classifica a **agnosia** como uma perturbação pouco frequente que se caracteriza pelo facto da pessoa poder ver e sentir os objetos, mas não os pode associar ao papel que habitualmente desempenham, nem à sua função.

Segundo o referido Instituto os **tipos de agnosia** dependem das diferentes dificuldades de reconhecimento, como por exemplo:

- **Agnosia visual** (incapaz de reconhecer objetos com a visão);
- **Agnosia perceptiva** (incapaz de lembrar informações sobre os objetos);
- **Simultagnosia** (incapaz de reconhecer múltiplos objetos simultaneamente);
- **Agnosia associativa** (incapaz de nomear e utilizar objetos);
- **Prosopagnosia** (incapaz de reconhecer rostos);
- **Agnosia auditiva** (incapaz de reconhecer sons);
- **Agnosia tátil** ou **astereognose** (incapaz de reconhecer com o toque).

Pessoas que recuperam a visão costumam passar por um período de agnosia visual.

Causas da agnosia:

A **agnosia** pode resultar de problemas no lobo temporal ou no lobo occipital causada por:

- ✓ Acidente vascular cerebral;
- ✓ Demência ou outras perturbações neurológicas;
- ✓ Lesão causada por traumatismo craniano;

- ✓ Transtorno no desenvolvimento psicológico;
- ✓ Infeção cerebral ou fatores genéticos.

O prognóstico depende da causa e da gravidade da lesão cerebral.

❖ Apraxia

A **apraxia**, também definida segundo o Instituto, é a incapacidade para efetuar tarefas que requerem padrões de evocação ou sequências de movimentos.

Os **tipos de apraxia** definidos são:

Apraxia orofacial ou bucofacial: Pessoas com essa patologia são incapazes de realizar voluntariamente determinados movimentos que envolvem os músculos faciais.

Incapacidade de fazer movimentos da face quando pedido, como por exemplo lambe os lábios ou piscar.

Apraxia da fala: Condição em que a pessoa acha difícil ou impossível mover a boca ou língua para falar. Isso ocorre mesmo quando a pessoa tem o desejo de falar e os músculos da boca e língua são capazes de formar palavras. Existem duas formas de apraxia da fala: a apraxia adquirida e a apraxia de desenvolvimento.

A apraxia adquirida pode ocorrer em qualquer idade e faz com que a pessoa perca a capacidade da fala que tinha antes.

Já a apraxia de desenvolvimento está presente desde o nascimento e afeta a capacidade da criança para formar sons e palavras.

As **causas da apraxia** são danos no cérebro, sendo os mais comuns:

- Tumor cerebral;
- Doenças neurodegenerativas;
- Demência;
- AVC;
- Traumatismo crânio-encefálico.

É comum que a **apraxia da fala** ocorra com uma outra doença, nomeadamente a **afasia**, acima já referida. Dependendo da causa da **apraxia**, uma série de outros problemas cerebrais ou do sistema nervoso podem estar presentes.

Sintomas de apraxia

Uma pessoa com **apraxia** não tem a capacidade de fazer os movimentos musculares corretos. Às vezes, uma palavra ou ação completamente diferente do que a pessoa pretendia dizer ou fazer podem ocorrer. A pessoa sempre está ciente do erro.

Os principais sintomas são:

- distorcer e repetir palavras ou sons ou ficar sem fala. A pessoa tem dificuldade em colocar as palavras na ordem correta;
- dificuldade em pronunciar a palavra certa;
- maior dificuldade em dizer palavras mais compridas;
- melhor capacidade de escrever do que de falar;
- uso excessivo de formas não-verbais de comunicação;
- frustração e depressão são respostas típicas das pessoas com qualquer tipo de apraxia.

CAPITULO V – MATERIAL

O estudo foi feito no hospital que está dividido em 6 enfermarias, com média de 40, 45 ou 50 doentes internos em cada enfermaria, perfazendo, hoje, um total de 271 doentes residentes. Cada enfermaria tem um médico psiquiatra responsável.

Os casos foram analisados no período entre 29 de novembro de 2014 e 19 de janeiro de 2015.

5.1 – Casos clínicos

1.º Caso)

- Nome: C. G.;

- Data de nascimento: Sem informação;

- Sexo: Masculino;

- Estado civil: Solteiro;

- História relatada pelo doente: Iniciou a conversa dizendo que estava internado por causa de um acidente de carro. Disse ainda ter sofrido muito porque doía o corpo. Referiu que vinha de uma discoteca e que estava ele e o primo no carro. O primo estava a conduzir e tinha o cinto de segurança. O acidente foi em S. Martinho do Campo – S. Tirso, às 16:00 horas. Disse também: “*A Céu meteu-me aqui por causa do acidente*”. O doente relatou que é casado, tem 3 filhos (rapazes), nasceu na Alemanha e vive em casa com a mulher. No decorrer da conversa disse ter uma filha que se chama Apolónia e que o filho Eduardo tem 2 anos, o Filipe tem 3 anos e o outro não sabe o nome e nem a idade. Diz ainda que estudou até a 6ª classe (2º ano), que ainda é “tropa” e recebe a visita dos pais de 15 em 15 dias. Pediu para terminar a conversa pois estava ansioso para dar uma volta e ir ao Sr. Rodolfo. Explicou-me que o senhor é o responsável por dar dinheiro para os doentes todos os dias para comprar o que quiserem dentro do hospital (tabaco e idas às máquinas com bebidas e alimentos);

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Data do Internamento – 14 de janeiro de 1999;
- Data do registo clínico – 29 de julho de 2014;
- Acidente de viação. Dois meses após o acidente, o indivíduo começou a apresentar alterações no comportamento. Foi diagnosticado traumatismo crânio encefálico. Esteve internado no Hospital de Santo Tirso durante 9 dias. Transferido para o Hospital São João por apresentar queixa de insónia, risos injustificados e respostas a vozes alucinatórias, sendo posteriormente encaminhado ao Hospital Conde de Ferreira;

- Diagnóstico – queixa de atividades delirantes – Quadro de esquizofrenia com atividade delirante e alucinatória – ouvir vozes e agressividade;
- Avaliação da comunicação – O processo clínico refere que o doente tem um discurso perceptível, fluente, adequado, incoerente, centrado em termos de tropa / guerra e sem neologismo. Ressalta que essa informação não está assinada nem datada;
- Interdição – No processo não está indicado se o doente é interditado mas, segundo o médico responsável pela enfermaria, o doente está interditado.

- Informações fonoaudiológicas: Fala disártrica, com bradilalia (ritmo lento da fala), inquietação psicomotora com movimentos estereotipados da face e dos membros superiores.

O doente esteve recetivo e colaborador. No momento apresentou-se orientado no tempo e no espaço pois sabia o local em que estava, a data e as informações prestadas coincidiam com as registadas no processo clínico, à exceção das referentes à esposa e aos filhos, pois o doente é solteiro.

2.º Caso)

- Nome: A. F.;

- Data de nascimento: 24 de dezembro de 1961;

- Sexo: Masculino;

- Estado civil: Divorciado;

- História relatada pelo doente: O paciente relatou que é interno há 14 anos, tem família (pai, mãe, 3 irmãs e um irmão). Também tem sobrinhos e sobrinhos-netos. Diz ser o segundo filho e recebe a visita do pai, é divorciado, não tem filhos e nasceu no Porto. O doente não sabe porque está internado no hospital. Ele disse que era da Marinha e a Polícia Marítima escoltou-o até ao hospital. Conta que fez uso de drogas pesadas e a mulher com quem andava o pôs lá. Ela era italiana e foi para a cama com ela, depois foram passar 1 ano na Itália. Ele foi repatriado porque não tinha visto e foi ter com a família. Disse já ter sido muito torturado na enfermaria do hospital. Disse que está bem medicado e que já se sente bem. Tem amigos, joga cartas e vê televisão. Refere que é mecânico de automóveis, tem passes para autocarros e sai para passear. Refere ainda que não tem carro porque não teve cabeça. Estudou até ao 7º ano, na “tropa” teve mais estudos e aprendeu algum ofício. Quando vai à casa gosta de estar com todos. Conclui dizendo que a mãe está velha e que ela era quem deveria estar internada, não se dá bem com ela e nem com o pai. Toma 13 comprimidos distribuídos pela manhã, tarde, noite e ceia. Pede para eu falar com o pai para ver se tinha direito a viver com eles.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Consta da história do doente que ele prestou serviço militar na Marinha até aos 24 anos de idade. Fez uso de drogas, mas quando vai à casa aproveita para usar. Trabalhou como mecânico de autos e trolha. Viajou para outros países, onde cometeu vários delitos. Esteve preso em Custóias e em Aveiro por diferentes delitos.
- Diagnóstico – Esquizofrenia paranóide;
- Não se verificou no processo a avaliação da comunicação verbal, não-verbal e escrita;
- Interdição – O processo não faz referência se o doente está interdito;

- Informações fonoaudiológicas: O doente durante a conversa informal não apresentou, na fala e na linguagem oral, nenhuma alteração a nível da comunicação que pudesse sugerir alguma patologia fonoaudiológica.

Segundo o discurso do doente ele se apresenta orientado no tempo e no espaço, pois todas as informações relatadas coincidem com a sua história de vida que consta no processo clínico. O doente durante a conversa apresentou-se colaborador.

3.º Caso)

- Nome: M. A.;

- Data de nascimento: 12 de julho de 1932;

- Sexo: Feminino;

- Estado civil: Viúva;

- A doente se locomove por meio de cadeira de rodas;

- História relatada pela doente: A doente informou que nasceu em Moçambique, é viúva e o marido era português. Teve 3 filhos, sendo que 2 morreram e só existe uma filha que é casada, tem filhos e vive em Vila do Conde. Relata que a filha não tem tempo para a visitar e que não vai à casa de familiares porque estão todos em Moçambique, nomeadamente a mãe e uma irmã. Quando veio viver para Portugal foi morar para a Póvoa de Varzim. O marido foi trabalhar em Lisboa e construiu uma casa, entretanto lá arrumou uma mulher e nunca mais voltou. Quando ele faleceu já não viviam mais juntos. Relatou também que esteve a viver num “Lar” e quando este fechou veio transferida para o Hospital Conde de Ferreira (H.C.F.), onde se encontra há alguns meses, mas não sabe precisar o tempo.

- Informações recolhida do processo clínico:

- É viúva, nasceu em Moçambique e veio transferida do “Lar”, que fechou, para o Hospital Conde de Ferreira.
- Diagnóstico – Acidente vascular cerebral (AVC);
- Interdição – O processo clínico não faz referência à interdição mas, segundo o médico, está interdita. Não apresenta avaliação da comunicação.

- Informações fonoaudiológicas: Disartria com movimentos involuntários da língua por sequela de AVC.

As informações prestadas pela doente relativamente à sua idade, estado civil, local de nascimento e parte da sua história de vida coincidem com as registadas no processo clínico. De acordo com o discurso a doente pareceu orientada no espaço e no tempo, pois sabe aonde está e o dia, o mês e o ano.

4.º Caso)

- Nome: M. M.;

- Data de nascimento: 31 de janeiro de 1965;

- Sexo: Feminino;

- Estado Civil: Solteira;

- A doente se locomove por meio de cadeira de rodas;

- História relatada pela doente: A doente relata que a cabeça dela é grande porque a irmã deixou-a cair pelas escadas abaixo aos 8 meses de idade, salientando que a mãe contou essa história para ela. Disse estar internada no hospital há alguns anos, que a mãe é viva e sofre de bronquite asmática. Tem 6 filhos, sendo 5 raparigas e 1 rapaz. Diz ainda que, às vezes, a mãe vai visitá-la com uma tia. A doente refere que está no hospital porque a mãe é doente e, para ela não ficar sozinha em casa, a puseram no hospital. Conta que é solteira, já teve um namorado que era invisível das duas vistas e que o amor começou por culpa das monitoras das AVD (atividades da vida diária). O pai é separado da mãe e está numa casa. A irmã mais nova e o cunhado são deficientes das pernas. Refere ainda que viveu primeiramente num “Lar”, que fechou, e por isso foi viver no hospital.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Antes de estar no Hospital Conde de Ferreira, esteve num “Lar”, que fechou;
- Diagnóstico – Deficiência mental com macrocefalia;
- Interdição – O processo não faz referência à interdição nem à avaliação da comunicação.

- Informações fonoaudiológicas: Disartria, fadiga vocal e alteração na linguagem oral. Ressalta-se que, durante a conversa informal, a doente declamou versos curtos, com rimas e de sua autoria. Demonstrou estar orientada no tempo e no espaço, pois sabe aonde está, disse o dia, o mês, o ano e a data do seu nascimento.

5.º Caso)

- Nome: E. M.;
- Data de nascimento: 15 de maio de 1947;
- Sexo: Feminino;
- Estado civil: Casada;
- História relatada pela doente: A doente diz ser casada e que tem duas filhas solteiras. É de Aveiro e nunca trabalhou. Informou que o seu casamento era “cigano”.
- Informações recolhidas do processo clínico:
 - Admissão no hospital em 17 de dezembro de 2013;
 - Diagnóstico – AVC hemorrágico – hemiparesia direita;
 - Antecedentes de acompanhamento em psiquiatria no Hospital Magalhães Lemos, por motivos de depressão;
 - Quanto à avaliação da comunicação, consta no processo que o discurso da doente é fluente, por vezes incoerente;
 - Situação social muito precária;
 - A doente foi internada por ordem do Ministério Público.
- Em 2014 há relato de um episódio de sialorreia, sem possibilidades de se levantar e locomover; foi para o leito com a ajuda de duas pessoas, apresentando desequilíbrio na marcha;
- Informações fonoaudiológicas: Afasia.

A doente não lembrou onde nasceu, não conseguiu lembrar a idade, a sua data de nascimento, os nomes das filhas e o tempo em que está internada no hospital. Apresentou-se desorientada no tempo e no espaço.

6.º Caso)

- Nome: A. P.;
- Data de nascimento: 09 de novembro de 1930;
- Sexo: Feminino;
- Estado civil: Sem informação;
- A doente se locomove através de cadeira de rodas;
- História relatada pela doente: Sem informações prestadas pois a doente encontrava-se sonolenta e com mutismo, entretanto perguntei-lhe onde estava alguns objetos na sala,

como por exemplo o telefone, a cadeira, a porta, a secretária, etc. e ela apontou sempre corretamente.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Foi encaminhada para Clínica Neurológica – A doente caminhava com auxílio de bengala, com uma certa desenvoltura em 10 de janeiro de 2014, embora em 05 de janeiro, cinco dias antes, haja referência de episódio de um ligeiro desvio da comissura labial ao deitar-se. Entretanto, em 05 de abril desse mesmo ano, apresenta-se comunicativa e marcha com auxílio de bengala;
- Em 14 de abril de 2014 respondia às solicitações de forma silábica e caminhava com bengala. No dia seguinte, 15 de abril, sofreu uma queda que mobilizou o joelho. Apresentou posteriormente sialorreia e dificuldade na deglutição;
- Em 20 de junho de 2014 a doente apresentou mais dificuldade e mais apatia;
- Em 12 de setembro de 2014 – já está sentada na cadeira de rodas e já não responde às solicitações – deixou de andar.

- Informações fonoaudiológicas: Afasia de expressão - doente compreendeu as solicitações, porém a fala está comprometida.

7.º Caso)

- Nome: E. S.;

- Data de nascimento: Sem informação;

- Sexo: Feminino;

- Estado civil: Sem informação;

- História relatada pela doente: Não houve a colaboração da doente, pois apresentou-se bastante sonolenta;

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Informação da Classificação Internacional de Funcionalidade não faz referência à área da comunicação.
- Diagnóstico – Doença de Alzheimer (?)

- Informações fonoaudiológicas: Impossível por falta de colaboração da doente.

8.º Caso)

- Nome: M. E.;

- Data de nascimento: Sem informação;

- Sexo: Feminino;

- Estado civil: Solteira;

- História relatada pela doente: A doente informou que tem 59 anos, não sabia a data de nascimento, é solteira e não tem filhos. Disse que os pais não são vivos, tem uma irmã que morreu com um tumor na cabeça, deixou sobrinhos, sendo 3 meninas e 1 menino (disse os nomes dos sobrinhos). Informou ainda que tem uma tia. Disse ainda que uma das sobrinhas mora em V..... A doente relatou que esteve no “Lar das F.....” e que depois veio para o Hospital Conde de Ferreira. Referiu que não tem amigas porque não gosta de estar no hospital e que preferia estar com a irmã. Informou por último que está no hospital para ir ao médico e para fazer ginástica.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – Deficiência mental;
- Em 01 de outubro de 2014 a doente sofreu uma queda no refeitório, sem perda de consciência. Fez um hematoma parieto-occipital de 3 cm de diâmetro.

- Informações fonolológicas: Estava relativamente orientada no tempo (estávamos no mês de dezembro e neste mês comemora-se o Natal e o final do ano). Compreende todas as perguntas e responde com respostas simples. A fala é disártrica com estereotípias ao falar.

9.º Caso)

- Nome: M. T.;

- Data de nascimento: 04 de dezembro de 1933;

- Sexo: Feminino;

- Estado civil: Casada;

- História relatada pela doente: Na conversa informal respondeu perguntas simples, como por exemplo, disse ser do Porto, não é casada e não tem filhos. Informou ainda que é reformada e tinha uma loja de “coisas para meninos”.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- AVC isquémico em fevereiro de 2010, sem imagem e sem sequelas - diagnóstico de Demência Vasculare;
- Em 26 de junho de 2014 foi encontrada caída e com descontrolo de esfíncter vesical, mais confusa e menos colaborante que o habitual;
- Em 14 de outubro de 2014 foi encontrada caída no chão – dificuldade no caminhar. Foi encaminhada para o Hospital para despiste de AVC;
- Em 20 de outubro de 2014 regressa ao internamento do Hospital São João por AVC isquémico (estenose moderada) – acompanhada pela filha. Apresenta paresia do braço direito, mas está colaborante e com o humor alegre;
- Em 26 de novembro de 2014 foi encaminhada à Terapia da Fala e faz fisioterapia;

- Informações fonoaudiológicas: Afasia mista – hemiparesia direita; doente fez paresia facial direita, sem desvio de língua; não nomeia - compreensão, memória afetada; apresenta hipoacusia.

Pedi que nomeasse alguns objetos da sala, como por exemplo telefone, caderno, óculos e caneta. A doente, teve dificuldade em nomear, porém conseguiu dizer por repetição. <a caneta, não nomeou e nem repetiu mas disse que servia para escrever.

10.º Caso)

- Nome: M. E.;

- Data de nascimento: 28 de outubro de 1926;

- Sexo: Feminino;

- Estado civil: Casada;

- A doente se locomove através de cadeira de rodas;

- História relatada pela doente: Na conversa informal disse ser casada; tem 2 filhos homens e ambos são casados. Tem netos, sendo que o mais novo tem 4 filhos e o mais velho tem uma menina. Os filhos trabalham. Disse também que trabalhava em casa. Veio do “Lar das F.....” para o Hospital Conde de Ferreira. Informou que esteve no “Lar”, mas não sabia precisar o tempo que lá esteve, porém afirmou que está no hospital há menos tempo do que esteve no “Lar”. Informou ainda que depois da morte do marido ficou sozinha algum tempo, entretanto houve um incêndio em casa e trouxeram-na para o “Lar”. A doente referiu que preferia estar em casa, mas o filho resolveu metê-la no “Lar”. Por último disse que a casa foi vendida e que tem relações cortadas com o filho mais velho, pois este separou-se da mulher com quem era casado e tem uma filha.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Doente com 86 anos, institucionalizada desde 01 de agosto de 2006, iniciando num “Lar” e sendo transferida para o Hospital Conde de Ferreira, como a mesma narra. Não tem retaguarda familiar. Desloca-se em cadeira de rodas devido a uma queda;
- Diagnóstico – Portadora de demência vascular com quadro de depressão;
- Interdição – Doente sem informação de interdição, mas segundo o médico a doente está interdita.

- Informações fonoaudiológicas: Doente sem alteração na comunicação e sem alterações faciais. Respondeu às questões com clareza e coerência. Na conversa raramente teve dificuldade em explicar as situações vividas. As informações prestadas coincidem com as informações do processo.

11.º Caso)

- Nome: J.F.;
- Data de nascimento: 16 de outubro de 1928;
- Sexo: Masculino;
- Estado civil: Sem informação;
- História relatada pelo doente: Disse ser do Porto; não respondeu se é casado; se tem filhos e negou-se a conversar.
- Informações recolhidas do processo clínico:
 - Perturbação da personalidade e prévia demência. Alterações de comportamento explicáveis através do contexto demencial;
 - Diagnóstico – Demência mista;
 - Nível desorientado e dificuldade na marcha;
 - Interações com doentes e técnicos;
 - Internado pela polícia por agressividade com familiares;
 - Profissão – Metalúrgico – sabe ler e escrever;
 - Não há nenhuma informação sobre avaliação da comunicação;
 - Interdição – A interdição foi feita pela família – está no hospital há um ano e institucionalizado há três anos.
- Informações fonoaudiológicas: Fala preservada. No pouco que falou apresentou neologismos. Respondeu a algumas perguntas de forma muito simplificada e outras negou-se a responder. O doente mostrou-se pouco cooperante.

12.º Caso)

- Nome: A.G.;
- Data de nascimento: Sem informação;
- Sexo: Masculino;
- Estado civil: Divorciado;
- História relatada pelo doente: Tem 48 anos de idade e é divorciado. Afirma ter três filhos e nomeou-os. Disse ter sofrido um acidente de viação e que esteve internado durante um ano no Hospital São João.
- Informações recolhidas do processo clínico:
 - Diagnóstico – Demência por traumatismo crânio-encefálico;
 - Em 2010 apresentou défice cognitivo e foi para um “Lar”, de onde fugiu várias vezes. Foi internado no Hospital Magalhães Lemos por agitação psicomotora, síndrome da seqüela do TCE;

- Tem epilepsia sequelar por causa do TCE;
- Não há avaliação da comunicação;
- Interdição – Foi interditado em 29 de novembro de 2012 pelo Ministério Público, entretanto o processo de interdição não consta no processo.

- Informações fonoaudiológicas: Afasia – Dificuldade na comunicação de situações complexas e compreensão de ordens verbais complexas.

A história relatada pelo doente coincide com as informações do processo. No momento da conversa informal o doente foi cooperante e pareceu estar orientado no espaço e no tempo, tendo dito claramente aonde estava, o dia, o mês e o ano.

13.º Caso)

- Nome: J.P.;

- Data de nascimento: 01 de agosto de 1968;

- Sexo: Masculino;

- Estado civil: Sem informação;

- História relatada pelo doente: Entrou no gabinete queixando-se de dor na coluna. Disse ter sofrido um acidente e que tinha sido tratado no Hospital da CUF. O doente disse que faz fisioterapia, artes plásticas e ginástica. Informou ainda que esteve internado no Hospital Magalhães Lemos e que foi transferido para o Hospital Conde de Ferreira há mais ou menos 6 meses.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – Esquizofrenia residual com uma lesão medular. Adoeceu aos 17 anos, quando fez o primeiro surto; Síndrome piramidal com compressão medular.
- Esteve internado desde 2014 no Hospital Magalhães Lemos e veio transferido para o Hospital Conde de Ferreira;
- Não existe nenhuma avaliação da comunicação;
- Interdição – Segundo o médico o doente é interditado, mas não há nenhuma referência no processo.

- Informações Fonoaudiológicas: Fala preservada.

O relato da sua história coincide com as informações do processo clínico. No momento da conversa informal o doente apresentou-se orientado no tempo e no espaço, pois sabia onde estava, o dia, o mês e o ano. Relatou a sua história com sequência dos factos.

14.º Caso)

- Nome: F. J.;
- Data de nascimento: Sem informação;
- Sexo: Masculino;
- Estado civil: Solteiro;
- História relatada pelo doente: Disse ter 40 anos, solteiro e que tem um filho. Relatou que possui uma casa, onde vivem algumas irmãs e que vive com elas. Informou ainda não ter pai nem mãe.
- Informações recolhidas do processo clínico:
 - Diagnóstico – Deficiência mental, com apraxia grave. Paralisia cerebral, com psicose delirante. Sialorreia e lentificação psicomotora;
 - Internado no Hospital Magalhães Lemos desde 2007 e está institucionalizado desde 2012, no Hospital Conde de Ferreira;
 - Sem escolaridade;
 - Não há avaliação da comunicação e sem intervenção cognitiva;
 - Interdição – Interditado; Tutor: Diretor do Hospital Magalhães Lemos.
- Informações Fonoaudiológicas: Disartria – Comunicação e compreensão muito afetadas.

15.º Caso)

- Nome: A. M.;
- Data de nascimento: Sem informação;
- Sexo: Masculino;
- Estado civil: Solteiro;
- História relatada pelo doente: Disse ter andado na piscina, mas não sabe o sítio onde andou. Não vê televisão, mas passeia pela manhã e pela tarde. Tem mãe, irmã e dois irmãos. Não tem noção de há quanto tempo está internado e não sabe porquê está internado. Relatou ainda que tem amigos no hospital, mas prefere estar sozinho. Concluiu referindo que andou nas obras como trolha e que está reformado.
- Informações recolhidas do processo clínico:
 - Diagnóstico – Deficiência mental secundária após uma meningite com hemiparesia direita;
 - Institucionalizado desde 2010. Internamento compulsivo, que se alterou para voluntário;
 - Doente com hábitos alcoólicos;
 - Situação social muito deficiente. Está interditado, mas não consta no processo;
 - Tem família, mas a mesma não se interessa pelo doente.

- Informações fonoaudiológicas: Doente cooperante. Apresentou fala disártrica e desorientado no tempo e no espaço.

16.º Caso)

- Nome: A. C.;

- Data de nascimento: 22 de janeiro de 1957;

- Sexo: Masculino;

- Estado civil: Divorciado;

- História relatada pelo doente: É divorciado duas vezes. Tem filhos e a segunda esposa é dinamarquesa. Esteve dois anos e meio internado no Hospital Magalhães Lemos e está no Hospital Conde de Ferreira há um ano e seis meses. Disse ser engenheiro e concluiu referindo que o juiz mandou-o para o hospital.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – Esquizofrenia; apresenta megalomania;
- Internamento no Hospital Conde de Ferreira em 8 de agosto de 2012;
- Já esteve internado no Hospital Magalhães Lemos durante mais ou menos três anos. O internamento foi compulsivo;
- Nível sócio - económico elevado;
- Interdição – No processo não está referido se o doente está interdito, entretanto, segundo o médico, o doente está interdito.

- Informações fonoaudiológicas: Discurso dislógico repleto de neologismo. A fala é disártrica devido à medicação.

17.º Caso)

- Nome: J.F.;

- Data de nascimento: 08 de março de 1985;

- Sexo: Masculino;

- Estado civil: Solteiro;

- História relatada pelo doente: Estudou até o 8º ano e é solteiro. Disse que a mãe está viva, mas não sabe dizer onde. Esteve internado no Hospital Magalhães Lemos, mas referiu que este “colégio” é espetacular. Tem uma irmã que é casada e o cunhado vem buscá-lo sempre. Consumidor de haxixe e quando vai para casa faz uso da droga.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Aos 18 anos teve um surto psicótico. Em 2009 foi internado compulsivamente;
- Esteve internado no Hospital Magalhães Lemos entre 2009 a 2012;
- O doente está no Hospital Conde de Ferreira desde 30 de agosto de 2012;
- Nível socioeconómico médio baixo;

- Informações fonoaudiológicas: O doente tem um acentuado prognatismo, o que provoca alguma distorção na fala. Apresenta o discurso com sequência lógica e fala bradilálica, provavelmente em função do uso da droga.

Encontra-se orientado no espaço e no tempo. No momento da conversa informal reconheceu o local onde estava e disse acertadamente o dia, o mês e o ano.

O relato da sua história coincide com as informações registadas no processo clínico.

18.º Caso)

- Nome: M.A.;

- Data de nascimento: Sem informação;

- Sexo: Masculino;

- Estado civil: Solteiro;

- História relatada pelo doente: Na conversa informal o doente limitou-se a responder fazendo uso de movimentos com a cabeça, dizendo sim ou não. Respondeu por gestos que não é casado, que tem pais vivos e que recebe a visita dos mesmos.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – TCE com perda de massa encefálica na região frontotemporal em função de um acidente aos 25 anos de idade;
- Seguido em Psiquiatria por vários episódios de autoagressividade, com períodos de grandes agitações;
- Passou a viver no Hospital Magalhães Lemos em 2012;
- Tem pai e mãe vivos. Nível sociocultural bom;
- Antes do acidente o doente não apresentava nenhum problema de ordem neuropsiquiátrica;
- Não há informação sobre avaliação da comunicação;
- Interdição – No processo não faz referência à interdição do doente.

- Informações fonoaudiológicas: O doente apresenta apraxia na fala, ele emite sons sendo a maioria impercetíveis, entretanto compreende o que se fala.

19.º Caso)

- Nome: F.O.;

- Data de nascimento: 01 de novembro de 1951;

- Sexo: Masculino;

- Estado Civil: Viúvo;

- História relatada pelo doente: Viúvo há dez anos e tem uma filha de 32 anos que é casada. Tem também irmãs, mas não sabe onde estão. Relatou que tinha uma loja em

“G.....”; foi comerciante muitos anos na loja. Fechou a loja porque se reformou. Disse estar no hospital porque veio visitar, gostou do ambiente e ficou. Referiu que é uma pessoa acessível. Por fim disse que não sabia o dia em que estávamos, porém sabia que estávamos no mês de dezembro e que neste mês se comemora o Natal.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – Doença de *Alzheimer*;
- O doente vivia sozinho num quarto de pensão, depois da morte da mulher. Em agosto de 2011 foi levado para o Hospital Magalhães Lemos porque se perdia muito;
- Foram detetados alguns défices de linguagem (não há informações dos défices, quais os instrumentos utilizados na avaliação e qual o especialista que o avaliou.)
- Está a fazer estimulação cognitiva e está a melhorar muito – segundo informação da médica;
- Está no hospital desde 2014 e continua a perder-se dentro do mesmo;
- Apresenta uma relação conflituosa com a filha.
- Interdição – Está interdito à pedido do hospital, pois o doente tinha imensas dívidas.

- Informações fonoaudiológicas: Alteração na voz (rouca e de baixa intensidade), mas sem alteração na fala. Demonstra alteração na orientação espaço temporal.

20.º Caso)

- Nome: J. M.;

- Data de nascimento: 16 de novembro de 1946;

- Sexo: Masculino;

- Estado Civil: Solteiro;

- O doente se locomove através de cadeira de rodas;

- História relatada pelo doente: Disse ter adoecido aos 18 anos. Referiu que, naquela altura, quando as barbas vieram à cara, na sua impressão, ficava desfigurado. Não tem filhos, mas tem uma irmã e um irmão que vem visitá-lo. Disse também ser velhote para ter relações sexuais porque pode morrer do coração. Referiu ainda que masturba-se e sente-se mal e que não vai às meninas porque tem medo de pegar doença. Concluiu dizendo que sabe desenhar e que faz os desenhos de memória.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – traumatismo crânio – encefálico. Esquizofrenia residual na forma paranoide, em estado de efeito moderado. Apresenta défice cognitivo. É portador de um atraso mental com quadro de epilepsia associada, desde cerca dos 17 anos de idade;

- Faz fisioterapia;
- Interdição – Em 26 de setembro de 2012 foi requerida a sua interdição.

- Informações Fonoaudiológicas: Disartria.

A história de vida do doente coincide com as informações do processo clínico.

21.º Caso)

- Nome: M.;

- Data de nascimento: Sem informação;

- Sexo: Masculino;

- Estado civil: Solteiro;

- História relatada pelo doente: Disse que se chamava M., mas esqueceu-se do resto nome... referiu ter esquecido de tudo. Disse ainda que está a sofrer de dia e de noite porque os médicos e enfermeiros só lhe fazem mal. Referiu que não sabe o que tem e que está no hospital desde 1961. Por último informou que andou na guerra.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Em 1999 – AVC isquémico – Afasia de expressão;
- 2013 / 2014 – Esquizofrenia residual;
- Atividade delirante persistente – Doente com hipotensão, em 28 de agosto de 2014 – não fala;
- Capacidade física funcional – expressão verbal perfeita e coerente;
- Não há informação de avaliação específica de afasia e não consta informação do especialista;
- Interdição – No processo não há informação de interdição mas, segundo o médico, o doente está interditado.

- Informações fonoaudiológicas: O doente mostrou-se orientado no tempo e no espaço. O seu discurso manteve uma sequência lógica e sem dificuldade na fala, embora apresentasse alteração na voz (lenta e com pouca intensidade).

22.º Caso)

- Nome: E. M.;

- Data de nascimento: 24 de fevereiro de 1929;

- Sexo: Feminino;

- Estado Civil: Solteira;

- História relatada pela doente: A doente disse ter estudado até à 3ª classe. Referiu que tem irmãs e que é a irmã mais velha. Concluiu dizendo ser solteira e que algumas irmãs mais novas já morreram.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – Demência Vascular - Psicose afetiva;
- Doente proveniente do “Lar das F.....” e deu entrada no Hospital Conde de Ferreira em dezembro de 2014;
- Sem avaliação da comunicação;
- Interdição – Sem informação de interdição mas, segundo o médico, a doente está interdita.

- Informações fonoaudiológicas: A doente encontra-se orientada no espaço e no tempo. Sabe onde está e informou corretamente o dia, o mês e o ano. A fala é disártrica, entretanto tem a compreensão preservada. Respondeu às perguntas de uma forma coerente e tranquila. A sua data de nascimento foi a própria doente que informou e coincide com a informação do processo.

23.º Caso)

- Nome: M. L.;

- Data de nascimento: 18 de fevereiro de 1929;

- Sexo: Feminino;

- Estado Civil: Viúva;

- História relatada pela doente: Não se lembra da data do nascimento, mas disse já ter feito 20 anos e que deve ter um ou dois anos a mais. Viúva, tem uma filha e um neto. Referiu também ter uma irmã mais nova. Trabalhou com almofadas, fazendo rendas de bilro. Informou que ainda anda a trabalhar e que a filha mora à beira dela; que está perto uma da outra e quando querem falar, falam. De seguida relatou que a filha não a visita porque ela está sempre por aqui.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – Demência mista;
- O discurso é desorganizado e perceptível;
- Segundo a médica fisiatra, a doente apresenta afasia mista sensorial e motora. Não há informação do instrumento usado para a avaliação.

- Informações fonoaudiológicas: Discurso desorganizado e a fala sem comprometimento.

24.º Caso)

- Nome: J. M.;
- Data de nascimento: Sem informação;
- Sexo: Masculino;
- Estado civil: Sem informação;
- História relatada pelo doente: Entrou na sala a falar, mas com um discurso pouco perceptível. Disse ter 5 anos de idade e saiu da sala repentinamente, sem dar satisfação.
- Informações recolhidas do processo clínico:
 - Idade atual – 64 anos;
 - Diagnóstico – Deficiência mental moderada para grave;
 - As atividades da vida diária (AVD's) com supervisão e apoio; faz pouca medicação;
 - Segundo a avaliação da enfermeira a expressão é correta e perfeita;
 - Faz estimulação cognitiva;
 - Segundo informação da médica fisiatra o doente está desorientado no tempo e no espaço.
 - O doente é interno no Hospital Conde de Ferreira desde criança. A mãe esteve internada no hospital e ele esteve internado na pedopsiquiatria, quando existia a especialidade no hospital;
 - Interdição – O doente está interdito e, segundo o processo de interdição, a informação da comunicação refere que o doente comunica-se verbalmente de forma pouco espontânea, porém o seu discurso é pobre no conteúdo e pouco elaborado; Não há indicação do especialista que realizou a avaliação.
 - Não consta no processo que o doente tenha sido submetido à instrumentos de avaliação da comunicação.
- Informações fonoaudiológicas: O doente é portador de anodontia total e hipoplasia gengival, tornando a fala prejudicada. Apresenta disфонia acentuada.

25.º Caso)

- Nome: L. D.;
- Data de nascimento: 13 de agosto de 1941;
- Sexo: Feminino;
- Estado civil: Casada;
- História relatada pela doente: A doente disse não saber o seu nome e nem a idade. Referiu ser casada, mas não sabe se tem filhos. Relatou que gosta de estar cá, mas não

sabe onde está. A doente apresenta agitação psicomotora e tremores. Por fim disse não ter com quem falar e que não tem amigas.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – Perturbação esquizofrénica do tipo catatónica, entre outros antecedentes patológicos.
- Internada desde 1964 com história de autoagressividade, mutismo, período depressivo e desorientação.
- A doente frequenta sessões de estimulação cognitiva. Na ficha de avaliação cognitiva existem tópicos para avaliar a comunicação – relação interpessoais e perceção-social, porém não há descrição dos resultados.
- Interditada desde 30 de novembro de 2012.

- Informações fonoaudiológicas: A doente mostrou-se pouco recetiva. Apresenta anodontia total, fala disártrica e discurso desorganizado. Está desorientada no tempo e no espaço, não sabe onde está e nem a data em que estamos.

26.º Caso)

- Nome: J. C.;

- Data de nascimento: 31 de maio de 1939;

- Sexo: Feminino;

- Estado civil: Solteira;

- História relatada pela doente: Começou por dizer que está internada há mais de 21 anos, é solteira e não tem filhos. Tem pai e mãe, mas não vê o pai há 20 anos. Informa que tem 6 irmãos, mas eram 7.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Diagnóstico – Antecedentes psiquiátricos – pais alcoólicos. Esquizofrenia do tipo paranoide, com vários surtos devido ao abandono da medicação; apresenta episódios maníacos e episódios catatónicos.
- Internamento compulsivo por ser agressiva com os familiares. Mantém atividade delirante e alucinatória. É autónoma;
- Faz trabalhos nas enfermarias por gosto;
- É visitada regularmente pelos quatro irmãos;
- Reside no Hospital Conde de Ferreira desde 02 de julho de 1996;
- Interdição – Não há informação de interdição, entretanto o médico diz que a doente está interditada.
- Realizou “Mini Exame do Estado Mental” (Exame feito em 17 de janeiro de 2012);
Resultado: Evocação – 2 / Linguagem – 8 / Nomear objeto – 2 / Repetir frase – 1 /

Cumprir ordens – 3 / Ler a frase e cumprir a ordem -1 / Memória auditiva – 3
(repetir palavras dissílabas) / Copiar frases – 1;

No processo, relativamente ao exame, não indica o profissional que a examinou; não há legenda e não há relatório final do exame.

- Informações fonoaudiológicas: A doente mostrou-se cooperante e bem-disposta. Apresenta taquilalia (ritmo acelerado da fala). O discurso é desorganizado, embora esteja organizada no espaço e no tempo. Sabe onde está e tem a noção do dia, do mês e do ano em que se encontra.

27.º Caso)

- Nome: J. L.;

- Data de nascimento: 31 de outubro de 1976;

- Sexo: Feminino;

- Estado civil: Casada;

- História relatada pela doente: Casada, mas no momento está separada embora viva com o marido na mesma casa. Disse ter dois filhos, sendo dois meninos. Um com 14 anos e o outro com 16 anos. Informou que eles estão com o pai. Sabe que os filhos estudam, mas não sabe o ano que estão e nem a escola que frequentam. Relatou que no hospital vê televisão e ajuda a limpar as mesas e os balcões. Relatou também que é cabeleireira e que trabalhava num salão. Disse ainda receber visitas do ex-marido, da cunhada e dos filhos. Por último informou que é adotada e que os pais já faleceram.

- Segundo a médica responsável pela doente, que esteve no gabinete durante a conversa informal, a doente tem um diagnóstico de esquizofrenia.

- O processo clínico da doente não foi analisado, embora todas as informações prestadas pela mesma foram confirmadas pela médica responsável.

- Informações fonoaudiológicas: No momento da conversa informal a doente apresentou um discurso com sequência lógica e ideias organizadas, embora a comunicação seja limitada – Fala preservada. Demonstrou estar orientada no tempo e no espaço e com boa disposição.

28.º Caso)

- Nome: M. A.;

- Data de nascimento: 02 de fevereiro de 1948;

- Sexo: Feminino;

- Estado Civil: Casada;
- História relatada pela doente: A doente disse ser reformada, foi empregada de balcão e é casada. Disse ainda que tem 6 anos e que vai fazer 13. Referiu gostar de Carnaval. Por fim informou corretamente a data em que estávamos.
- Impressões recolhidas do processo clínico:
 - Diagnóstico – Antecedentes patológicos. Perturbação esquizofrénica, tipo desorganizada;
 - A doente é casada, tem marido e uma filha com 29 anos, que a visitam regularmente;
 - Transferida para o Hospital Conde de Ferreira em 01 de janeiro de 2002;
 - Doente estável;
 - Realizou “Mini Exame do Estado Mental” (Exame feito em 9 de fevereiro de 2012);
Resultado: Evocação – 1 / Linguagem (nomear objetos) – 1 / Nomear objeto – 2 / Repetir frases – 1 / Cumprir ordens complexas – 2 / Ler e cumprir as ordens que foram lidas – 0 / Escrever uma frase espontânea – 0;

Exame sem informação do especialista que o aplicou e sem relatório final do exame;

- Interdição – Segundo o médico a doente está interdita, mas não há informação no processo.
- Impressões Fonoaudiológicas: A doente apresenta taquilalia. O discurso é repleto de neologismo e pouco lógico embora se encontre no momento estável (segundo informação do médico responsável). Está orientada no espaço e no tempo. Sabia onde estava, tinha a noção da data em que se encontrava e o dia da semana.

29.º Caso)

- Nome: M. A.;
- Data de nascimento: Sem informação;
- Sexo: Feminino;
- Estado civil: Casada;
- História relatada pela doente: Informou que tem 55 anos e é casada; mas não tem marido e nem filhos. Relatou que estava a viver no Hospital Conde de Ferreira e que gosta de trabalhar, limpar o chão.
- Informações recolhidas do processo clínico:
 - Diagnóstico – Esquizofrenia do tipo desorganizada. A doente está sub-orientada no tempo e orientada no espaço, sendo o discurso, por vezes, desconexo;

- Suspeita de AVC em fevereiro de 2014. Hoje a doente encontra-se consciente, entretanto mais confusa; com desequilíbrio na marcha para a esquerda e diminuição da força muscular no lado esquerdo;
- Era uma doente autónoma na marcha, integrada em atividades ocupacionais e passeios no exterior;
- No exame da enfermagem, nas funções biológicas, a doente apresenta os seguintes resultados: Nutrição – disfagia / Digestiva – deglutição alterada / Cognição – pensamento (dissociado) e bradipsiquismo / Interação social – alterada na socialização / Interação de papéis – sem informação / Comunicação – sem informação;
- A doente não tem escolaridade;
- Foi aplicado o “Mini Exame do Estado Mental” – sem relatório final.

- Informações fonoaudiológicas: Fala é disártrica, tornando o discurso por vezes impercetível. A doente apresentou-se bem-disposta e cooperante. Demonstrou estar orientada no espaço e no tempo. Sabia que está internada no Hospital Conde de Ferreira e a data correta em que estávamos. Informou corretamente a idade.

30.º Caso)

- Nome: J. P.;
- Data de nascimento: 02 de março de 1931;
- Sexo: Feminino;
- Estado civil: Solteira;
- Observada no contexto de uma avaliação conduzida pela estagiária de Terapia Ocupacional, mostrou-se cooperante e bem-disposta;
- Na identificação de gravuras a doente nomeou-as todas, entretanto, quando a estagiária de Terapia Ocupacional perguntou para que serviam os objetos, as dificuldades surgiram pois a mesma não conseguia responder.
- História relatada pela doente: Na conversa informal, referiu que foi “tizada” (batizada) com 9 meses. Disse ter ido à missa no sábado e que não era casada porque era pequena e não tem ninguém. Não tinha a noção do dia, do mês e do ano em que estávamos.
- Informações recolhidas do processo clínico:
 - A doente é solteira, oriunda do “Lar das F.....” e não recebe visitas;

- Não é referido no processo o motivo do seu internamento; sabe-se apenas que a mesma sofre de atraso intelectual, o que provavelmente determinou a sua institucionalização;
- Doente ativa; gosta de ser útil nos afazeres domésticos das enfermarias. É cooperante e faz pequenos recados;
- Interdição – No processo não faz referência à interdição mas, segundo o médico, a doente está interdita.

- Informações fonoaudiológicas: Disfonia acentuada.

No momento da conversa informal o discurso apresentou-se desorganizado. A doente encontra-se desorganizada no espaço e no tempo, pois não soube dizer onde estava nem tinha a noção da data e do dia da semana.

31.º Caso)

- Nome: M. L.;

- Data de nascimento: 10 de janeiro de 1933;

- Sexo: Feminino;

- Estado Civil: Solteira;

- História relatada pela doente: Disse ser solteira e sem filhos. É reformada como doméstica e veio do “Lar das F...”. Relatou que esteve muito mal; deixou de andar e falar. Informou que faz “esenhos” (desenhos) e que tem muitas amigas (as empregadas, as enfermeiras, as meninas e as assistentes sociais).

Questionada se costuma receber visitas respondeu que até agora não, mas para o verão eles vêm. Disse que gosta de estar no hospital porque o comer é muito bom.

- Informações recolhidas do processo clínico:

- Residiu no “Lar das F.....” durante mais ou menos 40 anos;
- Diagnóstico – Deficiência mental;
- Queda com traumatismo crânio-encefálico em 16 de julho de 2010 e revelou no exame (TAC) leucoencefalopatia isquémica. Antes do acidente a doente era uma pessoa independente; a seguir ao mesmo ficou mais debilitada e passou a deslocar-se em cadeira de rodas.

- Informações fonoaudiológicas: Disartria e disfonia.

A doente apresenta-se desorientada no espaço e no tempo. Às vezes não sabe onde está (segundo informações da enfermeira) nem a data em que se encontra.

5.2 – Método

Trata-se de um estudo retrospectivo e comparativo em que foram analisados 31 doentes, individualmente, através de conversa informal, com duração entre 30 e 45 minutos, em gabinete. Os doentes foram selecionados de forma aleatória, pelo médico responsável pela enfermaria, num universo de 271 internos. A seguir a cada atendimento, era analisado o processo do respetivo doente.

As conversas informais tiveram como objetivo obter informações sobre a vida dos doentes, de maneira descontraída, observando também a comunicação e suas dificuldades, de forma indireta.

Foram registadas as informações e as observações resultantes das conversas informais durante, ou logo imediatamente, à realização de cada uma delas e registadas em bloco de anotações. De seguida, foram comparadas com as informações registadas no processo clínico de cada doente, sobretudo as relativas à comunicação durante o início do internamento e o estado clínico atual.

5.3 – Resultados

O acidente vascular cerebral (AVC), o traumatismo crânio encefálico (TCE) e a deficiência mental foram as causas identificadas como as mais frequentes, nas enfermarias dos doentes portadores de demência. As lesões cerebrais encontradas resultaram em alterações de linguagem e/ou fala e/ou voz. A afasia, geralmente decorrente de uma lesão focal, foi um dos distúrbios de linguagem mais comum. E como alterações de fala, frequentemente encontradas, podemos considerar as apraxias e as disartrias.

Entretanto, subjacentes às patologias fonoaudiológicas decorrentes das patologias neurológicas, psiquiátricas ou neuropsiquiátricas estudadas nos doentes, encontram-se fatores afetivos, sociais e institucionais que são questões de valores imensuráveis, muito importantes, que exacerbam os danos cerebrais. O abandono, a institucionalização e o tempo da mesma interferem de sobremaneira na capacidade mental destes indivíduos, alterando assim as formas mais rudimentares da comunicação.

A falta de intervenção sistémica de rede, de estimulação e atividades terapêutica, como por exemplo: Atividades de Grupos Estruturadas e Orientadas, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, Terapia da Fala, Atividades de Desporto/lazer e Atividades Ocupacionais,

durante o período de internamento, de acordo com a necessidade do caso, promovem no doente o isolamento, o mutismo, a evolução das patologias da comunicação, a diminuição das suas capacidades cognitivas, motoras e sensoriais, baixa autoestima, depressão e, conseqüentemente, a interdição do doente.

Ressalta-se que a falta do terapeuta da fala nestas instituições, sobretudo para avaliar o estado da comunicação, intervir e complementar os exames das provas periciais, acaba por deixar lacunas nas avaliações dos doentes em processo de interdição.

Com base na “Associação Portuguesa de Familiares e Amigos do Doente de Alzheimer”, segundo os direitos das pessoas com Demência, “(...) *as pessoas têm o direito a serem apoiadas na tomada das suas próprias decisões*” (<http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-43-159-os-direitos-das-pessoas-com-demencia>).

Entende-se que deve ser prestada toda a ajuda ao doente, a nível da comunicação, para que tenha “livre arbítrio” na tomada das suas decisões, assim como dar total apoio à função de comunicá-las, em vez de ignorar os seus desejos, as suas necessidades e as capacidades que ainda estão preservadas. Presumir, julgar e rotular a pessoa que perdeu parte ou total capacidade de interagir porque está com dificuldades, que podem ser permanentes ou não, ou ainda, sem avaliar o grau da mesma, parece pouco fiável se não se levar em conta a análise do contexto, social, afetivo, emocional e a sua atual condição de vida.

Portanto, avaliar a condição do indivíduo em função da dificuldade de emitir e descodificar a mensagem e, por conseguinte, a interação com o mundo externo pelo facto das respostas e decisões serem descentradas, em curto espaço de tempo e sem rigor científico acaba por determinar a sentença de vida do doente.

O não acompanhamento profissional especializado, as escassas informações nos processos dos doentes sobre as patologias da comunicação ou as informações pouco consistentes prestadas por profissionais não especializados na área, impedem a visão do antes e do agora a respeito da condição do doente, bem como a avaliação do processo de regressão da comunicação a que o mesmo vem sendo acometido.

Assim sendo, a falta do parecer do especialista e de relatórios que complementam os processos de interdição e inabilitação, executados por profissionais não especializados na área da comunicação, são pouco fidedignos podendo estar sujeitos à suspensão, anulação ou impugnação judicial.

CAPÍTULO VI – DISCUSSÃO

6.1 – Breve reflexão

As patologias da comunicação obedecem a um grau de dificuldade podendo ser transitórias ou não, por isso os doentes são indicados para a Medicina Física e de Reabilitação nas áreas da Fonoaudiologia / Terapia da Fala, especialidades qualificadas para a avaliação e intervenção nestes casos.

Desta forma entende-se a necessidade do especialista, cujo objeto de estudo é a comunicação humana, em fazer parte das equipas multidisciplinares nos casos de perícias, complementando o parecer técnico no âmbito do Direito Civil, lembrando que, segundo Ballone (2005), o trabalho pericial é uma avaliação especializada no tema em questão e o diagnóstico médico-psiquiátrico não obriga, necessariamente, ser único e sempre que for o caso, às diversas comorbidades, se presentes.

O fonoaudiólogo e o terapeuta da fala são os especialistas que detêm o saber teórico-científico e prático sobre a comunicação humana. Este conhecimento torna-os aptos a avaliar, diagnosticar, prevenir, fazer prognósticos e dar pareceres referentes às patologias da comunicação provenientes das doenças de foro neurológico, psiquiátrico e neuropsiquiátrico classificando em permanentes ou transitórias, identificando o grau de comprometimento do doente e qual o tipo de intervenção a ser proposta, segundo o Conselho Federal de Fonoaudiologia - Brasil (CFFa) e a Associação Portuguesa dos Terapeutas da Fala (APTF).

Considerando os casos, em que estão previstos pelo Código Civil, processos para interdição, inabilitação, ou passar de interdito para inabilitado ou da cessação de ambos, verifica-se a importância da participação do perito, fonoaudiólogo ou terapeuta da fala no auxílio ao juiz, com o objetivo de avaliar ou reavaliar os doentes com dificuldades na comunicação.

Mendes (2012) afirma que *“quando as deficiências existentes não tenham um grau elevado de gravidade, que não impeçam nem excluam totalmente a indispensável aptidão do visado para gerir os seus interesses, o juiz optará pelo instituto da inabilitação, que tem como primordial preocupação a defesa dos interesses do interdito”* (p. 203). Na afirmativa, o autor não faz referência à opinião do especialista. Baseado em quem é feita essa avaliação ou reavaliação do doente para se imputar um processo desta relevância se, nestes casos, a comunicação estiver afetada? Se levar em conta a primordial defesa dos interesses do interdito, a afirmação passaria a ser escrita desta

forma: “Quando, **avaliadas pelo perito**, as deficiências existentes não tenham um grau elevado de gravidade, que não impeçam nem excluam totalmente a indispensável aptidão do visado para gerir os seus interesses, o juiz optará (...) interesses do interditado”.

Concordando com Mendes (2012), entende-se que a interdição não deve ser a última decisão judicial impetrada pelo juiz ao doente, pois esta depende de uma avaliação rigorosa onde subjazem factos que provem e justifiquem a necessária medida em face de determinada afetação incapacitante, que comprovadamente seja recomendada, com rigor, e se demonstre imprescindível aquela medida a decretar pelo tribunal.

Os factos a que Mendes se refere, prendem-se com a investigação do juiz que, de forma interrogativa, formula perguntas ao requerido, na presença do perito ou perito nomeado dos representantes do requerido e de quem requereu a interdição ou a inabilitação. Ressalta-se que qualquer um dos presentes podem sugerir perguntas. Ainda neste assunto, cita-se Miziara (2007), que salienta o interrogatório como uma prática obrigatória e também a principal ferramenta de persuasão do juiz a praticar no processo judicial.

Qual deverá ser a formação ou a especialidade do perito nomeado que irá coadjuvar a inquirição do juiz?

Se o individuo está com dificuldade na comunicação, pelos fatores que já foram aqui descritos, podendo a patologia ser permanente ou transitória, grave ou moderada, como pode o juiz conduzir o interrogatório, sem o auxílio do conhecimento teórico-científico e prático de um fonoaudiólogo ou terapeuta da fala (peritos na área), o processo de interdição ou inabilitação do doente ou ainda, avaliar o estado em que se encontra o mesmo?

No caso da avaliação forense, na qual se diagnostica a atuação do terapeuta e do perito, este não deve usar os exames utilizados na intervenção terapêutica mas poderá usar uma cartilha onde conste perguntas que oriente o juiz e a ele próprio no procedimento interrogatório dos processos de interdição e inabilitação, não permitindo que as questões dirigidas aos doentes sejam formuladas aleatoriamente por leigos e sem rigor técnico-científico.

O Ministério Público prevê que, após o interrogatório, se proceda ao exame pericial do requerido e, se for possível, formular imediatamente um juízo seguro. Miziara (2007) afirma que “(...) *é nesse momento, não obstante a prova pericial produzida no curso do feito, que o Juíz lança os meios necessários para a formação de sua convicção*” (p. 28). Entretanto, embora o ato seja bastante relevante, a prática não condiz com esta

relevância, pois entende-se que poucos profissionais estejam sensibilizados e se dediquem à prática recomendável para a tomada da decisão do processo. Os motivos podem estar ligados à acumulação de trabalho e à falta de vocação para a matéria. Verifica-se também a pouca disponibilidade do juiz em estabelecer uma relação com o doente que proporcione a qualidade de tempo necessária para obtenção da sua convicção em relação ao estado do doente. Sendo assim, diante destes obstáculos, quem irá proceder ao exame pericial para formular um juízo seguro se o profissional capacitado não é reconhecido para tal função?

O Ministério Público refere que as conclusões da perícia devem ser ditadas para a ata e no relatório pericial constar a decisão da necessidade de interdição ou de inabilitação e, diz ainda que, sempre que possível constar a doença de que sofre o requerido, a extensão da sua incapacidade, a data provável do começo desta e os meios de tratamento propostos. Entretanto, nos casos das patologias da comunicação que estão associadas a outras patologias, qual o profissional especialista que vai atuar na perícia e produzir o relatório pericial?

O Ministério Público também refere que, nos casos em que os peritos não cheguem a uma conclusão segura sobre o grau de incapacidade, pode-se solicitar exame numa clínica especializada.

Consta na intervenção dos especialistas, fonoaudiólogos e terapeutas da fala, no âmbito das patologias da comunicação, instrumentos de avaliação que são usados exclusivamente para diagnosticar e avaliar os doentes com demências, AVC, TCE e outras de foro neurológico, psiquiátrico ou neuropsiquiátrico que deixam sequelas na comunicação e outras a nível estomatognáticos. Portanto, estes profissionais estão habilitados e são os mais indicados a procederem à elaboração de relatórios periciais os quais indiquem a extensão da patologia da comunicação, as suas incapacidades relacionadas, a data provável do começo e os meios de intervenção propostos.

Nota-se que, segundo as respostas do Ministério Público, às perguntas frequentes dos cidadãos portugueses relativamente a essa matéria não se faz alusão a nenhum instrumento público utilizado pelo juiz em relação às dificuldades dos doentes com sequelas na comunicação ou à definição da especialidade do perito que os orientem nas perguntas do interrogatório. Portanto, o veredito conclusivo do processo de interdição e inabilitação parece não seguir nenhum rigor para se obter a conclusão de um ato que pode, muitas vezes, colaborar com a diminuição da capacidade cognitiva do indivíduo e/ou alterar o seu estado mental ou psicológico pelo facto de estar subjugado a outrem ou tolhido da sua vontade.

6.2 – Sugestões a propor para a formação, reconhecimento profissional e atuação do terapeuta da fala forense

Propõe-se, através do estudo da comunicação humana forense, especificando os seus elementos e fatores que a tornam a mais complexa atividade do homem e, através dela, desencadeia a evolução social, que a Terapia da Fala, formação a qual está subordinada o objeto deste estudo, num futuro próximo alcance a dimensão efetiva na produção de provas para ordenamento jurídico português. Sugere-se então aos magistrados, aos Ministérios Públicos, aos tribunais, às instituições de ensino superior de ciências da saúde (que ministram os cursos de Terapia da Fala) e aos profissionais de áreas afins, formações que promovam discussões sobre a matéria, a fim de dar a conhecer os seus objetos de estudos que podem estar ao serviço do Direito. Os meios de informações como, publicações de artigos em revistas técnicas, *sites*, participações em congressos, simpósios, *workshops*, boletins informativos, artigos em jornais, apresentação de *posters*, entre outros meios de divulgação possibilitam o reconhecimento e a validação da atividade forense do terapeuta da fala em Portugal.

A falta de conhecimentos técnico-científicos dos profissionais no que concerne à formação académica na área da comunicação humana dificulta o trabalho jurídico no âmbito penal, civil e laboral, na tomada de decisões em processos, podendo fomentar informações, factos e dados sem fundamentação e comprovação. Tais factos pouco consistentes, na análise das provas, podem propiciar equívocos na alternativa do despacho ou serem indeferidas pelos magistrados. É neste momento que surge a necessidade do terapeuta da fala em Portugal na função de perito, pretendendo que este possua entendimento nas outras ciências forenses que abrangem a sua atuação. Considerando Kempner (2013), a experiência, perspicácia, espírito investigador, persistência, integridade, conhecimento instrumental, prudência e convicção para procurar, muitas vezes, em alternativas pouco indutivas, a veracidade dos factos, são condições necessárias à função do perito pois, ele deve trazer para os autos provas fidedignas com base em informações técnicas no formato de relatório penal. Contudo, a ausência de disciplinas referentes às questões técnicas e judiciais no currículo académico do curso de Terapêutica da Fala resulta na falta de preparação do profissional para laborar na área da perícia.

É importante ressaltar que o sistema jurídico e os profissionais das áreas afins da ciência que estuda a comunicação humana não estão sensibilizados para solicitarem pareceres aos terapeutas da fala com o objetivo de auxiliar o juiz na tomada de decisão. Por outro lado o próprio especialista, por não ter a informação e a formação necessárias, desconhece a sua capacidade de atuar como perito e conseqüentemente o local onde pode exercer a função e as causas jurídicas onde pode intervir.

Embora um dos focos da fonoaudiologia no Brasil seja o estudo da comunicação humana na prova pericial, como se mostrou ao longo deste trabalho, esta ainda precisa de afirmar o seu espaço como uma “Ciência Forense”. Neste sentido, considera-se importante iniciar o processo da formação do terapeuta da fala forense numa perspectiva generalista, baseando-se no entendimento das outras ciências forenses acerca dos conceitos de perícia e prova pericial, pois os factos são vistos inicialmente como um todo e não por partes.

Segundo Theodoro (1998, p. 477) explica que “(...) a prova pericial é o meio de suprir a carência de conhecimentos técnicos de que se ressente o juiz para apuramento de factos litigiosos” e Santos (1998, p. 472) também define prova como “o meio pelo qual, no processo, pessoas entendidas verificam factos interessantes à causa, transmitindo ao juiz o respetivo parecer” (**como referido em** Kempner, 2013). Assim sendo, entende-se que o pensamento sistémico e multidisciplinar deve versar os alicerces deste profissional, pois o terapeuta da fala forense deve primar pela precessão do estudo forense de cada ciência que produz o parecer sobre a prova analisada que irão compor o quadro de provas do processo. A estes somatórios de provas que são apresentadas, o juiz procura reconstruir os factos como se fossem peças fundamentais do “puzzle”, o que vai auxiliar na tomada de decisão da sentença, pois como nos afirma Coelho (2012), no Direito tudo o que serve para demonstrar a verdade é meio de prova para ser investigado no processo.

A principal característica das provas periciais relacionadas por Bonfim (2008) para o entendimento do exercício profissional, é perceber que o relatório é a declaração da ciência a qual o perito expõe ao juiz e ele o abona como meio de prova (**como referido em** Kempner, 2013). Então, retratar na formação inicial do terapeuta da fala os conhecimentos básicos das ciências médico-legais, deve ser a primeira condição a ser materializada para progressão da profissão ao serviço do Direito em Portugal, pois é através deste amplo conhecimento multidisciplinar que cada perito identifica e define o objeto de perícia. A seguir, deve-se propagar a atividade pericial à Comunidade Jurídica.

Pretende-se com essa iniciativa promover a prática forense com enfoque teórico e prático, a fim de que os alunos possam detalhar, aprofundar, vivenciar e refletir sobre o tema proposto.

Considerando estas propostas condições “*sine-qua-non*” para o reconhecimento da atividade forense do terapeuta da fala e estimando que haja um grande interesse pela área, aventa-se algumas sugestões para saídas profissionais, sendo que, se deve primeiro pensar na produção de uma pesquisa multidisciplinar, elaborada pelo criminologista, médico-dentista, psicólogo, antropólogo, sociólogo, polícia de segurança pública, polícia judiciária e terapeuta da fala, que faça referência aos crimes com suportes tecnológicos em que a análise da comunicação humana tenha relevância para a perícia.

Considera-se também um estudo multidisciplinar com especialistas da medicina dentária, otorrinolaringologia, neurologia, psicologia, psiquiatria e demais áreas afins da terapia da fala, com o objetivo de perceber o momento que a comunicação humana e os fatores subjacentes à função e outros objetos de estudos da terapia da fala podem ser prova para o ordenamento jurídico português no contexto dessas especialidades médicas.

A terapia da fala, no âmbito forense, pode desenvolver atividades a vários níveis no sistema de saúde para avaliar o dano corporal fonoaudiológico com a finalidade de dar parecer às seguradoras e ao Ministério Público, estabelecendo protocolos com estas entidades.

Outra atividade que se pode vislumbrar é no âmbito da assessoria. O terapeuta da fala forense pode desenvolver essa atividade assessorando o Instituto Médico Legal e Ciências Forense e o Ministério Público nas questões referentes aos seus objetos de estudos, como por exemplo em casos de vulneráveis com comprometimento na comunicação e audição em situações judiciais.

CAPÍTULO VII – CONCLUSÕES DO ESTUDO

Ao final da pesquisa concluiu-se que a fonoaudiologia forense no Brasil, embora recente, é uma realidade a precisar de um entendimento mais aprofundado dos magistrados sobre o tema pois as áreas de atuação ainda estão pouco difundidas.

Acredita-se que a difusão da especialidade ainda não conseguiu abranger os vários estados brasileiros devido à amplitude geográfica do país, sendo notória, atualmente, a evolução da fonoaudiologia forense em São Paulo e no Rio de Janeiro, pois o reconhecimento a nível nacional e internacional das investigações da “Divisão de Evidências Digitais e Tecnológicas do Ministério Público” do estado do Rio de Janeiro e do “Núcleo de Perícias de Fonoaudiologia Forense”, em São Paulo, passam pelo desenvolvimento das atividades, investigações científicas e divulgação do trabalho destas duas instituições.

Relativamente à evolução dos trabalhos e das pesquisas em fonoaudiologia forense, não se pode deixar de enfatizar a notoriedade dos estados do Rio de Janeiro e de São Paulo no âmbito Penal, pois a ascensão parece estar ligada ao grau de criminalidade que se verifica na sociedade de ambos os estados.

À medida que a criminalidade aumenta é necessário fazer uso de sofisticados aparelhos de áudio e de vídeo, como por exemplo câmaras de videovigilância de alta precisão, computadores com programas de última geração, etc., e exigir peritos capacitados para trabalhar com estas aparelhagens modernas com vista à análise pericial dos casos, a fim de darem respostas rápidas e fidedignas aos processos judiciais.

A fonoaudiologia forense no Brasil vem-se destacando pelo facto da prática estar cada vez mais aprimorada e atuando de forma eficaz nas perícias dos casos criminais de grande impacto nacional. Assim sendo, a especialidade ganhou espaço na área forense e, como refere Gorski, Lopes e Silva (2013), com o direito assegurado pelo Código de Processo Civil no artigo 145 parágrafo 1º, 2º e 3º, que diz que o perito deve ser um profissional de nível universitário devidamente inscrito no seu órgão de classe; portanto o fonoaudiólogo é um profissional apto a realizar perícia em tudo que envolve o seu campo de conhecimento, como referido no Código de Ética Profissional que prevê no artigo 25 que *"qualquer fonoaudiólogo, no exercício de sua profissão, pode ser nomeado perito para esclarecer a Justiça em assuntos de sua competência"* e, não obstante, o Conselho

Federal de Fonoaudiologia editou a Resolução nº 214/98 que delibera: "*É permitido ao fonoaudiólogo atuar judicial ou extrajudicialmente como perito em assuntos de sua competência*". O reconhecimento da atuação do fonoaudiólogo forense insere-se em 5 grandes áreas: administrativa, judicial, criminal, assistência técnica e extrajudicial.

Em Portugal, a pesquisa demonstrou que na área da Terapia da Fala, cujos profissionais também têm como objeto de estudo a comunicação humana, as perturbações relacionadas com a fala, linguagem, voz, as alterações relacionadas com as funções auditiva, visual, cognitiva (incluída a aprendizagem) e as funções estomatognáticas, ainda não foram desenvolvidos estudos e pesquisas referentes à perícia e às ciências forenses e, por conseguinte, às atividades relacionadas com estas áreas.

O trabalho, além de apresentar uma nova perspetiva de estudo para o terapeuta da fala, abre espaço para um novo modelo de atuação. Inserir o estudo forense na formação inicial do terapeuta da fala para dar suporte à justiça, estimular a comunidade discente a procurar especialização em ciências médico-legais e divulgar os resultados dos casos estudados pelos especialistas na comunidade jurídica parecem ser os primeiros passos para o entendimento e o reconhecimento efetivo da especialidade.

Este estudo também permitiu apurar que, em Portugal, deve-se acompanhar a evolução social no sentido de lançar mão das novas ciências, nomeadamente a ciência que estuda a comunicação humana, para ampliar cada vez mais o campo forense, com a intenção de buscar nela os conhecimentos técnicos e científicos necessários para dar à justiça respostas, não só às investigações das provas nas atuais histórias criminais da sociedade que se entrelaçam com as modernas tecnologias, como a sua importância na perícia que se torna necessária quando a Medicina Legal entra em evidência na sociedade atual, como já referido no corpo deste trabalho, deixando de ser entendida só como a "Medicina dos Mortos", estando os seus atuais estudos e os novos conhecimentos ao serviço da prevenção para a melhoria da qualidade de vida do homem, como se verificou na investigação feita no Hospital Psiquiátrico Conde de Ferreira.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Associação Portuguesa de Familiares e Amigos dos Doentes de Alzheimer. (2015). Os *Direitos das Pessoas com Alzheimer*. Disponível em: <http://alzheimerportugal.org/pt/text-0-9-43-159-os-direitos-das-pessoas-com-demencia>.

Ballone, G. J. (2005). *Perícia Psiquiátrica Forense* – in. PsiqWeb, disponível em www.psiqweb.med.br, revisto em 2005.

Beukelman, D. R. & Mirenda, P. (1998). *Augmentative and Alternative Communication: management of severe communication disorders in children and adults* (2ª ed.). Pennsylvania: Paul H. Brookes Publication Co.

Braid, M. C. A. (2003). *Fonética Forense* (2ª ed.). (vol. 1). São Paulo: Millennium.

Busanello, A. R., Castro, S. A. F. N. & Rosa, A. A. A. (2007, julho/setembro). Disartria e doença de Machado-Joseph: relato de casos. *Revista da sociedade brasileira de fonoaudiologia*, 12 (3). Recuperado de doi: 10.1590/S1516-80342007000300013

Coêlho, B. F. (2012). A importância da perícia médico-legal para o processo penal na persecução da verdade real. *Revista Espacios*, 33 (1), 14.

Conselho Federal de Fonoaudiologia (2004). *Código de Ética da Fonoaudiologia (Resolução CFFa nº 305)*. Disponível em: <http://fonoaudiologia.com/content/codigo-de-etica-da-fonoaudiologia.html>

Costa, J. E. P. (s.d.). *Homepage*. Consultado em Janeiro 16, 2015 em: http://www.jpintodacosta.pt/index.php?option=com_content&view=article&id,66

Decreto-Lei n.º 47 344/1966. (1966). Artigo n.º 138 do Código Civil Português. *Pessoas sujeitas a interdição. Diário da República I Série. N.º 274 (1966-11-25)*.

Fávero, E. A. G. (2004). *Direitos da Pessoa com deficiência: Garantia da igualdade na diversidade* (2ª ed.). Rio de Janeiro: WVA.

Gargaglione, M. C. (2010). A Fonoaudiologia Forense: Conceitos, Práticas e Mercado de Trabalho. In *18º Congresso de Fonoaudiologia* (p. 740). Curitiba-Paraná.

Gomes, M. L. C. & Carneiro, D. O. (2014). *A Fonética Forense no Brasil: cenários e atores*. *Language and Law / Linguagem e Direito*, 1 (1), 22-36. Disponível em: <http://ler.letras.up.pt/uploads/ficheiros/12683.pdf>

Gorski, P., Lopes, S. G. & Silva, E. B. (2013, setembro/outubro). Perícia Fonoaudiológica: Conhecimento e Atuação dos Profissionais da Fonoaudiologia de dois Estados do Brasil. *Rev. CEFAC*, 15 (5). Recuperado de doi:10.1590/S1516-18462013000500031

Horta, B. (2012, Maio 22). Há cada vez mais idosos considerados incapazes de governar a sua vida. *O Público*. Disponível em: <http://www.publico.pt>

Kempner, D. B. (2013, julho). A importância da prova pericial. ISSN 2179-5568. *Revista Especialize On-line IPOG*, 5ª, 5, 1. Recuperado de www.ipog.edu.br/revista-ipog/.../a-importancia-da-prova-pericial

Lucas T. & Henneberg M. (2015, fevereiro). "Comparing the face to the body, which is better for identification". *International Journal of Legal Medicine*, 1-2. Recuperado de doi: 10.1007/s00414-015-1158-6

Mallett, X., Blythe, T. & Berry, R. (Eds.). (2014). *Advances in forensic human identification*. CRC Press.

Martins, F., Simões, D. R., Brissos, F. & Rodrigues, C. (2014). A Fonética Forense na produção de prova do ordenamento jurídico português: o parâmetro do pré-vozeamento. *ReVEL*, 12 (23), 44-70. Disponível em: www.revel.inf.br/files/5df7d1a0b1e2bc54db33bba8c89111e5.pdf

Mascarello, J. L. (2010). Processo de Desenvolvimento Sintático: investigação do desenvolvimento das habilidades metalinguísticas do sujeito PA. *Revista Investigações*, 23, 143-158.

Medeiros, R. (s.d.). Alterações da Comunicação Humana: Contribuições da Fonoaudiologia nas Disartrias. *Profala: Artigos Terapia da Fala*. Recuperado de <http://www.profala.com/artigosf.htm>

Meldau, D. C. (s.d.). *Medicina Legal Forense*. InfoEscola: Direito e Medicina. Disponível em: <http://www.infoescola.com/medicina/medicina-legal-forense/>

Mendes, A. A. (2012, outubro). A Interdição como Instrumento de Proteção ao Incapaz. *Revista Jurídica*, (1), 201-227.

Mendes, J. S. R. (2010). *Laços de Sangue. Privilégios e Intolerância à Imigração Portuguesa no Brasil (1822-1945)*.

Mesquita, R. M. (1997, julho/dezembro). Comunicação não-verbal: relevância na atuação profissional. *Revista Paulista de Educação Física*, 11 (2), 155-163.

Ministério Público Portugal. Em defesa da legalidade democrática. (s.d.). *Interdição e inabilitação de pessoas*. Disponível em: <http://www.ministeriopublico.pt/perguntas-frequentes/interdicao-e-inabilitacao-de-pessoas>

Miziara, D. S. C. (2007). Interdição Judicial da Pessoa com Deficiência Intelectual. *Revista do Advogado - STFJ*, 95, 21-33.

Moura, J. F. S. (2008). *A Natureza da Identificação da Voz e suas Repercussões no Processo Penal* (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, ICBAS).

National Institute on Deafness and Other Communications Disorders. (2002). *Apraxia of Speech*. Instituto Nacional de Saúde dos Estados Unidos. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi

Parecer CFFa n. 36, de 30 de julho de 2014. (2014). *Dispõe sobre a Competência do Fonoaudiólogo para Atuar em Perícia de Voz, Fala e Linguagem – Exame de Comparação Forense de Falantes*. Conselho Federal de Fonoaudiologia.

Pietrobon, C. (2007). Afasias. *Webartigos*. Disponível em: www.webartigos.com/artigos/afasia/2583/

Prates, A. & Silva, E. (2011, dezembro). Terapia da Fala em Portugal. Distúrbios da Comunicação. *Revista PUC/SP*, 23 (3), 365-368.

Sanches, A. P. (2012, setembro 26). *Fundamentação Teórico-Prática da Comunicação Humana para Uso Forense*. Instituto Brasileiro de Perícia. Disponível em: http://www.perito.com.br/pt/perito/fonetica_fonoaudiologia/

Silva, T. C. & Yehia, H. C. (2011, outubro). Sonoridade em Artes, Saúde e Tecnologia “Sounds in Arts, Health and Technological Studies”. *Revista Docência do Ensino Superior - UFMG*, 1, 1-13.

Talarico, T. R. (2011). Perfil Populacional de Pacientes com Distúrbios da Comunicação Humana decorrentes de Lesão Cerebral, Assistidos em Hospital Terciário. *Rev. CEFAC*. Mar-Abr, 13 (2), 330-339.

Universidade Aberta. (s.d.). *Teoria da Comunicação*. Disponível em: <http://www.univ-ab.pt/~bidarra/hyperscapes/video-grafias-9.htm>

Valério, B. (2014). Interdição e Inabilitação: Direito da Família e Sucessões. *Pedro Raposo & Associados: Sociedade de Advogados, R.L.* Disponível em: <http://www.appda-setubal.com/upload/conteudo/20140124>

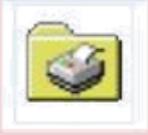
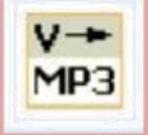
ANEXOS

Anexo 1

(Software da Fonoaudiologia Forense - M. Público do Rio de Janeiro)

	<p>Nome: Adobe Creative Cloud</p> <p>Descrição: Serviço de nuvem que inclui armazenamento, acesso a ferramentas da empresa e diversos outros recursos que permitem integração dos produtos para o uso dos clientes da Adobe.</p> <p>(Fonte: http://www.techtudo.com.br/tudo-sobre/adobe-creative-cloud.html)</p>
	<p>Nome: Adobe Flash Player 11 ActiveX</p> <p>Descrição: Reprodutor de multimédia.</p>
	<p>Nome: Adobe Photoshop CS3</p> <p>Descrição: Editor de imagens bidimensionais do tipo <i>raster</i> (possuindo ainda algumas capacidades de edição típicas dos editores vetoriais). É considerado o líder no mercado dos editores de imagem profissionais.</p> <p>Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/Adobe_Photoshop)</p>
	<p>Nome: Adobe Soundbooth CS3</p> <p>Descrição: Editor de áudio digital.</p>
	<p>Nome: Adobe Reader XI</p> <p>Descrição: <i>Software</i> global padrão para visualizar, imprimir e comentar documentos PDF com segurança.</p> <p>(Fonte: https://get.adobe.com/br/reader/)</p>
	<p>Nome: Adobe Shockwave Player 11.6</p> <p>Descrição: Exibe conteúdos da Internet que foram criados usando o Adobe Director.</p> <p>(Fonte: https://get.adobe.com/br/shockwave/)</p>
	<p>Nome: Audacity</p> <p>Descrição: Editor de áudio digital</p>

	Nome: BS Player
	Descrição: Reprodutor de multimédia.
	Nome: Clip Extractor
	Descrição: Faz <i>downloads</i> de vídeos do YouTube para o computador.
Contador de palavras	Nome: Contador de palavras – Processador Linguístico de Corpus
	Descrição: Este sistema fornece um relatório estatístico detalhado sobre o vocabulário do texto, quantidade de ocorrências de cada palavra, tamanho das palavras, frequência de letras, listagem das palavras por ocorrência e em ordem alfabética e outras informações. (Fonte: http://linguistica.insite.com.br/corpus.php)
	Nome: Creative Media Source Player
	Descrição: Reprodutor de multimédia.
	Nome: Creative Audio Converter
	Descrição: Conversor de multimédias digitais.
	Nome: Cyber Link Power DVD
	Descrição: Reprodutor de multimédia.
	Nome: FaceGen
	Descrição: Cria faces humanas em 3D utilizando fotografias ou de maneira aleatória. Permite ajustes relativos à idade, raça, género e outros 150 controlos distintos. Permite uso de seus rostos em outros <i>softwares</i> 3D ou para a impressão 3D. (Fonte: http://www.facegen.com/index.ht)
	Nome: Forevid
	Descrição: <i>Software</i> para a análise forense de vídeos de câmaras de

	<p>vigilância (CFTV). (Fonte: http://sourceforge.net/projects/forevid/)</p>
	<p>Nome: Format Factory</p> <p>Descrição: Conversor de multimédias digitais.</p>
	<p>Nome: GIMP</p> <p>Descrição: <i>Software</i> voltado, principalmente, para criação e edição de imagens <i>raster</i> e para desenho vetorial.</p> <p>(Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/GIMP)</p>
	<p>Nome: Nero 7 Essentials</p> <p>Descrição: Popular gravador de CDs e DVDs. Inclui duas das funções mais usadas noutras versões do Nero. Possibilita cópia de CDs e DVDs e criação de CDs e DVDs de dados.</p> <p>(Fonte: http://nero-essentials.br.uptodown.com/)</p>
	<p>Nome: Print Folder</p> <p>Descrição: Programa que lista os arquivos que estão dentro de uma pasta, em ordem alfabética, possibilitando a cópia da listagem e sua impressão.</p> <p>(Fonte: http://www.ufpa.br/dicas/progra/p-print.htm)</p>
	<p>Nome: PrtScr</p> <p>Descrição: Captura <i>screenshot</i>. Possibilita recortes de várias formas distintas, copiando todos os detalhes das fotos.</p> <p>(Fonte: http://www.baixaki.com.br/download/prtscr.htm)</p>
	<p>Nome: Quick Time</p> <p>Descrição: Reprodutor de multimédia.</p>
	<p>Nome: Pazera Free Audio Extractor</p> <p>Descrição: Extrai áudio de vídeos.</p> <p>(Fonte: http://www.pazera-software.com/products/audio-extractor/)</p>



Nome: SM Player

Descrição: Reprodutor multimédia com codificadores nativos e que consegue reproduzir a maioria dos formatos vídeo e áudio sem a necessidade de codificadores extra. O SMPlayer disponibiliza diversas opções como, por exemplo, filtros de áudio e vídeo, a possibilidade de alterar a velocidade de reprodução, o ajuste das legendas e áudio, um equalizador de vídeo, captura de *screenshots*, dentre outras.

(Fonte: <http://smplayer.sourceforge.net/>)



Nome: Sonogram Visible Speech

Descrição: Analisa o espectro formado pelo sinal acústico.

(Fonte: http://www.freewarefiles.com/Sonogram-Visible-Speech_program_56478.html)



Nome: SoundTap Streaming Audio Recorder

Descrição: Grava sons emitidos pelo computador.

(Fonte: <http://www.superdownloads.com.br/download/100/soundtap-streaming-audio-recorder/>)



Nome: Voice Studio

Descrição: Permite análise e processamento de sinais acústicos de vozes.

(Fonte: <http://www.seegnal.pt/products/voicestudio.php>)



Nome: Media Player Classic

Descrição: Reprodutor de multimédia.



Nome: Mobile Media Converter

Descrição: Conversor de multimédias digitais



Nome: Picasa 3

Descrição: Permite a edição digital de fotografias, sendo a sua função principal, organizar a coleção de fotos digitais presentes no computador, de forma a facilitar a procura por fotografias específicas por parte do utilizador do *software*.

(Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Picasa>)



Nome: Praat

Descrição: O Praat é um *software* utilizado para análise e síntese da fala. Objetiva a análise do som como ondas, focando em parâmetros como frequência, comprimento de onda, intensidade, etc.

(Fonte: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Praat>)



Nome: Photo Detective

Descrição: *Software* para a análise forense de imagens.



Nome: Windows Media Player

Descrição: Reprodutor de multimédia.

Anexo 2

Acervo Bibliográfico da “Fonoaudiologia Forense” do Ministério Público do Rio de Janeiro (Listado segundo a norma adotada em seus arquivos)

- **Adobe Photoshop CS2 (WOC Adobe Solution Provider);**
- **A História da Fonoaudiologia no Estado do Rio de Janeiro** (Abigail Muniz Caraciki, Icléa Cardoso e Marly Bezerra Canongia. 2004);
- **American Academy Of Forensic Sciences – 67th Annual Scientific Meeting, Celebrating the Forensic Science Family** (Orlando, February 16- 21 2015) – Program;
- **Análise de Discurso Crítica** (Viviane de M. Resende e Viviane Ramalho. 2009);
- **Audio Forensic In The Digital Age – A workbook composed for the AES 26th International Conference, Tutorial Session, July 7, 2005** (Richard W. Sanders);
- **Biometria – Medidas de Segurança** (Douglas Vigiazzi. 2006);
- **Computação Forense** (Marcelo António e Sampaio Lemos Costa. 2003);
- **Crise Não é um Bicho-de-sete-cabeças** (Sérgio Simka. 2009);
- **Desenho para Criminalística e Retrato Falado** (Albani Borges dos Reis. 2003);
- **Dicionário Jurídico de Bolso** (Donaldo J. Felipe e atualizado por Alencar Frederico. 2011);
- **Distúrbio de Voz Relacionado ao Trabalho – Práticas Fonoaudiológicas** (Lésle Piccolotto Ferreira, Marta Assumpção de Andrade e Silva e Susana Pimentel Pinto Giannini. 2015);
- **Documentoscópia** (Lamartine Bizarro Mendes. 2010);
- **Face Biometrics for Personal Identification – Multi-Sensory Multi-Modal Systems** (R. I. Hammod, B. R. Abidi e M. A. Abidi. 2007);
- **Facial Geometry – Graphic Facial Analysis for Forensic Artist** (Robert M. George. 2007);
- **Fonética e Fonologia do Português** (Thais Cristófaros Silva. 2005);
- **Fonoaudiologia Aplicada a Casos Odontológicos** (Cláudia M.de Felício. 2001);
- **Fonoaudiologia e Estética Facial** (Pablo Inisio Araújo de Almeida. 2008);
- **Forensic Art and Illustration** (Karen T. Taylor. 2001);

- **Forensic Science – An Introduction to Scientific and Investigative Techniques** (Stuart H. James e Jon J. Nordby. 2005);
- **Fundamentos em Laringologia e Voz** (Sílvia M. Rebelo Pinho, Domingos Hiroshi Tsuji e Saramira C. Bohadana. 2006);
- **Fundamentos em Fonoaudiologia – Audiologia** (Silvana Frota. 2003);
- **Fundamentos em Fonoaudiologia – Tratando os Distúrbios da Voz** (Sílvia M. Rebelo Pinho. 2003);
- **Gravação de Voz** (Maurício de Cunto. 2009);
- **Medical-Legal and Forensic Aspects of Communication Disorders, Voice Prints and Speaker Profiling** (Dennis C. Tanner. 2007);
- **Medicina Legal para não Legistas** (António Francisco Bastos, Fortunato António Badan Palhares e António Carlos Cesaroni Monteiro. 1998);
- **Músculos Intrínsecos da Laringe e Dinâmica Vocal Volume 1** (Sílvia Pinho e Paulo Pontes. 2008);
- **Neuroanatomia Funcional** (Angelo Machado. 2007);
- **Neurociências – Desvendando o Sistema Nervoso** (Mark F. Bear, Barry W. Connors e Michael A. Paradiso. 2008);
- **Novo Manual de Redação** (Nanci da C. Batista e Fábio Vieira da Silva. 2013);
- **Odontologia Legal e Antropologia Forense** (Jorge Paulete Vanrell. 2002);
- **Os 300 Erros Mais Comuns da Língua Portuguesa** (Eduardo Martins. 2010);
- **PAIR – Perda Auditiva Induzida pelo Ruído** (Alberto A. Nudelmann, Everaldo A. da Costa, José Selingman e Raul N. Ibañez. 1997);
- **Photoshop CS3 for Forensic Professionals – A Complete Digital Imaging Course for Investigators** (George Reis. 2007);
- **Português Não é um Bicho-de-sete-cabeças** (Sérgio Simka. 2008);
- **Princípios de Anatomia e Fisiologia em Fonoaudiologia** (Willard Zemlin. 1998);
- **Representação Facial Humana Descritível – “Retrato Falado”** (Jorge Luiz Werzbitzki. 2001);
- **The Proceedings Of The AES 39th International Conference – Audio Forensics: Practices and Challenges** (Eddy Bøgh Brixen. 2010 June 17-19);
- **The Proceedings Of The AES 54th International Conference – Audio Forensics: Techniques, Technologies and Practice** (Mark Huckvale and Eff M. Smith. 2014 June 12-14);

- **Tratado de Audiologia Clínica** (Jack Katz. 1989);
- **Tratado de Fisiologia Aplicada à Fonoaudiologia** (Douglas, C. R. 2002);
- **Você e Eu, Entre Nós, a Voz** (Edmée Brandi . 2007);
- **Voz Falada Voz Cantada - Avaliação e Terapia** (Françoise Estienne. 2004);
- **Voz – O Livro do Especialista Vol. 1** (Mara Behlau. 2004);
- **Voz – O Livro do Especialista Vol. 2** (Mara Behlau. 2005).