



UNIVERSIDADE
CATÓLICA | INSTITUTO DE
PORTUGUESA | CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MELHORIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE A PESSOA
COM AFASIA E O SEU PARCEIRO PRIVILEGIADO DE
COMUNICAÇÃO:
ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Linguística Clínica

Por
Paula Alexandra dos Santos Valente

Lisboa
2013



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE

**MELHORIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE A PESSOA
COM AFASIA E O SEU PARCEIRO PRIVILEGIADO DE
COMUNICAÇÃO:
ANÁLISE DOS EFEITOS DE UM PROGRAMA DE FORMAÇÃO**

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em
Linguística Clínica

Por
Paula Alexandra dos Santos Valente

Sob a orientação da Prof. Doutora Maria Emília Santos
E co-orientação da Prof. Doutora Maria Assunção Matos

Lisboa
2013

RESUMO

Conversar é uma atividade social muito importante para o ser humano. A investigação tem permitido caracterizar as mudanças ocorridas na conversa após a instalação de uma afasia. A troca de turnos e a reparação são duas das características de uma conversa, que na presença da afasia, adquirem contornos diferentes, exigindo esforços acrescidos de colaboração entre os interlocutores. O acesso da pessoa com afasia (PcA) à participação na conversa diminui, sendo importante desenvolver estratégias comunicativas adequadas às suas características específicas e às conversas com os seus parceiros privilegiados de comunicação. O treino dirigido aos parceiros inclui-se no Modelo Social de intervenção. A Análise Conversacional (AC) recorre a amostras gravadas no contexto natural, e tem sido utilizada como guia deste tipo de intervenção desenvolvido com os parceiros de comunicação.

Pretende-se, com este estudo de caso, verificar se ocorrem melhorias na conversa de um casal, cujo marido possui afasia, após formação da esposa (parceira privilegiada de comunicação), com maior foco ao nível da troca de turnos e das estratégias de reparação. Pretende-se ainda verificar se estas melhorias se mantêm dois meses após a intervenção. Para avaliação utilizou-se o *Conversation Analysis Profile for People With Aphasia* (Whitworth, Perkins & Lesser, 1997), que permitiu planear a formação. Esta intervenção durou 9 sessões, num total de 22 horas. Repetiu-se a avaliação passados dois meses. Os resultados sugerem que a formação realizada com a esposa, a fim de melhorar os seus comportamentos e atitudes comunicativas, teve um impacto muito positivo na capacidade de conversação do casal.

Palavras-chave: Conversação, Pessoa com afasia, Parceiro de comunicação, Modelo Social, Reparação, Troca de Turnos

ABSTRACT

Conversation is an important social activity for humans. The research made in the field of aphasia has allowed to characterize the changes in conversation after the onset of aphasia. Turn-taking and repair are two elements of conversation, which acquire different characteristics in the presence of aphasia, requiring increased efforts of collaboration between the interlocutors. For people with aphasia the participation in the conversation decreases, so it is important to develop communication strategies appropriate to their specific characteristics and to the conversations with their communication partners. The training focused at partners is part of the Social Model of intervention. The Conversational Analysis uses conversational samples recorded in natural context has been used as a guide for this type of intervention focused on the interaction and the communication partners.

With this case study it is intended to verify if there are improvements in the conversation of a couple, whose husband has aphasia, after training the wife (communication partner), with a greater focus on turn-taking and repairing strategies. Another objective is to verify whether these improvements are maintained two months after the intervention. For such evaluation we used the *Conversation Analysis Profile for People With Aphasia* (Whitworth, Perkins & Lesser, 1997), which allowed planning the intervention. This intervention lasted a total of 9 sessions (22 hours). Evaluation was repeated after two months. The results suggest that the training undertaken with his wife, in order to improve their communicative behaviors and attitudes, had a very positive impact on the quality of the conversation with their husband with aphasia.

Keywords: Conversation, Person with aphasia, Communication Partner, Social Model, Repair, Turn-taking

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Maria Emília Santos pela orientação e disponibilidade.

À Professora Doutora Maria Assunção Matos pela disponibilidade, pelo encorajamento e críticas construtivas.

À Ana Peixoto e Joana Manarte, amigas e colegas, que me ajudaram a descobrir o que realmente queria estudar e por me terem acompanhado no caminho.

Aos colegas terapeutas da fala que, generosamente, atenderam ao meu pedido e me ajudaram a encontrar os participantes para este estudo. Um agradecimento especial ao João Silva, Ana Pereira, Olímpia Moreira e Lisandra Rodrigues.

Um agradecimento individual e profundo aos dois participantes neste estudo, pela disponibilidade, simpatia e por me terem permitido entrar na sua bonita história.

Às pessoas com afasia e seus familiares que se disponibilizaram para conversar comigo e que se submeteram à avaliação inicial.

Aos amigos que me apoiaram e à Maria Inês Rocha pelo incrível trabalho de legendagem e adequação dos vídeos utilizados.

Ao Armando pelo apoio e paciência.

Aos meus pais e irmã por tudo o que sou, sei e fui capaz de fazer até hoje.

ÍNDICE GERAL

ÍNDICE DE QUADROS.....	IX
ÍNDICE DE FIGURAS.....	X
I. INTRODUÇÃO.....	1
II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	4
2.1. AFASIA E PRAGMÁTICA	4
2.2. CONVERSAÇÃO	6
2.2.1. Troca de turnos	7
2.2.2. Reparação.....	8
2.3. CONVERSAÇÃO NA AFASIA.....	9
2.3.1. Troca de Turnos na afasia	10
2.3.2. Reparação e afasia	11
2.4. ANÁLISE CONVERSACIONAL	13
2.4.1. A Análise Conversacional e os Princípios da Conversação	13
2.4.2. Análise Conversacional no estudo da afasia	13
2.4.3. Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)	14
2.5. INTERVENÇÃO FOCADA NA INTERAÇÃO E NO PARCEIRO DE COMUNICAÇÃO DA PESSOA COM AFASIA	15
2.5.1. Modelo social de intervenção.....	15
2.5.2. Terapias de base conversacional.....	16
2.5.2.1. Uso da Análise conversacional nas terapias de base conversacional	18
2.5.2.2. A escolha do parceiro de comunicação	20
2.5.2.3. Eficácia do treino dos parceiros a longo prazo	21
III. PROBLEMA EM ESTUDO	22
IV. METODOLOGIA.....	23
4.1. Participantes.....	23
4.2. Instrumentos de recolha de dados	26
4.2.1. Entrevista com o Parceiro de Comunicação.....	26
4.2.2. Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)	27
4.2.3. <i>Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA)</i>	29
4.3. Procedimentos	30
4.3.1. Entrevistas do CAPPA (Secção 2 e 3)	30
4.3.2. Análise conversacional – gravação, transcrição e análise	30

4.3.3. Procedimentos gerais	31
V - RESULTADOS E ANÁLISE.....	34
5.1. Fase Pré-intervenção	34
5.1.1. Resultados da entrevista ao Parceiro de Comunicação (apêndice 1)	34
5.1.2. Resultados do CAPPa – Pré-intervenção	38
5.1.3. Resultados da avaliação do PC com base na escala <i>Measure of Skill in Supported Conversation</i> (Kagan <i>et al.</i> , 2004) – Pré-intervenção	45
5.2. Fase do estabelecimento do plano de intervenção.....	46
5.3. Fase pós-intervenção	54
5.3.1. Resultados do CAPPa – pós-intervenção.....	54
5.3.2. Resultados da avaliação do PC com base na escala <i>Measure of Skill in Supported Conversation</i> (Kagan <i>et al.</i> , 2004) – Pós-intervenção.....	61
5.4. Reavaliação dois meses depois da intervenção	62
5.4.1. Resultados do CAPPa – dois meses depois da intervenção	63
5.4.2. Resultados da avaliação do PC com base na escala <i>Measure of Skill in Supported Conversation</i> (Kagan <i>et al.</i> , 2004) – dois meses depois da intervenção.....	67
VI - DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES.....	68
6.1. Hipótese 1	68
6.2. Hipótese 2	73
6.3. Implicações do estudo na prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal.....	75
6.4. Limitações do estudo.....	77
6.5. Propostas de estudos futuros	79
6.6. Considerações finais.....	80
VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	81
APÊNDICES	93
APÊNDICE 1. Formulário de entrevista com o Parceiro de Comunicação e transcrição das respostas dadas.....	94
APÊNDICE 2. <i>Conversation analysis profile for people with aphasia (CAPPa)</i>	102
APÊNDICE 3. Formulário de entrevista <i>aphasia friendly</i>	108
APÊNDICE 4. Sumário preenchido.....	120
APÊNDICE 5. Tabela das evidências preenchida	126
APÊNDICE 6. Explicação do estudo <i>aphasia friendly</i>	128
APÊNDICE 7. Consentimento informado.....	131
APÊNDICE 8. Transcrição da primeira amostra de conversa Pré-intervenção.....	141
APÊNDICE 9. Material de apoio utilizado na intervenção	147
APÊNDICE 10. Algumas informações sobre o decorrer da intervenção e avaliação final ...	164

APÊNDICE 11. Transcrição da segunda amostra de conversa recolhida imediatamente após a intervenção	167
APÊNDICE 12. Transcrição da última amostra de conversa recolhida dois meses após a intervenção	172
ANEXOS.....	177
ANEXO 1. Modelos de prestação de cuidados de saúde	178
ANEXO 2. <i>Profile of Partner Candidacy for Conversation Training</i> (Turner e Whitworth, 2006)	180
ANEXO 3. <i>Measure of Skillin Suported Conversation Behavioral Guidelines: Summary</i> (Kagan <i>et al</i> , 2004).....	182
ANEXO 4. Código de transcrições do CAPPA	184

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1. Três estudos em que ocorreram mudanças nos comportamentos comunicativos do PC após intervenção focada na interação (Wilkinson & Wielaert, 2012)	19
Quadro 2. Três estudos em que ocorreram mudanças nos comportamentos comunicativos da PcA após intervenção focada na interação (Wilkinson & Wielaert, 2012)	19
Quadro 3. Plano de atividades realizadas em cada sessão	49

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultados do CAPPa (secção 2: reparação) Pré-intervenção	38
Figura 2. Resultados do CAPPa (secção 3: Iniciação e Troca de Turnos) Pré-intervenção	42
Figura 3. Resultados do CAPPa (Secção 2: Reparação) comparação Pré e Pós-intervenção	54
Figura 4. Resultados do CAPPa (Secção 3: Iniciação e Troca de Turnos) – comparação Pré e Pós-intervenção	58
Figura 5. Resultados do CAPPa (Secção 2: Reparação) comparação Pré, Pós e dois meses depois da intervenção	63
Figura 6. Resultados do CAPPa (Secção 3: Iniciação e troca de turnos) comparação Pré, Pós e dois meses depois da intervenção	66

I. INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, o Modelo Social de prestação de cuidados de saúde tem influenciado o estudo da afasia e o aparecimento de novos instrumentos e programas de intervenção (Pound, Parr, Lindsay & Woolf, 2000). Neste modelo, a perturbação de comunicação é vista como o produto de fatores ambientais que constituem barreiras à plena participação do indivíduo na vida social. Para a pessoa com afasia (PcA) os fatores ambientais relevantes são aqueles que a impedem de comunicar. Assim, derrubar estas barreiras tem-se tornado cada vez mais o foco da intervenção terapêutica. A PcA deixou de ser vista isoladamente e passou a ser tratada como um elemento de uma unidade social alargada onde se encontram aqueles com quem ela comunica (Kagan *et al.*, 2004).

A importância da conversação para o bem-estar psicossocial não pode ser subestimada. Esta atividade exerce um papel fundamental no funcionamento do ser humano em sociedade. Não se trata apenas da troca de mensagens entre os indivíduos mas uma forma de estabelecer e manter conexões sociais (Kagan, 1995, 2004). Kagan (1995) reforça ainda que os indivíduos revelam a sua competência através da conversa, ou seja, é através desta que o ser humano se revela enquanto pessoa, com uma mente ativa, capaz de realizar tarefas, tomar decisões racionais e capaz de interagir com o mundo. Tendo perdido algumas das ferramentas linguísticas e de comunicação necessárias numa conversa, as pessoas com afasia (PcAs) enfrentam sérias dificuldades para revelar a sua competência interior (Kagan & Gailey, 1993) que fica mascarada (Kagan, 1995). Consequentemente a sua adaptação psicossocial fica bloqueada, conduzindo à depressão, ao isolamento social, à solidão, à perda de autonomia e, por último, à diminuição da qualidade de vida (Parr, 2001; Simmons-Mackie, 2008). Na abordagem terapêutica inserida no Modelo Social, a linguagem e a comunicação passaram a ser tratadas, não apenas do ponto de vista da transação de mensagens, mas também como processo de interações (Simmons-Mackie & Damico, 1997). Como tal, o foco da intervenção terapêutica é promover a autonomia e a participação ativa da PcA nos contextos relevantes para esta, construindo rampas comunicativas facilitadoras no ambiente e eliminando as barreiras. Em grande medida, este trabalho implica a colaboração e envolvimento dos seus parceiros de comunicação (PCs).

Ao longo dos anos têm sido realizados vários estudos que dão a conhecer o impacto da afasia na estrutura e organização da conversação e nos comportamentos dos interlocutores na interação (e.g. Goodwin, 2003). Frequentemente ocorrem quebras na comunicação que despoletam fenómenos de reparação, grande parte das vezes bastante disruptivos, que causam frustração à PcA e embaraço aos seus PCs (Gainotti, 1997). Consequentemente, a PcA assiste à diminuição de oportunidades para conversar, reduzindo-se a comunicação à transação de simples necessidades (Whitworth, Perkins & Lesser, 1997). Uma das maneiras de restaurar o acesso das PcAs à igualdade de oportunidades de conversação e de revelar a competência inerente destas é através do treino dos seus parceiros privilegiados de comunicação. A simples passagem de informação e aconselhamento generalista aos PCs tem-se revelado menos eficaz que o seu treino/ensino direto. São vários os estudos existentes na literatura com o objetivo de melhorar as competências comunicativas dos PCs (e.g. Booth & Swabey, 1999; Booth & Perkins, 1999; Hopper, Holland & Rewega, 2002; Cunningham & Ward, 2003, Armstrong & Mortensen, 2006). Este tipo de intervenção baseia-se na avaliação detalhada da interação conversacional, das consequências da afasia nesta interação e da forma como os interlocutores se comportam perante estas. Com este trabalho espera-se compreender melhor o impacto da afasia na conversação com maior foco em duas das suas características – os fenómenos de reparação perante um dado problema e a organização da troca de turnos de conversação. Para tal, utilizou-se a metodologia reconhecida como eficaz na avaliação da díade comunicativa (Damico, Oelschlaeger, Simmnos-Mackie, 1999) - a Análise Conversacional (AC). Esta metodologia qualitativa tem sido a mais utilizada para descrever a natureza da conversação e o impacto da afasia na mesma (Booth & Perkins, 1999; Wilkinson, 1999) assim como para planear e avaliar os efeitos da intervenção (Armstrong & Mortensen, 2006; Beeke, Maxim & Wilkinson, 2007).

Em Portugal, a consciência e a postura do terapeuta da fala (TF) em relação à intervenção com a PcA está em mudança (Leal, 2009), contudo, são poucas as instituições portuguesas que fornecem este tipo de intervenção de uma forma mais sistematizada, tal como a Associação Nacional de Afásicos ou os Centros de Reabilitação. Ciente do longo caminho que falta percorrer para que haja mais oportunidades e apoios para estas pessoas e campo legislativo que suporte o trabalho do TF nas suas diversas vertentes, este estudo surge com o ímpeto de reforçar a importância e a eficácia deste tipo de intervenção na melhoria efetiva da interação

conversacional entre a PcA e os seus PCs no dia-a-dia e, assim, encorajar os terapeutas da fala (TFs) a desenvolver este tipo de trabalho. Além disto, em Portugal, revela-se pertinente o desenvolvimento de mais instrumentos validados para a população que permitam uma avaliação precisa da interação comunicativa a partir da qual o TF possa desenvolver programas de intervenção focados na interação e nos PCs. Com este trabalho, também se pretende impulsionar o desenvolvimento deste tipo de programas e de materiais de apoio aos mesmos.

Assim, à semelhança de outros estudos (e.g. Booth & Perkins, 1999; Goodwin, 2003; Sorin-Peters, 2004; Wilkinson *et al*, 2010), pretende-se, com um estudo de caso, verificar se ocorrem melhorias na conversa de um casal, cujo marido possui afasia, após a formação da esposa (parceira privilegiada de comunicação), ao nível da Troca de turnos e das estratégias de reparação, e se os ganhos se mantêm dois meses após a intervenção. Para avaliação utilizou-se o *Conversation Analysis Profile for People With Aphasia* (Whitworth, Perkins & Lesser, 1997), que incorpora a metodologia da AC e permitiu planejar a formação.

Esta dissertação encontra-se organizada em cinco capítulos. No capítulo II encontra-se uma revisão da literatura que contextualiza este estudo no âmbito do conhecimento geral e atualmente aceite sobre este tema, fazendo também referência aos estudos realizados nesta área. No capítulo III expõem-se o problema em estudo, com as questões orientadoras e hipóteses. No capítulo IV encontra-se a metodologia adotada neste estudo com referência à forma de seleção e caracterização dos participantes, dos instrumentos utilizados e procedimentos específicos de aplicação dos mesmos e gerais do trabalho. No capítulo V apresentam-se os resultados e a respetiva análise. No último capítulo (VI) encontram-se a discussão e as conclusões do trabalho, com referência às limitações encontradas durante a sua realização e sugestões para trabalhos futuros.

II. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1. AFASIA E PRAGMÁTICA

A afasia é uma perturbação adquirida da linguagem, de etiologia neurológica que se traduz em défices na produção e compreensão de material verbal, na leitura e escrita, podendo ainda surgir defeitos ao nível do cálculo (e.g. Roth & Worthington, 1997; Castro-Caldas, 2000; Hallowell & Chapey, 2008). De acordo com a localização e extensão da lesão, são usualmente descritos diferentes tipos de afasia, de gravidade variável, com base nos sintomas de perturbação da linguagem apresentados (e.g. Benson & Ardila 1996; Castro-Caldas, 2000).

Joanette e Ansaldo (1999) questionam a definição de afasia por esta englobar, essencialmente, as componentes linguísticas tradicionais. Se o conceito de afasia se refere a uma “perturbação adquirida da linguagem após mudanças do substrato neurobiológico” (Benson, 1979), então este deveria englobar também a linguagem na perspetiva do seu uso, num dado tempo e espaço. Vários autores (Leser & Milroy, 1993; Paradis, 1998; Gibbs, 1999; Joanette & Ansaldo, 1999) defendem que as componentes linguísticas (sintaxe, léxico, morfologia) e a componente pragmática são duas faces da mesma moeda – a linguagem – e, por isso, estão intimamente interrelacionadas. Segundo Gibbs (1999) as componentes pragmáticas da linguagem estão integradas no processamento da linguagem, ou seja, não são processados de forma independente.

A linguagem é a ferramenta do ser humano para se comunicar, se relacionar e se construir como tal, numa dada sociedade ou cultura. O estudo das relações entre a mensagem e o contexto, isto é, do uso da linguagem nele, é o que define a pragmática. O termo pragmática, foi introduzido no campo da terapia da fala, pela primeira vez, em 1976 por Elizabeth Bates que a definiu como “as regras que regulam o uso da linguagem no contexto” (Klippi, 1996). Mais tarde, Davis e Wilcox (1985) definiu-a como a “relação entre o comportamento linguístico e os contextos em que é usado”.

O estudo da pragmática, na linguística, originou uma nova subdisciplina que difere na sua essência da psicolinguística, subdisciplina que até então dominava o estudo da linguagem e das suas perturbações (Lesser & Milroy, 1993).

A pragmática, com raízes na filosofia, na sociologia e antropologia preocupa-se com o uso da linguagem num dado contexto situacional e com a interpretação que é

feita pelos interlocutores (Lesser & Milroy, 1993). O estudo da pragmática segue uma ordem “base-topo”, ou seja, parte de amostras naturalistas para tirar conclusões sendo a sua unidade de análise o discurso (Lesser e Milroy, 1993). Contrariamente, a psicolinguística, com raízes na psicologia, nas ciências cognitivas e neurológicas, preocupa-se com a linguagem como processo mental e estuda-a através de um trabalho mais laboratorial (controlo de variáveis, codificação e quantificação). A sua análise recai sobre unidades linguísticas isoladas (frases, palavras). Existem vários instrumentos de avaliação da afasia dentro deste paradigma (e.g. Goodglass & Kaplan, 1983). Em Portugal existe, por exemplo, a Bateria de avaliação da Afasia de Lisboa (BAAL) (Damásio, 1973; Castro Caldas, 1979; Ferro, 1986) que é a única bateria aferida para a população portuguesa e segue critérios taxonómicos que possibilitam a classificação dos tipos de afasia clássicos. É constituída por vários subtestes que visam a avaliação das várias modalidades linguísticas (discurso, nomeação, compreensão auditiva, repetição).

Por outro lado, nas abordagens à pragmática, desde os finais dos anos 70, têm vindo a surgir instrumentos que avaliam a comunicação do ponto de vista da funcionalidade. Em 1977, Holland (1977) sugere que “os afásicos provavelmente comunicam melhor do que falam”. Surge então o interesse pela comunicação funcional e pelo estudo das estratégias compensatórias dos falantes com afasia, na interação (Prinz, 1980; Holland, 1982; Green, 1984; Glosser *et al.*, 1986, Penn 1987, entre outros). Paralelamente a tudo isto, começaram a estudar-se também as estratégias de comunicação utilizadas pelos interlocutores das PcA. Surgem instrumentos para avaliar o perfil pragmático da pessoa com perturbação da comunicação (Lesser & Milroy, 1993), como por exemplo, o *Communicative Activities in Daily Living* (Holland, 1980), o *Everyday Language Test* (Blomert *et al.*, 1987), o *Pragmatic Protocol* (Goldblum, 1985; Prutting & Kirchner, 1987) ou o *Profile of Communicative Appropriateness* (Penn, 1985).

O uso de técnicas de análise conversacional, até então muito utilizadas no campo da sociologia e da sociolinguística para estudo da organização social, começaram a ser vistas como promissoras no estudo da pragmática e na avaliação e intervenção na afasia (Milroy & Perkins, 1993; Goodwin, 2003).

2.2. CONVERSAÇÃO

É inegável a importância da conversa para o bem estar psicossocial. A conversação é considerada uma das formas mais representativas da comunicação humana e acompanha quase todas as atividades do indivíduo (Simmons-Mackie, 2008). Kagan (1995) acrescenta que os indivíduos usam a conversa para revelar a competência pessoal.

Erving Goffman's (1959), chamou a atenção para a pertinência de estudar a interação conversacional, uma vez que fazê-lo apenas do ponto de vista linguístico não seria totalmente adequado atendendo à sua natureza social e interacional. Deste trabalho, Sacks (1972) retirou os princípios que aplicou no estudo da conversação. São eles: a) a interação conversacional possui uma organização estruturada e sequencial; b) os contributos dos participantes na interação são moldados pelo contexto e renovam o contexto; c) estas duas propriedades estão relacionadas e inerentes a todos os detalhes da interação conversacional; d) a melhor metodologia para a análise e interpretação da interação conversacional, como ato social, é a análise de dados naturalistas (Goodwin & Heritage, 1990).

O primeiro princípio diz respeito ao pressuposto de que a conversação nem é aleatória nem é destruturada mas antes socialmente organizada (Klippi, 1996; Schegloff, 1992). Ou seja, não existe uma uniformidade rígida na estrutura conversacional, generalizável a todas as conversas (Wooffitt, 2005) mas são os próprios participantes que conversam de forma ordenada (Liddicoat, 2007). A este conceito de ordem, encontra-se indexado o princípio da organização sequencial. Isto é, a interação está organizada numa sequência de turnos. Durante a conversação, o turno produzido é interpretado como em resposta, ou em relação, com o turno prévio (Sacks, 1972; 1992; Schegloff, 1968). Uma vez que esta organização resulta da participação e colaboração estreita entre os participantes, a conversa é uma ação colaborada entre os participantes (Sacks, 1972).

O segundo princípio assume como fundamental a relação do contexto com a linguagem. A conversa é moldada pelo e para o contexto, e, por sua vez, os ouvintes utilizam o contexto para interpretar o que é dito. A conversa também renova o próprio contexto porque cada contributo cria um novo contexto onde os contributos seguintes vão ser ditos e interpretados (Heritage, 1984).

Sendo a conversa uma atividade social organizada de acordo com convenções sociais a melhor forma de a estudar é através de dados retirados de situações da vida real.

Segue-se agora a descrição das componentes da pragmática que estão em foco neste trabalho: a troca de turnos e a reparação.

2.2.1. Troca de turnos

Os turnos de comunicação referem-se à partilha de vez e à sequência de contribuições dos falantes, evidente em qualquer conversa. Na maioria das vezes os turnos são construídos por uma pessoa de cada vez, contudo Sacks (1992) refere que um turno pode também ser co-construído por dois ou mais participantes.

Sacks, Schegloff e Jefferson (1974) procuraram explicar como os interlocutores organizam e coordenam as suas contribuições de forma a que as transições ocorram fluentemente, numa base de turno a turno.

As unidades de turno (*turn constructional unit - TCU*) são constituídos por excertos de linguagem que podem variar muito na forma, tamanho e duração. Uma TCU pode ser constituído por uma ou mais unidades e a sua composição depende significativamente do contexto em que é produzido. Praticamente qualquer elemento linguístico poderá ser uma TCU. Considera-se que uma TCU é adequada quando a sua utilização num certo ponto da conversa é um bom contributo para a mesma. Até mesmo formas linguísticas que, usualmente, não se utilizam de forma isolada (p.e. determinantes; interjeições) poderão funcionar como TCUs num dado momento, desde que os parceiros o reconheçam como tal, no contexto da conversa que estão a ter.

Diz-se também que os falantes conseguem prever quando uma TCU vai terminar, e esta previsibilidade dos turnos, é importante para a organização da tomada da vez entre os falantes (Liddicoat, 2004).

Com base nestas regras de troca de turnos, os silêncios entre os turnos podem ter diferentes interpretações, de acordo com o contexto da conversa. Se não houver uma seleção explícita do próximo falante, o silêncio após uma transição poderá representar um lapso na conversação. Por outro lado, quando se dá a seleção do próximo falante, o silêncio poderá ser atribuído ao facto da pessoa selecionada ainda não ter produzido o seu turno.

2.2.2. Reparação

Na sequência de turnos é possível que surjam vários problemas que poderão constituir obstáculos à continuidade da conversa (Schegloff, 1979). A reparação refere-se ao mecanismo que lida com os problemas que surgem na conversa (Jefferson, 1987).

Schegloff *et al.* (1977) propôs um modelo para o mecanismo de reparação na conversa que inclui uma distinção principal entre quem inicia a reparação e quem faz a reparação. A reparação pode ser iniciada pelo falante que produziu o problema (auto-iniciação) ou pelo seu parceiro de conversação. A reparação pode ser ainda feita pelo falante que produziu o problema (auto-reparação) ou pelo parceiro de conversação. Da combinação destas possibilidades surge quatro possíveis tipos de reparação: auto-iniciação e auto-reparação; auto-iniciação com reparação feita pelo parceiro; reparação iniciada pelo parceiro com auto-reparação e reparação iniciada e levada a cabo pelo parceiro.

Schegloff *et al.* (1977) constato que existe uma maior preferência pela auto-reparação do que pela reparação feita pelo parceiro e também pela auto-iniciação.

Kagan (1995) defende que a participação numa conversa fornece aos participantes uma perceção das competências mutuas. Assim, quando surgem problemas durante a conversa, estes poderão conotar um participante como incompetente. A preferência pela auto-reparação na conversação encontra-se relacionado com esta conotação negativa (Couper-Kuhlen 1992; Goffman, 1995). Por outro lado, a ordem da conversa favorece a auto-reparação uma vez que esta ocorre, na maioria das vezes, no mesmo turno, contrariamente à reparação iniciada e realizada pelo parceiro, que ocorre, na maioria das vezes, nos turnos seguintes, interferindo com a ordem dos contributos (Schegloff *et al.*, 1977; Booth & Perkins, 1999).

Schegloff também constatou que na maioria das vezes a reparação iniciada por outro conduz a uma reparação feita pelo falante que produziu o problema (auto-reparação). A reparação é, portanto, uma negociação interativa que poderá implicar a suspensão de um turno para resolver o problema ou modificar a sequência das participações (Booth & Perkins, 1999). Schegloff *et al.* (1977) verificou diferenças na interação adulto-criança, em que a reparação é usada como meio de ensino àquele que se está a desenvolver, pelo que não se verifica nem o constrangimento nem a preferência pela auto-correção.

Este mecanismo é fundamental da conversação e revela que a conversa é um sistema auto-regulador e auto-corretor baseado em regras implícitas, geridas no contexto pelos participantes (Liddicoat, 2007).

2.3. CONVERSAÇÃO NA AFASIA

A conversa, palco de sociabilização e relação, depende da linguagem. Na afasia, a perturbação da linguagem resulta num compromisso da capacidade de se envolver na vida social. Neste palco, a pessoa com afasia (PcA) e os seus interlocutores movem-se de formas diferentes devido à presença da afasia, sendo que a estrutura da conversa adquire características diferentes, como veremos de seguida. Sendo a conversa uma realização colaborada entre os participantes, a afasia interfere com os contributos tanto da PcA como dos seus parceiros de comunicação (PCs). Como refere Goodwin (2003, p.7): *“....a conversa é o lugar onde a perturbação da linguagem emerge como um fenómeno visível, num mundo natural. Além disso, devido ao lugar que a conversa possui nos interstícios da vida e ação humana, [a perturbação da linguagem] tem consequências reais não só para a parte afetada mas também para todos os que interagem com ela ou ele, mais especialmente as esposas e outros que partilham a vida diária com essa pessoa. (...) todos os participantes são forçados a “olhar para si próprios” para lidar com os problemas de alguém no mais central domínio da competência humana, a capacidade de usar linguagem para agir socialmente”*. Assim, analisar o impacto da afasia na estrutura da conversa, implica analisar todos os seus intervenientes, com e sem afasia.

Têm sido realizados alguns estudos longitudinais para perceber como as práticas conversacionais se vão modificando, ao longo do tempo, desde a instalação da afasia (e.g. Laakso, 2012; Wilkinson *et al.*, 2007; Klippi & Helasvuo, 2011). Foram encontradas evidências que demonstram que numa fase aguda, os falantes com afasia tentam, primeiro, comunicar através da fala. Quando tal se revela pouco eficaz começam a explorar estratégias compensatórias. Ao longo do tempo, também os comportamentos dos seus PCs se vão reajustando. Vários estudos deste género demonstraram que, os PCs adotam comportamentos que salientam os défices linguísticos em vez de facilitarem a comunicação. Por exemplo, é frequente pedirem para que a PcA dê uma determinada resposta, quando esta já é conhecida. Para tal,

realizam um “teste” (isto é, fazem perguntas para as quais já sabem a resposta), fornecem pistas (por exemplo, providenciam o primeiro som da palavra para facilitar a produção da mesma) e incentivam a PcA a repetir a palavra correta. Estes comportamentos são observados em contexto de sala de aula (Mehan, 1979; Schegloff, 2007), de avaliação (Maynard & Marlaire, 1999), ou em interações entre pais e filhos (Tarplee, 1996) mas não são comuns entre adultos, numa conversa normal. No entanto, nas interações com a PcA estes comportamentos são observados frequentemente e em todas as línguas (Wilkinson & Wealaert, 2012). Estes comportamentos provocam quebras na interação comunicativa e causam sentimentos de frustração e embaraço, tanto à PcA como aos próprios PCs (Gainotti, 1997). A perda de confiança e a diminuição das oportunidades comunicativas faz com que haja uma redução considerável dos temas de conversa (Whitworth, Perkins & Lesser, 1997). Uma forma de restaurar o acesso à conversa para as PcAs é através do treino dos seus parceiros privilegiados de conversação.

Veja-se, de seguida, como a perturbação da linguagem modifica a organização e estrutura da conversa, mais especificamente ao nível da troca de turnos e da reparação.

2.3.1. Troca de Turnos na afasia

Uma das grandes áreas de estudo da pragmática na afasia é a troca de turnos na conversa com a PcA. A Análise Conversacional (AC) que descreveremos de seguida foi a metodologia mais utilizada neste tipo de estudos (e.g. Lesser & Algar, 1995; Booth & Swabey, 1999; Klippi, 1996; Goodwin, 2003).

Schienberg e Holland (1980) foram os primeiros a estudar a troca de turnos na afasia. No seu estudo com duas pessoas com afasia de Wernicke, concluíram que a capacidade pragmática, especificamente a troca de turnos, parecia intacta. Muito do trabalho científico que surgiu posteriormente, veio dar continuidade e suporte a estes achados.

Klippi (1996) verificou que as PcAs utilizam várias técnicas para manter o turno quando surge um problema na conversa. Estes preenchem os silêncios com “barulho” e interjeições (Klippi, 1991) e em pausas maiores podem tossir, suspirar, realizar movimentos labiais, entre outros. Outros sinais não verbais, como bater com a mão na mesa enquanto procuram a palavra pretendida também podem ocorrer (Laakso, 1992). Klippi (1996) refere que para além dos gestos e do apontar, na afasia não-fluente é

possível que se recorra à escrita e ao desenho para construção de turnos. Em afasias graves, mesmo quando não há discurso inteligível, a prosódia exagerada também pode ser usada para manifestar uma posição ou transmitir algum significado (Goodwin, 2003). Lesser e Milroy (1993) referem que este tipo pistas não verbais, na finalização de um turno, serão particularmente proeminentes na conversação da PcA.

Também foram encontradas adaptações linguísticas na construção dos turnos pelas PcAs. Por exemplo, em casos menos graves de afasias não-fluentes, os falantes poderão recorrer a um discurso telegráfico para compensar o processamento linguístico lentificado (Heeschen & Schegloff, 1999). Tal permitirá uma troca de turnos mais rápida (Laakso, 2012). Por sua vez, Wilkinson, Beeke e Maxim (2003) verificaram que as pessoas com afasia fluente usavam diferentes componentes gramaticais e lexicais, relativamente às usadas antes da instalação da afasia, que lhes permitia prosseguir na conversa e evitar longas sequências de reparação.

Vários estudos revelaram que as PcAs também requerem, por vezes, a ajuda dos seus parceiros de conversa para a co-construção ou conclusão dos seus turnos (e.g. Laakso & Klippi, 1999; Laakso, 2003; Helasvuo *et al.*, 2004). Bloch e Beeke (2008) constataram que esta co-construção é bem aceite pelos intervenientes e que os comportamentos observados não resultaram de intervenção terapêutica direta. Pelo contrário, outros estudos demonstraram que o PC pode adotar o papel de “professor”, pedindo à PcA para corrigir os seus próprios erros (e.g. Lindsay & Wilkinson, 1999) ou então evitar colaborar, para que o problema seja resolvido de forma explícita por ela (Laakso, 2003).

2.3.2. Reparação e afasia

A organização da reparação é particularmente importante no discurso da PcA dada a variedade de problemas que podem surgir e impedir a continuidade da conversa, tais como perturbações da articulação, agramaticalidade, dificuldades de evocação, uso de parafasias, e problemas de compreensão, entre outros. Por ter uma grande prevalência nas interações com a PcA, a avaliação da organização da reparação é particularmente importante para o TF (Ferguson, 1994).

Milroy e Perkins (1993) defendem que a estrutura da reparação é diferente nas interações com as PcAs devido à perturbação da linguagem. Klippi (1996) sugere que as PcAs mantêm as mesmas convenções do mecanismo de reparação apesar do processo

ser mais difícil de realizar e demorar mais tempo ou até ser ineficaz visto implicar o acesso a alternativas linguísticas (de vocabulário, sintaxe ou fonologia). A tentativa de reparar um problema pode tornar-se bastante disruptivo da conversação, uma vez que, frequentemente, tanto a PcA como o seu PC se envolvem, durante muito tempo, na tarefa de esclarecer o mal entendido, acabando por provocar uma quebra na sequência da interação (Milroy & Perkins, 1993). Nestes momentos, a incompetência da PcA fica particularmente exposta, podendo despoletar sentimentos de frustração, embaraço ou, por último, evitamento da conversa (Le Dorze & Brassard, 1995).

Acredita-se que os PCs ajudam a reduzir o impacto da afasia na conversação quando realizam um trabalho de colaboração com a PcA para chegar a um mútuo entendimento, o mais rápido e eficazmente possível (Milroy & Perkins, 1993). A isto se dá o nome de reparação colaborada (Milroy & Perkins, 1993; Perkins 2003).

Foram descobertas diferenças nas estratégias de reparação usadas nas interações terapeuta-PcA, relativamente às interações familiar-PcA (Lubinski *et al*, 1980; Lesser & Algar, 1995; Perkins, 1995; Lindsay & Wilkinson, 1999). Lubinsky *et al.*, (1980) constataram que os familiares da PcA tentavam colaborar na reparação de um problema com a maior eficiência possível, e na maioria das vezes utilizam a estratégia “pergunta-advinha” que consiste em ir sugerindo hipóteses lexicais até a PcA selecionar a correta. Lubinsky também notou que a esposa da PcA preocupava-se em corrigir as palavras mal pronunciadas e os erros semânticos. Por sua vez, outros autores (Lindsay & Wilkinson, 1999) concluíram que, em conversas com familiares, a PcA prefere a auto-reparação. Pelo contrário, no contexto terapêutico observou que o terapeuta procurava encobrir os problemas ou encorajava a auto-reparação.

Perkins (1995) concluiu que os estilos individuais de comunicação e a natureza do problema têm mais influência na forma como a reparação é gerida na conversa do que a quantidade de conhecimento partilhado entre os interlocutores. Familiares com o mesmo grau de conhecimento partilhado do tópico, realizam diferentes abordagens ao problema. No caso das interações com o terapeuta, o facto deste possuir menos conhecimento sobre determinados tópicos de conversa, leva à realização e colaboração na reparação.

2.4. ANÁLISE CONVERSACIONAL

2.4.1. A Análise Conversacional e os Princípios da Conversação

A Análise Conversacional (AC) é uma abordagem analítica que tem a sua origem nos trabalhos desenvolvidos nos anos 60 e 70 pelo sociologista Harvey Sacks e os seus colegas Emanuel Schegloff e Gail Jefferson (Goodwin, 2003). Estes sociologistas por sua vez, inspiram-se, sobretudo, na tradição etnometodológica da sociologia, que estuda como o fenómeno social é estruturado pelas atividades diárias dos indivíduos e pelo senso-comum (Goffman, 1959; Garfinkel, 1967). Debruça-se sobre os padrões e conhecimentos que dão sentido ao mundo social e que permitem aos indivíduos agir perante as mais variadas situações das suas vidas. Nesta corrente, o contexto assume um papel fundamental (Goodwin & Heritage, 1990).

A AC é a única abordagem à pragmática que tem em consideração os pormenores da conversação e que a estuda do ponto de vista da colaboração entre os participantes. O seu objetivo é perceber como a ordem de uma conversa é atingida na interação. Como tal, o objeto de análise não é o indivíduo mas a díade comunicativa (Damico, Oelschlaeger & Simmons-Mackie, 1999; Goodwin, 2003). A AC permite também analisar quais os elementos do contexto que são considerados relevantes e consequentes para os participantes.

Como método, a AC requer a recolha de amostras de conversação em contextos naturais, através da gravação vídeo ou áudio das mesmas, seguida da sua transcrição segundo um dos vários sistemas de codificação de transcrição existentes. Apesar da transcrição, o registo mais importante é sempre a gravação (Liddicoat, 2007).

2.4.2. Análise Conversacional no estudo da afasia

A AC difere claramente dos métodos tradicionais de investigação da linguagem, uma vez que não estuda as palavras ou frases isoladas, mas a linguagem no ambiente natural, em interação; não analisa os erros mas foca-se na fonte do problema; não analisa o individual mas a díade comunicativa. Por estes motivos, esta metodologia foi adotada pelos linguistas e afasiologistas para o estudo da pragmática e da comunicação funcional. A afasia foi a primeira perturbação da comunicação em que a AC foi aplicada sistematicamente. A AC permitiu analisar o impacto da afasia na organização da interação e da participação, as competências comunicativas da PcA e as estratégias

comunicativas utilizadas por eles e pelos parceiros sem afasia (Damico, Oelschlaeger & Simmons-Mackie, 1999). A importância dada à função social da conversa, torna-a também adequada ao estudo das consequências psicossociais da afasia (Sorin-Peters, 2004).

Ao longo dos últimos 15 anos, vários investigadores aplicaram procedimentos de AC ao estudo do comportamento da PcA e dos seus parceiros, durante as interações conversacionais (e.g. Laasko, 1992; Goodwin, 1995; Klippi, 1991, 1996; Ferguson, 1998; Booth & Perkins, 1999; Booth & Swabey, 1999; Oelschlaeger & Damico, 2000; Cunningham & Ward, 2003; Goodwin, 2003; Sorin-Peters, 2004; Wilkinson & Wielaert, 2012).

Existem evidências científicas que demonstram que este tipo de intervenção não está apenas a ser utilizada como ferramenta de investigação mas também como método de reabilitação na prática clínica diária (Wilkinson & Wielaert, 2012). Existem já alguns instrumentos concebidos para este fim e que utilizam a metodologia da AC, como por exemplo: *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia* (CAPPA) (Whitworth, Perkins & Lesser, 1997), o *Supporting Partner of People with Aphasia in Relationships and Conversation* (SPPARC) (Lock, Wilkinson & Bryan, 2001) e o *Partners van Afasiepatient Conversatie Training* (PACT) (Wielaert & Wilkinson, 2012). Segue-se a descrição do primeiro, visto este ser o instrumento utilizado neste trabalho.

2.4.3. Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)

O CAPPA (Whitworth, Perkins & Lesser, 1997) é um instrumento tem como objetivo reunir informação específica acerca da forma como as manifestações da afasia têm impacto na conversação tanto na perspetiva da PcA como do seu PC. Visa, portanto, suportar uma intervenção individualizada e medir as mudanças ocorridas na conversação ao longo do tempo.

Através de entrevistas e da AC de uma amostra de conversa, gravada em contexto natural, o CAPPA permite observar: (1) os problemas que ocorrem na conversação, (2) as estratégias utilizadas por cada um dos participantes, (3) quais os resultados da utilização das mesmas, na conversação, reforçando as bem sucedidas e desenvolvendo outras para otimizar a interação, (4) selecionar alvos de intervenção e, (5) avaliar mudanças após intervenção. É um instrumento maioritariamente qualitativo mas que fornece também dados quantitativos. O CAPPA não substitui mas complementa os

instrumentos disponíveis para avaliar a comunicação funcional, tais como, por exemplo, a *Communicative Abilities in Daily Living* (CADL) (Holland, 1980) que se foca na PcA, e não analisa nem o seu PC nem a interação conversacional.

2.5. INTERVENÇÃO FOCADA NA INTERAÇÃO E NO PARCEIRO DE COMUNICAÇÃO DA PESSOA COM AFASIA

2.5.1. Modelo social de intervenção

O modelo conceptual da Organização Mundial de Saúde – a Classificação Internacional de Funcionamento e Doença (CIF) – insere-se numa perspetiva biopsicossocial que engloba as áreas do corpo, do indivíduo e da sociedade. Este modelo define a incapacidade de acordo com vários domínios: Estruturas e Funções do Corpo; Atividades e Participação; e Fatores Contextuais. O Modelo Social de intervenção atua no domínio da participação da CIF (WHO, 2001) e o objetivo último é a melhoria da qualidade de vida da PcA. Neste modelo a afasia é mais do que um defeito de processamento linguístico decorrente de uma lesão cerebral, mas é vista fora do indivíduo, na dinâmica de relações interpessoais, na comunidade social. A conversação é vista como uma atividade central para o ser humano e como tal, quando perturbada, a qualidade de vida da pessoa fica comprometida (Kagan & Gailey, 1993; Simmons-Mackie, 1998). Consequentemente, no modelo social, o objetivo da intervenção é combater as consequências sociais da afasia e promover a participação e integração do indivíduo na sociedade. São tidas em conta as adaptações e atitudes dos parceiros comunicativos, pois são fatores de resiliência para o sucesso das interações da PcA. Para além de adaptar o indivíduo à sociedade, trata-se de adaptar a sociedade ao indivíduo. Uma vez que este estudo se insere neste modelo não iremos proceder à comparação com os restantes modelos de intervenção, contudo, no anexo 1 poder-se-á consultar mais informações sobre cada um deles.

Simmons-Mackie (2008) enumerou os princípios da intervenção no modelo social: 1) aborda a troca de informação e as necessidades sociais como dois objetivos da comunicação; 2) trata a comunicação em contextos autênticos, relevantes e naturais; 3) a comunicação é dinâmica, flexível e multidimensional; 4) foca-se na natureza colaborativa da comunicação; 5) foca-se na interação natural, particularmente na conversa; 6) foca-se nas consequências pessoais e sociais da afasia; 7) foca-se nas

adaptações à perturbação; 8) inclui as perspetivas daquelas que são afetados pela afasia; e 9) encoraja o uso de medidas qualitativas que incluam o ponto de vista das PcA e dos seus PCs.

Neste modelo, o PC tem um papel importante. Qualquer um que interaja com a PcA é um potencial PC, incluindo familiares ou amigos, voluntários, profissionais de saúde ou cuidadores formais. Um PC competente e informado, que forneça suporte necessário durante a conversa, facilita a participação da PcA na mesma. Kagan *et al.* (1995, 2004) afirma que essa é a chave para uma plena participação. Fornecer aconselhamento e treino específico permite aos PCs uma melhor adaptação das suas formas de comunicar às dificuldades e necessidades comunicativas específicas do seu familiar ou amigo com afasia. Todos vão sentir-se mais competentes na interação.

2.5.2. Terapias de base conversacional

O aconselhamento dos PCs com base em listagens de comportamentos e estratégias gerais é insuficiente. O que se pretende é criar uma parceria o mais natural possível, de maneira a promover uma conversação com sucesso e aumentar a autonomia e confiança da PcA. Para isto torna-se necessário que os PCs tomem conhecimento de estratégias facilitadoras da comunicação e das características inerentes a um processo de interação natural (Simmons-Mackie, 2008). O treino do PC também não consiste em ensiná-lo a ser “terapeuta” do seu familiar ou amigo com afasia. Segundo Simmons-Mackie (2008) quando tal acontece, cria-se uma dinâmica do tipo professor-aluno, que difere da interação social, natural e adulta.

Muitos têm sido as propostas de intervenção dirigidas à conversa e à maximização da colaboração entre os seus intervenientes. Inicialmente este tipo de programas de intervenção focavam-se nas competências da PcA, ou seja, atuavam ao nível da transação da mensagem (e.g. Davis & Wilcox, 1985; Pulvermuller & Roth, 1991; Leiwo, 1994). Mais tarde, surgiram terapias para trabalhar as competências dos PCs e a parceria comunicativa como um todo, ou seja, o foco passou a ser a interação (e.g. Lesser & Algar, 1995; Wilkinson, 1995; Booth & Perkins, 1999; Boothe & Swabey, 1999). O programa de intervenção *Supported Conversation for Adults with Aphasia* (SCA) (Kagan & Gailey, 1993; Kagan, 1998) foi pioneiro neste tipo de paradigma de intervenção. Alicerçado no princípio de que a afasia mascara a competência do indivíduo, limitando-lhe o acesso à tomada de decisões, ao

envolvimento social e à participação em várias atividades, o programa SCA visa criar oportunidades para a conversação e salientar a competência da PcA na conversa através de PCs informados e facilitadores. Através deste constroem-se “rampas” para o acesso comunicativo. O programa SCA habilita, portanto, os PCs para: reconhecer e revelar a competência da PcA.

O reconhecimento da competência passa por acreditar e admitir, de forma implícita e explícita na conversa, de que a PcA é, acima de tudo, um adulto com opiniões, sentimentos e ideias, competente e capaz de as transmitir, e que deve ser respeitado e tratado como tal. Revelar a competência da PcA, consiste em assegurar que esta compreende a mensagem e que tem como responder ou expressar o que pensa, sabe e sente. A verificação das respostas da PcA também é fundamental. O programa de treino inclui gravações de vídeo das conversas e suas transcrições, análise qualitativa de aspetos relacionados com as dimensões da interação e transação, e *role-playings* (Kagan, 1998).

O *Coaching* Conversacional (Holland, 1991; Hopper, Holland & Rewega, 2002) também é um método de intervenção utilizado para o treino de competências dos PCs. Inicialmente este foi concebido para trabalhar as estratégias compensatórias da PcA, mas mais tarde foi adaptado para trabalhar a díade e os PCs. Consiste na gravação e análise das conversas pela PcA e pelo seu PC, juntamente com o terapeuta. Estes discutem e selecionam as estratégias ineficazes e as soluções mais importantes para a díade. Posteriormente, em situação de conversa, treinam o uso das estratégias e o terapeuta (“treinador”) intervém para orientar e promover a reflexão e solução de eventuais problemas que surjam na interação.

Programas de intervenção em grupo também têm sido documentados e são eficazes no treino dos PCs (Kagan, 1998; Booth & Swabey, 1999; Pound, Parr, Lindsay & Woolf, 2000). O uso de vídeos das interações servem de guia e facilitam a discussão das potenciais mudanças (Wilkinson, 1995). O uso simultâneo de outras técnicas, tais como o método *Promoting aphasics' communicative effectiveness* (PACE) (Davis & Wilcox, 1985) e o *Coaching* Conversacional também são aplicadas em grupo.

No estudo realizado por Matos (2012), em Portugal, os familiares e amigos de PcAs, demonstraram a necessidade de serem envolvidos na terapia, tanto na avaliação como na intervenção, de serem informados sobre o que é a afasia e quais as suas consequências, assim como sobre quais as estratégias que poderão utilizar para facilitar a comunicação com os seus parceiros com afasia. Apesar disto, Matos constatou que

existem ainda poucas estruturas em Portugal que forneçam este tipo de intervenção mais focado na conversa e na participação da PcA, e no suporte e envolvimento tanto da PcA como dos seus PCs. Apesar dos paradigmas de intervenção se encontrarem em mudança, impulsionados pelas recentes diretivas da Organização Mundial de Saúde e pela CIF, e de cada vez mais os TFs portugueses se preocuparem com estas questões relacionadas com a funcionalidade e participação (Matos, 2012), ainda é escassa a literatura portuguesa acerca de programas de intervenção a este nível e da sua eficácia.

2.5.2.1. Uso da Análise conversacional nas terapias de base conversacional

Vários estudos têm utilizado a Análise Conversacional (AC) para avaliar as características específicas das díades PcA-PC, planejar a intervenção, e no final, avaliar os resultados, variando nas abordagens de intervenção utilizadas e nos instrumentos de avaliação complementares utilizados (e.g. Wilkinson *et al.*, 1998; Cunningham & Ward, 2003; Raymor & Marshall, 2003).

Wilkinson e Wielaert (2012) realizaram uma revisão da literatura com o objetivo de perceber se a terapia focada na interação conversacional provoca efetivamente melhorias na mesma. Incluíram seis estudos-de-caso que utilizavam a metodologia da AC e que continham informações sobre o processo e os resultados da intervenção. Em todos foram realizadas gravações em vídeo ou áudio das conversas naturais entre a PcA e o PC significativo, antes e após a intervenção. A análise feita recaía em aspetos da conversação tais como a gestão do tópico e as estratégias de reparação. Em todos eles, foi feita análise conjunta das gravações.

Na página seguinte, é possível consultar no quadro 1, as informações sumárias dos três estudos que registaram, no final, mudanças positivas no comportamento comunicativo do PC. Nestes três estudos, os comportamentos de reparação foram alvo de intervenção. Na quadro 2, encontram-se informações sumárias dos três estudos cujos resultados mostraram mudanças positivas na forma como a PcA comunica, após a intervenção conjunta com o seu PC.

Os estudos que utilizam a metodologia de AC complementam-na com diversas avaliações, formais e informais, para melhor averiguar o impacto da afasia na vida e no bem-estar psicossocial da PcA e dos seus PCs, para comparar esses resultados com a AC e, claro, para melhor interpretar esses resultados.

Quadro 1. Três estudos em que ocorreram mudanças nos comportamentos comunicativos do PC após intervenção focada na interação (Wilkinson & Wielaert, 2012)

Estudo	Participantes	Tratamento: tipo e duração	Problemas comunicativos alvo	Método de Tratamento	Resultados
Booth & Perkins, 1999	PC	Tratamento em grupo com vários PCs 2h/semana 6 semanas Total: 12h	PC utilizava pistas e incentivava a correção dos erros pela PcA - sequências de reparação longas presentes em 78% dos turnos. Comprimento médio das sequências de reparação=35 turnos	Informação sobre a afasia, os défices linguísticos e a reparação. Exercícios em papel para o PC completar relativos à informação dada. Exercícios e aconselhamento sobre as estratégias de reparação do PC.	A atividade de reparação diminuiu para 29% dos turnos; Ausência de pistas e pedidos de correção de erros. Comprimento médio das sequências de reparação=8 turnos
Lock <i>et al.</i> , 2001	PcA e PC	Visitas domiciliárias ao casal. 2-3h / 4 vezes Total: 8-12h	As tentativas do PC para que a PcA corrigisse os seus erros fonémicos faziam com que a PcA ficasse frustrada e triste.	Informação oral e escrita sobre reparação. Discussão entre o casal e análise dos vídeos. Discussão da possibilidade do PC deixar de solicitar a correção dos erros pela PcA, suportado com material escrito	Ausência de pedidos por parte do PC para correção dos erros pela PcA.
Lesser & Algar, 1995	PC	Uma sessão em que o investigador fala através de um folheto com informação e aconselhamento individualizado	A PcA experiencia dificuldades de evocação na conversa.	Informação através de um folheto sobre os défices linguísticos da PcA e sobre estratégias individualizadas para que o PC colabore na reparação.	Aumento do uso das estratégias de reparação recomendadas.

Quadro 2. Três estudos em que ocorreram mudanças nos comportamentos comunicativos da PcA após intervenção focada na interação (Wilkinson & Wielaert, 2012)

Estudo	Participantes	Tratamento: tipo e duração	Problemas comunicativos alvo	Método de Tratamento	Resultados
Wilkinson <i>et al.</i> , 2010	PcA e PC	Visitas domiciliárias ao casal. 1-2h / semana 8 semanas Total: 8-16h	O PC realiza muitas perguntas de resposta sim/não e perguntas fechadas - a PcA não usa as suas competências linguísticas como poderia e dá respostas curtas. A PcA tem pouca influência no desenvolvimento dos tópicos em discussão.	Discussão e material escrito sobre as sequências de pergunta-resposta e as suas consequências. Discussão e aconselhamento com base nos vídeos e material escrito personalizado. <i>Role-plays</i> das novas estratégias, realizados nas sessões.	Redução do uso de perguntas sim/não e perguntas fechadas, resultando na produção de frases maiores pela PcA. Esta passa a poder desenvolver mais o tópico. Verificou-se um aumento significativo de comportamentos conversacionais após a terapia.
Wilkinson <i>et al.</i> , 2011	PcA e PC	Visitas domiciliárias ao casal. 2-3h 4 vezes Total: 8-12h	Todas as vezes que a PcA tenta iniciar um tópico é ineficaz porque não é imediatamente compreendido/continuado pelo PC.	Visualização do vídeos com o casal e discussão dos problemas relacionados com o início de tópicos. Discussão e prática de novas estratégias para esses problemas (com <i>role-plays</i>), nas sessões e entre as sessões.	Todos as vezes que a PcA inicia um tópico é bem sucedido. Cada um passou a usar as estratégias novas com frases temporais com entoação (ex: “amanha de manhã?...”) no início de um tópico. O PC passou a usar mais a confirmação para facilitar a continuação do tópico pela PcA.
Beeke <i>et al.</i> , 2011	PcA e PC	1,5h/semana 8 semanas Total: 12h	A PcA produzia longas pausas não sendo claro se pretendia continuar a falar.	Observação dos vídeos e discussão de novas estratégias baseada na mesma	A PcA passou a assinalar quando estava a procurar uma palavra com “ <i>uhm</i> ” e “ <i>er</i> ”. O PC passou a fazer perguntas para clarificar.

2.5.2.2. A escolha do parceiro de comunicação

Apesar das características das PcAs serem compreensivelmente bem descritas nos estudos, o mesmo não acontece com os PCs envolvidos na intervenção, sendo que as variáveis a si associadas têm sido pouco exploradas assim como a sua influência nos resultados (Turner & Whitworth, 2006; Simmons-Mackie *et al.*, 2010). Normalmente, os critérios de inclusão de um PC num programa de treino prendem-se com o seu interesse e disponibilidade para participar (e.g. Wilkinson *et al.*, 1998; Booth & Swabey, 1999; Cunningham & Ward, 2003).

Simmons-Mackie e Kagan (1999) estudaram as características de um “Bom” e de um “Mau” PC. Um “Bom” PC favorece o envolvimento na relação social acima da obtenção de informação e adapta-se ao estilo individual e estratégias usadas pela PcA. Um “Mau” PC foca-se na troca de informação e presta menos atenção às necessidades sociais da PcA, sendo mais rígido no seu estilo comunicativo e privilegiando o modo verbal. Estes autores defendem que uma atitude do PC que valorize a PcA poderá ser tão importante como o uso de uma estratégia comunicativa concreta (Kagan & Gailey, 1993). Neste sentido, é sugerido que o treino dos PCs englobe tanto as competências comunicativas como as atitudes face à afasia e à pessoa que a tem. Estudos anteriores demonstraram uma opinião dividida quanto aos benefícios em intervir com PCs que demonstram competências comunicativas prévias efetivas. Boles (1997) sugeriu que “Bons” PCs de pessoas com afasias ligeiras poderão não beneficiar com o treino por já possuírem competências adequadas. Contrariamente, Booth e Swabey (1999), concluíram no seu estudo que dois dos casais com boas competências comunicativas prévias, sentiram que beneficiaram com o reforço daquilo que já faziam corretamente. Para Turner e Whitworth (2006) é razoável considerar que “Bons” comunicadores vão ganhar com o treino, tornando-se mais seguros e aumentando o bem estar da interação. Contudo, não é claro se “Maus” comunicadores também beneficiam, e se sim, em que medida. O facto dos estudos não serem claros na descrição dos participantes sem afasia impossibilita a compreensão da relação entre estes fatores.

Turner e Whitworth (2006) tentaram perceber quais os critérios usados pelos terapeutas da fala (TFs) na seleção de PCs candidatos a treino específico. Os TFs participantes neste estudo elegeram seis atitudes comunicativas e onze comportamentos comunicativos associados a potenciais “Bons” e a “Maus” candidatos. As atitudes comunicativas foram consideradas mais importantes para a tomada de decisão do

terapeuta, apesar de terem sido identificados um maior número de comportamento comunicativos. Destes o mais importante foi a “capacidade de escuta”.

A partir destes resultados foi criado um procedimento piloto de avaliação do PC – *Profile of Partner Candidacy for Conversation Training* (anexo 2). O preenchimento deste perfil é feito com base numa entrevista semi-estruturada ao PC e com base na análise de uma conversa gravada em vídeo ou áudio. No estudo piloto com este instrumento, Turner e Whitworth (2006) concluíram que os parceiros que possuem critérios para usufruírem de intervenção têm uma mistura de comportamentos comunicativos “bons” e “maus”. A avaliação mais detalhada das atitudes e comportamentos do PC facilitou a identificação de objetivos terapêuticos e, após a intervenção, uma melhor compreensão dos resultados. Assim, Turner e Whitworth (2006) reforçam a importância de descrever ao máximo as variáveis associadas ao PC, através do uso de questionários, entrevistas semi-estruturadas e/ou análise da conversa, para poder interpretar melhor a influencia das mesmas na interação e nos resultados de intervenção.

2.5.2.3. Eficácia do treino dos parceiros a longo prazo

Os estudos relatam resultados positivos quando é realizado treino dos PCs, independentemente do tipo e gravidade da afasia. Estando estes estudos focados na interação, inserido no modelo social, a eficácia destas intervenções deveriam ser registada ao longo do tempo. Contudo, Turner e Whitworth (2006) constataram que a maioria dos estudos não realizaram *follow-up* dos comportamentos modificados. Aqueles que realizaram não deixaram passar tempo suficiente para medir o seu máximo impacto (e.g. Lyon *et al.*, 1997; Raynor & Marshall, 2003). Hopper *et al.* (2002) relatou a generalização e uso continuado das estratégias treinadas até três meses após a intervenção. Wilkinson (2012) refere a importância de haver mais investigação sistemática no sentido de perceber se as mudanças após o treino se mantêm e por quanto tempo.

III. PROBLEMA EM ESTUDO

É da responsabilidade do TF criar oportunidades de comunicação fora do contexto terapêutico e ajudar a PcA a superar as barreiras causadas pela mesma. O treino dos parceiros privilegiados de comunicação é fundamental para o suporte à participação da PcA, nos contextos de vida diária. Cabe ao TF, fornecer informação e estratégias para ajudar o PC a facilitar a conversação e revelar as competências do seu familiar e/ou amigo com afasia. Sabe-se que este tipo de intervenção reduz a desvantagem na conversação, aumenta o bem-estar e as oportunidades de participação. Esta intervenção pragmática deverá basear-se numa avaliação detalhada da interação comunicativa e dos comportamentos dos interlocutores com e sem afasia.

No contexto da conversação entre a PcA e o seu PC, neste trabalho espera-se poder responder às seguintes questões:

Questão 1: A formação específica do parceiro privilegiado de comunicação, feita de acordo com as necessidades verificadas, produz melhorias na conversação?

Questão 2: As melhorias da conversação interpessoal, caso existam, mantêm-se a médio prazo?

Atendendo a estas questões, colocam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1: A formação do parceiro privilegiado de comunicação, recebida durante o período de 4 semanas e baseada nos resultados da Análise Conversacional, produz melhorias na conversação entre este e o indivíduo com afasia.

Hipótese 2: A melhoria na conversação, caso exista, mantém-se 2 meses após a formação do parceiro de comunicação privilegiado.

Este estudo classifica-se metodologicamente como um estudo de caso. Pretende-se descrever e analisar um fenómeno complexo que é único e pessoal e que se pretende estudar como tal, em ambiente natural, no qual estão envolvidos diversos fatores com relações entre si (Creswell, 1998). Este estudo não será exclusivamente qualitativo uma vez que o instrumento que irá ser usado (CAPPA) também obtém dados quantitativos.

IV. METODOLOGIA

4.1. Participantes

Foram estabelecidos critérios de inclusão, tanto para o indivíduo com afasia como para o seu parceiro privilegiado de comunicação.

Para a pessoa com afasia (PcA) definiram-se os seguintes critérios:

- A. Existência de lesão cerebral de origem vascular única, restrita ao hemisfério esquerdo.
- B. Tempo de evolução igual ou superior a 6 meses;
- C. Língua materna portuguesa (Português Europeu);
- D. Quociente de Afasia entre 25 e 75 e classificação mínima de grau 2 na escala de Gravidade de Afasia obtidos através da aplicação da *Bateria de Avaliação das Afasias de Lisboa* (BAAL) (Damásio, 1973; Castro Caldas, 1979; Ferro, 1986);
- E. Presença de défices sensoriais (auditivos e/ou visuais) não corrigidos e que interfiram no processo de comunicação;
- F. Ausência de perturbações do foro neurodegenerativo;
- G. Ausência de dependências alcoólicas e toxicodependência;
- H. Ausência de perturbações psiquiátricas ou psicológicas;
- I. Existência de um parceiro de comunicação privilegiado com disponibilidade para participar no estudo.

Solicitou-se a vários terapeutas da fala (TFs) que intervêm com adultos com afasia, na zona Norte do País (zona de residência da autora deste trabalho), que referenciassem pelo menos um caso que cumprisse todos os critérios. Os critérios de A a G foram confirmados tanto pela terapeuta da fala da PcA como pelos familiares e, ainda, através de relatórios terapêuticos e clínicos fornecidos pela família onde, entre várias informações médicas, constavam resultados da TAC. Com o critério A pretendia-se obter casos sem perturbações adquiridas noutras funções cognitivas além da linguagem. Atendendo a que o processamento da linguagem difere nos bilingues (e.g. Milroy & Muysken, 1995) pretendia-se, com o critério C, obter uma pessoa com afasia que tenha adquirido como primeira língua o português Europeu.

Com o critério B pretendia-se que a PcA se encontrasse estabilizada do ponto de vista da evolução da lesão cerebral para diminuir ao máximo a interferência desta variável nos resultados de intervenção.

Com o critério D (relativo ao tipo e grau de afasia), à semelhança de Lindsay e Wilkinson (1999), pretendeu-se excluir os indivíduos com defeito linguístico muito grave, e que por isso, apresentariam grandes limitações na comunicação, com a maior parte do esforço comunicativo a ter de ser feito pelo interlocutor. Por outro lado, excluir indivíduos com defeito linguístico ligeiro e em que a adaptação do PC poderá ser reduzida ou desnecessária.

Relativo ao critério H e para despiste da ausência de depressão, posteriormente a autora do trabalho, aquando do contacto pessoal com a PcA e o seu cuidador, solicitou o preenchimento da versão portuguesa do *Stroke Aphasic Depression Questionnaire* (SADQ)¹ (Rodrigues, Santos & Leal, 2006; Patrícia & Santos, 2010) pelo parceiro de comunicação privilegiado.

Para seleccionar o PC mais indicado para participar no estudo, estabeleceram-se os alguns critérios específicos de inclusão, confirmados pela autora do trabalho, aquando do contacto pessoal efetuado (após referenciação pelos TFs):

- A. Indivíduo com convivência diária com a PcA;
- B. Indivíduo selecionado pela PcA;
- C. Existência de disponibilidade e motivação para participar no estudo;
- D. Existência de comportamentos e atitudes comunicativas na interação conversacional com a PcA, que justifiquem intervenção.

Os critérios A, B e C foram confirmados através de uma conversa inicial com a PcA e o respetivo PC, na qual foi explicado o objetivo deste estudo, os procedimentos gerais e foram feitas perguntas relativamente ao PC e à sua disponibilidade para participar neste estudo.

No total, foram referenciados pelos TFs quatro pessoas com afasia com um respetivo parceiro de comunicação: três casais (marido e esposa) e uma mãe e filha. Verificou-se que os PCs presentes no primeiro contacto corresponderam ao parceiro selecionado pelas PcAs e todos eram familiares que coabitavam com estas. Aos PCs, a autora realizou uma entrevista mais específica (criada para o efeito e descrita mais à frente) para confirmar os critérios C e D. Para complementar os dados da entrevista realizou-se ainda uma primeira gravação de vídeo da interação da díade, em contexto

¹ Este instrumento foi desenvolvido para avaliar a sintomatologia depressiva dos indivíduos com afasia e uma vez que os dados são recolhidos pelos familiares ou cuidadores próximos permite a avaliação de todos os casos. A versão portuguesa do SADQ utilizada corresponde à versão original, que é constituída por 21 itens (SADQ – 21) (Rodrigues, Santos & Leal, 2006) e é um instrumento adequado para a avaliação da sintomatologia depressiva em pessoas com afasia (Patrícia & Santos, 2010).

natural, feito pelos próprios. A observação informal desta interação e os dados obtidos na entrevista permitiram tomar decisão acerca da inclusão do PC no estudo. No final deste processo, excluíram-se dois casais e o par de mãe-filha, visto os PCs não cumprirem todos os critérios. Um deles apresentou falta de disponibilidade para participar no estudo a longo prazo; outro apresentou falta de motivação e disponibilidade para receber intervenção e, além disso, a análise do vídeo revelou a existência de comportamentos comunicativos bastante adequados no que diz respeito à troca de turnos e à reparação; e por fim, num dos casos, a PcA apresentava um perfil comunicativo pré-mórbido bastante reservado e passivo, que se manteve após a instalação da afasia. Neste caso, foi a PcA que manifestou desinteresse no trabalho e na mudança na forma como ambos interagiam. Assim, foram excluídos estes três pares, restando apenas um casal (marido e mulher) que correspondi aos critérios estabelecidos, com as seguintes características:

Pessoa com afasia – C.

O senhor C. tem 55 anos e 8 anos de escolaridade. Teve vários empregos ao longo da vida. Foi empregado numa loja de máquinas de escrever, escriturário num tribunal, e motorista internacional de longo curso, atividade que se encontrava a exercer quando teve o AVC. Mora com a esposa (G.), com quem é casado há quase 5 anos, e com a sogra. Tem dois filhos do casamento anterior com quem não mantém relacionamento. Não tem filhos do casamento com G. mas tem laços afetivos fortes com a filha e com a neta de G., de 2 anos de idade.

Teve um AVC hemorrágico em Janeiro de 2009. Apresenta 4 anos de evolução, tendo como sequelas uma hemiparesia direita, afasia, apraxia e disartria.

Na última TAC realizada consta (data ilegível): “hipodensidade fronto-parietal esquerda, sequele de hemorragia e intervenção cirúrgica. O hematoma intra-parenquimatoso esquerdo que interessa também o putamen e tálamo esquerdos (...)”

Da avaliação da linguagem pela BAAL, C. apresenta uma afasia global com Quociente de afasia 59,9. Apesar deste diagnóstico terapêutico apresenta um grau 3 na escala de gravidade da afasia². Apresenta discurso não-fluente, com esforço produtivo, defeito na articulação, por vezes, com distorção de vogais e consoantes, repetições de sons e prosódia alterada. Apresenta dificuldades de evocação, produz parafasias de todos os tipos, mas predominantemente, fonológicas e utiliza frases telegráficas. Apresenta compreensão perturbada no cumprimento de ordens simples na BAAL. Contudo, em conversa apresenta um nível de compreensão melhor e funcional mas falha na compreensão de estruturas gramaticais mais complexas ou descontextualizadas. Apresenta também apraxia bucofacial. Recorre a gestos idiossincráticos,

² Grau 3 na escala de gravidade: “O doente consegue discutir quase todos os problemas da vida quotidiano, podendo ser necessária uma pequena ajuda. No entanto, a perturbação no discurso e na compreensão tornam a conversação sobre certos assuntos difícil ou mesmo impossível.” (BAAL, Castro Caldas, 1979; Damásio, 1973; Ferro, 1986).

aponta, usa expressões faciais variadas e escreve com o dedo “no ar” para se auto-reparar e dar pistas ao parceiro.

Valor do SADQ= 11 logo não apresenta sintomatologia depressiva (pela linha de corte 17 definida no estudo de Santos & Patrício, 2010).

Teve intervenção de terapia da fala desde essa altura: inicialmente três vezes por semana, depois duas, e atualmente encontra-se a realizar intervenção uma vez por semana, em clínica fisiátrica, para manutenção. Segundo a sua terapeuta da fala, a intervenção dirige-se principalmente à linguagem (expressão oral e escrita) e à motricidade orofacial. A esposa assistiu, desde o início, à maioria das sessões.

Parceiro de Comunicação – G.

A G. tem 57 anos. Tem o curso comercial e exercia a profissão de Técnica Oficial de Contas. Encontra-se desempregada há alguns anos.

Era divorciada e casou com C. há quatro anos, pouco tempo antes deste ter o AVC. Mora com C. e com a mãe, de quem também é cuidadora pois tem Doença de Parkinson.

Desde o AVC até hoje G. assiste às sessões de terapia da fala.

4.2. Instrumentos de recolha de dados

4.2.1. Entrevista com o Parceiro de Comunicação

A entrevista semi-estruturada para o PC (apêndice 1) foi elaborada com base no estudo de Turner e Whitworth (2006) de forma a: obter alguns indicadores da relação pré-mórbida e atual do casal; caracterizar a esposa enquanto interlocutora; recolher opiniões sobre o impacto e consequências da afasia na conversa; identificar algumas estratégias gerais usadas pelo PC para resolver dificuldades na conversa e, por fim, avaliar a sua motivação e interesse em participar na intervenção. Pretende-se que as informações obtidas nesta entrevista contribuam para a avaliação crítica dos resultados obtidos e para a reflexão sobre a possível influência do perfil do interlocutor e da relação do casal nesses mesmos resultados. Assim sendo, selecionaram-se cinco atitudes e dois comportamentos comunicativos a explorar e conhecer melhor através desta entrevista. São eles:

- Valorização da função social da conversa
- Reconhecimento da comunicação como algo que é partilhado/colaborado
- Aceitação da situação/estado de comunicação da PcA
- Reconhecimento de que a comunicação tem potencial de mudança
- Aceitação de outros modos de comunicação além da fala

- Estratégias utilizadas para lidar com a afasia durante a conversa

- Competências de escuta do PC

A entrevista procura ainda obter dados relevantes quanto ao/às:

- Grau de confiança para a mudança
- Interesse em ser alvo de intervenção
- Grau de importância atribuído à intervenção/formação
- Expectativas relativamente à intervenção.

A entrevista com o PC foi transcrita pela autora do trabalho (apêndice 1) para serem retirados excertos exemplificativos da presença ou ausência dos aspetos supramencionados, de acordo com o que é sugerido por Turner e Whitworth (2006). Para complementar as informações obtidas na entrevista com o PC, realizou-se uma primeira filmagem da interação, em contexto natural e na ausência da investigadora. A análise da interação permitiu caracterizar melhor esses mesmos aspetos, fornecendo uma imagem realista da interação dos participantes.

4.2.2. *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia (CAPPA)*

O CAPPA (Whitworth, Perkins & Lesser, 1997) foi o instrumento utilizado neste estudo, para avaliar a conversação antes e após a intervenção. O instrumento é constituído por três partes, contudo, atendendo aos propósitos deste estudo optou-se por utilizar apenas as partes A e C (à semelhança dos estudos de Booth & Perkins, 1999; Booth & Swabey, 1999).

PARTE A – consiste numa entrevista que obtém informações acerca da perceção da PcA (quando possível) e do seu PC relativamente às competências de conversa atuais da PcA. Esta entrevista é constituída por 26 questões, organizadas em quatro secções: 1) capacidades linguísticas; 2) reparação; 3) iniciação e troca de turnos; e 4) gestão de tópico. Para este trabalho, com foco na reparação e na troca de turnos, foram utilizadas somente as secções 2 e 3 (apêndice 2). Para cada uma destas secções, as perguntas investigam as seguintes características da PcA, na conversa:

Secção 2: Reparação

1. Capacidade de iniciar reparação no turno do parceiro de comunicação
2. Capacidade de iniciar a reparação dos próprios erros
3. Capacidade de reparar os seus erros sem ajuda, após auto-iniciação
4. Capacidade de reparar o seu turno quando iniciado pelo parceiro de comunicação

Secção 3: Iniciação e Troca de Turnos

5. Capacidade de iniciar uma conversa
 6. Falha a responder quando é selecionado como falante seguinte
 7. Atraso a responder quando selecionado como falante seguinte
 8. Produção de pausas longas a meio dos turnos
 9. Violação dos turnos do parceiro de comunicação
 10. Falha a terminar a conversa
 11. Limita o que diz ao mínimo
-

Para cada pergunta, o entrevistado tem de indicar a frequência em que ocorre cada comportamento (F – Frequentemente; O – Ocasionalmente; N – Nunca). Se a frequência de ocorrência se encontrar fora do que é esperado acontecer numa conversa “normal” (respostas que estão assinaladas com um asterisco no formulário da entrevista), realizam-se três perguntas para obter informação sobre: as estratégias utilizadas para gerir esse comportamento; o resultado dessas estratégias; e o grau de problema que isso constitui para a pessoa entrevistada (cotado como: 0 – Não é um problema; 1 – Algum problema; 2 – Um grande problema).

PARTE C – esta parte inclui a recolha de uma amostra de conversa entre a PcA e o seu PC. Esta recolha deverá ser feita no contexto de casa, pelos próprios. É feita a transcrição e análise de 10 minutos da amostra. Nesta fase, é possível avaliar a precisão das perceções do PC (ou seja, o nível de concordância), assim como é possível identificar estratégias que não foram reportadas por ele na entrevista.

O manual do CAPPa prevê as situações em que um dado comportamento não é observável na amostra de conversa, no entanto, o investigador/clínico tem a certeza que esse comportamento existe na interação, quer pelas suas observações, quer pelo desempenho nas outras avaliações realizadas. Na ausência de evidência, o manual enumera três possíveis razões: a amostra de 10 minutos pode ser limitada; um comportamento que é proeminente numa avaliação ou numa tarefa terapêutica pode não ter um impacto evidente na conversa com o seu PC; ou a PcA e o seu PC poderão ter desenvolvido estratégias para evitar a manifestação desses comportamentos.

Para a utilização deste instrumento foi necessário proceder à sua tradução e validação do conteúdo. A tradução inicial foi feita pela investigadora. Esta tradução foi corrigida por três terapeutas da fala com experiência na área da afasia, com nível de domínio da língua inglesa excelente e selecionadas por critério de proximidade. Estas três pessoas foram informadas quanto aos objetivos deste trabalho e do instrumento em

tradução. Cada uma delas realizou uma primeira correção do conteúdo, da qual surgiu uma nova versão. Nos pontos de opinião divergente, colocaram-se várias opções em escolha múltipla, novamente à sua consideração. Obtida a concordância entre todos, surgiu a versão final (apêndice 2). Dada a especificidade do conteúdo deste instrumento, considerou-se suficiente o facto de se ter obtido concordância dos peritos, sem necessidade de mais procedimentos de validação.

O manual do CAPPa aconselha a adaptação da entrevista para facilitar a aplicação à PcA, através da simplificação ou omissão de perguntas. Se mesmo assim for muito difícil a sua aplicação, então estas deverão ser feitas apenas ao PC. Neste estudo, optou-se, inicialmente, por aplicar a entrevista à PcA e, para tal, elaborou-se um formulário de entrevista *aphasia friendly*³ (apêndice 3).

4.2.3. Supported Conversation for Adults with Aphasia (SCA)

O CAPPa fornece dados essencialmente sobre a reparação e a troca de turnos. Sabendo da importância do PC para providenciar o suporte à comunicação e participação da PcA (Kagan, 1998), e que esse envolvimento tem influência direta nos fenómenos de reparação e de Troca de turnos, pretendeu-se realizar uma avaliação mais abrangente das competências do PC, utilizando os princípios do método SCA.

Avaliou-se a capacidade da esposa providenciar suporte à comunicação do marido com afasia, isto é, de que forma a PC:

- reconhece a competência do marido (nível de interação);
- ajuda a revelar a competência do marido, ou seja, assegura que ele compreende, que ele tem meios para responder; e realiza verificação (nível de transação);

Para esta descrição, utilizou-se como referência um instrumento criado por Kagan *et al.* (2004) para avaliar estas duas capacidades – *Measure of Skill in Supported Conversation (MSSC)*. Deste instrumento, utilizou-se, mais especificamente a listagem de comportamentos que o PC deverá apresentar para que seja capaz de reconhecer e revelar competência (anexo 3). Esta listagem, traduzida livremente pela autora, serviu de guia para a análise qualitativa dos comportamentos e atitudes do PC, à semelhança do que foi feito no estudo de Sorin-Peters (2004). A mesma análise foi feita antes e após a intervenção.

³ Assumiu-se como sendo *aphasia-friendly* material escrito que usa palavras simples e frases curtas; que usa um tipo de letra bem visível; que usa palavras com maior conteúdo informativo, com espaços brancos e imagens relevantes (Rose, Worral & Mckenna, 2003; Stroke Association, 2012).

4.3. Procedimentos

4.3.1. Entrevistas do CAPPa (Secção 2 e 3)

As instruções do manual do CAPPa relativamente à aplicação das entrevistas foram seguidas rigorosamente. Foram utilizados dois cartões de suporte às respostas: um com as opções de resposta quanto à frequência e outro com as opções de respostas quanto ao grau de problema (apêndice 2). Para todas as perguntas registou-se todo o tipo de informação qualitativa fornecido pelo entrevistado, nos espaços existentes para o efeito.

Quando a resposta dada se encontrava assinalada com asterisco, realizavam-se as questões suplementares (a), (b) e (c).

No final das entrevistas, as respostas de frequência e de grau de problema (cotadas de 0 a 2) foram transpostas para o formulário do Sumário (ver exemplo preenchido no apêndice 4). Quando as perguntas suplementares não foram feitas atribuiu-se 0 na cotação de problema. Marcou-se como N/A (não aplicável) quando uma pergunta não foi efetuada ou não foi respondida. A percentagem total, tanto para a frequência como para o problema, foi calculada, omitindo-se os itens marcados como N/A. As colunas “Evidência na conversa” e “concordância entre a frequência e a evidência na AC” foram preenchidas com os dados obtidos na AC, depois de recolhida amostra (ver exemplo preenchido no apêndice 4).

4.3.2. Análise conversacional – gravação, transcrição e análise

Segundo as orientações do manual do CAPPa, as gravações foram efetuadas na casa do casal, com o objetivo de obter uma amostra o mais realista possível. Para tal, instruiu-se o PC sobre o manuseamento da câmara de filmar (modelo Sony Cyber-shot DSC-W210), testou-se a sua utilização. O casal definiu qual a melhor altura do dia para realizar as filmagens e captar a conversa entre eles. Das amostras obtidas, excluíram-se os vídeos com menos de 10 minutos, tendo restado dois. O casal confirmou a representatividade das gravações. Realizou-se a transcrição e análise de 10 minutos da amostra (apêndices 8, 11 e 12) tendo-se excluído os primeiros 5 minutos de gravação, para eliminar a eventual influência da máquina de filmar. Na AC, também não se consideraram os atrasos a responder por estarem a mastigar ou a ver televisão.

A transcrição da conversa foi realizada segundo as convenções fornecidas no manual do CAPPa (anexo 4) tendo-se recorrido aos exemplos fornecidos no mesmo. A

transcrição foi realizada apenas pela investigadora. Considerou-se suficiente este procedimento por se aproximar da realidade do terapeuta da fala, na sua prática clínica.

Para a AC, utilizou-se uma tabela própria onde se colocaram as evidências encontradas na amostra de conversação de presença ou ausência de cada um dos itens avaliados em cada secção. Nesta tabela foram colocados o número dos turnos que continham as evidências (ver exemplo preenchido no apêndice 5).

O manual do CAPPa fornece orientações aos utilizadores para tomada de decisão relativamente ao tipo de evidência e quanto ao julgamento de “normalidade”. Isto é, item a item, o manual fornece os critérios para a cotação. Nos casos em que existe evidência de problema/alteração, foram registadas, na tabela do Sumário, as estratégias utilizadas pelo PC para lidar com esse problema ou comportamento da PCA e quais os seus resultados (ver exemplo preenchido no apêndice 4).

Os resultados da AC (cotação 0 ou 1/2), primeiro registados na tabela (apêndice 5) foram também transpostos para o formulário do Sumário e realizou-se então a comparação e verificação da concordância segundo as instruções do CAPPa.

4.3.3. Procedimentos gerais

Em Abril de 2012, contactaram-se por email e por telefone vários TFs que intervêm na área da reabilitação de adultos com perturbações neurológicas adquiridas, na zona Norte do País. Através do envio de um email, foram transmitidos os objetivos do trabalho e os critérios de inclusão para a PcA aos TFs que aceitaram colaborar. Como já foi referido, foram referenciados quatro casos, tendo sido feito um pedido informal de autorização para que a investigadora entrasse em contacto com cada um deles. Para tal, foi concedido o contacto telefónico dos quatro parceiros de comunicação das pessoas com afasia (1 marido, duas esposas e 1 filha). Feitos os contactos telefónicos, agendaram-se as primeiras reuniões nos respetivos domicílios, para proceder à explicação pormenorizada do estudo. Esta explicação foi efetuada tanto à PcA como ao seu PC ao mesmo tempo. Utilizou-se uma apresentação de *powerpoint*, com a explicação do estudo *aphasia-friendly* (apêndice 6). Nesse primeiro contacto, procedeu-se também à avaliação formal da linguagem da PcA, utilizando a BAAL e, ainda, ao preenchimento do SADQ pelo seu PC. Agendou-se um segundo contacto, imediatamente a seguir, para realizar a entrevista de caracterização do perfil e motivação do PC. Complementou-se esta com a filmagem da interação do casal para efeitos de seleção já mencionados anteriormente. Perante a disponibilidade do PC e

motivação para participar, e cumpridos todos os critérios, selecionou-se um casal. Ambos os elementos assinaram o consentimento informado. Para a PcA foi disponibilizado um consentimento informado *aphasia-friendly* para facilitar a compreensão e tomada de decisão (apêndice 7).

Já no início de Outubro de 2012, iniciou-se a avaliação pelo CAPPA pré-intervenção, tanto à PcA como ao seu PC, individualmente. As entrevistas foram realizadas em casa do casal, na sala de estar, e num ambiente calmo e silencioso. Mesmo utilizando um formulário adaptado, surgiram várias dificuldades na aplicação da entrevista à PcA sobretudo na obtenção das respostas qualitativas e em garantir a compreensão da entrevista dada à complexidade e nível de abstração dos seus conteúdos. Face à possível contaminação dos resultados e dado que a intervenção a efetuar seria realizada apenas com ela., optou-se por considerar apenas as respostas da esposa, em todas as fases do estudo.

Após a entrevista, procedeu-se à explicação do funcionamento da máquina de filmar (modelo Sony Cyber-shot DSC-W210) ao PC, testou-se a sua utilização no local. Passado duas semanas as gravações foram recolhidas e selecionou-se, transcreveu-se e analisou-se uma amostra de 10 minutos segundo as instruções do CAPPA, descritas anteriormente.

Obtidos os resultados iniciais, planeou-se a intervenção. Nela foram incorporadas algumas atividades e dinâmicas descritas na literatura, em programas de intervenção já realizados (Holland, 1991; Booth & Perkins, 1999; Booth & Swabey, 1999; Cunnigham & Ward, 2003; Sorin-Peters, 2004; Turner & Whitworth, 2006) e outras atividades pensadas pela investigadora, para abranger as necessidades identificadas. Incorporaram-se os conceitos da *Supported Conversation for People with aphasia* (SCA) (Kagan, 1998). Também se utilizou como guia para preparação das sessões o livro *Better Conversations – a guide for relatives* (Connect, 2005), o capítulo “Afasia: Características e estratégias de comunicação” (Matos & Largo, 2011) do livro “Viver e Conviver com Afasia” (ANA, 2011) e algumas informações do folheto “Ele/Ela é afásico, e agora?” (CRA, 2008).

À semelhança de outros estudos (e.g. Lindsay & Wilkinson, 1999) algum tempo antes do início da implementação do plano, a autora do trabalho, teve uma conversa apenas com a PcA, na casa do casal, para implementar as estratégias que constavam no plano. Esta interação foi filmada e utilizada na intervenção.

Como no estudo de Sorin-Peters (2004), incluíram-se também alguns princípios do ensino centrado no adulto (Knowles, 1984; Paraprofessional Healthcare Institute, 2008). O plano de trabalho foi ajustado ao ritmo de aprendizagem e às necessidades da PC. No início do trabalho, identificou-se o estilo preferido de aprendizagem da PC. A intervenção partiu do conhecimento prévio da PC sobre a afasia e incluiu questões de reflexão e de solução. Em todas as sessões, surgiram assuntos não planeados, contudo, muito importantes para um maior esclarecimento da PC e para as aprendizagens seguintes. Assim, fomentou-se a reflexão sobre esses conteúdos registando-os por escrito e revendo-os no início da sessão seguinte e sempre que necessário ao longo da intervenção. Estes apontamentos visavam também reforçar os comportamentos e atitudes positivas e explicitá-las. Para tal, todas as sessões foram filmadas.

Procurou-se ainda implementar dinâmicas que estimulassem, a reflexão sobre os conhecimentos, opiniões e experiência pessoal, seguindo-se a exposição de nova informação. Utilizou-se material escrito de apoio, com conteúdos gerais, que foram sendo arquivados numa pasta e ficando à disposição da PC durante a semana. Usaram-se vários tipos de vídeos (tanto de outras pessoas, como do próprio casal) de situações reais, relacionadas com os conteúdos. Salientou-se desde o início o carácter opcional de algumas propostas (a leitura do livro da Associação Nacional de Afásicos ou a visualização do documentário sobre a Afasia *Inside Aphasia*). No final da intervenção, solicitou-se a realização de auto-avaliação.

A formação decorreu na casa do casal, apenas com a PC, tendo-se solicitado a presença da PcA nas últimas três sessões. Definiu-se o intervalo de um mês para a realização da intervenção perspectivando-se a realização de 8 a 10 sessões, com a frequência bissemanal nas 6 primeiras sessões. Na fase final destinada à parte prática realizou-se uma sessão por semana. Contudo, foi garantida ao casal flexibilidade no agendamento das sessões para corresponder à disponibilidade horária da PC e respeitar o ritmo de vida do casal. No final, foram feitas 9 sessões, com a duração aproximada de duas horas e meia cada.

No final deste período, foram aplicadas novamente as entrevistas do CAPPA à esposa nas mesmas condições iniciais. Do mesmo modo repetiu-se o procedimento inicial para a realização das filmagens, seleção da conversa representativa, transcrição e análise da amostra de 10 minutos. Passados dois meses, em meados de Abril de 2013, a investigadora voltou a entrar em contacto com o casal e, conforme aquilo que havia sido combinado, repetiu novamente estes procedimentos.

V - RESULTADOS E ANÁLISE

5.1. Fase Pré-intervenção

5.1.1. Resultados da entrevista ao Parceiro de Comunicação (apêndice 1)

Caracterização da PC pela própria:

Caracteriza-se assim: *“Eu não me preocupo tanto [como ele], nem valorizo tanto. Sou um bocadinho nariz arrebitado. Ponho e disponho e ele não gosta disso. Ainda agora ele me diz «calma, que não é assim». Agora ainda sou assim porque esqueço [do que lhe aconteceu]”. Atualmente diz tentar “levar a vida para a frente” e “o mais normal possível” transmitindo-lhe “segurança e normalidade”. Diz-se uma pessoa que não demonstra muito aos outros os seus sentimentos. Mas ainda assim reconhece que tem “o coração perto da boca” e que é impulsiva. Antes do AVC já era ela que falava mais e agora mantém-se.*

Caracterização da PcA pela esposa:

A esposa descreve o marido como um homem *“à moda antiga romântico mas machista”*. Que gostava e continua a gostar de controlar. *“Ele chama-me para perguntar onde fui, com quem ou para ver como estou vestida (...) já antes era assim”*. Mas apesar disso era e continua a ser observador e ponderado, falando depois das situações se passarem. *“Ao fim de dois dias ou ao final do dia, se tivesse que chamar atenção, ele comentava. Agora também fica a observar e fala só quando chega a casa.”*

A esposa refere ainda que ele é um homem orgulhoso e sempre foi um pouco presunçoso *“para ele os outros é que são burros e ele é o iluminado «eu é que sou inteligente»”, “ainda agora [depois do AVC] muitas vezes ele é que está certo e os outros é que estão errados, seja quem for”*.

Caracterização da relação do casal, pela esposa:

Ambos eram divorciados quando se conheceram há 8 anos e casaram há 4 anos. Passado pouco tempo, C. teve o AVC. Segundo a esposa, antes do AVC a relação era *“o melhor possível. O mais normal possível. Tudo a correr muito bem”*. Depois a esposa refere: *“continuamos a ser um para o outro aquilo que eramos, quase como quando nos conhecemos”*. Refere ainda: *“Eu muitas vezes esqueço o que ele teve, só*

noto aquilo que ele teve na dificuldade em expressar-se e na mobilidade, que agora demora mais tempo. Tento, dentro do possível fazer a vida normal, como se nada tivesse acontecido. Na maneira como nos tratamos não mudou nada.” “Ele, às vezes, é que se condiciona porque se inibe. E eu não. Digo-lhe logo «não, que tu estás bom, toca a andar! É como se tivesses partido uma perna». A esposa admite que existem certos assuntos (relacionados com as economias do casal) que agora evita falar com ele, para não o enervar, mas ele está sempre a perguntar-lhe *“temos dinheiro?”* e ela acaba por falar com ele.

Referiu ainda que o marido sempre foi mais *“caseiro”* do que ela, mas que antes do AVC saíam à noite com muita frequência, sobretudo à sexta e ao sábado. Iam a um bar ou dançar, gostavam de explorar lugares novos. Depois do AVC, a esposa desabafa: *“por ele, estávamos sempre em casa e isso para mim é uma tortura porque eu não gosto de estar fechada. Para mim, agora, o sábado à noite, é um tédio (...). Durante o dia, (...) se está bom, eu salto logo, deixo-o ficar e vou dar uma volta ao café. Ele, se o deixarem, fica a dormir até às duas da tarde”.* Apesar disto, costumam ir juntos ao café (perto de casa) várias vezes por semana, para *“o obrigar a andar”* e *“ele lê os jornais todos”*. Gostam de ir jantar fora mas, neste momento, por motivos financeiros, vão muito poucas vezes. A esposa conta que *“ele ainda estava em cadeira de rodas, e eu levava-o para a praia, no Verão (...) e agora é igual. Eu fico nas rochas, e de lá consigo vê-lo no bar da praia (...) ele agora já pede o que quer aos empregados”*.

Caracterização das atitudes e comportamentos comunicativos do PC

Segue-se a caracterização das cinco atitudes e dos dois comportamentos comunicativos, que foram selecionados do estudo de Turner & Whitworth (2006).

a) Valorização da função social da conversa

G. reconhece que conversar é muito importante para si enquanto pessoa e para ambos, enquanto casal. No vídeo nota-se que conversar com C. é algo natural e desejado por ambos. *“Tento pô-lo a par de tudo o que se passa, em relação á casa, em relação à família. Ou nem que seja conversas despreocupadas”; “Eu procuro falar e sair. É muito importante para mim.”; “Às vezes, à noite, vamos ao café (...) e aproveitamos para conversar, rir e recordar os bons tempos. E aqui à noite, pomo-nos a conversar no sofá. Por acaso encontramos-nos bem um ao outro.”*

b) Reconhecimento da comunicação como algo que é partilhado/colaborado

G. demonstra ter consciência que, neste momento, precisa de utilizar estratégias durante a conversa com o marido mas teve dificuldade em nomeá-las. No entanto, coloca a tónica no problema no marido e considera que ele se podia esforçar mais. *“Porque ele não quer ter trabalho e habituou-se a que eu saiba sempre o que ele quer dizer (...) se eu não puxasse pelas respostas direitas ele só abanava a cabeça e gemia, e eu digo-lhe logo que ele tem de falar como se eu não visse (...) ou digo-lhe que quem abana a cabeça são os burros”*. Em nenhum momento da entrevista ou do filme, falou da importância de se adaptar ao marido. Pelo contrário, admite que o seu papel é o *“puxar por ele”* e que *“isso não está de todo errado”*.

c) A aceitação da situação/estado de comunicação da PcA

G. diz aceitar os problemas decorrentes da afasia e apesar da comunicação demorar mais tempo, continua a tentar conversar o mais normalmente possível - *“Eu nunca tive problemas porque nos adaptamos muito bem. Para mim nunca constituiu um problema.”* *“No dia em que eu digo que ele fala muito bem é o dia em que ele não fala nada. Porque fica ansioso.”* Apesar de afirmar isto, por vezes contradiz-se afirmando *“eu lido mal porque quero que ele fale”* e *“se ele vai para algum lado e fala assim ninguém o percebe e eu fico danada e viro costas”*. Foi também notória alguma inconsciência sobre o que é a afasia: *“está tudo baralhado lá dentro (...) Até porque há coisas em que a memória dele não responde tão depressa. (...) Há certas coisas em que a chamada ao cérebro demora mais.”*

No vídeo também se observam atitudes de menor aceitação face às dificuldades do marido, nomeadamente, chamadas de atenção explícitas, tais como: *“vê lá se falas senão fico triste contigo”*; *“há coisas que falas muito bem, quando queres, e outras que não”* e ainda *“ah? Tététété?... tatatata?... percebeste? Ah.. eu também não percebo quando falas assim”*. Nestas situações é visível em C. uma expressão facial de frustração e descontentamento, pouco valorizada pela esposa. Nestes momentos percebe-se que algumas vezes G., em vez de tentar ajudar, insurge-se contra ele, como se ele pudesse evitar facilmente aqueles problemas.

d) O reconhecimento de que a comunicação tem potencial de mudança

Esta atitude está muito relacionada com a anterior. G. considera que a fala do marido ainda pode melhorar mais (*“Eu acho que ele tem potencialidades para ficar*

ainda melhor. Mas se ele não for tão preguiçoso.”). Além disso, considera que as estratégias que utiliza estão bem adaptadas e que são eficazes na conversa. No entanto acha importante saber mais, ter outras perspetivas, mas a tónica de mudança é colocada mais no marido do que nela. “Eu acho que aquilo que faço, que estou bem instruída sobre a maneira de como lidar com ele. Acho que tem mais a ver com ele do que comigo. Porque ele é teimoso. (...) Mas posso estar enganada porque pode haver qualquer coisa mais além.”

e) Aceitação de outros modos de comunicação além da fala

Na entrevista e no vídeo G. privilegia a fala em relação a outros modos de comunicação. G. utiliza maioritariamente a fala para comunicar com o marido e inicia reparação tendo em vista a produção correta mesmo quando percebeu. Não se verifica no vídeo o incentivo ao marido de outras formas de comunicação. Apesar disto, parece aceitar quando o marido utiliza a pista grafémica e gestos apesar de algumas vezes essas pistas não serem aproveitadas por ela, continuando a fazer as suas perguntas sem dar tempo suficiente para que surtam efeito.

f) Estratégias utilizadas para lidar com a afasia durante a conversa

Na entrevista G. refere a importância de dar tempo ao marido para responder e fazer uma pergunta de cada vez. Considera que as técnicas que usam ajudam a conversa mas quando questionada sobre elas, tem dificuldades em nomeá-las. “Eu digo-lhe sempre com calma, vamos com calma, não queiras dizer tudo de uma vez.” Na visualização do vídeo, verificou-se que a esposa não utiliza estratégias para assegurar a compreensão nem a expressão do marido, mantendo uma conversa em que é ela que tem o papel dominante, com muitas perguntas e comentários seguidos levando a que o C. adote uma postura passiva.

g) Competências de escuta do PC

No vídeo é possível observar que G. presta atenção ao que o marido diz apesar de nem sempre lhe dar tempo suficiente para terminar os seus turnos. Apesar da postura mais dominante, nota-se que G. gosta de conversar com o marido e que cria oportunidades para tal.

5.1.2. Resultados do CAPPa – Pré-intervenção

Ao longo do texto são apresentados alguns excertos exemplificativos, no entanto, é aconselhável a consulta da transcrição da conversa, no apêndice 8.

a) Reparação

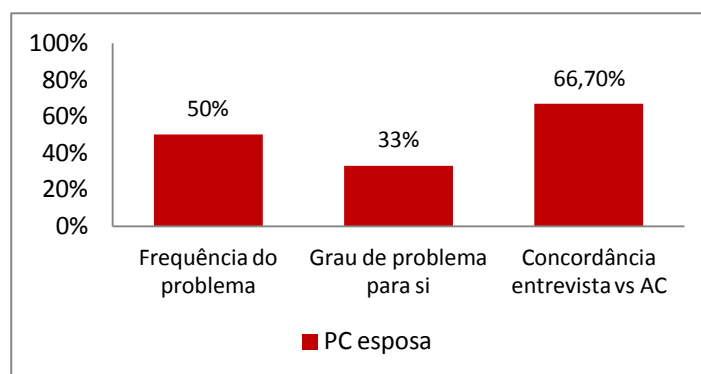


Figura 1. Resultados do CAPPa (secção 2: reparação) Pré-intervenção

Como se pode ver na figura 1, nas entrevistas do CAPPa, a esposa (G.), identificou alterações nesta área da reparação (50%), tendo considerado que o marido nunca ou quase nunca é capaz de iniciar a reparação dos próprios erros e apresenta ocasionalmente problemas em auto-reparar o problema quando alertado por ela. Estas respostas foram corroboradas pelas evidências na análise conversacional (AC) e poderão dever-se aos recursos linguísticos limitados da PcA para conseguir realizar a reparação dos erros. No entanto, na AC verificou-se que a PcA consegue ocasionalmente iniciar a reparação dos seus erros e tenta corrigi-los sem ajuda, embora a maioria das vezes necessite de ajuda para fazê-lo. Na AC, só conseguiu reparar sozinho dois turnos, após auto-iniciação (exemplo 1, T.96)

Ex. 1

95	PC	Ai, que calor. Não tens calor?
96	PcA	Não hmm bo (.) tenho (.) té tenho=

Comparando as respostas dadas na entrevista e as evidências observadas na AC, G. obteve 66,7% de concordância (figura 1). Na questão um⁴ não obteve concordância porque na entrevista considerou que o marido é capaz de iniciar frequentemente reparação no turno dela, mas na AC tal não se verificou sempre. Nas avaliações formais e noutros contextos observados (como por exemplo na aplicação da entrevista à PcA) foi evidente a existência de dificuldades de compreensão, sendo que a PcA não indicou

⁴ Questão 1: Ele é capaz de indicar quando não está a compreender o que a senhora que disse?

o ocorrido, criando mal entendidos nos turnos seguintes. No entanto, na entrevista, a esposa de C. afirmou que parte do princípio que ele compreende sempre, o que pode indicar uma subvalorização das dificuldades de compreensão do marido e as consequências destas na conversa. A importância da esposa assegurar sempre a compreensão do assunto por ambos é um assunto a tratar na intervenção.

Na entrevista, a esposa referiu como estratégias de reparação a chamada de atenção para o problema no turno do marido (quando este não auto-inicia) e o pedido de clarificação que, por vezes, não é bem sucedido, precisando de fazer mais perguntas. Referiu também a estratégia de pedir ao marido que escreva mas acrescentou que ele quase nunca chega a fazê-lo por ela entretanto já ter percebido. A esposa teve dificuldades em nomear mais estratégias. Na AC foram confirmadas as primeiras estratégias, uma vez que a esposa pede clarificação, iniciando reparação, que por vezes resulta em sequências de reparação longas (exemplo 2).

Ex. 2		
155	PcA	Zinco e um quarto {desenha o número com o dedo no ar}
156	PC	Ah?
157	PcA	Um (1.0){desenha no ar} [dezanove]
158	PC	Ah às dezanove e um (.) dezanove e quinze? Sete e (.) e um quarto?
159	PcA	[{gesto de pedir mais}]
160	PC	Oito e um quarto? (1.0)
161	PC	Dezanove é às sete (.)pronto
162	PcA	[{fez sinal de espera} {desenha com o dedo} cinco (.) menos um quarto
163	PC	Cinco menos (.) cinco menos um quarto?
164	PcA	{desenhando com o dedo} um nove =
165	PC	= Oito menos um quarto (.) Tavas a dizer cinco menos um quarto
166	PcA	Oh Foda-se
167	PC	Pronto, está bem

Na maioria das vezes, a reparação tem em vista a produção de uma dada palavra corretamente por C. sendo que a conversa só prossegue quando este objetivo é atingido (exemplo 3 e 4).

Ex. 3		
124	PcA	Um
125	PC	Um quê? (1.0)
126	PcA	Um (1.5)
127	PC	O que é que (.) Comeste um quê? (1.5)
128	PC	Um (.) como é que se chama isso? (4.5)
129	PcA	Foda-se

130	PC	Começa com R (5.0)
131	PC	Há de carne, há de camarão
132	PcA	Camarão
133	PC	Isso como é que se chama? (1.0) começa por um R (2.5)
134	PC	{ <i>desenha a letra na palma da mão</i> } R de Rui ou de rato portanto (.) como é que se chama? Um R e um I (5.0)
135	PC	Um R e um I como é que se lê?
136	PcA	Ri
137	PC	Ah?
138	PcA	Ri
139	PC	Ri(.) portanto isso é o quê?
140	PcA	Rissois Fogo ash (.) olha { <i>aponta para a TV</i> } (mortos de) (1 sílaba)

Ex. 4

107	PC	E (1.5) onde é que dizia? (3.0)
108	PcA	{ <i>faz gesto com o dedo</i> }
109	PC	em rodapé?
110	PcA	É é sim sim
111	PC	Sim sim quê? Em (2.0)
112	PcA	Ro-da-pé (5.0)

Poucas vezes a reparação surge para esclarecer a esposa, e quando tal acontece (p.e com a esposa a produzir a palavra-alvo confirmada por C.), este prossegue com o turno seguinte relevante (T. 176 no exemplo 5).

Na AC foi possível perceber que, em algumas reparações iniciadas pela esposa, esta não lhe dá tempo suficiente para que ele se auto-corrija (exemplo 5, 173-T175) dando de imediato mais opções ou ajudas. Também se observam a pista fonémica, silábica e semântica, que na generalidade são utilizadas quando a esposa já sabe a palavra-alvo (como se pode verificar no exemplo 2, T130-T136).

Ex. 5

173	PC	Era secretário?
174	PcA	{ <i>acena sim e depois não</i> } [jerudante]=
175	PC	= ajudante no tribunal?
176	PcA	É =

Por vezes, a incompetência de C. é notada explicitamente pela esposa com expressões como no T.165 “*Tavas a dizer cinco menos um quarto*” ou no T.98 “*Ah pois isso dizes tu*” e outras observadas noutros contextos, tais como, “*sabes ou não sabes?*”, “*estou à espera da resposta não me ouviste?*”, “*tatatitutu se eu também falar assim tu entendes?*”. Esta atitude de colocar em evidência as dificuldades do marido resultam em expressões de frustração e poderão contribuir para que este adote uma

postura mais passiva, com poucas intervenções. Esta expressão foi observada também noutros contextos, aquando da interação da investigadora com o casal, sobretudo quando a esposa incentiva a fala pressionando-o (*“então, não respondes? Estamos à espera...é isto. Agora não falas?”*).

Nesta amostra, a esposa nunca usou nem incentivou o uso da escrita. Apesar disto, verificou-se que C. utilizou a escrita algumas vezes (com o dedo), de forma espontânea, para tentar auto-reparar um problema de evocação (exemplo 2). Todavia, observou-se que a esposa nem sempre aproveita essas pistas que o marido dá, ou porque não lhe dá tempo suficiente e opta por realizar perguntas para adivinhar a palavra; ou porque não presta atenção suficiente ao não-verbal do marido, sobrepondo-se a um turno que ele ia iniciar com escrita ou gesto. A realização de muitas perguntas, por vezes seguidas, não dando tempo suficiente para C. responder, resulta numa postura passiva (exemplo 3). Em certos momentos, verifica-se uma sobreposição de perguntas e respostas ou uma resposta tardia por parte de C., causando alguma confusão na sequência da conversa (exemplos 2 e 5).

Na AC, são escassas as situações em que o casal colabora entre si para resolver um problema o mais rapidamente possível. Por exemplo, no excerto 2, face à auto-iniciação da reparação por C. (T. 155), a esposa inicia a colaboração, seguindo algumas das pistas fornecidas por ele (gestos, palavras) e fazendo perguntas para tentar perceber o que ele quer dizer. No exemplo 6, a esposa colabora com o marido, verificando o que percebeu, e a conversa prossegue sem interrupções.

Ex. 6		
41	PcA	[Pêdo] ne ne ne esteve lá =
42	PC	= O Pedro esteve (.) Ai o teu Pedro o terapeuta?
43	PcA	Teve lá

Constatou-se ainda pelo menos duas sequências de reparação ineficazes com abandono imediato, isto é, a esposa não insistiu na reparação e abandonou-a mudando de tema (T83 do exemplo 7).

Ex. 7		
78	PC	=A tua amiga se for? =
79	PcA	= (2 sílabas)
80	PC	[eeoa] quê?
81	PcA	(2 sílabas)
82	PC	É (1.0) pois é (5.5)
83	PC	Bem depois a gente amanhã então vai até quê?

Verificou-se ainda que após sequências de reparação maiores, em que as dificuldades de C. são mais evidenciadas, ele muda de tema logo após a conclusão da reparação, o que pode indicar incomodo face ao ocorrido (final do exemplo 3).

Relativamente ao grau de problema (ver figura 1) a esposa considerou que os comportamentos percecionados na conversa no que concerne à reparação, constituem 33% de problema para si. Ou seja, apesar de existir um certo nível de aceitação das dificuldades percebidas ao nível da reparação, estas ainda constituem algum problema. Tal pode dever-se ao facto das estratégias utilizadas nem sempre serem eficazes, ou ao facto de a esposa, da reparação colocar em evidência a afasia do marido.

b) Iniciação e Troca de Turnos

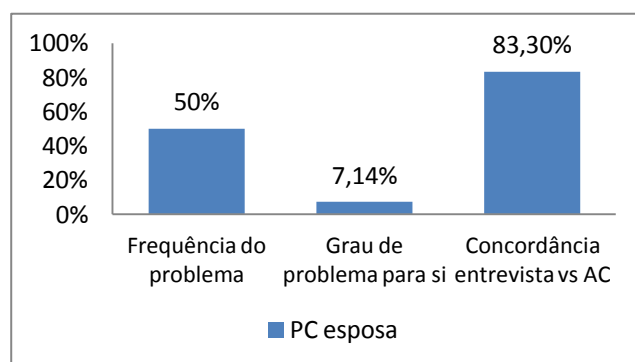


Figura 2. Resultados do CAPPA (secção 3: Iniciação e Troca de Turnos) Pré-intervenção

Como se pode ver na figura 2, na entrevista G. (a esposa) identificou 50% de alterações nesta área, tendo obtido 83,3% de concordância relativamente às evidências observadas na AC. Esta percentagem indica que a esposa tem uma percepção mais aproximada das alterações da interação, nesta área. Ela considerou que o marido é capaz de iniciar uma conversa, embora ocasionalmente não o faça; e falha, por vezes, a responder quando é selecionado como falante seguinte. Estas respostas foram corroboradas pela AC (ver no apêndice 8: T. 34 -35).

A esposa respondeu ainda que o marido, por vezes, demora a responder e realiza pausas a meio dos seus turnos. Todas estas respostas foram também corroboradas pela AC (exemplos 8 e 9, respetivamente). Nesta amostra foi difícil encontrar vários exemplos de pausas longas a meio dos turnos de C. uma vez que a maioria deles são curtos e telegráficos.

Ex. 8

179	PC	[{Aha} senhor engenheiro (.) era (.) então o que foste para lá fazer? (3.0)
-----	----	--

180	PC	O quê que foste?* o quê que fos
-----	----	---------------------------------

181	PcA	[Fffoo {ehehe*heh}
-----	-----	------------------------

Ex. 9

118	A	[[Cláudio frailer] (1.5) [Tadan] (3.0)
-----	---	---

A esposa referiu ainda que ele limita, frequentemente, o que diz a expressões mínimas (p.e. hmm, ah., pois.), tendo-se encontrado evidências na AC que o comprovam, mas não frequentemente. Isto é, observou-se uma maior quantidade de respostas do tipo holófrase ou frases telegráficas do que expressões mínimas (exemplo 10).

Nesta amostra, percebe-se que a conversa é conduzida pela esposa. Apesar de se verificar, por várias ocasiões, C. a mudar de tema ou a realizar um comentário (p.e. em relação a uma notícia na televisão) reiniciando a troca de turnos após uma pausa, e apesar dessa troca ser relativamente fluente, o tipo de dinâmica da interação é mais ou menos constante do tipo “pergunta-reposta”. Esta dinâmica, cuja finalidade é a de “obrigar” C. a falar, tem o efeito contrário, isto é, condiciona-o, diminuiu a sua autonomia na conversa e aumenta a sua passividade (exemplo 10).

Ex. 10

65	PC	Olha onde é (.) quando é que vamos de férias? (0.5)
----	----	--

66	PcA	Ehhmm{olha para ela a sorrir e faz gesto com dedos – dinheiro}
----	-----	--

67	PC	[Para onde vamos? Mas podemos ir? Para onde vamos? Para onde? Não vamos de férias?
----	----	--

68	PcA	AAh não
----	-----	---------

69	PC	[Então não vais para Leça da Palmeira de férias? {gargalhadas}
----	----	--

70	PcA	{ri-se} (1.0)
----	-----	------------------

71	PC	Então (2.5) Se Deus quiser temos lá o quê? (.) a nossa (1.0)
----	----	--

72	PcA	Mesa
----	-----	------

73	PC	Mesa não, mesa temos a nossa prainha (0.5) sabes quem foi que disse para ir para aquela praia? (2.0)
----	----	---

74	PcA	{olha para a PC} (2.0)
----	-----	---------------------------

75	PC	Foi a Alexandra (1.0) sabes quem é Alexandra? A Alexandra da fisioterapia.
----	----	--

76	PcA	{acena afirmativamente}=
----	-----	--------------------------

Para a questão nove⁵, a esposa referiu que o marido interrompe frequentemente os seus turnos, mas na AC não foram encontradas evidências deste comportamento. No entanto, o contrário acontece várias vezes, isto é, a esposa interrompe frequentemente o turno do marido: por não lhe dar tempo suficiente para responder; por iniciar um novo turno sem se certificar de que ele terminou o dele; ou por iniciar precipitadamente a reparação em sobreposição à resposta do marido (T190 e T194 do exemplo 11). Na maioria das vezes a conversa prossegue, de acordo com os novos turnos introduzidos pela esposa. Esta não demonstra ter consciência das interrupções que realiza.

Ex. 11		
189	PcA	Tike
190	PC	[Não é [kike] (.) Ti-ke (.) e como é que (.) isso [tike] quer dizer tribunal de (0.5)
191	PcA	Juridição criminal=
192	PC	= de (.) é de são joão novo?
193	PcA	{franze a testa} não*não
194	PC	[Ah não são João novo é outro era na (.) era onde está a polícia
195	PcA	{acena positivamente}

No que concerne a estratégias, na entrevista, a esposa refere que quando ele não responde na sua vez ela volta a perguntar ou usa a ironia, mas que ele só responde quando quer. Na AC observou-se que a esposa repete várias vezes a pergunta, por vezes reformulando-a, dando mais pistas ou utilizando um tom de voz mais elevado ou, em outras situações, fornece de imediato a resposta esperada no turno seguinte (exemplo 11; mais exemplos no apêndice 8: T23 -25).

As mesmas estratégias foram observadas quando há um atraso na resposta. A esposa tem um papel muito ativo e reage às pausas preenchendo-as com mais perguntas ou ajudas orais, o que, no geral, parece ser bem aceite pela PcA apesar de, em alguns momentos, ser visível alguma frustração e descontentamento na sua expressão facial. Contraditoriamente, na entrevista, a esposa referiu que incentiva o marido a ter calma e dá-lhe tempo para falar, quando ele realiza pausas entre os turnos. Existe, portanto, discrepância entre as estratégias referidas na entrevista e as observadas na AC. Enumeram-se alguns motivos: a amostra pode não ter captado essas estratégias; a presença câmara de filmar pode ter provocado uma interação mais exibicionista e uma maior compensação por parte da esposa, sobrepondo as pausas do marido com novos turnos; ou ainda poderá existir falta de consciência da esposa relativamente à sua própria postura e estratégias comunicativas.

⁵ Questão 9: Quando estão os dois a conversar ele interrompe-a?

Relativamente ao nível de problema, as dificuldades percecionadas constituem 7,14% de problema para a esposa (figura 2). Verifica-se, portanto, que nesta área da iniciação e troca de turnos, existe uma elevada aceitação dos problemas, sobretudo por parte da esposa, que apenas considerou como sendo algum problema para si, o facto do marido limitar frequentemente o que diz ao mínimo.

5.1.3. Resultados da avaliação do PC com base na escala *Measure of Skill in Suported Conversation* (Kagan et al., 2004) – Pré-intervenção

No que diz respeito à interação a conversa decorre, no geral, com uma troca fluente de turnos, sem muitos silêncios e uma dinâmica predominante de pergunta-resposta, com a esposa testando, por várias vezes, se o marido sabe o que quer dizer, iniciando reparação mesmo quando já compreendeu o que ele disse. Em alguns momentos desta interação tipo “professora-aluno”, é observável o uso de um tom de voz inapropriado por parte da esposa, mais elevado e impaciente. É possível observar também a postura maternalista no uso de ralhetes ou de sensura/ironia (“*ah pois isso dizes tu*”; “*tu quando queres...*”). Nestes momentos a ausência de competência é salientada e o esforço de C. é pouco valorizado. Neste sentido, não é observável o reconhecimento explícito da sua competência pela esposa. Uma vez que esta tem uma postura mais dominante na conversa, mesmo quando o tema é iniciado pelo marido, o sentido/desenrolar da conversa é determinado por ela, não dando tempo suficiente para C. conduzir a conversa e dizer mais sobre o assunto.

No que diz respeito às características da transação, a esposa utiliza essencialmente frases curtas e simples e realiza na maioria das vezes perguntas fechadas e perguntas de resposta sim/não. As estratégias usadas na reparação já foram enumeradas acima, mas é bastante saliente a ausência de cuidados especiais para assegurar a compreensão do marido. Como já foi dito, a fala é privilegiada, pelo que são usadas, preferencialmente, ajudas verbais (sobretudo com perguntas, com opções, com pistas). Na amostra de conversação, a esposa não encoraja explicitamente o marido a escrever ou a usar outros meios, apesar de ele o fazer espontaneamente, como também já referido. Nesses momentos, a esposa nem sempre os aproveita ou verifica corretamente o que percebeu. As verificações são sobretudo para verificar se o marido sabe o que quer dizer.

5.2. Fase do estabelecimento do plano de intervenção

Face à percentagem de problema associado a ambas as áreas avaliadas, constatou-se que os problemas na reparação têm maior impacto na conversação tanto para a PcA como para o PC. De acordo com os resultados do CAPPa, listaram-se os pontos fortes e fracos da interação, para cada uma das áreas em foco, incluindo as estratégias a treinar para otimização da interação.

Reparação	
Pontos fortes - a reforçar	Estratégias a otimizar
a) Por vezes, o casal colabora mutuamente para chegar a um entendimento o mais rápido possível. b) C. tenta, algumas vezes, auto-corrigir-se, ainda que na maioria das vezes precise de ajuda c) Quando a esposa não está a perceber o que C. está a tentar dizer, pede clarificações, mas muitas vezes é necessário que dê mais ajudas para conseguir percebê-lo. d) A esposa utiliza vários tipos de perguntas / opções para ajudar o marido a reparar.	- Valorizar / elogiar as tentativas de C. se corrigir sozinho e dar tempo para que o faça. Perguntar se quer ajuda, antes de a dar. - Quando não sabe do que se trata e não está a perceber, a esposa poderá: - Recapitular o que compreendeu até aquele momento da conversa e confirmar se está correto - Incentivar o uso da escrita - Assumir a responsabilidade quando surge um problema difícil de reparar e que está a impedir a continuidade da conversa. - Dar as pistas / opções uma de cada vez e devagar.
Pontos fracos - a trabalhar	Estratégias a treinar
a) A seguir a uma pergunta nem sempre espera pela resposta, causando vários problemas, tais como: a sobreposição de perguntas e respostas; a reparação feita precocemente pela PC; frustração e postura passiva de C. b) Raramente a esposa usa ou incentiva o uso da escrita para suportar expressão ou compreensão. Várias vezes, C. toma iniciativa de escrever com o dedo “no ar”, ajuda que usa para reparar problemas de evocação, mas que na maioria das vezes é ineficaz, levando a que esposa faça mais perguntas.	- Dar uma pista/opção de resposta de cada vez e esperar pela resposta. Privilegiar perguntas de resposta sim/não. - Evitar a sobreposição de perguntas e respostas. - Evitar, que durante a conversa e sobretudo durante a reparação, as dificuldades de C. fiquem em destaque. - Ter papel e caneta sempre à disposição pois poderá ser mais rápido do que escrever no “ar”, poderá dar autonomia a C. e poderá diminuir o tempo despendido na reparação. - Confirmar e garantir que C. está a compreender:

c) A esposa não confirma se o marido está a compreender e, por sua vez, C. nem sempre lhe dá a entender dificuldades de compreensão.	- falar mais devagar; - escrever palavras-chave e fazer gestos simultaneamente à fala;
d) A conversa tem características idênticas a uma interação de sala de aula, entre professora e aluno. A esposa insiste na reparação mesmo quando já percebeu a mensagem do marido, acabando por interromper a conversa para fazê-lo. Estes comportamentos conduzem a uma postura passiva por parte de C..	- repetir mais devagar e com frases mais simples; - Quando quer que ele diga uma palavra: primeiro demonstrar que já percebeu, dizer a palavra, e só depois pedir para que ele diga (caso ele queira). - Ter outros recursos para apontar (ex: jornal, mapa, palavras no bloco) - Evitar correções e interrupções constantes para promover a autonomia e a participação mais ativa de C.. Ou seja, privilegiar a conversa em vez da correção dos erros.

Iniciação e Troca de turnos	
Pontos fortes	Estratégias a otimizar
a) A PcA é capaz de iniciar uma conversa e novos assuntos, que na maioria das vezes, a esposa segue. b) Quando a esposa espera mais tempo por uma resposta, a PcA usa mais frases telegráficas.	Todas as anteriores
Pontos fracos	Estratégias a treinar
a) A esposa interrompe o marido, várias vezes, quando quer que ele diga uma determinada palavra e dá-lhe pistas sucessivas. b) A postura dominante da esposa na conversa, com muitos turnos seguidos com poucos silêncios, tem como consequência a acomodação e passividade de C., que nesse contexto limita o que diz ao mínimo (“hmm”, “sim”, “não”). c) Os temas de conversa são interrompidos para ocorrer reparação, passando esta a ser o centro da conversa por alguns turnos.	Para um maior equilíbrio na conversa: - Ter uma atitude de escuta ativa e esperar pela resposta. - Prestar mais atenção aos comportamentos e expressões faciais/corporais do marido que refletem as consequências da postura da esposa e são também pistas para a comunicação (identificar sinais de passividade, frustração, aborrecimento e caso existam, mudar o próprio comportamento) - Encorajar a participação / opinião dele: realizar perguntas abertas, fazer comentários, realizar contacto ocular, acenar afirmativamente enquanto ele fala e esperar

	pela resposta. - Não abandonar a conversa sem avisar. - No final, verificar se entendeu o que ele disse, confirmando.
--	---

Com base nesta linha de base, estabeleceu-se um plano de intervenção, tendo-se definido conteúdos, atividades e materiais para abordá-los.

Uma vez que a intervenção tem como objetivo promover melhorias na interação, considerou-se limitado abordar apenas os aspetos e estratégias relacionados com a troca de turnos e com a reparação. Optou-se portanto por efetuar uma abordagem partindo do global para chegar ao específico. Isto é, começou-se por tratar a afasia no geral e refletir sobre os comportamentos e atitudes comunicativas dos PCs no geral, como os alicerces para um trabalho depois mais dirigido às problemáticas específicas da interação do casal e estratégias específicas para colmatá-las.

Assim, a intervenção contemplou três fases:

1ª fase: refletir e dar informação sobre: reconhecer o que é a afasia e, especificamente, o tipo de afasia do marido; o que é conversar e como a afasia afeta a conversa; impacto psicossocial da afasia; conceitos de SCA; importância dos parceiros privilegiados de comunicação e da criação de “rampas de comunicação”.

2ª fase: Apresentar estratégias gerais de comunicação para o PC (com base nos princípios da SCA); Introduzir os conceitos de troca de turnos e reparação e apresentar as estratégias específicas para o casal, com base nos resultados obtidos.

3ª fase: treino prático das estratégias com o casal e auto-avaliação final.

A distribuição dos conteúdos e atividades foi sendo realizada sessão a sessão, pela ordem pré-definida mas de acordo com o ritmo que era imprimido pela PC. O quadro 3 mostra o que foi efetuado em cada sessão.

Quadro 3. Plano de atividades realizadas em cada sessão

PLANO DE ACTIVIDADES	MATERIAL DE APOIO (apêndice 9)
SESSÃO 1	
Experiência concreta e reflexão sobre a afasia • Perguntar: O que é a afasia? • Dinâmica: o que é a afasia? ○ Procedimentos: Ter várias definições (umas certas outras erradas) espalhadas na mesa e a PC deverá selecionar aquelas que para ela estiverem corretas. Discussão das suas escolhas. Dar informação sobre a afasia. • O que é a afasia. Vários tipos de afasia. • Visualização de vídeos que ilustrem os vários tipos de afasia Apontamentos importantes de assuntos tratados na sessão - Diferença entre fala e linguagem, disartria e afasia. - Comunicação não é só falar! - Explicação do que é ter dificuldades de compreensão - Reflexão acerca de estratégias bem sucedidas em exemplos dados pela esposa	Papeis com definições Material escrito Excertos de vídeos de pessoas com diferentes tipos de afasia Proposta de leitura do livro da Associação Nacional de Afásicos – “Viver e conviver com a Afasia” (ANA, 2011) e sugestão de ir partilhando com o marido momentos de leitura conjunta.
SESSÃO 2	
Revisão da sessão anterior. Refletir sobre as características do tipo de afasia de C. (linguísticas e suas implicações na comunicação) Experiência concreta e reflexão sobre o que é conversar • Dinâmica: boas conversas versus más conversas ○ Procedimentos: Visualizar dois vídeos de duas pequenas conversas (uma correspondente a uma boa conversa e outra correspondente a uma má conversa). Identificar qual é a boa e qual é a má. Depois, preencher a grelha com as características que atribui a cada uma das conversas. ○ No final da dinâmica. Visualizar um excerto de um vídeo da interação do casal e discutir as suas características “boas” e “más”. Tomar consciência de que há características menos boas. • Mostrar um resumo das respostas dadas pela esposa na entrevista inicial relativas ao impacto da afasia na conversa – tomar consciência do que disse.	Material escrito Excerto de vídeo das parafasias do marido Vídeos: Excerto de uma conversa do programa “Cinco Sentidos” (www.youtube.com/watch?v=xwPjl6T1qa4) e vídeo de uma conversa “má”, criado pela autora do trabalho. Folha de preenchimento e caneta Excerto do vídeo da interação do casal

Dar informação: • O que é conversar; importância de conversar para o bem-estar psicossocial • como é que a afasia afeta a conversa • impacto psicossocial da afasia (apoiado com a leitura de alguns excertos no livro da ANA). Apontamentos importantes de assuntos tratados na sessão - Reflexão acerca de estratégias utilizadas e referidas “inconscientemente” pela esposa nos seus relatos - Interpretação de comportamento relatados pela G. referentes às interações com o marido na vida diária - Reforço de constatações feitas pela própria	Material escrito Material escrito Livro “Viver e conviver com a Afasia” (ANA, 2011)
SESSÃO 3	
Conversa informal sobre a intervenção feita até este ponto. - Reflexão conjunta do que já aconteceu. - Reforço dos objetivos da intervenção. - Escuta das opiniões, sentimentos e pensamentos da G. a respeito do que já se passou. - Resumo dos aspetos importantes da última sessão.	Não aplicável.
SESSÃO 4	
Reflexão acerca dos conceito do programa SCA: • Dinâmica: ler e pensar sobre 3 frases e associá-las com três conjuntos de imagens. No final, reflexão conjunta sobre as frases utilizadas. FRASES: <i>1ª - Não basta ter capacidade para conversar. É muito importante também ter oportunidades para fazê-lo. É conversando que mostramos as nossas competências. Isto é fundamental para poder participar na sociedade e na vida diária.</i> <i>2ª - Existe uma relação direta entre a: percepção da competência da pessoa com afasia e a oportunidade que lhe é dada para conversar .</i> <i>3ª - A competência da pessoa com afasia pode ser revelada através das competências do parceiro que cria “rampas” para o acesso à comunicação!</i> Dar informação: • Competência mascarada vs oportunidades para conversar vs importância do PC. • Rampas de comunicação – a importância do PC: ○ Reconhecer a competência da PCA.	Imagens e frases para associar Material escrito

○ Revelar a competência da PcA. • Estratégias facilitadoras gerais da comunicação Atividade prática: • Observar a primeira parte de um vídeo de duas mulheres a conversar, sendo que uma delas tem afasia e a outra é a PC antes de realizar formação no programa SCA. Avaliar as estratégias utilizadas e identificar problemas na interação. • Observar um vídeo do casal e preencher a mesma tabela com as estratégias utilizadas e identificar problemas na interação (refletir sobre as estratégias ausentes). Relembrar as capacidades linguísticas e comunicativas de C. – vantagens para a conversa. Apontamentos importantes de assuntos tratados na sessão - Reforço de constatações feitas pela G. acerca dos conteúdos trabalhados - Reforço da sua importância como PC e das estratégias que já usa Sugestão de trabalho até à sessão seguinte (opcional) - Rer as estratégias e selecionar as que considera mais importantes para si e fáceis de usar. - Visualização do documentário sobre a afasia <i>Inside Aphasia</i> (legendado pela autora deste trabalho) (https://www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=Jh3OhgYvjVo)	Vídeo <i>Dysphasia Support.flv</i> (legendado pela autora deste trabalho) da interação antes da formação SCA www.youtube.com/watch?feature=player_embedded&v=W_0t07BuEdA#! Folha com tabela de estratégias Vídeo do casal Folha com tabela de estratégias Material escrito
SESSÃO 5	
Dar informação • A estrutura da conversa (colaboração mútua) ○ O que é a troca de turnos ○ O que é a reparação • Visualizar dois vídeos de duas conversas (uma deles e outra não) para mostrar o que é a troca de turnos e o que é a reparação • Revelar os resultados do CAPPA e da AC na área da reparação– aspetos positivos e aspetos a melhorar (ilustrados com excertos do vídeo da interação do casal) ▪ Reforçar as aspetos positivos ▪ Refletir sobre o que fazer melhor para promover mais equilíbrio nas participações ▪ Apresentar as estratégias mais importantes para otimizar os aspetos anteriormente discutidos	Material escrito Excerto do vídeo do programa “Cinco sentidos” www.youtube.com/watch?v=xwPjl6T1qa4 e um vídeo do casal Material escrito Vídeo da interação do casal (excertos previamente preparados para cada um dos aspetos a ilustrar)

Apontamentos importantes de assuntos tratados na sessão - Diferença entre ser PC e ser terapeuta - Diferença do desempenho comunicativo em contexto e fora dele	
SESSÃO 6	
Continuar o assunto da sessão anterior - Revelar os resultados do CAPPA e da AC na área da troca de turnos – aspetos positivos e aspetos a melhorar (ilustrados com excertos do vídeo da interação do casal) - Reforçar as aspetos positivos - Refletir sobre o que fazer melhor para promover mais equilíbrio nas participações - Apresentar as estratégias mais importantes para otimizar os aspetos anteriormente discutidos Reflexão acerca da pertinência e potencial das estratégias: - Visualizar uma parte do vídeo da conversa entre C. e a terapeuta e refletir: - Qual a diferença observada no comportamento comunicativo de C. comparativamente ao vídeo da interação do casal? - Existe um maior equilíbrio nos contributos dos intervenientes? Porquê? - Que estratégias promoveram mais autonomia e participação do C.? - O que pode ser difícil de mudar, para G.?	Material escrito Vídeo da interação do casal (excertos previamente preparados para cada um dos aspetos a ilustrar) Vídeo da interação de C. com a autora do trabalho, feita antes do início da intervenção.
SESSÃO 7	
Colocar C. a par do que foi feito - Relembrar o trabalho e objetivo da intervenção - Dar informação sobre a importância da esposa na conversa - Expor as estratégias, uma a uma (visualizar alguns excertos do vídeo interação do casal para ilustrar a importância de usar certas estratégias) Reflexão - O casal fala entre si e colocam as estratégias por ordem de importância. Atividade prática: - Atividade tipo PACE	<i>PowerPoint</i> explicação do estudo <i>aphasia friendly</i> (apêndice 6) Vídeo da interação do casal (excertos previamente preparados para cada um dos aspetos a ilustrar) Tiras recortadas com as estratégias Imagens de objetos e de ação Papel e caneta

SESSÃO 8	
1ª parte (só com a PC) Reflexão: • Visualizar a segunda parte do vídeo <i>Dysphasia Support.flv</i> (interação após-treino em SCA) e refletir sobre as diferenças no comportamentos e atitudes comunicativas da PC. • Visualizar um excerto do <i>role-playing</i> realizado na sessão anterior ○ Das estratégias definidas pelo casal como mais importantes: quais as que foram usadas e quais as que não foram usadas? ○ Quais as dificuldades sentidas? ○ Grau de importância e de confiança para aplicar as estratégias? • Rever as estratégias com o material escrito da sessão 5 e 6 2ª parte (PC + PcA) Atividade prática • ROLE-PLAYING ○ Atividade tipo PACE ○ Atividade tipo <i>Coaching</i> Conversacional - a PcA visualiza um pequeno filme sobre uma história ou uma situação da vida diária, na ausência do PC. A terapeuta realiza de seguida um conjunto de perguntas à PcA para garantir que esta compreendeu a situação. De seguida, a PcA e o PC conversam entre si para que a PcA transmita o que viu no filme.	Vídeo <i>Dysphasia Support.flv</i> (legendado pela autora deste trabalho) www.youtube.com/watch?featureplayer_embedded&v=W_0t07BuEdA#! Vídeo da interação do casal (do <i>role-playing</i> da sessão 7) Imagens de objetos e de ação Vídeos retirados do <i>youtube</i> (ver apêndice) Papel e caneta
SESSÃO 9	
Visualização do trailer <i>After Words</i> com o casal (com pausas para explicações a C. quando necessário) Atividade prática • ROLE-PLAYING ○ Atividade tipo PACE ○ Atividade tipo <i>Coaching</i> Conversacional Conclusões finais Auto-avaliação e avaliação da formação	Vídeo <i>After Words Trailer</i> (legendado pela autora do trabalho) http://www.youtube.com/watch?v=GW-TDmQMTVc Imagens de objetos e de ação Vídeos retirados do <i>youtube</i> Papel e caneta Material escrito

Aconselha-se a consulta do Apêndice 10, onde constam informações sobre o decorrer da intervenção e a avaliação final da PC.

5.3. Fase pós-intervenção

5.3.1. Resultados do CAPPa – pós-intervenção

Sempre que necessário, poderá ser consultada a amostra de conversa analisada após a intervenção, no apêndice 11.

a) Reparação

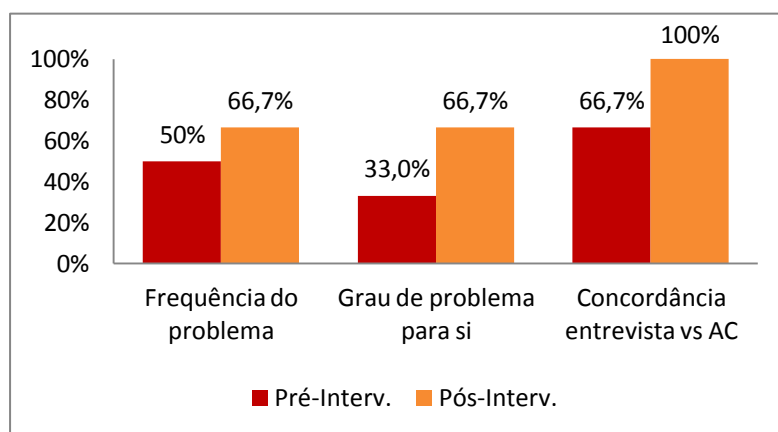


Figura 3. Resultados do CAPPa (Secção 2: Reparação) comparação Pré e Pós-intervenção

Como se pode ver no figura 3, na entrevista do CAPPa pós-intervenção, houve um aumento da percentagem relativa à frequência de problemas na área da reparação detetados por G. (66,7%). Relativamente às respostas dadas antes da intervenção, a G. mudou a sua opinião relativamente à primeira pergunta⁶ tendo respondido que o marido, “às vezes” é capaz de lhe indicar quando não compreendeu, o que revela mais consciência da afasia do marido.

Nas questões dois⁷ e quatro⁸, a esposa manteve a mesma opinião inicial. Comparando as perceções recolhidas na entrevista com a análise conversacional (AC) da amostra de conversa recolhida após a intervenção, obteve-se igualmente um aumento da concordância para 100% (figura 3). Todas as respostas dadas foram corroboradas pela AC, contudo, existem alguns resultados qualitativos importantes e a salientar. Especificamente, a esposa referiu que o marido “quase nunca” é capaz insistir nos seus erros para tentar corrigi-los sozinho. Na AC foi possível observar que as tentativas de se auto-corrigir aumentaram em relação à primeira amostra, pré-intervenção. Ou seja, C.

⁶ Questão 1: Ele é capaz de indicar quando não está a compreender o que a senhora lhe disse?

⁷ Questão 2: Quando ele comete erros no seu discurso ele insiste e tenta corrigi-los sozinho?

⁸ Questão 4: Ele consegue tornar a fala mais específica quando a senhora não o compreende?

fá-lo com mais frequência (exemplo 12). Para mais exemplos, ver no apêndice 11 o T.24, T.44 e T.63. No entanto, nem sempre consegue corrigi-los sozinho, sendo necessário a esposa pedir clarificação ou verificar se compreendeu aquilo que ele quer dizer (como se pode ver no T. 132 e 134).

Ex. 12

131	A	(1 sílaba) outeiro (1 sílaba) outeiro { <i>tenta escrever com o dedo no ar</i> } [poco] A (2.0) A(2.0) A bairro do outeiro [poco] A (2.0)
132	PC	Bairro do outeiro quê?
133	A	Beloco A
134	PC	Hmm bloco A

A capacidade de C. insistir nos seus erros e tentar corrigi-los foi um aspeto reforçado na formação como sendo algo de positivo e que deveria ser respeitado, dando-se o tempo necessário, e colaborando apenas se solicitado ou se for imprescindível para a continuidade da conversa. O facto de ela ter respondido que ele “nunca” é capaz de o fazer, revela que este assunto ou não foi relevante para ela ou não foi bem reforçado na formação.

No que concerne às estratégias, nas várias questões, referiu que se sente mais consciente daquilo que pode fazer para ajudar e mais confiante no uso de certas estratégias, no entanto, reconhece que algumas são ainda difíceis (p.e. recurso à escrita pela própria, para suportar a compreensão e a expressão). A esposa referiu ainda que há momentos em que continua a ser muito insistente e exigente com C., pedindo-lhe que diga uma certa palavra mesmo quando ela já a sabe (“*ainda me custa dar-lhe logo a palavra correta*”). Apesar de, durante a formação, se ter sublinhado bastante o impacto negativo desse comportamento na conversa, ela continua a justificá-lo como sendo uma forma do seu marido exercitar os movimentos da fala, necessidade reforçada pelas várias terapeutas com quem já contactou, segundo afirmou. Para além disto, referiu também como estratégias na área da reparação: a simplificação do seu discurso sobretudo falar mais devagar e menos tempo seguido (“*tenho de lhe dar mais tempo, não bombardeá-lo como fazia antes, esperar que ele responda...*”) o pedido de clarificação, a verificação, a realização de vários tipos de perguntas para identificar o assunto e poder depois, por exclusão de partes, compreender o que ele disse. Como resultado dessas estratégias referiu que nem sempre a conversa flui, acabando por provocar alguma ansiedade a ambos. Acrescentou ainda: “*As estratégias que até aqui utilizei foram sempre «olha para o que estás a dizer ou a perguntar...olha o que me vais responder» tipo uma professora (...) mas isso foi porque me tentei sempre abstrair do problema*

dele e falar para ele normalmente mas não pode ser tal e qual assim (...) agora posso usar mais estratégias que aprendi....”

Na AC observou-se que a esposa utilizou outras estratégias que não referiu na entrevista que se revelam adequadas e facilitadoras da conversa. Contrariamente ao verificado antes da formação, nesta conversa G. deixa “passar” mais os erros privilegiando mais o conteúdo, isto é, o entendimento da mensagem que ele está a transmitir (exemplo 13).

Ex. 13

90	PC	O que é se passou em Costa Cabral? (9.0)
91	PcA	Costa Cabral {gestos} pain pain pain caralho
92	PC	Mas foi dentro de algum sitio, nalgum café? (1.0)
93	PcA	{escreve com o dedo na mesa} [académico]
94	PC	Ai no pavilhão do académico?

O exemplo 14 ilustra uma das situações em que se efetuou verificação para garantir a compreensão dela. Apesar disso, esta nem sempre foi bem sucedida. Mais exemplos no apêndice X: T24-28 e T66-68.

Ex. 14

7	PcA	[quenino] (.) {aponta para si} eu meu irmão (1sil.) {mais alto} Braga foda-se eh Braga {levanta dois dedos} (3 sílabas){escreve com o dedo no ar} sporting de Braga (0.1) [clubilhã]
8	PC	Sporting de Braga com o Covilhã foste ver tu e o teu irmão quando eram pequeninos [
9	PcA	{acena que não e depois que sim, levantando o dedo para dizer alguma coisa}

Note-se o exemplo 15 em que G. sugere uma paragem na reparação que estava a ser feita há vários turnos (T130), para tentar mais tarde. C. aceita a proposta mas sente-se à vontade para no T.31 acrescentar mais informação, num turno novo, para tentar que a esposa compreenda, numa atitude proactiva e de colaboração. Registam-se, ainda, algumas expressões que demonstram maior coresponsabilização por parte da esposa perante um dado problema (ver conversa completa no apêndice 11 o T.25 “*desculpa não percebi*”; T.140 “*Pois tem a ver mas o que eu não consigo é achar explicação para isso*”).

Ex. 15

127	PC	E houve confusão por causa de umas sandes?
128	PcA	{alto} na não (2.0) pago tá pago
129	PC	Hmm (9.0)
130	PC	Sim avançamos um bocadinho? Para ver se a gente depois consegue perceber (2.0)
131	PcA	(1 sílaba) outeiro (1 sílaba) outeiro {tenta escrever com o dedo no ar} (poco) A (2.0) A(2.0) A bairro do outeiro (poco) A (2.0)

Outra estratégia observada para reparação de um problema, foi a utilização de perguntas simples, de resposta sim/não, uma de cada vez, como se pode ver no excerto 16.

Ex. 16		
120	PcA	[{gesto negativo e expressão de frustração, fica a pensar} calma
121	PC	Estavas fardado?
122	PcA	Estava
123	PC	E estavas no pavilhão do académico?
124	PcA	Claro
125	PC	Porque foste lá em serviço?
126	PcA	Sim
127	PC	E houve confusão por causa de umas sandes?
128	PcA	{alto} na não (2.0) pago tá pago
129	PC	Hmm (9.0)

Quando C. tenta auto-corrigir os seus erros (o que se verificou mais vezes nesta amostra como já se disse), a esposa interpreta e constrói o seu turno seguinte com base naquilo que interpretou ou entendeu.

Para o ajudar a corrigir, as estratégias mais observadas nesta amostra são a repetição daquilo que percebeu e o pedido de clarificação. É visível a desvalorização pela esposa, do erro linguístico ou dos problemas de evocação do marido (p.e. no T. 56) o que provoca uma postura mais ativa por parte de C., com turnos longos e mais tentativas de se auto-corrigir (ver, p.e., no apêndice: T.7; T.13; T.95; T.114; T.131). Por sua vez, a postura da esposa é menos dominante, com turnos mais curtos. Observa-se, apenas uma vez, a expressão facial de frustração por não estar a conseguir dizer o que quer (ver T. 120 do exemplo 16) e a esposa, tentando ajudar, efetua uma série de perguntas simples. Além disso, os turnos de C. são constituídos por gestos, palavras e vocalizações, e a esposa, apesar de ainda privilegiar a fala, tenta aproveitá-los, fazendo pedidos de clarificação ou dando opções com base neles. Ainda assim, esta atitude não se verifica sempre. Nesta amostra verificou-se que, mais uma vez, a esposa não recorre ao uso da escrita, nem incentiva o marido a fazê-lo, apesar deste continuar a usá-la espontaneamente. Apesar da importância da escrita e do seu uso terem sido bastante reforçados e treinados na intervenção, a esposa não a utiliza.

No que concerne ao grau de problema que as alterações percecionadas pela esposa na área da reparação, este aumentou para 66,7% (figura 3). Comparativamente às respostas dadas na primeira vez, o nível de problema aumentou para as questões um⁹ e

⁹ Questão 1: Ele é capaz de indicar que não está a compreender o que a senhora lhe disse?

quatro¹⁰, tendo esta considerado como sendo “algum problema” o facto do marido só de vez em quando indicar que não percebeu e como um “grande problema” o facto do marido só de vez em quando ser capaz de clarificar/especificar a sua mensagem, quando ela solicita. G. referiu: *“é algum problema porque achei que a esta altura ele já estaria muito melhor, pensei sempre que ele ficasse praticamente curado, mas não, agora já percebi que há uma melhoria mas não há uma cura. Eu é que nunca tinha perguntado a ninguém e com o seu trabalho percebi”*. Referiu ainda *“às vezes é um grande problema porque eu não chego lá e a conversa fica pelo caminho (...) eu vou-me desenrascando mas há dias em que é um grande problema (...) eu tento que não seja um grande problema mas é.”*

b) Iniciação e Troca de turnos

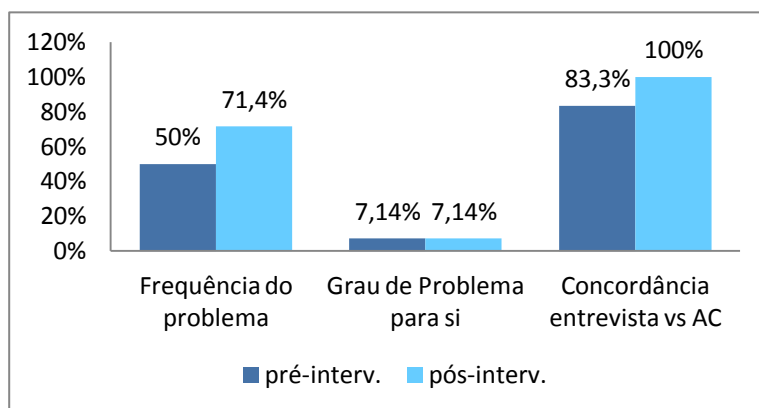


Figura 4. Resultados do CAPPA (Secção 3: Iniciação e Troca de Turnos) – comparação Pré e Pós-intervenção

Como se pode ver na figura 4, na entrevista à esposa, a frequência de problemas percecionados por ela, comparativamente ao período pré-intervenção, aumentou para 71,4% obtendo também 100% de concordância. A esposa revelou-se mais crítica em relação aos problemas que ocorrem na conversa. Desta vez, a esposa considerou que o marido “quase nunca” inicia uma conversa consigo e que “frequentemente” falha a responder quando é a vez dele, faz uma pausa longa antes de responder e produz pausas longas a meio dos turnos. Em oposto à primeira entrevista, considerou que o marido “quase nunca” a interrompe. Todas estas evidências foram corroboradas pela AC. Foi ainda possível observar na amostra, a iniciativa de C. para introduzir novos temas de conversa ou para retomar um dado assunto após uma pausa. Além disso, noutros

¹⁰ Questão 4: Ele consegue tornar a fala mais específica quando a senhora não o compreende?

contextos observados foi possível verificar a capacidade de C. iniciar conversas, através de comentários e perguntas.

Relativamente à falha e atraso nas respostas, estas verificaram-se mais uma vez, contudo, apesar da esposa considerar que ele falha a responder “frequentemente”, na amostra, observou-se que não é bem assim: na maioria das vezes ele responde quando selecionado como falante seguinte, embora algumas vezes, de facto, falhe seguindo-se a produção de um outro turno pela esposa.

No que diz respeito ao atraso a responder, este também se verifica apenas três vezes em toda a amostra recolhida, o que resulta numa troca de turnos relativamente fluente entre os dois. Quanto à produção de pausas longas a meio dos turnos de C., nesta amostra foi possível observar melhor este fenómeno do que na amostra anterior, uma vez que nesta conversa C. produziu turnos mais longos, entrecortados por pausas (exemplo 17).

Ex. 17

131	PcA	(1 sílaba) outeiro (1 sílaba) outeiro { <i>tenta escrever com o dedo no ar</i> } [poco] A (2.0) A(2.0) A bairro do outeiro [póco] A (2.0)
-----	-----	---

Desta vez a esposa referiu que o marido “nunca” a interrompe, o que de facto é raro acontecer. Quando ocorre é para indicar á esposa que ainda está a pensar e que necessita de tempo como se pode verificar no seguinte exemplo 18.

Ex. 18

111	PC	Vê se te lembras [
112	PcA	Calma { <i>faz gesto</i> } (4.0)
113	PC	Queres ver se te lembras para depois me dizeres? [
114	PcA	Calma { <i>gesto de espera e fica a pensar</i> } (2.0) sandes (on) { <i>tenta escrever com o dedo no ar mas desiste</i> } { <i>aponta em várias direções</i> } to to to (2 sílabas) sandes

Na última pergunta¹¹ volta a considerar que o marido limita o que diz ao mínimo “frequentemente”, quando nesta AC se verifica que tal acontece muito poucas vezes.

Quando questionada sobre as estratégias que usa para lidar com os vários problemas percecionados, ela remeteu-se pouco às estratégias utilizadas atualmente mas realizou uma reflexão daquilo que “aprendeu” sobre si mesma e realizou uma auto-crítica, admitindo as suas dificuldades em colocar em prática certas estratégias (por exemplo em dar o tempo que ele precisa e em não o interromper). Por exemplo, quando

¹¹ Questão 11: Ele limita o que diz ao mínimo?

ele limita o que diz ao mínimo “*chamo-o à atenção tipo professora e obrigo-o a dizer a frase toda.. mas sei que não é bom*”. Quando ele faz pausas longas a meio dos turnos “*por vezes sobreponho-me a ele e tento adivinhar o que ele está a querer dizer ou a pensar e não lhe dou tempo (...) agora sou capaz de fazer uma intervenção diferente, mais curta, já não falo tudo até chegar ao fim da conversa (...) eu tenho de ir devagarinho e não chegar logo ao final... mas às vezes acontece isso, outras vezes não*” e quando ele falha a responder “*ou avanço e continuo ou realmente sou insistente na resposta o que nem sempre tenho sucesso porque a acabo com a conversa muitas vezes, com tanta insistência acabo por maçar e acabar com a conversa*”.

Apesar da esposa enumerar várias limitações no uso das estratégias, na AC verificou-se que efetivamente ela colocou em prática estratégias adequadas. O número de sobreposições ao marido é bastante inferior ao observado na primeira AC, deixando o marido concluir os seus turnos; nesta amostra é mais evidente a atitude de espera e de escuta quando passa a vez, dando ao marido mais tempo para responder ou utilizando expressões faciais (aceno de cabeça e riso) e interjeições que incentivam a participação do marido (exemplo 19 e 20). Atendendo a que o assunto era do interesse de C., nesta conversa, contrariamente à amostra analisada inicialmente, o que se encontra em destaque é a história que ele quer contar e não a correção dos seus erros.

Ex. 19

13	PcA	{faz gesto para esperar} Pai {acena afirmativamente e olha para ela} pai (0.1) {num tom de voz muito entusiasmado} Braga? Ba ba ba
14	PC	{ri-se}
15	PcA	[queninos] {faz gesto com mão baixinho}

Ex. 20

70	PcA	{aponta para si} eu também ia
71	PC	Hm {acena afirmativamente}
72	PcA	Aaah fogo {muitos gestos e expressão faciais variadas} aaah caralho hhhm caralho

No que concerne ao grau do problema, a esposa manteve as mesmas opiniões iniciais tendo-se obtido o mesmo valor (7,14%) (figura 4). A esposa referiu que já está muito habituada e que as alterações percecionadas já não são para si um “grande problema” (á exceção da questão seis¹², em que considerou ser para si “algum problema” o facto do marido frequentemente falhar a responder quando selecionado como falante seguinte).

¹² Questão 6: Ele fala a responder quando é a vez dele falar?

5.3.2. Resultados da avaliação do PC com base na escala *Measure of Skill in Suported Conversation* (Kagan *et al.*, 2004) – Pós-intervenção

No que diz respeito à interação a conversa decorre com uma troca fluente de turnos, sem muitos silêncios, numa dinâmica mais equilibrada de participações. Como já foi referido, apesar de se manter um padrão de pergunta-resposta, na maioria das vezes, o objetivo é verificar se a esposa está a compreender o que está a ser dito em vez de verificar se o marido sabe o que quer dizer, como era bastante frequente na AC pré-intervenção. Nesta amostra o tom de voz da esposa transmite interesse, entusiasmo e calma. O humor continua presente na participação de ambos, sendo uma característica das interações deste casal. Tanto a esposa como o marido provocam-se mutuamente, em tom de brincadeira (p.e. ver apêndice 11: T.16 “*tu alguma vez foste pequenino? {em tom de brincadeira}*”; T.33 “*Tu com esses estudos como é que foste soldado raso?*”; T.5 “*Então vais sair de castigo...*”). Estas brincadeiras são apropriadas para o casal, que segundo aquilo que a esposa afirmou, por várias vezes, sempre se comportaram assim antes e depois do AVC.

Nesta conversa não se observa a atitude maternalista da anterior AC, mas sim uma postura de maior escuta e atenção, com contacto ocular mantido, expressões faciais e corporais (p.e. aceno de cabeça, o sorriso) de interesse e incentivo à participação da PcA (como se pode ver na introdução de novos temas – T. 22; T.76 e na manutenção dos mesmos quando a esposa não dá continuidade – T. 131, T. 137, T. 154). Deste modo, expressões de frustração, cansaço ou embaraço por parte de C. não são proeminentes nesta conversa analisada.

A esposa não realiza reconhecimento explícito das competências e das frustrações de C., nem recorre ao elogio, apesar de terem sido estratégias reforçadas na intervenção. Tal parece estar relacionado com a personalidade de ambos e com a maneira como sempre se relacionaram. Apesar disto, por duas vezes, a esposa utilizou duas expressões tais como “*desculpa, não percebi*” (T.25) e “*Pois tem a ver mas o que eu não consigo é achar explicação para isso*” (T.140), que de certo modo, representam um reconhecimento verbal da sua parte de responsabilidade face a um dado problema.

No que diz respeito às características da transação, a esposa mantém o mesmo estilo de frases (curtas e simples) e realiza vários tipos de perguntas, abertas e fechadas, sendo inferior o número de sobreposições de perguntas e respostas, em relação à primeira AC. A esposa tem mais cuidados para assegurar a compreensão do marido tais como a simplificação das frases e perguntas; a verificação (T.103; T.67); a realização de

gestos associados às palavras mas em menor quantidade (T.117). Verifica-se que, nesta amostra, a esposa não recorre ao uso da escrita e utiliza muito pouco outros meios (como gestos, outros recursos, desenho) apesar destas estratégias terem sido colocadas na quarta e quinta posição da lista do casal (apêndice 10). Apesar de aceitar que o marido utilize vários meios para construir os seus turnos continua a privilegiar a resposta oral. Assim, as perguntas de resposta sim/não são as mais utilizadas pela esposa para suportar a expressão de C.. A verificação é feita em vários momentos, tanto através da reflexão e expansão (como se pode ver no T.8 e T.10 do exemplo 14) como através da realização de mais perguntas de resposta sim/não para lidar com respostas inconsistentes. Não utiliza a verificação não verbal através da escrita ou gestos.

5.4. Reavaliação dois meses depois da intervenção

Importa referir que, antes do início desta entrevista, G. contou como foram estes dois meses no que diz respeito à comunicação. Referiu que esta foi influenciada pelas circunstâncias familiares que mudaram inesperadamente devido à separação conjugal da sua filha, durante este período. Esta e a sua neta passaram a residir com o casal, sendo que G. passou também a dar apoio à filha, a todos os níveis. Durante este período, a mãe de G. começou a fazer fisioterapia diária, tendo tudo isto implicado uma alteração substancial na rotina do casal. G. considera que C. se ressentia da atenção dividida e que fica muito *“mais inibido”* e *“metido para dentro”*, segundo a sua perceção. G. também demonstrou que todas estas novas situações a deixam *“desorganizada e mais agitada”* e *“sem tempo para estar com muitos cuidados”*. G. expressou cansaço e impaciência que se reflete na comunicação entre o casal: *“De há quinze dias para cá isto tudo tem sido um problema porque ele tem estado mudo e calado (...) eu agora tenho sido mazinha para ele, tenho-o espicaçado, mazinha entre aspas, faz o que quiseses quando quiseses (...) acho que também depende dele porque se uma pessoa não quer falar a gente não pode obrigá-la a falar (...) não posso estar sempre a insistir quando tu quiseses dizer diz (...) estão vencidas as partes mais difíceis mas agora há que manter porque se ele quiser mais daqui para a frente também tem ele que dar resposta porque eu não posso falar nem mexer a boca por ele”*.

A Análise realizada de seguida será feita à luz destas informações.

5.4.1. Resultados do CAPPa – dois meses depois da intervenção

Sempre que necessário, poderá ser consultada, em Apêndice 12, a amostra de conversa recolhida, transcrita e sobre a qual resultou a seguinte análise.

a) Reparação

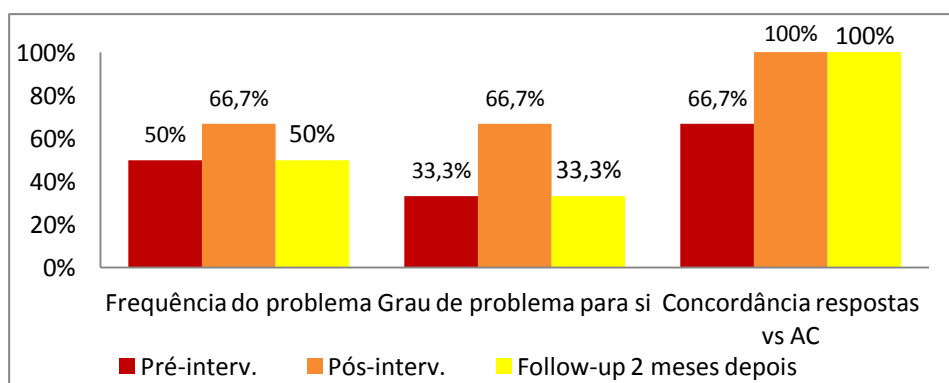


Figura 5. Resultados do CAPPa (Secção 2: Reparação) comparação Pré, Pós e dois meses depois da intervenção

Passados dois meses após a intervenção, G. identificou 50% de frequência de problemas na área da reparação (figura 5), com respostas iguais às dadas pré-intervenção. Voltou a reportar que o marido consegue frequentemente indicar quando não a compreende mas referiu que, para tal, simplifica a linguagem e usa frases mais curtas. Acrescentou, no entanto: “*a percepção que eu tenho é que ele compreende bem portanto é preguiça, é mais por aí, conheço-o bem*”. Apesar destas respostas e de, surpreendentemente na AC não se terem observado quebras na interação por falhas na compreensão, estas continuam a ocorrer na interação como a investigadora pôde constatar noutros contextos observados. Por este motivo, a concordância entre as respostas dadas na entrevista e as evidências foi de 100%.

No que diz respeito à auto-iniciação e à capacidade de se corrigir sozinho observam-se os mesmos resultados da última gravação, isto é, apesar da esposa referir que ele “*quase nunca*” se tenta corrigir, na AC, C. tenta por várias vezes auto-corrigir-se, muito embora, por vezes, a esposa tenha de colaborar (ver no apêndice 12: T.8; T.39; T.47; T.68). Relativamente à capacidade de se auto-reparar após iniciação da esposa, salienta-se que nesta amostra de conversa, foram mais as vezes que C. conseguiu reparar corretamente o seu turno do que as vezes que não conseguiu (exemplos 21 e 22).

Ex. 21

42	PC	Quart (.) quarta quinta e sexta vai haver jogo?
43	PcA	{apontando com os dedos na mesa} hoje ontem amanhã
44	PC	Ah houve ontem hoje e amanhã

Ex. 22

65	PC	Mas quem estava lá?
66	PcA	Filho
67	PC	Filho de quem?
68	PcA	M (1.0) mourinho (1.5)

No que concerne às estratégias, G. voltou a ter algumas dificuldades em enumerar estratégias, tendo, inclusivamente, referido estratégias pouco coerentes como por exemplo: *“às vezes faço até por lhe complicar a vida e as ideias para ver se ele acusa a receção. E olha logo para mim como quem diz «agora fala em português»; “começo a pedir para ele gesticular com a boca e digo-lhe «vamos lá ver, como os palermas».* Além disto, referiu dar-lhe tempo para se corrigir (*“deixo-o dizer mal mas depois quando chego ao fim corrijo”*), dar-lhe pistas para reparar um dado problema e, mais uma vez, enfatizou o uso da escrita (*“agora recorro á escrita”*).

No que concerne às estratégias observadas na AC, mais uma vez observou-se o uso de estratégias não nomeadas pela esposa na entrevista. Constatou-se o uso de algumas estratégias adequadas e outras menos. Quando o marido se tenta corrigir sozinho mas não consegue, observou-se a colaboração mutua para reparação rápida através: do encorajamento do marido (T.89: *“diz o quê? diz...”*) e da verificação daquilo que compreendeu (T.93: *“Passaste ali quando foste à yoplé”*; T.44: *“Ah houve ontem hoje e amanhã”* ou T.61: *“mil pessoas?”*), resultando na reparação pelo próprio no turno seguinte e na continuação da conversa. Apesar de nesta conversa as intervenções do marido serem substancialmente mais curtas que na conversa analisada pós-intervenção, verifica-se que a esposa, na maioria das situações, segue a iniciativa dele e responde-lhe em concordância, privilegiando o fluir da conversa e não a produção de frases ou palavras corretas (exemplos 23 e 24).

Ex. 23

82	PcA	{aponta para a tv e olha para a esposa} grande comboio
83	PC	É grande? É este ainda é dos ant (1.0) é daqueles (.) na altura ainda é dos que íamos para Lisboa=
84	PcA	={aponta para a TV}=
85	PC	=Este é o Hotel da Guarda (1.0) deve ser o único (4.0)

Ex. 24

119	PcA	Depois [gescarregar](1.0) {escreve com o dedo no ar} [Zambanca]
120	PC	Foste para Salamanca
121	PcA	{acena afirmativamente}
122	PC	É perto

Contudo, é evidente que há uma maior atividade por parte dela na conversa, comparativamente à registada na AC anterior. É difícil perceber qual a causa e qual a consequência, isto é, se a maior atividade dela é uma resposta natural ao facto do discurso dele estar mais telegráfico e, segundo ela, mais “*poupado*”, ou se, pelo contrário, é essa hiperatividade que o está a deixar mais passivo, novamente. A favor da primeira hipótese temos a evidência de que a conversa é relativamente fluente e agradável, e as perguntas da esposa têm em vista a participação do marido e a sua opinião, mais do que a correção. A maioria das perguntas são fechadas, de resposta sim/não, o que permite uma troca rápida de turnos com bom entendimento do marido, mas também usa algumas abertas (ver no apêndice 12: T.7; T.59).

Na AC constam duas situações que são exceções à aparente adequação acima descrita. São elas duas grandes sequências de reparação: a primeira tem em vista a produção de uma palavra desejada pela esposa (exemplo 25), seguida de uma expressão de impaciência (T.35 “*é que isso só não basta*”).

Ex. 25		
20	PC	Um bocadinho de molho?
21	PcA	Sim
22	PC	No frango?
23	PcA	{ <i>aponta com o garfo para o arroz</i> }
24	PC	No frango? Então?
25	PcA	{ <i>suspira e aponta com o garfo novamente para o arroz</i> }
26	PC	Queres molho onde? Queres molho onde? (1.0)
27	PC	{ <i>toca-lhe na mão para que ele olhe para ela</i> } Onde é que queres o molho?
28	PcA	{ <i>volta a apontar com o garfo para o arroz</i> }
29	PC	Sim espalhado por aí no quê? No
30	PcA	[{ <i>olha para ela e para o prato e volta a apontar com garfo</i> } fogo (1.0) prato
31	PC	Sim no prato mas em cima de quê?
32	PcA	[<i>gôs</i>]
34	PcA	Chega chega (1.0)
35	PC	É que isso só não basta (10.0)

A segunda sequência (exemplo 26) tem em vista a resolução de uma dúvida trivial que surgiu na conversa, que tanto um como outro não sabiam solucionar no imediato e que, por isso, poderia ter sido ultrapassada após a resposta do marido no T.102. No entanto, a esposa insistiu durante 17 turnos até que finalmente, C. toma a iniciativa de abandonar aquele assunto e continuar a conversa (T.119). No apêndice 12 é possível ver a sequência completa.

Ex. 26		
97	PC	Foste com o camião descarregar não sei o quê (.) não foi à Yoplé mas era uma associada da yoplé

98	PcA	{acena com a cabeça}
99	PC	(1 sílaba) foste descarregar?
100	PcA	O quê?
101	PC	O que foste descarregar?
102	PcA	{mastiga, limpa a boca e fica a pensar} (2.0) {levanta o dedo} [percorrias] (2.0) [plé]
103	PC	Ah?
(...)	(...)	
113	PC	{toca-lhe na mão para chamar a sua atenção} não te lembras o que é que foste lá descarregar?
114	PcA	Não
115	PC	Eu também não (.) sei que foste à yoplé foi fruta para os iogurtes
116	PcA	É {acena afirmativamente}
117	PC	Agora Foi pera? Não foi pera? Não (0.5) não me lembro sei que foi fruta para os iogurtes
118	PcA	[{encolhe os ombros e limpa a boca}]
119	PcA	Depois [guescarregar](1.0) {escreve com o dedo no ar} [Zambanca]

No exemplo 25, foi a única situação em que a esposa não interpreta o não-verbal causando constrangimento. Ver apêndice 12: T.74; T.80; T.90 situações em que ela interpreta e a conversa continua sem frustração para C.

Relativamente ao nível de problema, este voltou a ser de 33% devido à resposta dada na primeira pergunta, sendo que nas restantes manteve a mesma opinião de que existe “algum problema” associado às questões colocadas.

b) Iniciação e Troca de Turnos

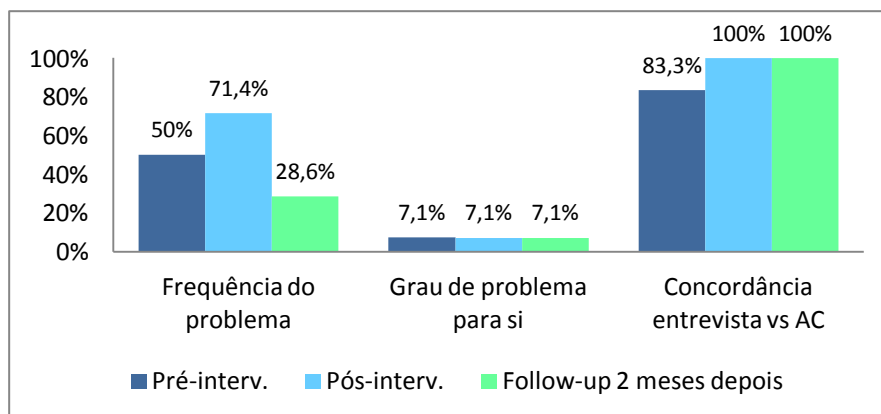


Figura 6. Resultados do CAPPA (Secção 3: Iniciação e troca de turnos) comparação Pré, Pós e dois meses depois da intervenção

No que concerne a esta área do CAPPA, obteve-se o valor mais baixo na frequência do problema, contudo, a concordância com o observado na AC manteve-se de 100%.

Destaca-se o facto da esposa ter referido na entrevista, pela primeira vez, que ele “quase nunca” se atrasa a responder na vez dele, o que de facto se verifica. Além disto, apesar das queixas de que ele “tem andado mudo e calado”, considerou que o marido

“ocasionalmente” limita o que diz ao mínimo o que de facto é verdade (sendo que em ambas as fases anteriores conotou como “frequentemente”).

Relativamente às estratégias, na entrevista, referiu apenas que quando ele não responde, ela repete e espera pela resposta (“*espero que saia alguma coisa*”); quando ele faz pausas longas refere não interromper porque “*há qualquer coisa que ele diz sempre*”. Mais uma vez na AC, verificou-se que, nas duas vezes em que ele não respondeu após o turno de G., esta prosseguiu com um novo turno. Apesar dos turnos de C. serem essencialmente curtos nesta amostra de conversa, foi possível detetar alguns em que realizou pausas a meio (p.e. T.88). Nesses casos a esposa não se sobrepôs, esperando até ao final, mantendo silêncio e/ou contacto ocular, e no turno seguinte, verificando o que entendeu (exemplo 28).

Ex. 28

72 A Na não (2.0) dezasseis

73 PC Ai tem dezasseis? A miúda é que tem para aí doze (1.0) esta bem

5.4.2. Resultados da avaliação do PC com base na escala *Measure of Skill in Suported Conversation* (Kagan *et al.*, 2004) – dois meses depois da intervenção

No geral, o balanço da análise é idêntico à que se fez imediatamente após a intervenção. Com exceção das duas sequências de reparação longas com propósitos desnecessários, a restante conversa, no que diz respeito à interação, é adulta, agradável e ambos parecem estar confortáveis. A esposa demonstra interesse em conversar com o marido e, a sua postura mais ativa, parece ter como objetivo a manutenção da interação e a participação dele, mais do que obrigá-lo a falar. O marido mostra-se confortável com essa postura, apesar de se encontrar bastante mais reservado. Novamente, não existe valorização e reconhecimento verbal explícito de frustrações e de coresponsabilização perante um problema. Estas características poderão estar relacionadas com padrões de relacionamento pré-mórbidos deste casal. Ao nível da transação, a principal diferença em relação à avaliação anterior, diz respeito ao suporte da compreensão, que não é feito explicitamente.

VI - DISCUSSÃO GERAL E CONCLUSÕES

Neste capítulo será realizada uma discussão geral dos aspetos mais importantes deste trabalho, de acordo com as hipóteses formuladas.

6.1. Hipótese 1: A formação específica do parceiro privilegiado de comunicação, recebida durante o período de 4 semanas e baseada nos resultados da Análise Conversacional, produz melhorias na conversação entre este e a PcA

Pelos resultados e análise efetuada após a intervenção conclui-se que houve melhorias na interação devido à mudança de comportamentos e atitudes comunicativas da PC. Contudo, a complexa interação das várias informações fornecidas pelo CAPPA e pelas outras avaliações requer uma interpretação cuidadosa para perceber em que medida ocorreu essa mudança.

À semelhança dos estudos de Booth e Perkins (1999), de Booth e Swabey (1999) e de Cunningham e Ward (2003), neste estudo, registaram-se mudanças positivas na área de reparação, após a intervenção. Comparativamente com a outra área avaliada – iniciação e troca de turnos – as mudanças ao nível da reparação tiveram mais impacto na qualidade da interação e influenciaram, por sua vez, a organização dos turnos e a iniciação e manutenção dos tópicos. Em concordância com a literatura, constatou-se que a reparação na interação com a PcA pode ocorrer devido a vários problemas e interferir gravemente na qualidade e quantidade de participações da PcA e, no limite, impedir a continuidade da conversa. Antes da intervenção, a reparação era iniciada pela esposa por perguntas diretas ou por ciclos de pergunta-adivinha. Tal como noutros estudos (Lubinsky *et al*, 1980; Goodwin, 1987; Booth & Perkins, 1999; Booth & Swabey, 1999) a maior parte das vezes a palavra-alvo, fonte de problema, era conhecida pela esposa.

Após a intervenção, a reparação passou a ocorrer quando o problema impedia efetivamente a compreensão dos intervenientes e a continuidade da conversa. Segundo Schegloff, Jefferson & Sacks, (1977) a reparação iniciada pelo parceiro ocorre mais quando o interlocutor ainda não é competente para detetar o problema e se auto-corrigir.

De facto, pelo CAPPA, a perceção da esposa (antes e após a intervenção) é de que o marido é incapaz (“quase nunca”) de detetar um problema e de iniciar a reparação dos seus erros. Contudo, na realidade, ele é capaz de o fazer ocasionalmente. Assim, na conversa inicial a reparação iniciada e feita pela esposa é mais frequente e a colaboração

entre os interlocutores, tendo em vista a reparação com o mínimo esforço é pouco visível, o que pode dever-se à percepção de “incompetência” que a esposa possuía, antes da formação. Após a intervenção, houve uma mudança na percepção de competência da esposa que se traduziu numa melhoria na forma como passou a gerir os problemas surgidos na conversa. Por sua vez, o marido, não se sentindo tão pressionado ou “incompetente”, insistiu mais vezes na reparação dos seus próprios erros e a cooperação na reparação foi mais efetiva. O aumento da consciência por parte da esposa das dificuldades de compreensão do marido, após a intervenção, também contribuíram para melhorias na reparação. Tendo sido um dos objetivos da intervenção aumentar o conhecimento (por parte da esposa) da afasia do marido e reforçar a importância da esposa assegurar a compreensão, esta mudança de resposta é um indicador positivo.

Neste trabalho, também foi possível perceber como a reparação “desnecessária” de erros linguísticos tem consequências evidentes na sequência dos contributos e na organização da conversa. Quando o trabalho de reparação passa a ser o objetivo da interação, o tema é abandonado até que o problema seja resolvido (Schegloff, 1979). Na AC pré-intervenção, verificou-se que o casal muda várias vezes de tema, ao longo dos 10 minutos de conversa. Isto poderá estar relacionado com as quebras provocadas pelas reparações longas, que colocam a “incapacidade” em destaque e provocam o desinteresse de C. em continuar. Após a intervenção, tendo diminuído o número e o tamanho de reparações, foi visível a manutenção do tópico de conversação durante praticamente os 10 minutos da amostra e a participação equilibrada e entusiasmada da PcA.

Relativamente à troca de turnos, o principal ganho após a intervenção está relacionado com a diminuição da atividade da esposa para dar lugar à participação e iniciativa do marido (menos sobreposições, mais verificações, entre outros). Antes da intervenção, os contributos de C. eram predominantemente expressões mínimas consequência da postura passiva. Após a intervenção, C. produziu turnos consideravelmente maiores e utilizou vários meios para os construir (gestos, fala, vocalizações, escrita com o dedo). Pode-se ainda constatar, que o grau de preocupação nesta secção da “Iniciação e Troca de turnos” foi mantido nas várias fases do estudo o que poderá indicar que as estratégias utilizadas surtem o efeito desejado na interação ou, por outro lado, os problemas identificados nesta área são pouco valorizados na interação comparativamente aos comportamentos de reparação que são mais evidentes na interação e são fonte de frustração para ambos.

Os resultados do CAPPA e da avaliação com base na escala *Measure of Skill in Supported Conversation* (Kagan *et al.*, 2004) antes e após a intervenção, permitem-nos refletir sobre as mudanças ao nível dos comportamentos e atitudes comunicativas. Apesar de a esposa ter adotado algumas estratégias para reconhecer e ajudar a revelar a competência do marido, fazendo-o com um pouco mais de sensibilidade e de uma forma mais equilibrada, não é possível afirmar que as suas atitudes mudaram na totalidade. Durante a intervenção, procurou-se promover uma maior valorização da função social da conversa e um maior reconhecimento de que a comunicação é um processo partilhado. Neste sentido, a PC foi incentivada a priorizar mais o envolvimento na conversa como um evento social, um momento de partilha descontraída e saudável, em vez usar a conversa para por o marido à prova e para se exercitar. Os resultados ao nível das estratégias na área da reparação, após a intervenção, refletem precisamente esta ênfase dada na formação à importância da esposa privilegiar a conversa em detrimento da reparação e à importância de negociar consigo mesma o tempo de efetuar as correções, isto é, deixar a conversa fluir e só no final, se for mesmo muito importante, chamar a atenção do marido para o problema. Além disso, a estratégia da “negociação” (“Quando quer que C. diga a palavra correta: Negociar consigo mesma se é mesmo importante ou não”), foi selecionada pelo casal como a mais importante (ver apêndice 10). Foi ainda uma das únicas estratégias a ser evocada espontaneamente na entrevista, passados dois meses da intervenção. Para que a esposa tomasse consciência dos seus próprios comportamentos e atitudes, revelou-se extremamente útil a visualização de excertos gravados da interação do casal. É interessante verificar como a esposa despertou para a importância da sua adaptação na interação, apesar de terem passado já quatro anos do AVC. Durante a avaliação inicial ela demonstrou acreditar que as mudanças dependiam essencialmente do marido (“*eu sempre pensei que ele ficasse praticamente curado, mas não, agora já percebi que há um melhoria mas não há uma cura*”).

Booth & Perkins (1999) alegam que a eliminação de certos comportamentos e estratégias, pela intervenção, poderão interferir com padrões de interação que foram negociados pelos interlocutores e nos quais estes se sentem confortáveis. No entanto, dois argumentos entram em defesa deste tipo de intervenção. Primeiro, esta foi realizada com base num retrato o mais realista possível do casal e da sua interação conversacional. Segundo, não foi aplicado um programa rígido mas flexível, aberto à espontaneidade da partilha e à reflexão acerca das consequências de diferentes comportamentos, atitudes e

estratégias comunicativas na interação. Além do mais, no treino prático feito com o marido deu-se enfoque, não a todas as estratégias, mas sobretudo àquelas que o casal selecionou como sendo mais importantes (ver sessão 7). Para a mudança parece ter contribuído, em primeiro lugar, a maior consciência do que é a afasia e, sobretudo, das características da afasia do marido e, em segundo lugar, a maior consciência de si própria, dos seus comportamentos e atitudes comunicativos e de como estes influenciam, quer positiva quer negativamente, a participação do marido na conversa. Pelo CAPP, o aumento da frequência do problema (nas duas áreas) e do grau de problema (na área da reparação), após a intervenção, indica que, de facto, a esposa passou a estar mais consciente do impacto da afasia na interação e na sua própria postura. Para a esposa, uma maior consciência dos problemas causados pela afasia e da sua cronicidade, conduziu a um grau de aceitação inferior ao inicialmente registado, na área da reparação. No que concerne às estratégias utilizadas, na entrevista pós-intervenção a esposa deu respostas muito mais completas do que na entrevista inicial, o que revelou uma maior consciência daquilo que se passa na conversação e, sobretudo, um maior auto-conhecimento.

É importante referir que existem inúmeras variáveis que influenciam a interação comunicativa (Turner & Whitworth, 2006). Neste trabalho não é possível determinar em que medida essas variáveis influenciaram os resultados, mas é possível refletir sobre algumas questões com elas relacionadas. Foi possível compreender como a identidade de C. enquanto falante com afasia se sobrepõe à sua própria identidade como pessoa. Daqui resultam novos papéis na interação e na relação que possivelmente não existiam antes do AVC. A afasia colocou C. em desvantagem e numa posição diferente: de “controlador” passou a ser “controlado”. G., de mulher “independente” passou a ser cuidadora. Se por um lado esta mudança poderá ter resultado em atitudes de afirmação perante o marido (“*eu agora digo-lhe muitas vezes «agora quem é que é o burro?»*”, “*eu tenho de lhe fazer ver quem é que tem razão porque ele sempre se achou o iluminado*”), por outro lado, despoleta atitudes de superproteção (“*quero deixá-lo preparado para a vida porque nunca se sabe o que pode acontecer*”). Isto também poderá justificar, em parte, a dinâmica prevalente na interação inicial, idêntica à de “professora-aluno” ou até à de “mãe-criança” (Stubbs, 1983).

Os sentimentos associados a esta mudança de papéis, ao facto de o AVC ter ocorrido pouco tempo depois de terem casado, não foram alvo de intervenção mas mereciam uma avaliação e intervenção especializada, o mais cedo possível. Contudo, tal

nunca aconteceu. Na literatura encontra-se bem documentado que a afasia é uma “doença familiar” e com consequências psicossociais, não só para a PcA mas também para os seus cuidadores (e.g. Le Dorze & Brassard, 1995). Santos (2011) refere que é fundamental uma intervenção precoce com a família “de modo a não serem criadas expectativas em relação à recuperação, e a serem evitadas atitudes menos corretas com o doente, por desconhecimento das suas reais capacidades”. Neste estudo, apenas se procedeu à avaliação de sintomas depressivos na PcA, antes da intervenção, contudo teria sido pertinente ter realizado uma avaliação idêntica à esposa, no sentido de compreender, do ponto de vista do bem-estar psicológico, os efeitos deste tipo de intervenção. Conclui-se, portanto, que este tipo de abordagens, num modelo social, serão tão mais eficazes quanto mais abrangentes, e para tal, o trabalho multidisciplinar revela-se fulcral.

Por fim, torna-se importante ainda refletir acerca de fatores externos que poderão estar relacionados com os resultados obtidos após a intervenção. Pelo que se pôde apurar, a esposa presenciou praticamente todas as sessões terapêuticas desde o AVC. Segundo aquilo que se pode apurar, estas, inseridas no modelo médico, focaram-se na melhoria dos défices linguísticos, articulatórios e motores. Levanta-se a questão: Será que a observação da “conversa institucional” (Lesser & Milroy, 1993), no contexto clínico, desde a fase aguda, poderá ter influenciado G. a conversar com o marido de forma inapropriada? Segundo Simmons-Mackie (2008) tal é possível. A observação continuada das interações comunicativas entre o TF e a PcA baseadas em tarefas formais, tendo em vista a “correção” de défices linguísticos, poderão ter conduzido a esposa a comportar-se como uma “terapeuta” e a valorizar a “correção” dos defeitos linguísticos em detrimento da comunicação. Consecutivamente, ao fazer uma abordagem completamente diferente daquela a que G. sempre esteve habituada, deparamo-nos com um conjunto de barreiras internas e de ideias muito enraizadas acerca do problema do marido e de como lidar com ele. Apesar dos resultados após a intervenção terem revelado melhorias conclui-se que este tipo de trabalho, realizado numa fase mais precoce, desenvolver-se-ia sobre uma linha-de-base diferente, teria um formato diferente e os resultados obtidos também seriam, à partida, diferentes. Isto leva-nos a uma discussão importante acerca do momento ideal para realizar este tipo de intervenção. Na literatura não se encontram evidências acerca de quando, como iniciar e a duração deste tipo de intervenção pragmática e social. Segundo Simmons-Mackie *et al.* (2010), os estudos sobre a terapia com os PCs, são feitos, essencialmente, numa fase

posterior ao período de recuperação espontânea (entre 3 a 6 meses). Por um lado, é difícil recrutar doentes em fase aguda; por outro, nesta fase é prioritário o trabalho dirigido à recuperação dos défices linguísticos. Além disto, na fase aguda, os familiares ainda estão em choque e não estão preparados para este tipo de intervenção (Turner & Whitworth, 2006). Acredita-se que quanto mais cedo se ajudar os PCs a compreenderem o seu parceiro com afasia e qual o seu papel na comunicação com ele, melhores serão os resultados a longo prazo. Ou seja, mais facilmente estes terão acesso às mesmas oportunidades comunicativas e à participação em atividades. Assim, é da responsabilidade do TF fornecer informações e educação adequada às expectativas, necessidades, características de cada caso, preparando-os para as fases seguintes do seu percurso com a afasia.

6.2. Hipótese 2: A melhoria da conversação, caso exista, mantém-se dois meses após a formação do PC

Uma vez que as circunstâncias da vida do casal se modificaram bastante no período entre o final da intervenção e a última avaliação, a análise dos resultados obtidos dois meses depois encontra-se contaminada por diversas variáveis. O agregado familiar aumentou e a esposa passou a ter de apoiar também outros membros da família. À data da última avaliação, constatou-se informalmente uma mudança no comportamento dos dois elementos do casal; no caso da esposa, provavelmente relacionado com cansaço; no caso do marido, com alteração de rotinas e diminuição da atenção por parte dela. Se por um lado é legítimo que, com todas as mudanças na vida do casal, a esposa esteja a prestar menos atenção à forma como comunica com o marido, por outro lado, atendendo ao seu perfil de comunicação e personalidade, é também possível que esta tenha voltado aos padrões de comportamento comunicativo iniciais.

Os resultados do CAPPA, nas duas áreas, mostraram uma diminuição da perceção de problemas na interação, assim como do grau de preocupação associado a eles. Isto pode significar uma regressão na consciência dos mesmos ou ser reflexo da “falta de tempo e atenção” que a esposa tem tido. Por sua vez, a AC e a avaliação pelo instrumento MSSC de Kagan *et al.* (2004) não revelaram diferenças significativas comparativamente aos resultados obtidos imediatamente após a intervenção. Apesar disto, na AC observaram-se novamente reparações “desnecessárias”, iniciadas pela

esposa, e uma postura mais passiva por parte de C., contrabalançada por uma postura mais ativa da esposa.

Parece-nos importante interpretar estes resultados finais, do ponto de vista do perfil da PC, inicialmente avaliada com a entrevista semi-estruturada. As respostas obtidas nessa entrevista, juntamente com as evidências da AC, permitem-nos enquadrar o perfil inicial desta PC na categoria de “Mau” parceiro de comunicação, segundo a classificação de Simmons-Mackie e Kagan (1999). Como já se viu, um “Mau” PC foca-se na troca de informação em detrimento das necessidades sociais da PcA, é mais rígido no seu estilo comunicativo e privilegia o modo verbal. Na entrevista pôde-se perceber que, no que concerne às atitudes comunicativas, ela atribuía a responsabilidade de mudança e de adaptação ao marido; demonstrava sinais contraditórios de não-aceitação e compreensão da afasia e privilegiava sobretudo a fala na interação. Pela avaliação inicial, segundo o MSSC (Kagan *et al.*, 2004) verificaram-se diversas lacunas no reconhecimento de competências à PcA (falta de sensibilidade para com o parceiro, usando, por exemplo um tom de voz inadequado, não valorizando o esforço dele na reparação, entre outros) e no suporte à expressão e compreensão. Na literatura, são poucos os estudos que utilizam PCs com “Maus” perfis mas Turner e Whitwoth (2006) concluíram que ambos os tipos de PCs podem ficar a ganhar, só não está provado em que medida esses ganhos diferem. Nesse mesmo estudo, os TFs consideraram as atitudes comunicativas mais importantes que os comportamentos para o sucesso da intervenção. Nesta linha de raciocínio, seria expectável que G. obtivesse maus resultados após a intervenção. Contudo, foram registadas mudanças positivas imediatamente após a intervenção mas que, como já vimos, não se tratou de uma mudança radical de atitudes e comportamentos. Atendendo ao perfil, compreende-se que assim seja e que, dois meses depois, tenha voltado a padrões comportamentais iniciais. Só num estudo com um maior número de díades e com casos controlo seria possível comparar e perceber em que medida um PC com um “Mau” perfil ganha a curto e médio prazo e que tipo e duração de intervenção são mais adequados. Neste caso, especificamente, atendendo a todos os fatores intrínsecos aos intervenientes e ao tempo em que decorreu este trabalho, talvez fosse pertinente realizar sessões de follow-up, com uma determinada frequência espaçada no tempo, de forma a ir realizando um seguimento e supervisão da evolução, até que esta atingisse alguma estabilidade e equilíbrio. Talvez fosse também pertinente, neste caso, continuar a implementar

algumas atividades de “manutenção” , espaçadas no tempo e reavaliar a fim de uma maior intervalo de tempo.

6.3. Implicações do estudo na prática clínica dos Terapeutas da Fala em Portugal

Este trabalho vem reforçar a importância do TF envolver os parceiros de comunicação privilegiados (sejam familiares, amigos ou cuidadores formais das PcA) na intervenção. A consciência e a postura do TF em Portugal tem vindo a modificar-se paulatinamente e a noção da importância de adotar outros modelos de trabalho é cada vez maior (Matos, 2012; Leal, 2009). Observa-se hoje em dia, uma mudança crescente do paradigma de prestação de cuidados na saúde, que a terapia da fala tem acompanhado. No entanto, as políticas e mentalidade da própria sociedade não se têm desenvolvido ao mesmo ritmo, existindo ainda uma grande vinculação ao modelo médico. No âmbito da terapia da fala, apesar do aumento de investigação na área, na cada vez maior oferta formativa, há ainda um longo percurso a percorrer para que o TF possua mais condições legislativas, recursos e instrumentos que lhe permitam desenvolver adequadamente este tipo de abordagem, na sua prática clínica diária. Como concluiu recentemente Matos (2012), para além disto implicar um esforço dos TFs para *“considerar desde o início do processo de intervenção, as necessidades, desejos e expectativas quer das PcAs quer dos seus familiares/amigos (...)”*.

Sendo o TF o profissional da comunicação que lida com domínios muito importantes para o bem-estar do indivíduo, é fundamental refletir sobre a marca que deixa na vida das pessoas que o procuram, no sucesso da intervenção e, por último, na própria qualidade de vida. As pessoas com perturbação da comunicação e os seus familiares e/ou amigos, procuram os serviços do TF para encontrar respostas a muitas perguntas e soluções para os seus problemas. Todo o contexto e ambiente comunicativo vivenciado nas consultas é uma mensagem que lhes está a ser enviada acerca da natureza do problema e de como é possível posicionar-se perante ele. A constatação de que um determinado modelo poderá influenciar a adoção de uma postura comunicativa pouco adequada face à PcA é paradoxal, atendendo aos objetivos do TF. É importante que o TF, com base numa avaliação detalhada do perfil comunicativo do PC e das necessidades da PcA, decida quando e de que forma esse PC deve ser envolvido na terapia, em cada fase do processo de intervenção. Revela-se pertinente, num futuro

próximo, desenvolver instrumentos que auxiliem o TF na caracterização do PC, tais como entrevistas, questionários de auto-preenchimento ou entrevistas semi-estruturadas, complementados com a observação de uma conversa entre a díade.

É igualmente importante, investir no desenvolvimento de materiais destinados à avaliação da interação conversacional. A AC tem-se revelado uma metodologia útil na caracterização da díade e este trabalho deu provas disso. Contudo, mostra-se necessário a criação de instrumentos que permitam a sua aplicação de uma forma mais rápida e fácil, como por exemplo, através de uma grelha de observação. Parece também ser importante a complementaridade da AC com outros instrumentos de avaliação, para obter uma imagem holística. Enquanto que a AC permite analisar a estrutura da conversa, os participantes e as estratégias utilizadas, outros instrumentos poderão complementar essa análise com dados sobre o perfil da PcA e do PC, sobre os seus estilos e hábitos de comunicação, sobre a sua consciência acerca da afasia, sobre o bem-estar psicossocial, sobre a qualidade de vida, entre outros aspetos. Tudo isto vai contribuir para a realização de uma intervenção totalmente ajustada às características da díade.

É fundamental desenvolver também programas de intervenção e materiais de apoio, idênticos àqueles que foram desenvolvidos neste estudo (p.e. vídeos de vários tipos de interações com PcAs ilustrativos de situações e conteúdos; materiais escritos; documentários; livros para PCs; dinâmicas), que fiquem ao dispor da comunidade terapêutica, a fim de facilitarem ao máximo a realização deste tipo de trabalho. Sendo verdade que este tipo de intervenção pragmática, altamente individualizada, requer um investimento considerável de tempo e recursos, é fundamental que o terapeuta disponha, pelo menos, de materiais e instrumentos adequados à sua prática clínica e alguns poderão ser de baixo custo. Atendendo à eficácia dos vídeos, os TFs poderão, por exemplo, gravar algumas interações com os seus utentes com afasia, ou destes com os seus familiares (obtendo as devidas autorizações). Podem fazer uso dessas gravações (com esses mesmos utentes e com outros) para exemplificar uma série de conceitos, estratégias e o melhor ou pior resultado das mesmas. Poderão também elaborar material *aphasia friendly* para fornecer informações à PcA acerca da afasia, das suas características, da evolução, etc. Poderão ainda desenvolver material com informações simples para utilizar com os PCs, em sessões individuais com estes ou até em grupo. Nos contextos em que tal é possível, a colaboração entre os vários profissionais é uma mais-valia. Na literatura encontram-se várias propostas de formação e de atividades que

podem ser postas em prática. Será importante desenvolver, a curto prazo, estudos que comprovem a eficácia do seu uso.

6.4. Limitações do estudo

Estando este trabalho inserido no modelo social de intervenção e apesar do ênfase ter sido colocado na modificação do comportamento comunicativo do PC e na dinâmica de interação, pensa-se que este processo poderia ter beneficiado com um maior envolvimento da PcA na tomada de decisão relativamente ao serviço que foi prestado.

Considera-se uma limitação o facto de na avaliação inicial para caracterização do perfil da PC se ter apenas tido em consideração a opinião da mesma; na caracterização da relação do casal também teria sido importante conhecer a perspetiva da PcA. Teria sido igualmente importante averiguar, de uma forma mais estruturada, a motivação, expectativas e vontade de mudança da própria PcA no que diz respeito à forma como ambos conversavam. Esta avaliação foi feita informalmente aquando da explicação do trabalho. Como já vimos, não foi possível ter em consideração neste trabalho as respostas dadas pela PcA às entrevistas do CAPP; contudo, estas medidas teriam sido muito importantes para avaliar as perceções de C. relativamente à conversa e o impacto da intervenção nas mesmas.

No que concerne à intervenção efetuada, apesar de se ter apresentado o plano de trabalho ao casal, da PcA ter concordado com a sua realização e ter escolhido, juntamente com a esposa, as estratégias mais relevantes para si, considera-se que C. poderia ter contribuído para a elaboração do mesmo. Para tal, poder-se-ia ter apresentado, por exemplo, um conjunto de itens (*aphasia friendly*) para que ele seleccionasse aqueles que considerava mais importantes para incluir na formação da esposa e, no final, poderia ter-lhe sido dada a oportunidade de também ele avaliar o serviço prestado.

Identificaram-se também algumas limitações associadas ao uso do CAPP e da AC. Em primeiro lugar, foi a primeira vez que a investigadora tomou contacto com o instrumento, tendo-se baseado essencialmente no seu manual de aplicação e nos exemplos presentes nos poucos estudos que utilizaram este instrumento. Assim, identificam-se limitações na sua aplicação, primeiro porque o manual nem sempre é claro nas explicações que fornece e tem, inclusivamente, lacunas nas explicações dadas

sobre a análise das evidências e preenchimento do sumário. Em segundo lugar, a cotação das evidências é, em alguns aspetos, subjetiva. Por exemplo, as cotações de conflito/ausência de evidência podem dever-se a dificuldades de compreensão dos conteúdos das entrevistas ou, por outro lado, poderão indicar falhas na interação, exigindo, por isso, uma análise detalhada de todas as informações e evidências da AC. Outro exemplo, diz respeito à interpretação do grau de problema para os interlocutores, visto este estar relacionado com as estratégias que já estão a ser utilizadas e com os resultados que têm na interação.

O facto da parte do CAPPa, correspondente à cotação e quantificação das evidências, ter sido preenchido apenas por uma pessoa poderá ter constituído uma limitação.

Também se encontraram limitações associadas à aplicação das entrevistas à PcA. Atendendo ao grau de complexidade e abstração dos conteúdos, revelou-se difícil garantir as mesmas condições de aplicação e de compreensão, nas várias fases de aplicação. Além disso, sendo um instrumento que privilegia a informação qualitativa, o CAPPa revelou-se limitado para o participante com afasia, visto que este apresentava uma afasia com discurso não fluente. Talvez fosse apropriado o instrumento conter um guião de respostas (com opções *aphasia friendly*) para as questões abertas, de forma a que ele pudesse seleccioná-las com a mínima interferência do terapeuta. Atendendo a tudo isto, optou-se neste estudo por não ter em consideração as entrevistas feitas à PcA.

Por último, ainda em relação ao CAPPa, considera-se que a tradução feita foi suficiente para o trabalho em questão, mas seria importante realizar uma validação deste instrumento para a população portuguesa. Por aquilo que a autora pôde apurar, tal já se encontra a ser feito por um grupo de alunos finalistas em terapia da fala, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria. Apesar do seu interesse, a utilização do CAPPa mostra-se um processo moroso e pouco adaptado às experiências formais de reabilitação. Criar um modelo mais simples e rápido de aplicar/interpretar seria mais interessante do que validar este instrumento.

Identificaram-se também algumas limitações relacionadas com a metodologia da AC. Em primeiro lugar, a investigadora não possui formação específica nesta metodologia. Para além disto, as transcrições foram realizadas apenas pela autora porque se considerou ser suficiente para este trabalho. Este procedimento assemelha-se à prática clínica, assumindo-se, portanto, os erros que daí possam advir. A transcrição de uma parte da conversa feita por um painel de juizes, e depois comparada com a da

autora, teria aumentado a validade da mesma. Outro problema associado às transcrições, prende-se com o facto de estas terem sido realizadas com base nos exemplos presentes no manual do CAPPA, que nem sempre eram esclarecedores. Relativamente ao código de transcrições, o manual apenas fornece explicações mais específicas relativamente à codificação das pausas, na conversa. Outras informações específicas relativas a outros aspetos da interação não constam no manual sendo que a autora teve de recorrer a outro manual de Liddicoat (2007).

O facto de não ser possível controlar variáveis relacionadas com o casal no momento em que se encontravam a gravar, sobretudo, na última fase de avaliação, constituiu uma limitação na interpretação dos resultados. A aplicação de provas de avaliação de parâmetros ligados ao bem-estar geral, à qualidade de vida e a aspetos psicológicos, antes e após a intervenção, teria permitido inferir melhor acerca dos resultados obtidos.

Apesar destas limitações, a utilidade da AC como método adequado para planear a intervenção e avaliar a sua eficácia, tem vindo a ser comprovada (e.g. Boles, 1998, Booth & Perkins, 1999; Booth & Swabey, 1999; Cunningham & Ward, 2003; Wilkinson *et al.*, 2010; Beeke *et al.*, 2011). O presente estudo, concluiu o mesmo. Apesar do processo moroso das transcrições, estas, juntamente com as orientações do CAPPA, permitiram descobrir características da interação que não eram visíveis apenas com a visualização dos vídeos. A AC funcionou como uma lupa que permitiu encontrar os fenómenos em estudo e ver, de uma forma mais microscópica, a ação de cada participante na conversa.

Apesar dos métodos qualitativos serem subvalorizados quanto à qualidade de evidência científica, Wilkinson e Wielaert (2012) defendem que a investigação qualitativa tem muito a oferecer nas ciências comportamentais como a afasiologia e que os estudos de caso, quer de natureza quantitativa como qualitativa, são úteis para a avaliação de novas formas de intervenção, seja em que área for.

6.5. Propostas de estudos futuros

Turner e Whitworth (2006) defendem que a reavaliação da eficácia deste tipo de intervenção é melhor quanto mais tempo tiver passado desde o seu final. Deste modo, sugere-se a realização de estudos que verifiquem o efeito e manutenção das competências treinadas a longo prazo. Este tipo de estudos deverão conter descrições

detalhadas dos protocolos de avaliação utilizados e dos programas de intervenção para que os mesmos possam vir a ser reproduzidos noutros estudos.

Seria interessante também proceder à comparação de resultados de intervenções deste género na fase aguda e na fase crónica para perceber que características deverão ter os planos de intervenção em cada uma das fases e de que forma, os resultados se mantêm a médio e longo prazo, dependendo da fase em que foram efetuados. Seria ainda pertinente estudar de que forma a duração do programa intervenção tem influência nos resultados obtidos em PCs classificados como “maus” candidatos. Neste sentido, mais investigação é necessária para identificar e confirmar a importância de variáveis ligadas ao PC e das suas implicações nos resultados obtidos após o treino. Estudos realizados com um maior número de sujeitos poderão ser úteis para analisar os efeitos das características dos parceiros.

Seria também interessante estudar em que medida o treino do PC tem influência no nível de participação, funcionalidade comunicativa e de qualidade de vida.

Apesar dos resultados deste tipo de estudos terem claras implicações clínicas (Simmons-Mackie *et al.*, 2010) é necessário examinar o impacto económico deste tipo de intervenções e qual a relação custo-benefício relativamente ao trabalho individual com a PcA.

6.6. Considerações finais

A formação do parceiro privilegiado de comunicação com base na análise detalhada da interação conversacional, provocou mudanças positivas na mesma, nomeadamente na gestão dos problemas surgidos na conversa e na troca de turnos. Não tendo sido possível determinar se esta se manteve dois meses depois.

A metodologia da análise conversacional, juntamente com as informações obtidas no CAPPA, permitiram recolher uma imagem detalhada de como se processa a conversação entre o casal, e por isso, revelou-se útil e eficaz para o planeamento da intervenção e posterior avaliação dos seus resultados. A avaliação complementar com outros instrumentos, neste caso o MSSC (Kagan *et al.*, 2004), permitiu obter informações mais gerais, do ponto de vista da comunicação, sobre a capacidade da PC fornecer suporte e facilitar a participação do marido na interação, antes e após a intervenção.

VII – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Armstrong, E., & Mortensen, L. (2006). Everyday talk: Its role in assessment and treatment for individuals with aphasia. *Brain Impairment*, 7(3), 175-189.

Associação Nacional de Afásicos e Vítimas de Acidente Vascular Cerebral. (2011). *Viver e Conviver com a Afasia. Histórias Reais*. Lisboa: Acontecimento.

Beeke, S., Maxim, J., & Wilkinson, R. (2007). Using conversation analysis to assess and treat people with aphasia. *Seminars in Speech & Language*, 28(2), 136.

Beeke, S., Maxim, J., Best, W. & Cooper, F. (2011). Redesigning therapy for agrammatism: initial findings from the ongoing evaluation of a conversation-based intervention study. *Journal of Neurolinguistics*, 24, 222-236.

Benson, F. (1979). *Aphasia, alexia and agraphia*. New York: Churchill–Livingstone.

Benson, D. F. & Ardila, A. (1996). *Aphasia. A Clinical Perspective*. New York, Oxford University Press.

Blomert, L., Koster, C., Van Mier, H. & Kean, M-L. (1987). Verbal communication abilities of aphasic patients: the everyday language test. *Aphasiology*, 1, 463-74.

Boch, S. & Beeke, S. (2008). Co-constructed talk in conversations of people with dysarthria and aphasia. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 22(12), 974-990.

Boles, L. (1997). Conversation analysis as a dependent measure in communication therapy with four individuals with aphasia. *Asia Pacific Journal of Speech, Language and Hearing*, 2, 43–61.

Booth, S. & Perkins, L. (1999). The use of conversation analysis to guide individualized advice to carers and evaluate change in aphasia: a case study. *Aphasiology*, 13, 283-303.

Castro-Caldas, A. (1979). *Diagnóstico e evolução das afasias de causa vascular. Tese de Doutoramento*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Castro Caldas, A. (2000). *A herança de Franz Joseph Gall*. Lisboa: McGraw-Hill.

Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão. (2008). *Ele/Ela é afásico. E agora?* Autores: Cunha, H. & Fonseca, I. Alcoitão: CMRA, Santa Casa da Misericórdia de Lisboa.

Connect (2005). *Better Conversations – a guide for relatives*. London: Connect ideas series.

Couper-Kuhlen, E. (1992). Contextualizing discourse: the prosody of interactive repair. In P. Auer & A. di Luzio (Eds.), *The Contextualization of Language* (pp. 337-364). Amsterdam : John Benjamins.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design. Choosing among five traditions*. USA: SAGE Publications.

Cunningham, R., & Ward, C. (2003). Evaluation of a training programme to facilitate conversation between people with aphasia and their partners. *Aphasiology*, 17(8), 687-707.

Damásio, A. R. (1973). *Neurologia da linguagem. Tese de Doutoramento*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Damico, J. S., Oelschlaeger, M. & Simmons-Mackie, N. (1999). Qualitative methods in aphasia research: conversation analysis. *Aphasiology*, 13, 667-679.

Davis, G. A. & Wilcok, M. J. (1985). *Adult aphasia rehabilitation. Applied Pragmatics*. San Diego: College-Hill Press.

Ferguson, A. (1998). Conversational turn-taking and repair in fluent aphasia. *Aphasiology*, 12(11), 1007-1031.

Ferro, J. M. (1986). *Neurologia do comportamento – estudo da correlação com a Tomografia Axial Computorizada. Tese de Doutoramento*. Lisboa: Faculdade de Medicina de Lisboa.

Gainotti, G. (1997). Emotional, psychological and psychosocial problems of aphasic patients: an introduction. *Aphasiology*, 11, 35-46.

Garfinkel, H. (1967). *Studies in Ethnomethodology*. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

- Gibbs, R. W. (1999). Interpreting what speakers say and implicate. *Brain and Language*, 68, 466–485.
- Glosser, G., Wiener, M. & Kaplan, E. (1986). Communicative gestures in aphasia. *Brain and Language*, 27, 345-359.
- Goffmann, E. (1995). On face work. *Psychiatry*, 18, 213-231.
- Goldblum, G. M. (1985). Aphasia: a societal and clinical appraisal of pragmatic and linguist behaviors. *South African Journal of Communication*, 32, 12-18.
- GoodGlass, H. & Kaplan, E. (1972). *The assessment of aphasia and related disorders*. Philadelphia: Lea&Febiger.
- Green, G. (1984). Communication in aphasia therapy: some of procedures and issues involved. *British Journal of Disorders of Communication*, 19, 35-46.
- Goffman, E. (1959). *The Presentation of Self in Everyday Life*. New York: Doubleday.
- Goodwin, C. & Heritage, J. (1990). Conversation analysis. *Annual Review of Anthropology*, 19, 283-307.
- Goodwin, C. (1995). Co-Constructing Meaning in Conversations with an Aphasic man. *Research on Language and Social Interaction*, 28 (3), 233-260.
- Goodwin, C. (2003). *Conversation and Brain Damage*. New York: Oxford University Press
- Hallowell, B. & Chapey, R. (2008). Introduction to language intervention strategies in adult aphasia. In R. Chapey (Ed.), *Aphasia and related neurogenic communication disorders* (pp. 3-19). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Heeschen, C. & Schegloff, E. A. (1999). Agrammatism, Adaptation Theory, Conversation Analysis: On the Role of So-Called Telegraphic Style in Interaction. *Aphasiology*, 13, 365-405.
- Helasvuo, M-L., Laakso, M. & Sorjonen, M-L. (2004). Searching for Words: Syntactic and Sequential Construction of Word Search in Conversations of Finnish Speakers with Aphasia. *Research on Language and Social Interaction*, 37(1), 1-37.

- Heritage, J. (1984). *Garfinkle and Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.
- Holland, A. (1980). *Communicative abilities of daily living. Manual*. Baltimore: University Park Press.
- Holland, A. (1982). Observing functional communication of aphasic adults. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 47, 50-56.
- Holland, A. (1991). Pragmatic aspects of intervention in aphasia. *Journal of Neurolinguistics*, 6, 197-211.
- Hopper, S., Holland, A. & Rewega, M. (2002). Conversational coaching: Treatment outcomes and future directions. *Aphasiology*, 16, 745-762.
- Jefferson, G. (1987). On exposed and embedded correction in conversation. In G. Button & J.R.E. Lee (Eds.), *Talk and social organization* (pp. 86-100). Clevedon, Avon: Multilingual Matters.
- Joanette, Y. & Ansaldo, A. I. (1999). Clinical note: Acquired pragmatic impairments and aphasia. *Brain and Language*, 68, 529-534.
- Kagan, A. & Gailey, G. F. (1993). Functional is not enough: training conversation partners for aphasic adults. In A. L. Holland & M. M. Forbes. (Eds), *Aphasia treatment: World Perspective* (pp.199-225). San Diego: Singular.
- Kagan, A. (1995). Revealing the competence of aphasic adults through conversation: a challenge to health professionals. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 2, 15-18.
- Klippi, A. (1996). *Conversation as an achievement in aphasics*. Helsinki: Suomalaisen Kirjallisuuden Seura.
- Kagan, A. (1998). Supported conversation for adults with aphasia: methods and resources for training conversation partners. *Aphasiology*, 12 (9), 816-830.
- Kagan, A., Black, S., Duchan, J., Simmons-Mackie, N. & Square, P. (2001). Training volunteers as conversation partners using “supported conversation for adults with aphasia” (SCA): a controlled trial. *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 44, 924-938.

Kagan, A., Winckel, J., Black, S., Duchan, J. F., Simmnons-Mackie, N. & Square, P. (2004). A set of observational measures for rating support and participation in conversation between adults with aphasia and their conversation partners. *Topics in Stroke Rehabilitation*, 11(1), 67-83.

Klippi, A. (1991). Conversational dynamics between aphasics. *Aphasiology*, 5, 373-378.

Klippi, A. & Helasvuo, M-L. (2011). Changes in Agrammatical Conversational Speech over a 20 Year Period – From Single Words to Grammatical Constructions. *Journal of Interactional Research in Communication Disorders*, 2(1), 29-59.

Knowles, M. (1984). *The Adult Learner: A Neglected Species*. Houston: Gulf Publishing,

Laakso, M. (1992). Interactional features of aphasia therapy conversation. In R. Aulanko & Lehtihalmes (Eds.), *Studies in Logopedics and Phonetics* (pp. 54-67).

Laakso, M. & Klippi, A. (1999). A Closer Look at the “Hint and Guess” sequences in Aphasic Conversation. *Aphasiology*, 13, 345-363.

Laakso, M. (2003). Collaborative Construction of Repair in Aphasic Conversation. An Interactive View on the Extended Speaking Turns of Persons with Wernicke’s Aphasia. In C. Goodwin (Ed.), *Conversation and Brain Damage* (pp.163-188). Cambridge: Cambridge University Press.

Laakso, M. (2012). Aphasia as an example of how a communication disorders affects interaction. In Egbert, M. & Deppermann, A. (Eds), *Hearing Aids Communication*. Mannheim: Verlag für Gesprächsforschung.

Le Dorze, G. & Brassard, C. (1995). A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends based on the WHO model of chronic diseases. *Aphasiology*, 9, 239-255.

Leal, A. P. (2009). *Avaliação da afasia pelos terapeutas da fala em Portugal. Dissertação de Mestrado. Universidade de Aveiro.*

Leiwo, M. (1994). Aphasia and communicative speech therapy. *Aphasiology*, 8(5), 467-482.

Lesser, M. & Milroy, L. (1993). *Linguistics and Aphasia. Psycholinguistic and pragmatic aspects of intervention*. New York: Longman Publishing.

Lesser, R. & Algar, L. (1995). Towards combining neuropsychological and the pragmatic in aphasia therapy. *Neuropsychological Rehabilitation*, 5, 67-92.

Liddicoat, A. J. (2004). The projectability of turn construction units and the role of prediction in listening. *Discourse Studies*, 6 (4), 449-471.

Liddicoat, A. J. (2007). *An Introduction to Conversation Analysis*. London: Continnum.

Lindsay, J. & Wilkinson, R. (1999). Repair Sequences in Aphasia Talk: A Comparison of Aphasic - Speech and Language Therapist and Aphasic - Spouse Conversations. *Aphasiology*, 13(4), 305-325.

Lyon, J., Cariski, D., Keisler, L., Rosenbek, J., Levine, R., & Kumpula, J., et al. (1997). Communication partners: Enhancing participation in life and communication for adults with aphasia in natural settings. *Aphasiology*, 11, 693-708

Lock, S., Wilkinson, R., & Bryan, K. (2001) *Supporting partners of people with aphasia in relationships and conversation (SPPARC)*. Bicester: Speechmark.

Lock In Ball, M. J., Perkins, M. R., Muller, N. & Howard, S. (2008). *The Handbook of clinical Linguistics*. BlackWell Publishing.

Lubinski, R., Duchan, J. & Weitzner-Lin, B. (1980). Analysis of breakdowns and repairs in aphasic adult communication. In R. Brookshire (Ed.) *Clinical Aphasiology Conference Proceedings* (pp. 111-116). Minneapolis: BRK.

Mackenzie, C. (2000). Adult spoke discourse: the influences of age and education. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35, 269-285.

Maynard, D.W., Marlaire, C. (1999). Good reasons for bad testing performance: the interactional substrate of educational testing. In D. Kovarsky, J. Duchan & M. Maxwell (Eds.), *Constructing (in) competence* (pp 171-96). Mahwah: Lawrence Erlbaum.

Matos, M. A. (2012). *Níveis de Atividade e Participação das Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses. Tese de Doutoramento*. Universidade de Aveiro.

Matos, M. A. & Largo, B. (2011). Afasia: Características e estratégias de comunicação. In Associação Nacional de Afásicos e Vítimas de Acidente Vascular Cerebral (Ed.), *Viver e Conviver com a Afasia. Histórias Reais* (pp.13-23). Lisboa: Acontecimento.

Mehan, H. (1979). 'What time is it, Denise?': asking known information questions in classroom discourse. *Theory Practice*, 18, 285-94.

Milroy, L. & Muysken, P. (Eds). 1995. *One Speaker, Two Languages: Cross-Disciplinary Perspectives Conde-Switching*. Cambridge University Press

Milroy, L. & Perkins, L. (1992). Repair in aphasic discourse: towards a collaborative model. *Clinical Linguistics and Phonetics*, 6, 27-40.

Oeschlaeger, M., & Damico, J. (2000). Partnership in conversation: A study of word search strategies. *Journal of Communication Disorders*, 33, 205-225.

Paradis, M. (1998). The other side of language. In M. Paradis (Ed.), *Pragmatics in neurogenic communication disorders* (pp. 1–10). Oxford, UK: Pergamon.

Paraprofessional Healthcare Institute (2008). *Adult Learner-Centered Training: An Introduction for Educators in Home and Residential Care*. www.PHnational.org.

Parr, S. (2001). Psychosocial aspects of aphasia: Whose perspectives? *Folia Phoniatrica et Logopaedica*, 53(5), 266-288.

Patrício, B. & Santos, M.E. (2010). Sintomatologia depressiva em indivíduos com afasia: proposta de linha de corte do Stroke Aphasic Depression Questionnaire-21. *Cadernos de Saúde*, 2 (1), 59-65.

Penn, C. (1985). A profile of communicative appropriateness: a clinical tool for assessment of pragmatics. *The South African Journal of Communication Disorders*, 32, 18-23.

- Penn, C. (1987). Compensation and language recovery in the chronic aphasic patient. *Aphasiology*, 1, 235-245.
- Perkins, L. (1995). Applying conversation analysis to aphasia: clinical implications and analytic issues. *European Journal of Disorders of Communication*, 30, 372-383.
- Perkins, L. (2003). Negotiating Repair in Aphasic Conversation. In C. Goodwin (Ed.), *Conversation and BrainDamage* (pp.147-162). New York: Oxford University Press.
- Pound, C., Parr, S., Lindsay, J. & Woolf, C. (2000). *Beyond Aphasia. Therapies for living with communication disability*. Bicester, UK: Winslow Press.
- Pound, C., Parr, S. & Duchan, J. (2001). Using partners autobiographical reports to develop, deliver and evaluate services in aphasia. *Aphasiology*, 15(5), 477-493.
- Prinz, P. (1980). A note on requesting strategies in adult aphasics. *Journal of Communication Disorders*, 13,65-73.
- Prutting, C. A. & Kirchner, D. M. (1987). A clinical appraisal of pragmatics aspects of language. *Journal of speech and hearing Disorders*, 52, 105-119.
- Pulvermullerm F. & Roth, V. M. (1991). Communicative aphasia treatment as a further development of PACE therapy. *Aphasiology*, 5, 39-50.
- Purcell, M., McConkey, R. & Morris, I. (2000). Staff communication with people with intellectual disabilities: the impact of a work-based training program. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 35(1), 147-158.
- Raynor, H. & Marshall, J. (2003). Training volunteers as conversation partners for people with aphasia. *International Journal of Language and Communication Disorders*, 38, 149-164.
- Rodrigues, I., Santos, M. E. & Leal, G. (2006). Validação de uma Escala de Depressão para Afásicos: “Stroke Aphasic Depression Questionnaire - SAD-Q”. *Sinapse – Publicação da Sociedade Portuguesa de Neurologia*, 6 (2), 28-34.

Rose, T., Worral, L. & McKenna, K. (2003). The effectiveness of aphasia-friendly principals for printed health education materials for people with aphasia following stroke. *Aphasiology*, 17(10), 947-963.

Roth, F. & Worthington, C. (1997). *Treatment resource manual for speech-language pathology*. London: Singular Publishing Group.

Sacks, H. (1972). An initial investigation of the usability of conversational data for doing sociology. In D. N. Sudnow (Ed.), *Studies in social interaction* (pp. 31-74). New York: The Free Press.

Sacks, H. (1992). *Lectures on conversation*. Oxford : Blackwell.

Santos, M. E. (2011). Trabalhar com a família – Relato de um caso. In Associação Nacional de Afásicos e Vítimas de Acidente Vascular Cerebral (Ed.), *Viver e Conviver com a Afasia. Histórias Reais* (pp.119-131). Lisboa: Acontecimento.

Schegloff, E. A. (1968). Sequencing in conversational openings. *American Anthropologist*, 70, 1075-1095.

Sacks, H., Schegloff, E. A. & Jefferson, G. (1974). A simplest systematics for the organization of turn-taking for conversation. *Language*, 50, 696-735.

Schegloff, E. A., Jefferson, G. & Sacks, H. (1977). The prevalence for self-correction in the organization of repair in conversation. *Language*, 53, 361-382.

Schegloff, E. (1992). Repair after next turn: the last structurally provided defense of intersubjectivity in conversation. *American Journal of Sociology*, 97, 1295-1345.

Schegloff, E. A. (2007). *Sequence organization in interaction*. Cambridge: Cambridge University Press.

Schienenberg, S., & Holland, A. (1980). Conversational turn taking in wernicke's aphasia. In R. Brookshire (Ed.), *Proceedings of the clinical aphasiology conference* (pp. 111-116). Minneapolis: BRK Press.

Simmons-Mackie, N. & Damico, J. (1997). Reformulating the definition of compensatory strategies in aphasia. *Aphasiology*, 11 (8), 761-781.

- Simmons-Mackie, N. (1998). A solution to the discharge dilemma in aphasia: social approaches to aphasia management. *Aphasiology*, 12(13), 231-239.
- Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (1999). Communication strategies used by 'good' versus 'poor' speaking partners of individuals with aphasia. *Aphasiology*, 13, 807-820.
- Simmons-Mackie, N. (2008). Social Approaches to Aphasia Intervention. In R. Chapey (Ed.), *Language intervention strategies in aphasia and related neurogenic communication disorders* (pp. 290-318). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- Simmons-Mackie, N., Raymer, A., Armstrong, E., Holland, A. & Cherney, L. (2010). Communication Partner Training in aphasia: a systematic review. *Archives of Physical Medical Rehabilitation*, 91, 1814-1837.
- Sorin-Peters, R. (2004). The evaluation of a learner-centred training programme for spouses of adults with chronic aphasia using qualitative case study methodology. *Aphasiology*, 18(10), 951 – 975.
- Stroke Association (2012). Accessible Information Guidelines. Making information accessible for people with aphasia. Stroke.org.uk
- Stubbs, M. (1983). *Discourse analysis*. Oxford:Blackwell.
- Tarplee, C. (1996). Working on young children's utterances: prosodic aspects of repetition during picture labelling. In E. Couper-Kuhlen, & M. Selting (Eds.), *Prosody in conversation* (pp 406-35). Cambridge: Cambridge University Press.
- Turner, S. & Whitworth, A. (2006). Conversational partner training programs in aphasia: A review of key themes and participants roles. *Aphasiology*, 20(6), 483-510.
- Worrall, L. E. & Hickson, L. M. (2003). *Communication Disability in Aging - From Prevention to Intervention*. New York: Delmar
- Wielaelert, S. & Wilkinson, R. (2012). *Partners van afasiepatienten conversatie training (PACT)*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.

Wilkinson, R. (1995). Aphasia: conversation analysis of a non-fluent aphasic person. In M. Perkins & S. Howard (Eds.), *Case studies in clinical linguistics*. London: Whurr Publishers Ltd.

Wilkinson, R., Bryan, K. & Lock, S., Bayley, K., Maxim, J., Bruce, C., Edmundson, A. & Moir, D. (1998). Therapy using conversation analysis: helping couples adapt to aphasia in conversation. *International Journal of Language and Communication disorders*, 33, 144-149

Wilkinson, R. (1999). Sequentiality as a problem and resource for intersubjectivity in aphasic conversation: analysis and implications for therapy. *Aphasiology*, 13(4/5), 327-343.

Wilkinson, R., Beeke, S. & Maxim, J. (2003): Adapting to Conversation. On the Use of Linguistic Resources by Speakers with Fluent Aphasia in the Construction of Turns at Talk. In C. Goodwin (Ed.), *Conversation and Brain Damage* (pp.59-89). Oxford: Oxford University Press.

Wilkinson, R., Gower, M., Beeke, S. & Maxim, J. (2007). Adapting to Conversation as a Language-Impaired Speaker: Changes in Aphasic Turn-Construction over Time. *Communication & Medicine*, 4, 79-97.

Wilkinson, R., Bryan, K, Lock, S. & Sage, K. (2010). Implementing and evaluating aphasia therapy targeted at couples conversations: a single case study. *Aphasiology*, 24, 869-886.

Wilkinson, R. & Wielart, S. (2012). Rehabilitation Targeted at Everyday Communication: Can We Change the Talk of People With Aphasia and Their Significant Others Within Conversation? *Archives of Physical Medicine Rehabilitation*, 93(1), 70-76.

Whitworth, A., Perkins, L. & Lesser, R. (1997). *Conversation Analysis Profile for People with Aphasia*. London: Whurr.

Wooffitt, R. (2005). *Conversation Analysis and Discourse Analysis: A comparative and critical introduction*. London: Sage.

WHO. (2001). International Classification of Function, Disability and Health (ICF).
Geneve: Worl Health Organization (WHO).

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Formulário de entrevista com o Parceiro de Comunicação
e transcrição das respostas dadas

Entrevista Semi-estruturada ao Parceiro de Conversa

Introdução

Agradecer, mais uma vez, a disponibilidade.

Como já expliquei, o meu trabalho consiste na avaliação da conversa entre si e o seu familiar com afasia e, depois, no final, numa formação que lhe será dada, perceber se ocorrem melhorias na forma como conversam e como ambos lidam com os problemas que surgem durante a conversa. Sendo a pessoa que mais tempo passa com a pessoa com afasia, que melhor a conhece e com quem ela mais conversa, é importante para mim compreender quais as suas ideias e sentimentos relativamente às diferenças sentidas na conversa após a afasia e quais as estratégias que usa para lidar com elas. Para tal vou começar por fazer-lhe algumas perguntas. As informações que me irá fornecer nesta entrevista serão muito uteis para melhor compreender e analisar os resultados finais assim como o conteúdo da formação a fazermos. Os resultados deste estudo poderão contribuir para que, no futuro, os terapeutas da fala possam ajudar melhor as pessoas com afasia e os seus familiares.

Explicar:

- responda às perguntas tendo por base a sua experiência pessoal com a PcA e a forma como conversam, **APÓS o AVC**.
- Trata-se de uma partilha e não de um teste ou avaliação. Sinta-se à vontade, tudo o que disser é válido e importante, e não serão emitidos quaisquer juízos de valor. Não há respostas certas nem erradas.
- Para não perder informação importante para o estudo, a entrevista será filmada (obter consentimento).
- Reforço mais uma vez que a confidencialidade será mantida.

Esta entrevista tem como objetivos:

Recolher opiniões do parceiro de comunicação (PC) da pessoa com afasia sobre o impacto e consequências da afasia na conversa!

Identificar comportamentos e atitudes comunicativas do PC na interação com a pessoa com afasia?

Identificar estratégias/métodos para ultrapassar dificuldades causadas pela afasia, durante a conversa.

Avaliar a motivação e interesse para a participação na intervenção do TF a este nível.

CARACTERIZAÇÃO DO PARCEIRO DE COMUNICAÇÃO

Idade: _____

Género: F__ M__

Grau de parentesco/relação: _____ Escolaridade: _____

Profissão: _____

Já participou em sessões de terapia da fala? Sim__ Não__ Se sim: o que fazia? _____

ENTREVISTA

RELAÇÃO DO CASAL ANTES E DEPOIS DO AVC

1. Como era a relação com (nome da PcA) antes do AVC?

a. A vossa relação mudou depois do AVC? Se sim, como?

ATITUDES E COMPORTAMENTOS COMUNICATIVAS do PC**Explorar:**

- Valorização da função social da conversa
- Reconhecimento da comunicação como algo que é partilhado/colaborado
- A aceitação da situação/estado de comunicação da PcA
- O reconhecimento de que a comunicação tem potencial de mudança
- Estratégias utilizadas para lidar com a afasia durante a conversa
- Competências de escuta do PC
- Aceitação de outros modos de comunicação além da fala

Perguntas:

2. Pense no seu dia-a-dia: conversar é uma atividade importante **para si**? Porquê?
3. Agora pense no seu dia-dia com (nome da PcA): conversar/falar um com o outro durante o dia é uma **atividade importante** para os dois? Porquê?
4. Havia papéis, funções/atividades específicas que eram da responsabilidade de cada um de vocês? Estes mudaram? De que forma?
5. Atualmente, o que **sente** durante uma conversa com (nome da PcA)?
 - a. que acha que ele(a) sente durante a conversa?

6. A afasia modificou a **forma** como conversa com (*nome da PcA*)? Se sim, como?
- Os **temas de conversa** mudaram depois do (*nome da PcA*) ter ficado com afasia?
 - Se sim, quais os temas mais frequentes agora ou que são mais fáceis?
 - E quais aqueles que deixaram de (conseguir) falar ou falam menos ou são mais difíceis? Porquê?
 - O **tempo de duração** das vossas conversas mudou?
 - Numa conversa, antes do AVC, **quem falava mais**? E agora?
 - Com o passar do tempo, após o AVC, acha que a comunicação **entre vocês** tem melhorado?
 - Porquê?
 - Como acha que vai ser daqui para a frente?
7. Quando conversa com (*nome da PcA*) **que estratégias usa para lidar com** a afasia/as dificuldades na comunicação?
- Que estratégias usa o (*nome da PcA*) para lidar com as dificuldades?
 - Considera que essas estratégias usadas pelos dois resultam na melhoria da conversa?
8. Com quem mais a/o (*nome da PcA*) gosta e costuma conversar?
- Que estratégias utilizam?

MOTIVAÇÃO PARA RECEBER FORMAÇÃO

Explorar:

- Grau de confiança para a mudança
- Interesse em ser alvo de intervenção
- Grau de importância atribuído à intervenção/formação
- Expectativas

Perguntas:

9. Considera que poderia **mudar** alguma coisa na forma como comunica com o (*nome da PcA*)? O quê?
- De 1 a 10, sendo 1 “nada confiante” e 10 “extremamente confiante”, como classifica o seu grau de confiança para essas mudanças?
10. Estaria **interessado** em receber formação sobre a comunicação com o seu (marido/esposa) e sobre a afasia? Sim ou não porquê?
- De 1 a 10, sendo 1 “não é importante” a 10 “muito importante”, qual o grau de importância que atribui a uma formação desse género, para si?
 - De 1 a 5, sendo 1 “extremamente difícil” e 5 “extremamente fácil” qual o grau de facilidade teria para aplicar estratégias novas/diferentes na conversa com o (*nome da PcA*)?

11. Quais seriam as suas expectativas em relação a essa formação?

GRAU DE CONFIANÇA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada
confiante

Extremamente
confiante

GRAU DE IMPORTÂNCIA

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Nada
importante

Extremamente
importante

FACILIDADE DE MUDANÇA

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Extremamente
difícil

Extremamente
fácil

TRANSCRIÇÃO DAS RESPOSTAS DADAS

1. Como era a relação com (nome da PcA) antes do AVC? *O melhor possível. O mais normal possível. Tudo a correr muito bem. Eramos divorciados. Casamos aos 52, ele 52 e eu 55. Já são formas de pensar diferentes. Estamos casados há 4 anos e o AVC foi há 4 anos. Conhecemo-nos há 8 e estamos casados há 4.*

a. A vossa relação mudou depois do AVC? Se sim, como?

Muda. A vida toda muda, sofre uma mudança muito grande. Mas continuamos a ser um para o outro aquilo que eramos, quase como quando nos conhecemos. O mesmo tipo de conversas, as mesmas meiguices, as mesmas lamechices. Por exemplo, o C. é uma pessoa muito lamechas, muito carente e eu não, já sou um bocado mais impulsiva. O que ele gosta é de muito mimo. E continua igual. Não lhe dou nem mais nem menos, atendendo à situação dele. Eu muitas vezes esqueço o que ele teve, só noto aquilo que ele teve na dificuldade em expressar-se e na mobilidade, que agora demora mais tempo. Tento, dentro do possível fazer a vida normal, como se nada tivesse acontecido. Na maneira como nos tratamos não mudou nada.

É um homem à moda antigo, que agora já não se usa. Ele diz que é o último dos românticos. E talvez seja. Gostava que eu estivesse bonita, pedia para eu ir ao cabeleireiro. E continua a pedir e a querer ver o que levo vestido.

Eu não sou lamechas como ele, sou um bocadinho mais para a frente, não me agarro a algumas coisas como ele: por exemplo, os miminhos. Eu não me preocupo tanto, nem valorizo tanto. Sou um bocadinho nariz arrebitado. Ponho e disponho e ele não gosta disso. Ainda agora ele me diz “calma, que não é assim”. Agora ainda sou assim porque esqueço.

Claro que tenho preocupações com uma pessoa doente entre aspas, mas faço a vida seguir o mais normal possível. Ele às vezes é que se condiciona porque se inibe. E eu não, digo-lhe logo “não, que tu estás bom, toca a andar”. Tento transmitir segurança e normalidade. Não estou com coitadinho. Isso não me encaixa.

2. Pense no seu dia-a-dia: conversar é uma atividade importante **para si**? Porquê?

É. Porque eu acho que todos nós precisamos de falar. E como deixei de trabalhar ainda mais preciso de falar. Nem que seja aquela conversa de circunstância. Mas acho que todos nós temos estas conversas todos os dias. Eu procuro falar e sair. Depois há conversas que procuro ter com amigos e família. Tem alturas em que não me apetece falar e apetece-me estar mais reservada. Eu agora entendo aquelas pessoas que vão buscar as compras aos bocados, porque assim vão saindo e espairecendo. Agora faço igual: buscar qualquer coisa para poder sair de casa.

3. Agora pense no seu dia-dia com (nome da PcA): conversar/falar um com o outro durante o dia é uma **atividade importante** para os dois? Porquê?

É. Porque tento pô-lo a par de tudo o que se passa, em relação á casa, em relação à família. Ou nem que seja conversas despreocupadas. Mas às vezes um olhar vale mais que mil palavras e nós os dois com um olhar e um sorriso falamos muito um com o outro. Houve logo esta empatia desde o principio.

4. Havia papéis, funções/atividades específicas que eram da responsabilidade de cada um de vocês? Estes mudaram? De que forma?

Ele trazia dinheiro. Em casa não fazia nada. Todas decisões eram tomadas a dois. Às vezes pedia-me coisas para comprar ou decidia os presentes de natal. Agora, conversamos um com o outro e eu pergunto-lhe o que ele acha. Agora pergunta se há dinheiro e eu descanso-o. Eu agora obrigo-o a movimentar, vamos ao café todos os dias, a pé, e ele assim lê os dois jornais. Às vezes, á noite, vamos ao café, que tem tido lá uma malta nova, e aproveitamos para conversar, rir e recordar os bons tempos. E aqui á noite, pomo-nos a conversar no sofá. Por acaso encontramos-nos bem um ao outro.

5. Atualmente, o que **sente** durante uma conversa com (nome da PcA)?

É normal que sentimos mas tento sempre “levar para a frente” como se nada tivesse acontecido. Eu nunca demonstro aos outros o que vai cá dentro mas ele conhece-me bem e diz-me logo que eu não estou bem. Dentro do possível a vida segue mas não é igual. Eu digo-lhe sempre, não te incomodes.

a. O que acha que ele(a) sente durante a conversa?

Tem momentos menos bons mas eu tento combater. Claro que agora nada é igual.

6. A afasia modificou a **forma** como conversa com (nome da PcA)? Se sim, como?

Não. De maneira alguma.

7. Os **temas de conversa** mudaram depois do (nome da PcA) ter ficado com afasia? *Não. Mantêm-se porque eu faço por que as coisas sejam o mais normal possível. Há temas que eu não lhe falo para não incomodar. Da parte dele alguns temas sim, talvez tenham mudado, talvez por não ter a memória tão ativada para poder conversar, mas se eu der o mote ele é capaz de ir buscar. Ele em termos de cabeça, felizmente, está muito bem. E tem encontrado agora muita gente conhecida e eu depois tento saber quem são. E quando vamos aos restaurantes ele chama a atenção aos empregados.*

- a. Se sim, quais os temas mais frequentes agora ou que são mais fáceis?
- b. E quais aqueles que deixaram de (conseguir) falar ou falam menos ou são mais difíceis? Porquê?

c. O **tempo de duração** das vossas conversas mudou?

Talvez estejam mais curtas. Até porque há coisas em que a memória dele não responde tão depressa. Acaba por aquilo que se fazia em 5 minutos faz-se num quarto de hora ou mais. Há certas coisas em que a chamada ao cérebro demora mais.

d. Numa conversa, antes do AVC, **quem falava mais?** E agora?

Era eu. Ele era muito observador e calado, ao fim de dois dias se tivesse que chamar atenção ou ao final do dia, ele comentava. Agora também fica a observar e fala só quando chega a casa. Quando a gente quer que as crianças mostrem os seus dotes é quando elas fazem tudo ao contrário e não mostram nada. E com ele é igual. No dia em que eu digo que ele fala muito bem é o dia em que ele não fala nada. Porque fica ansioso. Eu agora até o obrigo a atender o telefone. E no caso da minha filha, que já está muito habituada com ele, ela dá-lhe espaço para a resposta. Já a minha sogra não é assim. Está a perguntar e a responder. E com ele não pode ser assim. Tem que se dar espaço. Mas há dias e dias.

Eu tenho o coração perto da boca. Digo logo. E ele não. É mais frio.

e. Com o passar do tempo, após o AVC, acha que a comunicação **entre vocês** tem melhorado? Sim.

- i. Porquê? *Porque ele fala melhor agora. Eu nunca tive problemas porque nos adaptamos muito bem. Eu sempre o percebi melhor que as próprias terapeutas da fala. Para mim nunca constituiu um problema.*
- ii. Como acha que vai ser daqui para a frente? *Eu acho que sim. Mas sobre estas doenças do cérebro é sempre uma incógnita. Eu acho que ele tem potencialidades para ficar ainda melhor. Mas se ele não for tão preguiçoso. Eu digo-lhe sempre com calma, vamos com calma, não queiras dizer tudo de uma vez.*

8. Quando conversa com (nome da PcA) **que estratégias usa para lidar com a afasia/as dificuldades na comunicação?** *Tento puxar por ele, obriga-lo a repetir e dar tempo..*

- a. Que estratégias usa o (nome da PcA) para lidar com as dificuldades?
Ele tenta explicar-se melhor mas é preguiçoso e se não fosse eu ele só gemia. Às vezes não insiste e bate o pé. É muito teimoso. e então se eu insisto e o obrigo muitas vezes ele recusa-se.
- b. Considera que essas estratégias usadas pelos dois resultam na melhoria da conversa? *Sim.*

9. Com quem mais a/o (nome da PcA) gosta e costuma conversar?
- a. Que estratégias utilizam? *Ele até onde fala melhor é ao telefone com a mãe e com algum familiar. Aí é que ele fala bem. E as pessoas às vezes querem falar por cima e ele fica furioso porque ele acha que é capaz.*
10. Considera que poderia **mudar** alguma coisa na forma como comunica com o (nome da PcA)? O quê? *Sei lá. Não faço ideia.*
- a. De 1 a 10, sendo 1 “nada confiante” e 10 “extremamente confiante”, como classifica o seu grau de confiança para essas mudanças? *Não sei mesmo.*
11. Estaria **interessado** em receber formação sobre a comunicação com o seu (marido/esposa) e sobre a afasia? Sim ou não porquê? *Eu acho que aquilo que faço, que estou bem instruída sobre a maneira de como lidar com ele. Acho que tem mais a ver com ele do que comigo. Porque ele é teimoso. Foi sempre um bocado teimoso e agora ainda mais. Mas se não partir mais dele, soltar-se mais um bocado, é muito difícil eu ter de estar a puxar por ele. Quando eu lhe digo “vamos andar hoje” se ele diz “não não”, eu não o arranco daqui. Mas sim, poderá haver qualquer coisa que me esteja a falhar. Eu entendo que as minhas táticas com ele que estão bem, que eu domino perfeitamente a situação. Mas posso estar enganada porque pode haver qualquer coisa mais além. Até porque eu lhe digo: “se eu te faltar o que vai ser de ti?” (conversa em que a esposa expressou preocupação sobre este assunto).*
- a. De 1 a 10, sendo 1 “não é importante” a 10 “muito importante”, qual o grau de importância que atribui a uma formação desse género, para si? *Eu acho que sim, dez. É uma maneira de me distrair e ter outras perspetivas.*
- b. De 1 a 5, sendo 1 “extremamente difícil” e 5 “extremamente fácil” qual o grau de facilidade teria para aplicar estratégias novas/diferentes na conversa com o (nome da PcA)? *Cinco.*
12. Quais seriam as suas expectativas em relação a essa formação? *Saber mais sobre como ajudá-lo a superar as suas dificuldades.*

APÊNDICE 2

Conversation Analysis Profile for People with Aphasia
(Whitworth, Perkins & Lesser, 1997)

- **Formulário de Entrevista: Parceiro de comunicação**
(Secção 2 e Secção 3)
- **Cartões auxiliares de resposta**

**CONVERSATION ANALYSIS PROFILE FOR PEOPLE WITH APHASIA
(CAPPA – A. Whitworth, L. Perkins and R. Lesser, 1997)**

Formulário de Entrevista: Parceiro de comunicação

Cliente: _____ Data: _____

Parceiro de comunicação: _____

Relação com o cliente: _____

Entrevistador: _____

SECCÇÃO 2: Reparação

1. Ele(a) é capaz de indicar quando não está a compreender o que o(a) senhor(a) lhe disse?

F	O*	N*
0	1	2

Ex: Ela diz “O quê?”, “Desculpa, não percebi” ou “diz outra vez”?

(a) como é que lida com isso?

(b) O que é que acontece quando faz isso?

(c) Até que ponto é para si um problema que ele(a) só de vez em quando /nunca lhe diga quando não compreendeu?

0	1	2
---	---	---

2. Quando ele(a) comete erros no seu discurso ele(a) insiste e tenta corrigi-los sozinho?

F	O*	N*
0	1	2

(a) O que é que faz nesta situação?

(b) O que é que acontece quando faz isso?

(c) Até que ponto é para si um problema que ele(a) só de vez em quando/nunca insista tente corrigir os seus erros sozinho?

0	1	2
---	---	---

Omitir esta questão se a resposta à Questão anterior foi N (nunca)

F	O*	N*
0	1	2

3. Quando ele(a) tenta corrigir os erros na fala, consegue corrigi-los sem ajuda?

(a) *O que é que faz quando ele(a) não corrige os erros sem ajuda?*

(b) *O que é que acontece quando faz isso?*

(c) *Até que ponto é para si um problema que ele(a) só de vez em quando/nunca corrija os seus erros sem ajuda?*

0	1	2
---	---	---

4. Ele(a) consegue tornar a fala mais específica quando o(a) senhor(a) não o compreende?

F	O*	N*
0	1	2

(a) *O que é que faz quando ele(a) não consegue transmitir a mensagem claramente?*

(b) *O que é que acontece quando faz isso?*

(c) *Até que ponto é para si um problema que ele(a) só de vez em quando/nunca consiga tornar a sua fala mais específica?*

0	1	2
---	---	---

SECCÇÃO 3: Iniciar e troca de turnos

5. Ele(a) inicia uma conversa consigo?

F	O	N*
0	0	2

(a) *Como é que lida com o facto de ele(a) nunca iniciar uma conversa?*

(b) *O que é que acontece quando faz isso?*

(c) *Até que ponto é para si um problema que ele(a) nunca inicie uma conversa?*

0	1	2
---	---	---

6. Ele(a) falha a resposta quando é a vez dele(a) de falar?

F*	O*	N
2	1	0

(a) O que é que faz nesta situação?

(b) O que é que acontece quando faz isso?

(c) Até que ponto é para si um problema que ele(a) só de vez em quando/frequentemente falhe a resposta quando é a sua vez de falar?

0	1	2
---	---	---

7. Ele(a) faz uma pausa longa antes de lhe responder?

F*	O*	N
2	1	0

(a) Como é que lida com isso?

(b) O que é que acontece quando faz isso?

(c) Até que ponto é para si um problema que ele(a) só de vez em quando/frequentemente faça uma pausa longa antes de lhe responder?

0	1	2
---	---	---

8. Quando é a vez dele(a) falar, ele(a) pára e faz uma pausa longa antes de continuar?

F*	O*	N
2	1	0

(a) O que é que faz nessa situação?

(b) O que é que acontece quando faz isso?

(c) Até que ponto é para si um problema que ele(a) só de vez em quando/frequentemente faça uma pausa longa antes de continuar a falar?

0	1	2
---	---	---

9. Quando estão os dois a conversar, ele(a) interrompe-o(a)?

F*	O*	N
2	1	0

(a) Como é que lida com essas interrupções?

(b) O que é que acontece quando faz isso?

(c) Até que ponto é para si um problema que ele(a) só de vez em quando/frequentemente o interrompa na sua vez de falar?

0	1	2
---	---	---

10. Numa conversa, ele(a) ele responde-lhe falando demais?

F*	O*	N
2	1	0

(a) O que é que faz nessa situação?

(b) O que é que acontece quando faz isso?

(c) Até que ponto é para si um problema que ele(a) responda de vez em quando/frequentemente falando demais?

0	1	2
---	---	---

11. Ele(a) limita o que diz ao mínimo?

(ex: “hmm”, “sim”, “aha”)

F*	O*	N
2	1	0

(a) Como é que lida com isso?

(b) O que é que acontece quando faz isso?

(c) Até que ponto é para si um problema que ele(a) de vez em quando/frequentemente restrinja as suas respostas ao mínimo?

0	1	2
---	---	---

CARTÕES AUXILIARES DE RESPOSTA

FREQUENTE 👍👍👍👍👍👍👍
ÀS VEZES 👍👍
NUNCA/QUASE NUNCA 0

Não é um problema 😊	0
Algum problema 😐	1
Um grande problema 😞	2

APÊNDICE 3

Formulário de entrevista *aphasia friendly*

INDICA quando

NÃO COMPREENDEU

o que a **G.** disse?

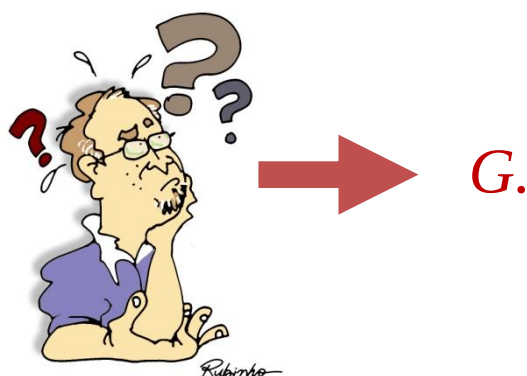


F	O*	N*
0	1	2

O que **G.** faz?

O que é que acontece?

Problema



0	1	2
---	---	---

Quando **FALA COM ERROS**

F	O*	N*
0	1	2



insiste e **TENTA CORRIGI-LOS** Sozinho?

O que é que a **G.** faz quando NÃO tenta?

O que é que acontece?

Problema ➡ **CORRIGIR OS ERROS SÓZINHO?**

0	1	2
---	---	---

Omitir esta questão se a resposta à Questão anterior foi N (nunca)

F	O*	N*
0	1	2

Quando **TENTA CORRIGIR** os erros,

consegue sem ajuda?



O que **G.** faz

quando **NÃO CONSEGUE** CORRIGIR?

O que é que acontece?

Problema?

0	1	2
---	---	---

Torna a **fala mais específica**

F	O*	N*
0	1	2

se a **G.**

NÃO COMPREENDE ?



O que é a **G.** faz quando **NÃO CONSEGUE?**

O que é que acontece?

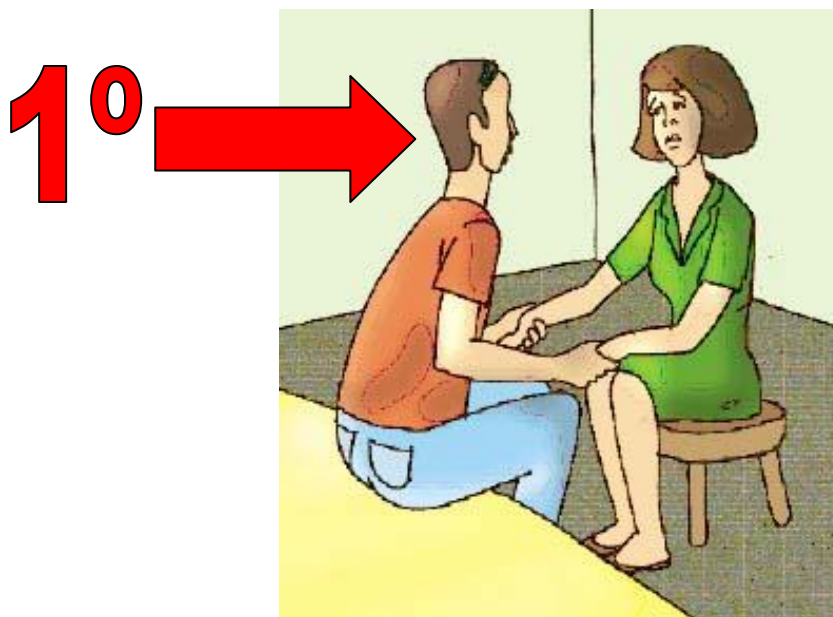
Problema?

0	1	2
---	---	---

SECCÇÃO 3

É capaz de **iniciar** uma **conversa**?

F	O	N*
0	0	2



O que **G.** faz?

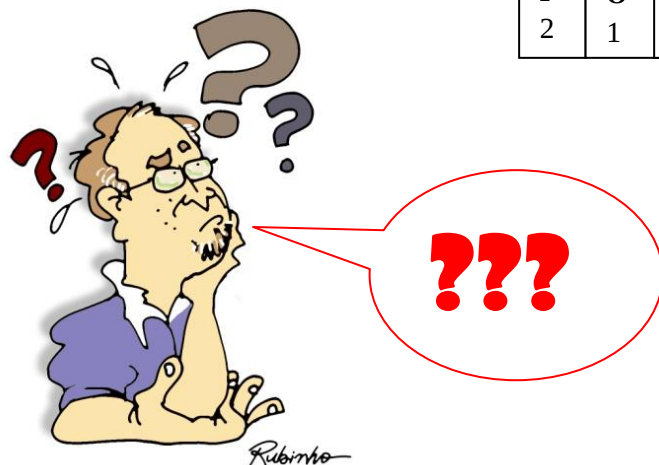
O que é que acontece?

Problema?

0	1	2
---	---	---

Tem dificuldades em RESPONDER?

F*	O*	N
2	1	0



O que **G.** faz?

O que é que acontece?

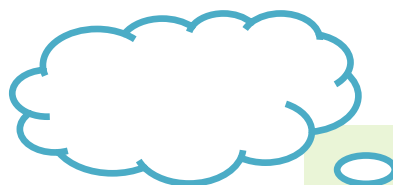
Problema?

0	1	2
---	---	---

Faz **pausa longa**



F*	O*	N
2	1	0



antes de responder
à **G.**?



O que **G.** faz?

O que é que acontece?

Problema?

0	1	2
---	---	---

Quando **está a falar**



F*	O*	N
2	1	0

pára  a meio

e faz uma **pausa longa?**



“Eu gostava de gostava
de passear de carro”

O que a **G.** faz?

O que é que acontece?

PROBLEMA?

Quando estão os dois estão a conversar

F*	O*	N
2	1	0



interrompe a **G.**?

*O que a **G.** faz?*

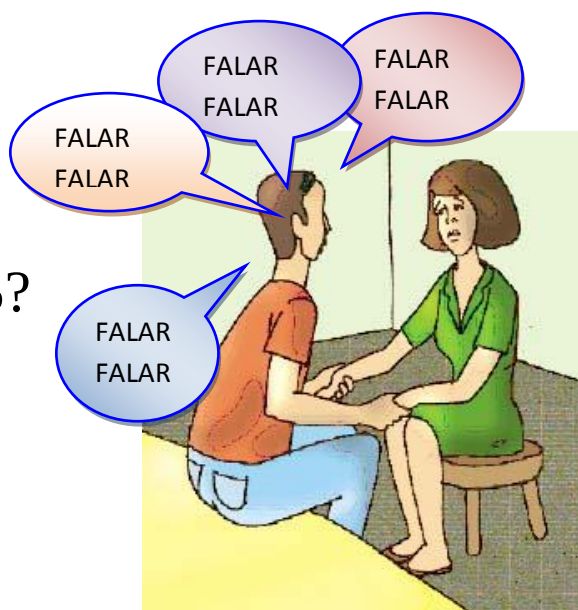
O que é que acontece?

PROBLEMA?

0	1	2
---	---	---

Numa **conversa**,

FALA DEMAIS?



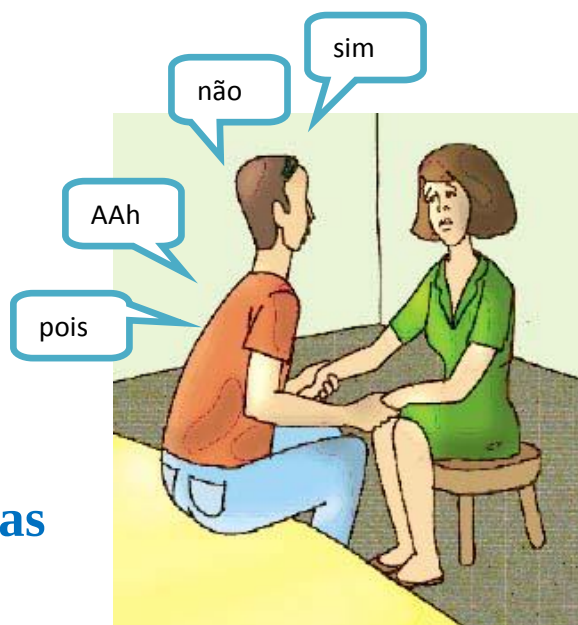
F*	O*	N
2	1	0

O que a **G.** faz?

O que é que acontece?

Problema?

0	1	2
---	---	---

LIMITA respostas**ao mínimo?****Pequenas respostas****Curtas**

F*	O*	N
2	1	0

O que a **G.** faz?

O que é que acontece?

Problema?

0	1	2
---	---	---

APÊNDICE 4

Sumário preenchido

(exemplo correspondente à 1ª fase de avaliação - pré intervenção)

**CONVERSATION ANALYSIS PROFILE FOR PEOPLE WITH APHASIA
(CAPPA – A. Whitworth, L. Perkins and R. Lesser, 1997)**

Sumário

Cliente: _____ Data: _____

Parceiro de comunicação: _____

Relação com o cliente: _____

Entrevistador: _____

Entrevista conduzida com

☐ **Parceiro de conversação**

☐ **Pessoa com Afasia**

SUMÁRIO DAS CAPACIDADES DE CONVERSAÇÃO ACTUAIS (PARTE A)

E ANÁLISE CONVERSACIONAL (PARTE C)

Colunas de pontuação para frequência e gravidade do problema

Transferir os nº 0, 1 ou 2 do formulário de entrevista ou marcar N/A (não aplicável) se a pergunta não foi efectuada ou não foi respondida

Coluna de pontuação da evidência na conversação filmada

Transferir a pontuação de 0 ou 1/2 da folha de registo da Análise Conversacional ou marcar N/A (não aplicável)

Na coluna da concordância entre os resultados da entrevista e a evidência na conversação, usar os símbolos:

Concordância entre os resultados na entrevista e a conversação, isto é, 1 ou 2 na cotação de frequência e 1/2 na conversação ou 0 na cotação de frequência e 0 na conversação ✓

Conflito entre os resultados na entrevista e a conversação, isto é, 0 na cotação de frequência e 1/2 na conversação ✕

Ausência de evidência na conversação em relação aos resultados da entrevista, isto é, 1 ou 2 na cotação de frequência e 0 na conversação. **Ab**

Secção 2: REPARAÇÃO

Q.	Área	Entrevistas Frequência (0, 1, 2 ou N/A)	Severidade do problema (0,1,2 ou N/A)	Evidência na conversação (0 ou 1/2)	Concordância entre a frequência e a evidência (✓, ✗ ou Ab.)
1	Capacidade de iniciar reparação no turno do parceiro de comunicação (<i>other-initiated repair</i>)	0/2	0/2	1/2	✗
2	Capacidade de iniciar a reparação dos próprios erros (<i>self-initiated</i>)	2/2	1/2	1/2	✓
3	Capacidade de reparar os seus erros sem ajuda, após auto-iniciação (<i>self-initiated self-repair</i>)	N/A/2	N/A/2	1/2	N/A
4	Capacidade de reparar o seu turno quando iniciado pelo parceiro de comunicação (<i>Other-initiated self-repair</i>)	1/2	1/2	1/2	✓
	Total (excluir N/A)	3/6	2/6	N/A	2/3
	Porcentagem total (excluir N/A)	50%	33%	N/A	66,7%
Estratégias registadas na entrevista		Sucesso das estratégias observadas na entrevista			
<u>Q.2.</u> Chama a atenção e pede para ele explicar melhor. Se ele não o fizer vira costas para o "provocar" <u>Q.4</u> Pede para ele escrever. Vai buscar papel e lápis.		<u>Q.2.</u> Ora tem sucesso ora não <u>Q.4</u> Muitas vezes não chega a escrever porque percebe antes			
Estratégias observadas na conversação		Sucesso das estratégias observadas na conversação			
<u>Q.2.</u> A PC inicia a reparação pedindo clarificação A PC produz a palavra correcta quando percebe, para confirmar. Por vezes a PC corrige a palavra e prossegue a conversa, outras vezes inicia reparação longa.		<u>Q.2.</u> Iniciam uma seq. de reparação às vezes curta outras longa até a PC compreender ou a palavra-alvo pretendida ser produzida pela PA.			

Estratégias observadas na conversação	Sucesso das estratégias observadas na conversação
<u>Q.4.</u> - Não insiste na reparação e passa à frente - faz perguntas seguidas e não espera pelas respostas - Inicia a reparação fazendo perguntas e dando pistas fonémicas, silábicas e semânticas - mas mais freq. opções de resp.	- a conversa prossegue com discurso essencialmente telegráfico - A conversa por vezes fica bastante confusa e desorganizada pois a PEA vai respondendo às perguntas mas "atrasada" e pode até não responder (adota postura passiva) → resulta em sequências de reparação, na maioria, longas.

Secção 3: Iniciar e Troca de turnos

Q.	Área	Entrevistas Frequência (0, 1, 2 ou N/A)	Severidade do problema (0,1,2 ou N/A)	Evidência na conversação (0 ou 1/2)	Concordância entre a frequência e a evidência (✓, * ou Ab.)
5	Capacidade de iniciar conversa	0/2	0/2	N/A	N/A
6	Falha a responder quando é seleccionado como falante seguinte	1/2	0/2	1/2	✓
7	Atraso a responder quando seleccionado como falante seguinte	1/2	0/2	1/2	✓
8	Produção de pausas longas a meio dos turnos	1/2	0/2	1/2	✓
9	Violação dos turnos do parceiro de comunicação	2/2	0/2	0	Ab
10	Falha a terminar uma conversa	0/2	0/2	0	✓
11	Limita o que diz ao mínimo	2/2	1/2	1/2	✓
Total (excluir N/A)		7/14	1/14	N/A	5/6
Percentagem total (excluir N/A)		50%	7,14%	N/A	83,3%
Estratégias registadas na entrevista		Sucesso das estratégias registadas na entrevista			
Q.6 Indica que é a vez de falar directamente "é para ti" ou usa a inércia		Q.6 Ele responde logo, mas só quando quer, se não o lha para o lado. Depende do assunto.			
Q.7 Pergunta se ele percebeu ou pede para ele repetir a perg. dela. Pode-lhe para ele responder "então qual é a resposta?"		Q.7 O sucesso é médio - ele responde correctamente ora pede-lhe para repetir.			
Q.8. Pede-lhe para ter calma e para pensar. Dá-lhe pistas e opções de resposta. Por vezes, provoca-o.		Q.8. Continua a falar			
Q.9 Acerto					
Q.11 Insiste para q ele diga "tudo direito" mesmo quando já percebeu o que ele quer dizer		Q.11 É bem sucedida porque ele acaba por responder.			

Estratégias observadas na conversação	Sucesso das estratégias observadas na conversação
<u>Q.6</u>. Repete a pergunta várias vezes ou faz perguntas mais específicas seguidas, ou dá mais explicações para clarificar o turno anterior.	<u>Q.6</u>. Nem sempre resulta porque não lhe dá tempo suficiente.
<u>Q.7</u>. A PC nem sempre lhe dá tempo para responder; intervindo de imediato com as respostas e mais perguntas. As mesmas atitudes da Q.6.	<u>Q.7</u>. O Sr. C. demonstra frustração e aborrecimento.
<u>Q.8</u> Por vezes, não o deixa terminar e faz logo mais perg. p/ clarificar $\Rightarrow$ além disto, como os turnos de C. são telegráficos é muito difícil ver se faz pausas longas a mais.	<u>Q.8</u> O Sr. C. tenta responder ou "abandona" o que estava a dizer.
<u>Q.11</u>. A PC adopta uma postura muito dominante na conversação e re-inicia após cada contributo mínimo. Por vezes, "puxa" por ele, fazendo perguntas e esperando um pouco mais pela resposta. ↳ Dinâmica perg - resposta	<u>Q.11</u>. A conversação prossegue com pouco "input" da P=A - postura passiva

APÊNDICE 5

Tabela das evidências preenchida
(exemplo correspondente à 2ª fase de avaliação – imediatamente após a intervenção)

CONVERSATION ANALYSIS PROFILE FOR PEOPLE WITH APHASIA (CAPPA – A. Whitworth, L. Perkins and R. Lesser, 1997)

PARTE C: folha de registo para Análise Conversacional (gravações)

Nº	Área	Tipo de evidência	Nº dos turnos onde cada evidência ocorreu	pontuação	Observado noutros contextos
Secção 2: Reparação					
1	Capacidade de iniciar reparação no turno do parceiro de comunicação (<i>other-initiated repair</i>)	0	Nº turno: 69-71, 96-101, 115-118		
2	Capacidade de comunicação dos próprios erros (<i>self-initiated</i>)	(1/2)	Nº turno: 66-68, 105-110, 119-121, 127-131		
3	Capacidade de reparar os seus erros sem ajuda, após auto-iniciação (<i>self-initiated self-repair</i>)	0	Nº turno: 24, 44, 63, 76, 95, 114, 131	135, 13+14	
4	Capacidade de reparar o seu turno quando iniciado pelo parceiro de comunicação (<i>Other-initiated self-repair</i>)	(1/2)	Nº turno: 32-34, 39-41, 91-92, 99	101, 150-151	
		0	Nº turno: 44-135 (Poucos)		
		(1/2)	Nº turno: 24, 63, 76, 95, 114, 131 (Oportunista)		
		0	Nº turno: 2-4, 24-28, 42-44, 38-81, 92-94, 132-134, 154-156		
		(1/2)	Nº turno: 54-56, 64-68, 83-91, 96-101, 107-120		
Secção 3: Iniciar e "turn-taking"					
5	Capacidade de iniciar conversa		N/A		
6	Falha a responder quando é seleccionado como falante seguinte	0	Nº turno: 90, onde falante desvia o foco		
7	Atraso a responder quando seleccionado como falante seguinte	(1/2)	Nº turno: 66-68, 83, 84, 86, 87, 88, 101-103, 129-130, 140-142		
8	Produção de pausas longas a meio dos turnos	0	Nº turno: Amonição da conversa não se atrasa		
9	Violação dos turnos do parceiro de comunicação	(1/2)	Nº turno: 84-85, 90-91, 61-63		
10	Falha a terminar a conversa	0	Nº turno: 50, 76, 87, 95, 114, 128, 131, 154		
11	Limita o que diz ao mínimo	1/2	Nº turno: 50, 76, 87, 95, 114, 128, 131, 154		

Lo mas ainda acontece, por vezes...

APÊNDICE 6

Explicação do estudo *aphasia friendly*

Trabalho de Mestrado

UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA

Tema:

MELHORIA DA CONVERSA

ENTRE A PESSOA COM AFASIA
E O SEU
PARCEIRO DE COMUNICAÇÃO

**O que vai acontecer?**

Entrevista à esposa (G.)



Em Casa



DEPOIS...

FILMAR A CONVERSA entre C. e a G.



Em Casa



3 vezes



TRABALHO COM A G.

• QUANTO TEMPO? 1 MÊS



• ONDE? Em sua casa



Participará em algumas consultas

• Quase no FIM.

CONSULTAS							
P.	P.	P.	P.	P.	P.	P.	P.
+	+	+	+	+	+	+	+
G.	G.	G.	G.	G.	G.	G.	G.
					+	+	+
					C.	C.	C.

No fim, os vídeos vão para o lixo



Não tem de pagar!



Pode desistir a qualquer momento!



**A sua IDENTIDADE
não será revelada!**



Quais são os **benefícios** para si?



- No final, poderá ser mais **FÁCIL CONVERSAR COM G.**
- No futuro, outras pessoas poderão receber este tipo de tratamento para ficarem melhor!

Aceita participar?



**OBRIGADA PELA
COLABORAÇÃO!**

APÊNDICE 7

Consentimento informado

- Parceiro de comunicação
- Pessoa com afasia (*aphasia friendly*)

**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA
PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO**

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹³ e a Convenção de Oviedo¹⁴

Por favor, leia com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorrecto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento.

Título do estudo: Melhoria da conversação entre a pessoa com afasia e o seu parceiro privilegiado de comunicação: análise dos efeitos de um programa de formação.

Enquadramento: este estudo realiza-se para obtenção do grau de Mestre em Linguística Clínica, pela Universidade Católica Portuguesa.

Pretende-se verificar se um programa de formação dá resultado e melhora a forma como conversam.

Explicação do estudo: Será realizada uma entrevista individual no início do estudo, em local a combinar. De seguida, serão realizadas três gravações áudio/vídeo: uma a seguir à entrevista, outra a seguir à formação do parceiro e, por fim, uma última passados três meses da formação. Para tal, será realizado um empréstimo do material de gravação necessário. Com base nos resultados da entrevista e gravação iniciais, será elaborada uma formação que será fornecida ao parceiro de comunicação durante pelo menos quatro semanas, em local e horário a combinar.

As gravações de áudio/vídeo serão usadas para comparação entre si e serão usadas exclusivamente para fins académicos e garante-se a sua destruição das gravações vídeo após 6 meses da conclusão e defesa do trabalho.

¹³ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

¹⁴ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

Condições e financiamento: Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa e a participação no mesmo é voluntária, sendo que poderá desistir a qualquer momento sem qualquer prejuízo para si ou para o parceiro com afasia. Qualquer custo inerente ao estudo (de deslocação ou outro) será suportado pela investigadora.

Confidencialidade e anonimato:

Garante-se a confidencialidade de todos os dados referidos e a identidade dos participantes nunca será revelada.

Assinatura/s:

.....

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins académicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pela investigadora.

Nome:

Assinatura:

Data: / /

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

(de acordo com a Declaração de Helsínquia¹⁵ e a Convenção de Oviedo¹⁶)

LER COM ATENÇÃO

A SEGUINTE INFORMAÇÃO, POR FAVOR!

TEMA DO ESTUDO

MELHORIA DA CONVERSAÇÃO ENTRE A PESSOA COM AFASIA E O SEU PARCEIRO DE COMUNICAÇÃO

ENQUADRAMENTO

Realiza-se o seguinte estudo para obter o grau de **MESTRE em LINGUÍSTICA CLÍNICA**, na **UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA**.



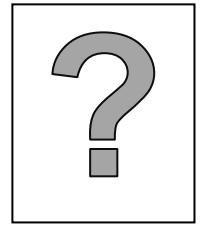
ORIENTADORA: PROF. DOUTORA MARIA EMÍLIA SANTOS

CO-ORIENTADORA: DOUTORA MARIA ASSUNÇÃO MATOS

¹⁵ http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

¹⁶ <http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

EXPLICAÇÃO DO ESTUDO: O QUE VAI ACONTECER?



- Vão ser precisos **DADOS** relativos ao:



AVC, ESCOLARIDADE, IDADE, TIPO DE AFASIA



SE NÃO FOR CAPAZ DE OS FORNECER **DEVE INDICAR UMA PESSOA** QUE OS POSSA FORNECER

- deverá **ESCOLHER UMA PESSOA AMIGA / FAMÍLIA** para **PARTICIPAR NO ESTUDO;**

com quem **GOSTE DE CONVERSAR**



com quem **ESTÁ QUASE TODOS OS DIAS**

- vai ser feita **1 ENTREVISTA**
sobre a forma como conversa com essa pessoa.



ONDE? na **sua casa**



QUANDO? Um dia a combinar



- **LOGO DE SEGUIDA,**

irão ser **FILMADOS / GRAVADO** a conversar com a pessoa escolhida



15 MINUTOS

QUANTAS VEZES? **3x**



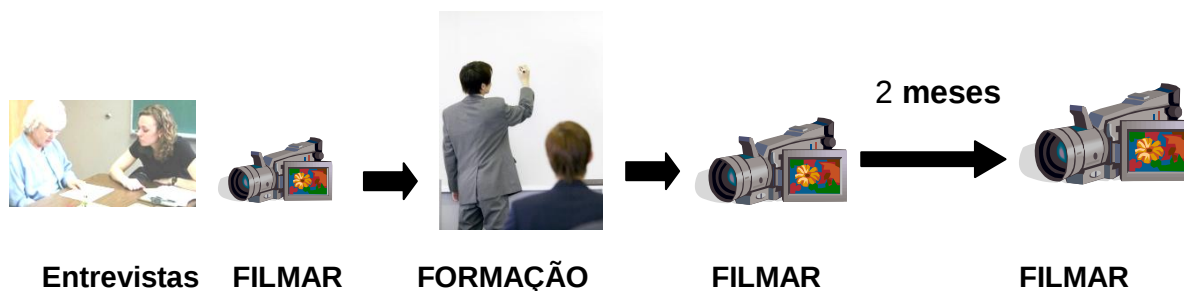
ONDE? na **sua casa** ou num local a combinar



- a pessoa escolhida é: _____

receber uma **FORMAÇÃO** sobre como conversar comigo



ESQUEMA**- as GRAVAÇÕES DE VÍDEO**

serão **DESTRUÍDAS** ao fim de **6 MESES APÓS** a conclusão e defesa do estudo.

**POSSIVEIS BENEFÍCIOS**

- não vai receber tratamento para melhorar a fala

- no final, poderá ser mais **FÁCIL CONVERSAR**

CONDIÇÕES:

- a **PARTICIPAÇÃO É VOLUNTÁRIA**
- o estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
- pode **RECUSAR/DESISTIR** do estudo a qualquer momento sem consequências



CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO:

- Os **dados pessoais e gravações áudio** serão usados **apenas para fins académicos**
- **NUNCA SERÁ IDENTIFICADO**
- todos os **contactos serão feitos em privado**

ACEITA PARTICIPAR?



SIM



VOU PENSAR



NÃO

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

CONTACTOS DA INVESTIGADORA:

PAULA VALENTE – TERAPEUTA DA FALA

 paulavalent@gmail.com

Assinatura/s:

Declaro ter lido e compreendido este documento, e as informações verbais que me foram fornecidas.

Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências.

Desta forma, **ACEITO PARTICIPAR** neste estudo

e **PERMITO A UTILIZAÇÃO DOS DADOS** que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para fins académicos e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me foram dadas pela investigadora.

NOME: _____

ASSINATURA: _____

Data: /..... /.....

SE O PRÓPRIO NÃO PUDE ASSINAR:

NOME:
.....

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE /..... /.....

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE

REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA
.....

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 7 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:

UMA VIA PARA A INVESTIGADORA, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

APÊNDICE 8

Transcrição da primeira amostra de conversa

Pré-intervenção

TRANSCRIÇÃO DA AMOSTRA DE CONVERSA PRÉ-INTERVENÇÃO

Contexto: o casal está sentado à mesa a jantar. A mãe da PC está presente.

1	PC	Pois é (4 sílabas) Caramba a Leonor também é totó (.) então (.) não sabia que a senhora também morava aqui? (9.0) { <i>corta a carne no prato do A</i> }
2	PC	{ <i>susurra</i> } (3 sílabas) prima
3	PcA	Ah?
4	PC	Quem é a madrinha da tua prima? (0.5) Queres uma cervejinha?
5	PcA	Ah quero=
6	PC	=Quero (2 sílabas) mas não era destas pois não?
7	PcA	Não =
8	PC	=Então qual era?
9	PcA	[eike] (.) [Neiken] (2.0)
10	PC	{ <i>dirige-se à mãe</i> } estás a falar para quem?
11	PcA	Neiken { <i>levanta a mão</i> } foda-se (.) eu { <i>gesto de orgulho</i> } (2.0)
12	PC	Mas não era só da [naiken] que tu gostavas (1.0) qual era que tu gostavas mais?
13	PcA	{ <i>escreve com um dedo no ar</i> } [casapan]
14	PC	Ah? (2.5)
15	PC	Ah(.) e a aquela ali (.) a (.) aquele ali em baixo como é que ele se chamava? (1.0) Onde a gente se conheceu
16	PcA	Ah (.) Ah { <i>aponta e depois pensa com a mão na boca</i> } (1.0)
17	PC	{ <i>aponta para o comando da TV</i> } Põe mais baixo (14.0)
18	PC	Como é que se chamava aquilo ali em baixo?
19	PcA	[bernadsã]=
20	PC	= Ah?
21	PcA	[tarbena] do zé
22	PC	[[xé] (.) ta-ber-na do (.) taberna do Zé (.) vê lá qual era a que ele tinha lá era (1.0)
23	PC	Qual é que(.) qual é que ele tinha lá? (0.5)
24	PC	{ <i>mais alto</i> } Qual é que ele tinha lá? (.) { <i>susurra</i> } que eu dizia aí não gosto nada desta cerveja=
25	PcA	={ <i>olha para a esposa e continua a mastigar</i> }=
26	PC	= Era a sagres
27	PcA	{ <i>acena com a cabeça enquanto mastiga</i> } (3.5)
28	PC	Era a sagres
29	PcA	Taberna do zé
30	PC	Quando é que há futebol? (4.0)
31	PcA	{ <i>mastiga rápido e levanta o dedo</i> } fa Sábado
32	PC	Quem é que joga?
33	PcA	Portugal (0.5){ <i>começa a escrever com o dedo no ar</i> } { <i>mastiga, levanta o sobrolho, encolhe o ombro</i> }
34	PC	[Portugal quê? (8.0)

35	PC	Alemanha?
36	PcA	{acena afirmativamente} [mãinha]
37	PC	Ah (.) pa perder
38	PcA	[Aaah porreiro (.) oh olha
39	PcA	Eh cascais carago * (.) o Pedro (4 sílabas) esteve lá
40	PC	[Eh Cascais cascais
41	PcA	[Pêdo] ne ne ne esteve lá =
42	PC	= O Pedro esteve (.) Ai o teu Pedro o terapeuta?
43	PcA	Teve lá
44	PC	agora?
45	PcA	{acenou afirmativamente} (0.5) cascais? aaah {faz muitos gestos}
46	PC	Qualquer parolo vai a cascais {sorriso}
47	PcA	Foda-se=
48	PC	=shh qualquer parolo vai lá (1.0) Eu ia lá porque eu tinha lá casa.
49	PcA	Eh (.) tinhas tinhas=
50	PC	=Tinha casa não era em Cascais mas era em Lisboa (60.0)
51	PC	Ah pois é senhor correia (3.0)
52	PcA	(Pedro esteve) lá (.) ah teve? Tive
53	PC	Falaram hoje disso foi? =
54	PcA	=Hmm {aceno de cabeça} =
55	PC	=então o Pedro(.) o Pedro quando é que faz anos?
56	PcA	(manha) hmm não {roda o dedo como para indicar mais}
57	PC	Não é esta (.) não é no feriado? =
58	PcA	= {faz gesto de mais} =
59	PC	= é para a outra quinta-feira? Temos de por isso a limpo (1.0) Temos que por isso a limpo (.) Então foi a Cristina que te levou para dentro?
60	PcA	{acena que sim} teve teve {apontou} Camilo ah
61	PC	Quem a Cristina? (.) olha, hoje foi a Ana Cristina que te levou para dentro, não foi?
62	PcA	{acena que sim} Teve (2 sílabas) {gestos} to to to to (2 sílabas) brigado
63	PC	Disseste-lhe a ela obrigado?
64	PcA	{acena sim}
65	PC	Olha onde é (.) quando é que vamos de férias? (0.5)
66	PcA	Ehhmm{olha para ela a sorrir e faz gesto com dedos de dinheiro}
67	PC	[Para onde vamos? Mas podemos ir? Para onde vamos? Para onde? Não vamos de férias?
68	PcA	AAh não
69	PC	[Então não vais para Leça da Palmeira de férias? {gargalhadas}
70	PcA	{ri-se} (1.0)
71	PC	Então... (2.5) Se Deus quiser temos lá o quê? (.) a nossa (1.0)
72	PcA	Mesa
73	PC	Mesa não, mesa temos a nossa prainha (0.5) sabes quem foi que disse para ir para aquela praia? (2.0)
74	PcA	{olha para a PC}

		(2.0)
75	PC	Foi a Alexandra (1.0) sabes quem é Alexandra? A Alexandra da fisioterapia.
76	PcA	{acena afirmativamente}=
77	PC	=A tua amiga se for?= (5.5)
78	PcA	= [poeao] neologismo?
79	PC	[eeoa] quê?
80	PcA	(2 sílabas)
81	PC	É (1.0) pois é
82	PC	Bem depois a gente amanhã então vai até quê?
83	PcA	Ponte de Lima
84	PC	E o quê que vamos comer?
85	PcA	Oh [{sorris e faz gestos com a mão}*
86	PC	[{ri-se} ah?
87	PcA	Ah (2 sílabas) [{ri-se}
88	PC	[{ri-se} Qual é a especialidade da casa?
89	PcA	Eh ta bem
90	PC	Então amanhã o que queres comer?
91	PcA	Calhau (.) cebolada
92	PC	{ri-se} bacalhau de cebolada
93	PcA	{acena afirmativamente}
4	PC	Ai, que calor. Não tens calor?
95	PcA	Não hmm bo (.) tenho (.) té tenho=
96	PC	=Queres vestir a camisola?
97	PcA	Fona ahah
98	PC	[Ah pois isso dizes tu (4.0)
99	PcA	Um (prégue) (3.0) {olha e aponta para a televisão} (3.0)
100	PC	{olha para a televisão e depois para A} O quê? (1.0)
101	PcA	{levanta dois dedos} Greve (puér) dos médicos (3.0) {aponta para a televisão}
102	PC	[Greve dos médicos?* (.) Quando?
103	PcA	[{acena afirmativamente com a cabeça} (5.0)
104	PcA	{levanta um dedo e escreve no ar}
105	PC	Quando? Cá?
106	PcA	{acena afirmativamente com a cabeça} Cá (2.0)
107	PC	E (1.5) onde é que dizia? (3.0)
108	PcA	{faz gesto com o dedo}
109	PC	em rodapé?
110	PcA	É é sim sim
111	PC	Sim sim quê? Em (2.0)
112	PcA	Ro-da-pé (5.0)
113	PC	Tiveste a ver o ténis? Quem ganhou?
114	PcA	[{acena afirmativamente} * [teu]
115	PC	[Radel?

		(1.5)
116	PcA	{levanta os dedos no ar} três (2.0)
117	PC	Hmm três hmm (.) como é que se chama? (2.0) hmm*mm
118	PcA	[Cláudio frairer] (1.5) [Tadan] (3.0)
119	PC	Ah não ganhou três (.) tiveste a ver três jogar (8.0) {CP e A a comer a sopa}
120	PC	Olha então? (1.0) Quantos comestes? {dirige o olhar para o prato}
121	PcA	Um
122	PC	Ah não sei (2.5) estavam ali seis (1.0) só estou a ver três
123	PcA	Um
124	PC	Um quê? (1.0)
125	PcA	Um (1.5)
126	PC	O que é que (.) Comeste um quê? (1.5)
127	PC	Um (.) como é que se chama isso? (4.5)
128	PcA	Foda-se
129	PC	Começa com R (5.0)
130	PC	Há de carne, há de camarão
131	PcA	Camarão
132	PC	Isso como é que se chama? (1.0) começa por um R (2.5)
133	PC	{desenha a letra na palma da mão} R de Rui ou de rato portanto (.) como é que se chama? Um R e um I (5.0)
134	PC	Um R e um I como é que se lê?
135	PcA	Ri
136	PC	Ah?
137	PcA	Ri
138	PC	Ri(.) portanto isso é o quê?
139	PcA	Rissois Fogo ash (.) olha {aponta para a TV} (mortos de) (1 sílaba)
140	PC	[É Marrocos dois irmãos (4.5) Já tinha dado ao meio dia (4.0) Eu não vi
Fazem um longo silêncio enquanto comem e vêm televisão		
Sobre uma notícia que está a dar na televisão sobre futebol:		
141	PC	O que achas?
142	PcA	(2 sílabas)
143	PC	Podes por mais baixo (1.0) só estando aos berros é que se ouve
144	PcA	perder {tosse}
145	PC	Perder por quanto?
146	PcA	{tosse} cinco um
147	PC	Cinco um? (.) não és meigo (1.5)
148	PcA	Olha deixa estar {gesto com a mão levantada}
149	PC	Ah deixo estar? É sábado?
150	PcA	É
151	PC	De tarde?
152	PcA	Tarde
153	PC	À tarde?
154	PcA	Zinco e um quarto {desenha o número com o dedo no ar}
155	PC	Ah?

156	PcA	Um (1.0){ <i>desenha no ar</i> } [dezranove]
157	PC	Ah às dezanove e um (.) dezanove e quinze? Sete e (.) e um quarto?
158	PcA	[{ <i>gesto de pedir mais</i> }
159	PC	Oito e um quarto? (1.0)
160	PC	Dezanove é às sete (.)pronto
161	PcA	[{ <i>fez sinal de espera</i> } { <i>desenha com o dedo</i> } cinco (.) menos um quarto
162	PC	Cinco menos (.) cinco menos um quarto?
163	PcA	{ <i>desenhando com o dedo</i> } um nove =
164	PC	= Oito menos um quarto (.) Tavas a dizer cinco menos um quarto
165	PcA	Oh Foda-se
166	PC	Pronto, está bem
167	PC	Olha, mas o Guimarães era boa pessoa não era?
168	PcA	{ <i>expressão facial cerrada e aceno negativa</i> } Não (.) Deixa estar *{ <i>eheh</i> }
169	PC	[{ <i>eheheheh</i> } Mas ele o que é que era era ele era escrivão do tribunal?
170	PcA	Não não =
171	PC	= então o que é que era?
172	PcA	(2 sílabas) { <i>gesto</i> } (1.5) [izante] tribunal
173	PC	Era secretário?
174	PcA	{ <i>acena sim e depois não</i> } [jerudante]=
175	PC	[= ajudante no tribunal?
176	PcA	É =
177	PC	= E tu eras moço de recados
178	PcA	Na (.) foda-se *{ <i>ri-se</i> }
179	PC	[{ <i>Aha</i> } senhor engenheiro (.) era (.) então o que foste para lá fazer? (3.0)
180	PC	O qué que foste?* o quê que fos
181	PcA	[Fffoo { <i>ehehe*heh</i> }
182	PC	[Ias (.)ias fazer a chamada das pessoas para os julga*mentos?
183	PcA	[{ <i>acena</i> } ah ia
184	PC	E que mais?
185	PcA	Ah (ixestempos) { <i>expressão facial saudosa e sorridente</i> } (2.0)
186	PC	E qual era o tribunal?
187	PcA	{ <i>escreve com o dedo no ar</i> } (9.0) [kike]
188	PC	[Ti-Ke]
189	PcA	Tike
190	PC	[Não é [kike] (.) Ti-ke (.) e como é que (.) isso [tike] quer dizer tribunal de (0.5)
191	PcA	Juridição criminal=
192	PC	= de (.) é de são joão novo?
193	PcA	{ <i>franze a testa</i> } não*não
194	PC	[Ah não são João novo é outro era na (.) era onde está a polícia
195	PcA	{ <i>acena positivamente</i> }

APÊNDICE 9

Material de apoio utilizado na intervenção

SESSÃO 1

Experiência concreta e reflexão sobre a afasia

Perturbação da comunicação	É um problema crónico, isto é, que fica para a vida toda.
Perturbação da linguagem	É uma consequência da perda de força nas estruturas da fala – lábios, língua, bochechas, voz...
Causada por lesão cerebral nos centros neurológicos da linguagem.	A capacidade de ler e escrever também podem ficar afetadas, assim como a capacidade de cálculo.
A pessoa não consegue dizer, mas sabe o que quer dizer.	Um problema que afeta a audição e raciocínio mental.
Ficam afetadas a compreensão e a expressão da linguagem, oral ou escrita	É uma perturbação da linguagem com um grande impacto na comunicação, não afetando apenas a pessoa que a tem, mas também as pessoas que comunicam com ela.
É uma alteração do conhecimento e da personalidade.	Impede a pessoa de comunicar como fazia anteriormente.

Dar informação sobre a afasia

O que é a afasia?

“é uma perturbação da capacidade de compreender e formular linguagem, devido a uma lesão adquirida do Sistema Nervoso Central”

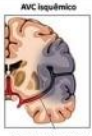
“é uma perturbação que pode afetar a compreensão, expressão, a leitura e a escrita”

Rosenberg, La Point e Wertz, 1989

“dificuldade temporária ou permanente de satisfazer as necessidades comunicativas de uma pessoa, através de um discurso normal...”

Roberta Chapey, 1994

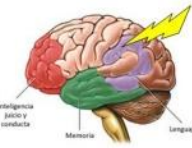
A causa mais frequente é o AVC, nas áreas do cérebro responsáveis pela linguagem. Para a maioria das pessoas essas áreas localizam-se no lado esquerdo do cérebro.



AVC isquémico
Um coágulo bloqueia o fluxo sanguíneo para uma área do cérebro.



AVC hemorrágico
O sangramento ocorre dentro ou ao redor do cérebro.



Vários tipos de afasia

Dependendo da localização atingida, surgem vários sintomas diferentes, pelo que são descritos diferentes tipos de afasia.

Tipo de afasia	Fluência do discurso	Compreensão	Nomeação	Repetição
WERNICKE	+	-	-	-
TRANSCORTICAL SENSORIAL	+	-	-	+
CONDUÇÃO	+	+	-	-
ANÓMICA	+	+	-	+
GLOBAL	-	-	-	-
TRANSCORTICAL MISTA	-	-	-	+
BROCA	-	+	-	-
TRANSCORTICAL MOTORA	-	+	-	+

Discurso fluente: comprimento de frase normal, articulado sem esforço, conteúdo informativo pobre, ausência de nomes, muitas parafasias.

Discurso não-fluente: frases curtas, tipo “telegrama”, pouca variedade de palavras mas bom conteúdo produzido com esforço. Apesar de poucas palavras, usa mais nomes, o que melhora a qualidade da informação.

NOMEAÇÃO: capacidade de dizer facilmente o nome correto que está perturbada em todas as afasias. Pode ir desde a incapacidade total à produção de palavras de substituição – **parafasias**. Existem vários tipos de trocas: - só alguns sons - toda a palavra - palavras inexistentes

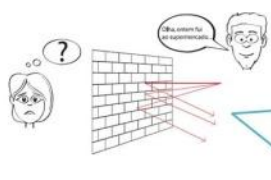



Cont. sessão 1

Dar informação sobre a afasia

Mais algumas informações sobre...

O que é ser afásico?



Mesmo que por vezes o doente pareça compreender tudo o que lhe dizemos, nem sempre é isso que se passa. As nossas palavras podem não "chegar" ao cérebro do doente, "chegar" só em parte, ou codificadas de outra maneira. Assim, ele poderá perceber algumas palavras, mas não entende a mensagem na totalidade.

“ELE/ELA troca tudo, até o SIM e o NÃO, seja a falar ou a fazer o gesto”
 “Um(a) vez faz SIM com a cabeça e diz NÃO com a boca. Fico sem entender.”



Esta situação, tão comum nos doentes afásicos, pode dever-se a causas diversas:

- “ELE/ELA não percebe a pergunta.”
- “ELE/ELA percebeu a pergunta e não consegue produzir a palavra SIM/NÃO correctamente, mas tem consciência da resposta que quer dar.”
- “ELE/ELA tem um estereótipo (repete sempre os mesmos sons ou a mesma palavra) que é “não, não, não” ou “sim, sim”.”
- “ELE/ELA não entende o conteúdo da mensagem, mas pela entoação percebe que fazemos uma pergunta e responde aleatoriamente (SIM ou NÃO), podendo induzir-nos em erro.”

FOLHETO Ela/Ele é afásico, e agora?
 Unidade de Terapia da Fala
 Serviço de Reabilitação Geriátrica
 Centro Médico de Reabilitação do Alentejo

Apontamentos importantes de assuntos que surgiram na sessão:

Apontamentos importantes - 1ª sessão

- **Compreender as dificuldades de compreensão:** pensemos quando vamos a um país estrangeiro e cuja a língua não conhecemos. Ora, ao falar com uma pessoa de lá, ela até pode estar a dizer uma frase muito simples: **Koffie is de tweede straat** (em português significa **“o café é na segunda rua”**) mas nós não percebemos. O nosso conhecimento do mundo não se perdeu, ou seja, sabemos bem o que é um café e o que é uma rua, mas como não conhecemos o código da língua alená, ao ouvi-la, o nosso cérebro não consegue decifrar e chegar ao significado.

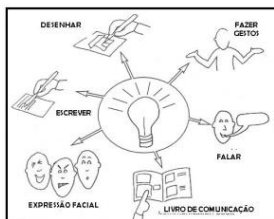
Uma pessoa com afasia, tem o conhecimento lá, mas ao falarmos para ela, pode soar a uma língua estrangeira e só “captar” algumas palavras.



- A principal causa é o Acidente Vascular Cerebral (AVC). Em Portugal não existem dados mas segundo a OMS, cerca de 6 pessoas em 1000 vivem com consequências de AVC. Estudos apontam que cerca de 50% dos indivíduos que sofrem um AVC ficam com problemas ao nível da comunicação. Existem mais Afásicos do que Doentes de Parkinson ou Pessoas com Paralisia Cerebral.

Comunicar não é só fala!!

As nossas ideias, pensamentos, opiniões, sentimentos... a nossa linguagem... podemos transmiti-la de muitas formas:



Apontamentos importantes - 1ª sessão

- “parece esquecimento mas não é”

D. G.

- Um exemplo interessante que deu:

Perguntei-lhe: *queres comer pão?*

Ele disse: *Lanche.*

Eu perguntei: *percebeste o que eu disse?*

Ele: *Não!*

E eu: *Não é ao lanche, é AGORA!*

- *Ah...sim, quero.*

O que a D. G. fez? Reforçou a palavra mais importante. Repetiu devagar, perguntas simples. **RESULTOU!!**

Quem mudou mais: ele ou a D. G.?

“tive eu que mudar”

D. G.

LINGUAGEM	VS	FALA
Função mental		Ação motora
Capacidade mental de compreender e expressar um código – língua portuguesa Pode ser na forma oral ou escrita		Movimentos, força das estruturas da boca (bochechas, língua, lábios) mais a voz, para articular as palavras e os sons
É o computador a processar (codificar e descodificar a informação ouvida/aprendida/dita)		
		
Quando há lesão		Quando perdem força, movimento, paralisia..
afasia		disartria

SESSÃO 2

Reflexão sobre as características do tipo de afasia do marido



A Afasia do Sr. C....

Características do discurso:

- Não-fluente
- Discurso telegráfico, com uso a nomes que permite a compreensão da mensagem
- Apresenta parafasias (sobretudo com omissão e troca de sons) e por vezes palavras inexistentes
- Apresenta esforço na produção
- Tem **apraxia** – dificuldade em programar os movimentos



O C. é capaz de:

- Sabe o que quer dizer
- Apesar de utilizar poucas palavras e frases curtas, é possível perceber o que ele quer dizer e entender o seu contributo numa conversa
- Aprecia uma boa conversa e gosta de dar a sua opinião.
- É perfeitamente capaz de ter uma conversa

O C. tem dificuldades em:

- Construir frases completas
- Falar e responder rápido
- Por vezes, troca sons e as palavras podem não ser perceptíveis mas não quer dizer que o sentido se perca.



A Afasia do Sr. C....

Outras características:

- A **compreensão** é boa quando a informação lhe é apresentada com simplicidade e calma, sem pressas ou outras coisas a acontecerem em simultâneo.
- A compreensão do que lê é funcional.
- Consegue escrever palavras corretamente, com a mão esquerda, de forma perfeitamente funcional
- Utiliza gestos espontaneamente para auxiliar a compreensão de quem com ele comunica
- Por vezes, confunde o sim e o não
- Percebe quando erra e tenta, por vezes, auto-corrigir-se

IMPLICAÇÕES NA COMUNICAÇÃO

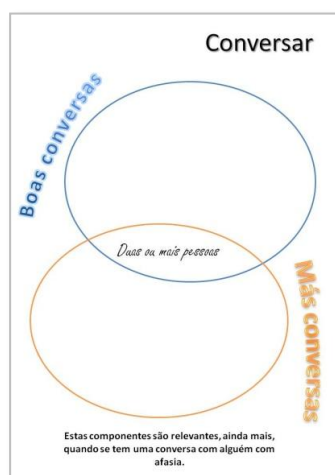


Para dançar o tango, são precisas duas pessoas...

Para conversar também...

Experiência concreta - Dinâmica:
boas conversas versus más conversas1º www.youtube.com/watch?v=xwPj16T1qa4

2º vídeo feito pela autora

Resumo das respostas dadas pela PC
na entrevista inicialImpacto da afasia na conversa...
pela D. G.

"Às vezes, à noite, vamos ao café, que tem tido lá uma malta nova, e aproveitamos para conversar, rir e recordar os bons tempos. E aqui à noite, pomos-nos a conversar no sofá. Por acaso encontramos-nos bem um ao outro."

"Até porque há coisas em que a memória dele não responde tão depressa. Aquilo que se fazia em 5 minutos faz-se num quarto de hora ou mais. Há certas coisas em que a chamada ao cérebro demora mais."

"eu nunca tive problemas porque nos adaptamos muito bem. Eu sempre o percebi melhor que as próprias terapeutas da fala. Para mim nunca constituiu um problema."

"No dia em que eu digo que ele fala muito bem é o dia em que ele não fala nada. Porque fica ansioso."

"Eu digo-lhe sempre com calma, vamos com calma, não queiras dizer tudo de uma vez."

"Ele, às vezes, é que se condiciona porque se inibe. E eu não. Digo-lhe logo "não, que tu estás bom, toca a andar". Tento transmitir segurança e normalidade. Não estou com coitadinho."

Conversar é importante para si e para o casal. É algo natural.

Consciência de que tem de usar estratégias.

Reconhece que o marido é capaz.

Reconhece a importância de dar tempo.

Incentiva-o!

Uma coisa é certa – **NÃO É FÁCIL!** Não é fácil ter uma conversa com alguém que tem afasia, sobretudo quando a D. G. tem que lidar com muitas outras coisas.

Cont. sessão 2

Dar informação:

Conversar

Ao longo do dia...

COM QUEM CONVERSAMOS?

- Familiares
- Amigos
- Vizinhos
- Lojistas/vendedores
- Colegas trabalho....



PORQUE CONVERSAMOS?

- Conhecer alguém
- Passar o tempo
- Diversão
- Partilhar ideias
- Descobrir coisas
- Contar uma história
- Consolar alguém etc...



Porque conversar é tão importante?

Entre outras coisas, porque:

- ... Tem um papel importante na nossa vida.
- ... constrói "pontes" com e para os outros.
- ... permite a partilha de pensamentos, sentimentos, ideias, preocupações.
- ... é um meio de tomar decisões importantes
- ... revela quem somos.



Para a pessoa com afasia, conversar é igualmente importante. Contudo, deixa de ser algo natural e fácil....

Como é que a afasia afeta a conversa?

- O que dizem e sentem as **pessoas com afasia**...



Tenho de pensar antes de falar...

Perdi a espontaneidade....

Antes eu partilhava tudo... agora não.

Não estava preparado para o silêncio da afasia...

As conversas são tão limitadas agora... sinto falta das discussões. Não consigo argumentar...

Muitas vezes acham que eu não falo porque não quero ou não sei... mas eu estou aqui!

© Speechmark Editions

Como é que a afasia afeta a conversa?

- O que dizem os **familiares** de pessoas com afasia:



"é impossível ter uma conversa normal com ele agora..."

"eu não sei como conversar com ele, agora..."

"eu não sei por onde começar..."

"é impossível ter uma conversa normal com ele agora..."

"estou cansada..."

"ela fica muito zangada quando eu não entendo o que ela está a dizer..."

"é frustrante quando ele não consegue dizer o que quer..."

"o nosso mundo ruiu – é difícil encontrar assunto para falar..."

Um dos motivos para que as conversas sejam difíceis, talvez seja o facto da vida ter mudado para ambos...

Cont. sessão 2

Dar informação:

TEMAS DE CONVERSA

ANTES	DEPOIS
FAMÍLIA FINANÇAS • salário • Poupanças • Benefícios • Seguros • Compras • Contas bancárias • Férias TÓPICOS DIÁRIOS • Compras • Trabalho de casa • Filhos / família • Consultas • Comida/roupa • Encontros TRABALHO • Rotinas • Pressões • Salários • Problemas • Horários OUTROS ASSUNTOS • Política • Notícias • Assuntos locais • Novidades • Relações pessoais...	PASSATEMPOS ACTIVIDADES DIÁRIAS • Comer / beber / vestir / higiene • consultas / terapia • medicação • passear FAMÍLIA OUTROS ASSUNTOS • Televisão • Jornal • Amigos (relações)

Pouco mais...
Que diferença!

Ninguém nasce ensinado para comunicar intuitivamente com alguém que tem afasia. Conversar com esta não acontece automaticamente. O uso de algum suporte e técnicas, conversar pode ser mais fácil e agradável para ambos...

AFASIA

dificuldade de comunicar-se com o mundo...



- ISOLAMENTO
- REJEIÇÃO ENVERGONHADA DE AMIGOS E FAMÍLIA
- DIMINUIÇÃO DO INTERESSE
- PERTURBAÇÕES DA IDENTIDADE E AUTO-ESTIMA
- SUPERPROTECÇÃO – DIMINUIÇÃO DA AUTONOMIA
- DIMINUIÇÃO DA ACTIVIDADE
- TRISTEZA / DEPRESSÃO
- MEDO – SENTIMENTO DE IMPOTÊNCIA E FRUSTRAÇÃO
- PRECONCEITO / DISCRIMINAÇÃO



Apontamentos importantes de assuntos que surgiram na sessão:

Apontamentos importantes - 2ª sessão

- O Sr. C. ao ler uma frase é capaz de omitir os pronomes, as proposições, ainda que seja capaz de as escrever.
 Frase: Nós partimos de manhã.
 Lê: partimos manhã.
Isto não é distração! É uma dificuldade típica da sua afasia.
- A.D.G. referiu que às vezes até prefere não estar na sessão porque "começa a ferver" – é importante evitar colocar o seu marido em situação de maior stress uma vez que com a afasia ele já lida com problemas internos constantemente.
- A.D.G. descreve momentos em que o Sr. C. fala muito bem ("é um discurso ótimo"). Ele próprio usou a expressão "olha, tem dias é quando posso". É fundamental perceber que a afasia é isto mesmo...
- Quando não se expressa tão bem é importante perceber porquê:
 - Estará a ser-lhe dado tempo suficiente para falar?
 - Estarão a falar em demasia por ele?
 - Estará cansado?

A pessoa com afasia já luta com dificuldades linguísticas... pressioná-lo a falar direito só vai piorar.
É importante dar tempo, dar espaço, escutar...

Apontamentos importantes - 2ª sessão

- **Exemplo dado pela D. G.:**
 Quando eu lhe pergunto alguma coisa (sobre a fisioterapia), ele diz que faz tudo. "é isso é"
 A D. G. faz então perguntas mais específicas: "dá-te massagem?" e adicionou o gesto, o que é muito bom e ajudou à compreensão. No entanto o sr. C. muitas vezes confundindo o sim e o não.

Este tipo de respostas sim e não – é muito importante confirmar!!

- **Outro exemplo interessante:**
 Quando estão no banho, e pergunta-lhe se a água está boa com a seguinte pergunta: "está quente ou fria?" e nesta situação o sr. C., automaticamente, responde a última palavra que ouviu. Mas quando perguntou "olha para mim com atenção: a água está boa?" e aí funcionou, o sr. C. respondeu bem.

O QUE FEZ, MUITO BEM!

- Assegurou que ele estava com atenção e depois fez uma pergunta de uma opção só? Para resposta sim/não.
- Isto é muito importante porque, assim, ele consegue logo responder e mostrar que é capaz. Importante é evitar colocá-lo numa situação em que vai falhar!!

Evitar colocá-lo em situação de FRUSTRAÇÃO!

Cont. sessão 2

Apontamentos importantes de assuntos que surgiram na sessão:

Apontamentos importantes - 2ª sessão

- A D. G. reconhece que ele tem conhecimento preservado e é capaz de o expressar, quando lhe é dada oportunidade.
(p.e. no carro, ele indica os caminhos por onde ir...)
- Lembra-se de coisas que aconteceram e mais tarde volta ao assunto e chama a atenção da esposa.

"O cérebro dele deve estar realmente a trabalhar muito" – D. G.

Pois está... o Sr. C. está **PRESO** dentro dele...



desenho de D. G.

- A D. G. constata que o marido fica a pensar nas coisas... e que às vezes a conversa pára porque ele fica a pensar. Chegamos à conclusão que **pensar nas coisas, é rápido, as ideias fluem, mas a falar não.** Por isso, o sr. C. poderá preferir, às vezes ficar calado, para evitar os bloqueios e mais frustração...

Deve ser respeitado!

SESSÃO 4

Dinâmica: associação frases – imagens

A competência da pessoa com afasia pode ser **revelada** através das **COMPETÊNCIAS DO PARCEIRO** que Cria **“RAMPAS”** para o **ACESSO À COMUNICAÇÃO!**

Existe uma relação direta entre a: **PERCEPÇÃO DA COMPETÊNCIA** da pessoa com afasia e a **OPORTUNIDADE** QUE LHE É DADA para conversar .

Não basta ter **capacidade** para conversar. É muito importante também ter **oportunidades** para fazê-lo. É conversando que mostramos as nossas competências.

Isto é fundamental para poder participar na sociedade e na vida diária.



Cont. sessão 4

Dar informação:

A importância da D. G. ...

CONSTRUIR RAMPAS DE COMUNICAÇÃO!



RECONHEÇA as suas CAPACIDADES

- **Confie e acredite** nos conhecimentos, capacidades e inteligência da pessoa com afasia
- Pense nos comportamentos/palavras que poderão fazê-la parecer incompetente – **EVITE-OS!!**
- Mantenha **um tópico e uma atitude de adulto**, e evite falar com que para uma criança!
- Permita que ele **converse sobre o que quer e decida** quando continuar ou não uma conversa.
- **Converse naturalmente!**
- Não ralhe com ele como se ele fosse uma criança que não fala direito por preguiça.
- **Evite ser condescendente** na conversa e no tom de voz.

RECONHEÇA as suas CAPACIDADES



- Seja um **bom ouvinte**
 - Preste atenção quando ele fala
 - Não se apresse a falar, deixe-o terminar.
 - Não coloque palavras na boca dele.
- **Reconheça** em voz alta:
 - Os conhecimentos da pessoa: *“eu sei que tu sabes...”*
 - As suas frustrações *“eu sei que é difícil para ti...”*
- **Elogie** a comunicação da pessoa com afasia com um tom de voz sincero (evite tom maternal, como se fosse uma mãe a falar para o filho)
- **Partilhe a responsabilidade** quando algo falha
 - *“desculpa, não estou a perceber”; “não tenho a certeza sobre o que disseste...”*
 - *“não estou a conseguir compreender. É importante? Podemos falar mais tarde porque agora não estou a conseguir entender...”*
 - **DE-LHE OPÇÕES** para aceitar ou rejeitar.
- **RIAM JUNTOS...**

A importância da D. G....

CONSTRUIR RAMPAS DE COMUNICAÇÃO!



AJUDE-O A REVELAR AS SUAS CAPACIDADES

TER A CERTEZA QUE ELE TEM OPORTUNIDADE PARA SE EXPRESSAR



TER A CERTEZA QUE ELE TEM OPORTUNIDADE DE COMPREENDER



AJUDE-O A REVELAR AS SUAS CAPACIDADES

TER A CERTEZA QUE ELE TEM OPORTUNIDADE PARA SE EXPRESSAR



Consegue transmitir a mensagem

- Pense que coisas podem **ajudar na conversa** – calendários, mapas, revistas, livros de comunicação do próprio, etc.;
- Tenha sempre à mão **papel e lápis**;
- Encoraje o uso da **escrita** e do **desenho** e use-os também;
- Assegure-se que a pessoa tem um **meio eficaz de responder** às **perguntas de resposta sim/não** – use por exemplo sim/não escritos para apontar
- Comece com **questões gerais** – *“tem alguma coisa a ver com alguma pessoa?”* depois siga para **questões mais específicas** *“foi alguém que viste nas notícias?”*
- Vá **confirmando aquilo que compreendeu** até à altura.
- **Dê tempo à pessoa para falar** na sua vez – não pressione! Se não tiver tempo diga-lhe.

Cont. sessão 4

Dar informação:

TER A CERTEZA QUE ELE TEM OPORTUNIDADE PARA SE EXPRESSAR

Consegue transmitir a mensagem

- **Não tenha medo do silêncio** e do tempo necessário para uma reflexão calma (por ambos) sobre o que já aconteceu na conversa até à altura.
- **Procure saber** quais os apoios comunicativos fortes que a pessoa utiliza e encoraje-a a utilizá-los.
- Procure **saber quais as preferências** da pessoa – que tipo de ajudas gosta/não gosta (ex. mais tempo, sugestões, recapitulação, quanto tempo aguardar após ter sugerido uma palavra,...)
- Se ocorre uma **quebra na comunicação**, procure:
 - Manter-se relaxado e resolver o problema;
 - Certificar-se de que é realmente importante;
 - Combinar um sinal para parar e continuar;
 - Pedir autorização para continuar mais tarde;

AJUDE-O A REVELAR AS SUAS CAPACIDADES

TER A CERTEZA QUE ELE TEM OPORTUNIDADE DE COMPREENDER

Consegue compreender a mensagem

- Garanta a **não existência de outras distrações**, especialmente muito barulho e televisão;
- **Confirme** se a pessoa está com os óculos ou aparelho auditivo caso necessite de os utilizar;
- Tenha a certeza de que tem a sua **atenção total**;
- Utilize uma **voz expressiva**;
- **Use gestos** de apoio e/ou **aponte**;
- **Observe** a cara e a linguagem corporal do indivíduo;
- Tenha atenção à **velocidade com que fala**;
- Pergunte –lhe: “*Estou a falar muito depressa?*”
 - “*Ajuda se eu repetir outra vez?*”
 - “*Ajuda se eu repetir outra vez de uma forma diferente?*”

TER A CERTEZA QUE ELE TEM OPORTUNIDADE DE COMPREENDER

Consegue compreender a mensagem

- Saliente a **palavra mais importante** em cada frase;
- **Escreva** simultaneamente a palavra importante;
- **Use imagens ou desenhos** de suporte para reforçar o que pretende dizer;
- **Pense nas ajudas** conversacionais que podem ajudar na conversa;
- Mantenha um **tópico de conversa de cada vez**;
- Se **vai mudar** para um assunto diferente, que **seja claro**!
- **Confirme** se a pessoa está a seguir a conversa

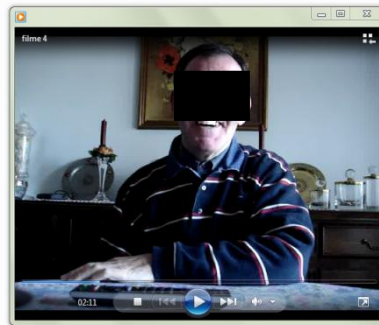
“Está a compreender-me?”

Que barreiras, os **parceiros de comunicação**, erguem?

- Não saber o que fazer
- Não ter tempo
- Cansaço
- Estar muito ocupado
- Frustração / receio
- Impaciência
- Dor de ver as dificuldades do outro
- Medo da pessoa com afasia ficar zangada...

Cont. sessão 4

Atividade prática: vídeos e tabela para avaliação dos vídeos



1ª Vídeo “Dysphasia Suport” legendado pela autora do trabalho
www.youtube.com/watch?featureplayer_embedded&v=W_0t07BuEdA#

2º Vídeo: interação do casal

Avaliação do parceiro...

RECONHECER AS CAPACIDADES DO AFÁSICO	SIM	NÃO	REVELAR AS CAPACIDADES DO AFÁSICO						
			GARANTE QUE ELE TEM COMO EXPRESSAR		GARANTE QUE ELE COMPREENDE				
Preparou-se previamente para a conversa			Procura outras ajudas para conversar: calendários, mapas, revistas, livros de comunicação do próprio, etc.;			Garante a não existência de outras distrações.			
Dem onstra que confia e acredita nos conhecimentos, capacidades e inteligência da pessoa com afasia			Comece com questões gerais –depois segue para questões mais específicas			Confirma se a pessoa está com os óculos ou aparelho auditivo, se necessário.			
Evita os comportamentos/palavras que poderão fazê-la parecer incompetente			Encoraja o uso da escrita e do desenho e usa-os também.			Assegura-se de que tem a atenção total da pessoa com afasia			
Mantem um tópico e uma atitude de adulto.			Dá tempo à pessoa para falar na sua vez.			Utiliza uma voz expressiva;			
Evitou falar com quem para uma criança			Tem à mão papel e lápis;			Usa gestos de apoio ou aponta;			
Permite que ela converse sobre o que quer e decida quando continuar ou não uma conversa.			Vai confirmando aquilo que compreendeu até à altura.			Observa a cara e a linguagem corporal do indivíduo.			
Conversa naturalmente			Aceita os silêncios e pausas na conversa.			Tem atenção à velocidade com que fala;			
Lida com as dificuldades dele com o se ele fosse um a criança			Quando há silêncios ou pausas, tenta preencher-os com intervenções suas.			Salienta a palavra mais importante em cada frase;			
É condescendente na conversa e no tom de voz.			Assegura que a pessoa tem um meio eficaz de responder sim/não			Escreve simultaneamente a palavra importante;			
É um bom ouvinte. Presta atenção quando ele fala			Procura saber quais os apoios comunicativos fortes que a pessoa utiliza e encoraja-a a utilizá-los.			Usa imagens ou desenhos de suporte para reforçar o que pretende dizer;			
Apressa-o a falar									
Coloca palavras na boca dela.									
Reconhece em voz alta os conhecimentos da pessoa com afasia			Procura saber quais as preferências da pessoa – que tipo de ajudas gosta/não gosta			Avisa claramente quando vai mudar para um assunto diferente.			
Reconhece em voz alta as frustrações da pessoa com afasia			Se ocorre um a quebra na comunicação: Mantém relaxada e tenta resolver o problema;			Mantém um tópico de conversa de cada vez;			
Elogia a comunicação da pessoa com afasia			Pede autorização para continuar a falar			Confirma se a pessoa está a seguir a conversa.			
Partilha a responsabilidade de quando algo falha									
A conversa é agradável, descontraída e com humor.									

Reflexão sobre as competências linguísticas e comunicativas de C.

Não esquecer:

o que o C. tem de **muito bom** que pode ser usado na conversa:

- Sabe o que quer dizer
- Compreensão menos perturbada que expressão
- Lê e compreende o que lê
- Consegue escrever palavras
- Usa gestos espontaneamente
- Usa outros recursos se os tiver à mão



Cont. sessão 4

Apontamentos importantes de assuntos que surgiram na sessão:

Apontamentos importantes - 4ª sessão

A D. G. refletiu sobre aspetos muito importantes:

“em relação a estes elementos, em muitos paro para pensar antes de conversar com ele”

- “nunca fiz dele tipo bebé. Lidei sempre com ele como uma pessoa adulta” (...)
- “às vezes, realmente, falava mais depressa e depois ficava a pensar «se calhar...» e dizia-lhe: «olha, percebeste bem aquilo que eu disse? Falei depressa demais...» e ele dizia que sim... «então, eu vou repetir mais devagar». E então ele acaba por perceber!”



A D. G. foi-se apercebendo de estratégias que resultavam com o Sr. C.... Como é natural!

A D. G. é, sem dúvida alguma, a maior especialista no problema do seu marido!

Este trabalho que está agora com a P., pretende torná-la uma especialista ainda mais consciente daquilo que faz bem e daquilo que o Sr. C. é capaz de fazer bem. E ainda, ao ajudá-la a compreender melhor o problema, dar-lhe mais instrumentos para o ajudar, pois **é a pessoa mais importante para ele.**

Apontamentos importantes - 4ª sessão

- As asneiras que saem muito rápido...o Sr. C. nem sempre consegue controlar..
- Ao conversar com o Sr. C. ou com outra pessoa com afasia, era bom que fosse realçado muito mais aquilo que ele é capaz de fazer, do que aquilo que ele não é...
- O **parceiro de comunicação** tem um papel fundamental na destruição das barreiras que afasia levanta. Qualquer um pode ser parceiro de comunicação da pessoa com afasia (o vizinho, o amigo, a família, o médico), mas existem os **parceiros de comunicação privilegiados** que são aqueles que comunicam todos os dias, durante o dia (a esposa, a filha, a neta, a sogra...). Quando estes parceiros se tornam mais aptos para lidar com a comunicação, o benefício será para ambos.... À pessoa com afasia é dada mais oportunidade para SER ... e aos parceiros é dada mais segurança na conversa e a sensação de consciência tranquila “estou a fazer tudo o que posso”...
- Quando a pessoa com afasia sente que o seu parceiro reconhece que ele é capaz e lhe mostra vontade em estar com ele, em saber a opinião dele, a pessoa com afasia vai-se sentir mais à vontade e com vontade de conversar, de mostrar o que vale... a pessoa com afasia acreditará em si na medida em que o outro mostra que acredita...

Apontamentos importantes - 4ª sessão

Para revelar as capacidades da pessoa com afasia, devemos:

- **GARANTIR QUE CONSEGUIE FALAR O QUE QUER**
Assim como nós, parceiros de comunicação, queremos ser ouvidos, queremos ser entendidos, queremos dizer tudo direitinho... a pessoa com afasia também tem esse direito, ainda que com mais ou menos dificuldades. É importante que, nós parceiros, estejamos atentos para permitir e ajudar a pessoa com afasia a dizer o quer, nem que o faça através de uma palavra, de uma frase curta, da escrita ou um gesto....
- **GARANTIR QUE ESTÁ A COMPREENDER....** Porque se **não** o fizermos mais tarde poderão surgir mal entendidos na conversa, ou estar a causar muita confusão à pessoa com afasia, ou nós, parceiros, conversarmos sobre uma coisa e a pessoa com afasia estar a pensar noutra (e vice-versa).

Vale a pena pensarnisto...



SESSÃO 5

Dar informação sobre a estrutura da conversa (com vídeos para ilustrar)

Numa conversa...

O QUE SE SABE!

Na afasia...

- Os turnos podem ser diferentes: pois juntam fala + outras formas (gestos, escrita).
- Para os turnos trocarem rápido (como é normal), o afásico prefere frases telegráficas.
- O parceiro de comunicação tem de realizar um **maior esforço de colaboração** para compreender o afásico
- Devido ao defeito na linguagem, surgem mais problemas logo há **mais tentativas de correção**, e por vezes, estas são muito longas e perturbam o fluir da conversa. Além disso, **expõem a "incompetência" do afásico** e deixam-no ficar "mal".
- A conversa, muitas vezes, torna-se parecida com a de "professor-aluno" o que não normal. Isto causa frustração e embaraço ao afásico.



www.youtube.com/watch?v=xwPj16T1qa4

Resultados da avaliação - CORREÇÃO

D. G. – deteta 50% de alterações | Sr. C. – deteta 62,5% de alterações

Aspectos positivos

- Por vezes, colaboram um com o outro para chegar a entendimento o mais rápido possível.
- O C. tenta, algumas vezes, corrigir-se sozinho, mas na maioria das vezes precisa de ajuda.
- Quando a D. G. não percebe, pede ao marido para clarificar ("Ah?") mas muitas vezes tem de dar mais ajudas/pistas para conseguir chegar lá.
- A esposa utiliza vários tipos de perguntas para tentar chegar aquilo que o marido quer dizer, no entanto, a seguir a uma pergunta, nem sempre espera pela resposta.

Como valorizar as suas tentativas e ajudá-lo melhor?

Como ajudá-lo sem expor as suas dificuldades demasiado?

Quais as vantagens de esperar pela resposta dele?

QUE ESTRATÉGIAS? →

Valorize / elogie em voz alta as tentativas dele de se corrigir sozinho e **dê tempo** para que o faça

Quando não compreende o que ele disse e não sabe de que se trata:

- Recapitule o que compreendeu da conversa até aquele momento e confirme se está bem ("percebi bem?")
- Peça-lhe para escrever!**
 → **É mais rápido, eficaz e menos frustrante!**
 → **E dá-lhe mais autonomia!**

Dar pistas ou opções de resposta para adivinhar **é bom!**
 Dê uma de cada vez e devagar. Escreva-as!

Perguntas de resposta sim/não podem ajudar

- Evite a sobreposição de perguntas e respostas – causa confusão na conversa.

Quando lhe faz uma pergunta – **dê-lhe tempo** para responder e não faça mais perguntas e opções.

- Ofereça a caneta e espere para ver o resultado.
Dê-lhe autonomia!

Cont. sessão 5

Dar informação:

Aspetos a melhorar

As competências de escrita do Sr. C. são pouco aproveitadas.

O Sr. C. nem sempre dá a entender que não compreendeu e a D. G. também nem sempre confirma se sim ou não.

A D. G. admite querer que o marido diga as palavras, mesmo quando já as percebeu. Isso acontece com frequência mas, em contrapartida, interrompe o fluir da conversa.

Sr. C. TEM POSTURA PASSIVA
Muitas vezes a conversa é 90 % constituída por correções o que deixa o C. mais calado. **Conversa tipo professor-aluno.**

A D. G. interrompe o marido, várias vezes, ao tentar ajudá-lo ou fazê-lo dizer certa palavra.

Excesso de correções pode levar uma boa conversa ao fracasso. Como evitar?

Como satisfazer a vontade da D. G. e ao mesmo tempo não o deixar frustrado?

O que o vai tornar mais participativo e menos calado?

QUE ESTRATÉGIAS?

Incentive-o a escrever!

- **Dá-lhe autonomia** e demora menos tempo. Compromete menos o fluir da conversa!

Para facilitar/garantir que ele compreende:

- Fale mais devagar!
- Escreva palavras isoladas simultaneamente à fala
- Repita mais devagar e com frases mais simples

Quando quer que ele diga uma palavra: primeiro demonstre que já percebeu, diga-lho, e SÓ DEPOIS, peça para ele dizer.
(p.e. "Elogo à tarde. Percebi bem? Então agora, tenta dizer tu")

Ter outros recursos para apontar (jornal, mapa, palavras num bloco)

Ao evitar correções/interrupções constantes - dá-lhe MAIS AUTONOMIA e um PAPEL MAIS ATIVO!

Apontamentos importantes de assuntos que surgiram na sessão:

Apontamentos importantes - 5ª sessão

TERAPIA DA FALA

≠

CONVERSA NAS ATIVIDADES DO DIA-A-DIA

• As atividades feitas na **Terapia da fala** são, na maioria das vezes, atividades são feitas para tratar as dificuldades provocadas pela afasia... as dificuldades! Estas atividades **põem em destaque A DOENÇA, os DEFEITOS** porquêsão um tratamento!

• No dia à dia, os **parceiros de comunicação NÃO SÃO** terapeutas, não estão a tratar nada. São esposas, maridos, filhos, mãe, pai... OU SEJA, apenas querem conversar, fazer-se entender e entender a pessoa com afasia, nas mais variadas atividades diárias. O seu papel como parceiros é O MAIS IMPORTANTE para ajudarem a pessoa com afasia a comunicar, a expressar-se e a compreender, mas **SEM PARECER uma sessão de terapia**. Numa conversa, o parceiro não está a testar nada, nem a provar se ele sabe... está simplesmente a conversar, a trocar uma ideia, a fazer uma pergunta. Nestas conversas, o parceiro de comunicação deve **EVITAR ao máximo que os DEFEITOS provocados pela afasia, se façam notar!** Agir com naturalidade é a regra!



≠



Apontamentos importantes - 5ª sessão

• Nesta sessão também foi explicado:

É normal o Sr. C. sentir dificuldades em dizer certas palavras quando estas aparecem numa tarefa FORA do seu contexto habitual (p.e. numa ficha de trabalho da terapia da fala – "Complete a frase: O Manuel precisou de _____ mais cartolinas porque as que tinha não chegavam").



Falar/perceber fora do contexto

≠



Falar/perceber no contexto

Ao falar nos contextos de vida diária, nas situações em que está a acontecer, o cérebro vai buscar pistas à situação e a palavra pode sair mais facilmente (p.e. quando vão ao shopping...a palavra "comprar" poderá surgir mais rapidamente pelas pistas do que está a acontecer realmente).

SESSÃO 6

Dar informação:

 Resultados da avaliação - **TROCA DE TURNOS**

Aspetos positivos

- O Sr. C. é capaz de iniciar uma conversa e novos assuntos.
- O Sr. C. usa mais frases telegráficas quando lhe é dado mais tempo.

Aspetos a melhorar

Por outro lado, quando a D. G. fala mais ele limita o que diz ao mínimo ("hmm", "sim", "não").

D. G.
Mais turnos seguidos
Mais Dominante
Dá menos tempo

Sr. C.
Mais passivo/acomodado
Menos fala / menos frases
Incapacidades em destaque!

Muitas vezes, o "assunto" da conversa são as suas dificuldades.

QUE ESTRATÉGIAS? →

TODAS AS ANTERIORES!!

PARA O EQUILÍBRIO NA CONVERSA: 

Escutar e dar tempo é fundamental!

Prestar atenção às suas expressões. Quando ele estiver passivo, frustrado, aborrecido - PARE e ESCUTE e MUDE.

Encorajar a participação/opinião dele – Como? Mais perguntas abertas, mais comentários, esperar que ele fale e perguntar se já terminou.

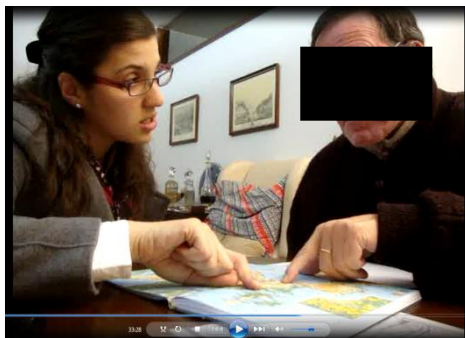
Só deve abandonar um certo tema depois de avisar:

- "Não estou a compreender, podemos falar mais tarde? É importante?"
- "Olha, mudando de assunto... em relação..."

→ Se não o fizer pode levar a mal-entendidos

No final, verifique se entendeu o que ele disse!

Reflexão acerca do pertinência e potencial das estratégias:

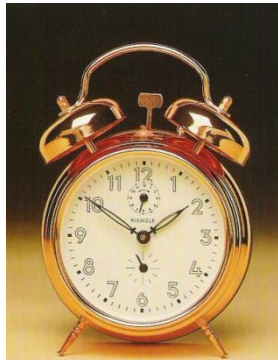


Vídeo da interação da PcA com a autora do trabalho feita antes do início da intervenção.

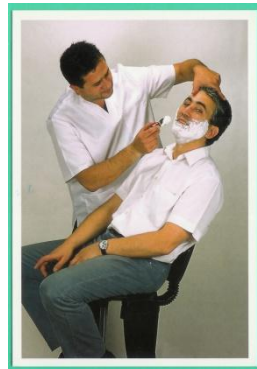
SESSÃO 7, 8 e 9

Exemplos de imagens utilizadas na Atividade tipo PACE

Imagens de objetos



Imagens de ação



Exemplos dos vídeos usados na atividade *Coaching* conversacional



1º <http://www.youtube.com/watch?v=O11awI0Zd34>

2º <http://www.youtube.com/watch?v=CI12Vua1ovg>

3º http://www.youtube.com/watch?v=023o1_TgNjU

SESSÃO 8



Vídeo *Dysphasia Suport* legendado pela autora do trabalho

www.youtube.com/watch?featureplayer_embedded&v=W_0t07BuEdA#!

SESSÃO 9

Visualização do documentário *After Words* (legendado)



Apontamentos finais

Apontamentos importantes – CONCLUSÕES

Neste trabalho, pudemos:



- Refletir com a D. G. sobre a Afasia do seu marido! Ficar a conhecê-la melhor e a aceitá-la ainda melhor.
- Através da observação dos vídeos caseiros das conversas, pudemos tomar consciência de como a afasia do Sr. C. traz problemas para a conversa e como ambos lidam com esses problemas.
- Refletir sobre os comportamentos da D. G. na conversa e o que eles fazem à conversa.
- Reforçar e reconhecer aquilo que a D. G. faz de muito bem (e que é muita coisa). A D. G. ao ficar mais consciente de tudo o que se passa e do que faz, sentir-se-á mais capaz de ajudá-lo melhor e mais assertiva na forma como o faz.



Apontamentos importantes – CONCLUSÕES



- Treinar as estratégias antigas e as novas, com consciência delas!
 - Reconhecer que as estratégias vão ser úteis ao longo de TODA a vida... é importante não esquecê-las! ☺
 - Reconhecer que ao querer ajudar, por vezes, a D. G. ajuda demais, não permitindo que a sua ajuda faça efeito... e, sem querer, acaba por tirar a "Vez" do marido na conversa ou por torná-lo dependente da "bengala – G."
- Lembre-se: AUTONOMIA!
— Para tal: PARE – ESCUTE – OLHE – INCENTIVE TODOS OS MODOS DE COMUNICAÇÃO!!
- As perguntas que ajudam: ONDE? COMO? QUEM? QUANTOS?...
 - Reconhecer que a maneira como se faz uma correção pode fazer o Sr. C. sentir-se "rebaixado" e isto pode fazer com que ele colabore menos na tentativa de corrigir ou falar.



Apontamentos importantes – CONCLUSÕES

- É importante que a D. G. continue a fazer o que lhe faz sentido e o que acha que é o melhor para o seu marido... mas lembre-se sempre: para fazer o cérebro trabalhar não é preciso que ele DIGA A TAL PALAVRA SOZINHO SÓ PORQUE A D. G. O QUER OBRIGAR A DIZER... mas sim, que tenha oportunidade para a dizer sozinho, sem demasiada ajuda da sua parte. Para que tal aconteça cada vez mais:

• Lembre-se da BALANÇA!!



• PARE - ESCUTE – OBSERVE-O – MUDE ALGO – NEGOCIE

APRENDER A VALORIZAR, acima dos problemas da afasia,
UMA BOA CONVERSA E A SUA CONTINUIDADE...

... E SÓ DEPOIS PEDIR A CORRECÇÃO E O TREINO DA FALA!



APÊNDICE 10

Algumas informações sobre o decorrer da intervenção
e avaliação final da PC

Algumas informações sobre o decorrer da intervenção

Ao longo de toda a da intervenção procurou-se transmitir o máximo respeito pelas experiências partilhadas, pelos conhecimentos da PC e sobretudo, pela sua capacidade e disponibilidade para a aprendizagem. Com uma atitude de escuta ativa, de incentivo da sua opinião e de reconhecimento, procurou criar-se, desde o princípio, um clima de confiança para que G. se sentisse apoiada e confortável, o que se revelou útil nas várias fases da intervenção, sobretudo porque a tornou também mais disponível para escutar e refletir sobre si mesma.

G. foi dando a sua opinião acerca do livro em que valorizou, sobretudo, as experiências de outras pessoas que vivenciaram o mesmo problema (*“Dei assim uma vista de olhos no livro, e realmente é interessante. Há sempre o desafio de cada um, não é só a nós que o mundo nos cai em cima, também acontece aos outros e cada um reage à sua maneira.”*). Contou que partilhou algumas dessas histórias com o marido. Também o material escrito fornecido e trabalhado em cada sessão foi motivo de conversa entre o casal: *“ele também já deu uma vista de olhos nisto [na capa] e diz-me sempre “olha vês? É assim.. olha é eu” (...) Ele diz isto como quem diz “isto condiz comigo, condiz com a minha pessoa”. Olhe uma que eu lhe expliquei bem foi esta [apontando para uma das imagens] e disse-lhe “está tudo aqui [na cabeça] tens de deitar cá para fora, não podes estar sempre a espera que eu adivinhe”*.

Aos poucos G. foi verbalizando uma maior consciência do que é a afasia e daquilo que o marido é capaz (p.e: *“há alturas que eu penso que isto já está ultrapassado mas não porque a afasia é para sempre. É para sempre.”*), mas também uma consciência do seu papel na interação. Em todas as sessões G. sentia necessidade de falar dos seus sentimentos e pensamentos, refletir sobre eles, revelando, por vezes, falta de aceitação dos problemas e preocupações em relação ao presente e ao futuro (p.e. *“ao contrário do que se diz «temos todo o tempo do mundo» o tempo já não é muito (...) para ver se o ponho bom rápido para se houver alguma falha ele estar estruturado [emociona-se] eu não sou muito de pensar assim mas tenho dias em que penso assim (...) deixa ver se te lanço bem porque nunca se sabe, deixa ver se te deixo uma rampa boa para a vida”*). Os sentimentos expressos são variados, complexos e revelam as consequências psicossociais do AVC na vida deste casal. (p.e.: *“eu tento andar para a frente (...) e digo-lhe sempre «aqui o coitadinho não és só tu, somos os dois, estamos os dois no mesmo barco, se o barco for ao fundo, não és só tu que vais, vamos os dois, portanto, tens que me ajudar a mim e eu tenho de te ajudar a ti» (...) ele tem que entender tudo o que eu tento corrigir, mesmo com uma superprotecção que realmente acaba por se reconhecer e já várias pessoas disseram o mesmo (...)”*). Foi possível perceber que esta cuidadora provavelmente nunca teve oportunidade de trabalhar estes aspetos e sem dúvida a intervenção psicológica e até,

familiar, poderia ter sido uma ajuda para ambos ao longo do processo de aceitação e adaptação às novas circunstâncias de vida.

Antes do treino prático das estratégias o casal conversou entre si e colocaram as estratégias por ordem de importância para si. A investigadora mediou o processo, suportando a compreensão e expressão da PcA. Seguem-se a lista de estratégias:

- 1º Quando quer que C. diga a palavra correta G. deverá demonstrar primeiro que já percebeu, e só depois, se for muito importante, pedir para C. dizer.
- 2º Quando G. faz uma pergunta deve dar tempo para C. responder.
- 3º Quando G. não sabe do que se trata e não compreende deve recapitular o que compreendeu até ali (“percebi bem?”) e/ou pedir para C. escrever.
- 4º Ambos devem usar mais a escrita (de uma palavra, de uma sílaba, um número...)
- 5º Ter à disposição outros recursos para apontar (jornal, mapa, palavras num bloco)
- 6º G. deve dar pistas e/ou opções de resposta uma de cada vez e devagar. Deverá escreve-las.
- 7º G. deve prestar atenção às pistas não-verbais que o marido dá. Quando C. está passivo, frustrado, aborrecido, G. deve parar e mudar algo.
- 8º Garantir que C compreende: falar mais devagar e/ou repetir devagar e com frases mais simples
- 9º No final, verificar se entendeu o que ele disse!
- 10º Elogiar em voz alta as tentativas do C. de se corrigir sozinho e dar tempo para que o faça.

AVALIAÇÃO FINAL

A avaliação final da cuidadora demonstrou que a intervenção foi considerada pertinente e importante para si (*“foi um desafio, um momento de paragem para mim, que é muito importante neste momento”*). Para essa satisfação parece ter contribuído, sobretudo: o material escrito utilizado para salientar os aspetos mais importantes das sessões e a personalização dos conteúdos; as dinâmicas utilizados para aumentar a consciência acerca da afasia e dos fenómenos de conversação e, principalmente, os meios audiovisuais, nomeadamente o recurso a diversos vídeos de outras PcA e díades, os documentários e os excertos da interação do casal ilustrativos dos conteúdos, das estratégias, dos aspetos positivo e de aspetos a melhorar. (*“nunca me tinha visto assim a falar, ver as imagens e os vídeos ajudou-me a perceber como sou com ele”; “isto deu uma trabalhadeira, mas fica para a vida (...) posso voltar a pegar nisto e relembrar”; “isto foi uma terapia também para mim (...) vou sentir faltar disto”*)

APÊNDICE 11

Transcrição da segunda amostra de conversa

Recolhida imediatamente após a intervenção

TRANSCRIÇÃO DA AMOSTRA DE CONVERSA PÓS-INTERVENÇÃO

Contexto: estão sentados no sofá e conversam.

1	PC	Olha, não sei para quê que estás tão entusiasmado não é o Porto que vai ganha vai jogar
2	PcA	Braga
3	PC	Ai tu queres que ganhe o Braga?
4	PcA	{acena afirmativamente} quero
5	PC	Então vais sair de castigo saís daí praí tiras a comida, partes o que tiveres * de fazer e pronto {em tom de brincadeira}
6	PcA	[se importa e ri-se} olha {faz gesto indicando que não
7	PcA	[quenino] (.) {aponta para si} eu meu irmão (1sil.) {mais alto} Braga foda-se eh Braga {levanta dois dedos} (3 silabas){escreve com o dedo no ar} sporting de Braga (0.1) [clubilhã]
8	PC	Sporting de Braga com o Covilhã foste ver tu e o teu irmão quando eram pequeninos
9	PcA	[que sim, levantando o dedo para dizer alguma coisa} {acena que não e depois
10	PC	E tu vocês gritavam pelo sporting de braga era
11	PcA	Era {mantendo o dedo no ar e parece que vai falar} [
12	PC	E onde é que foram ver?
13	PcA	{faz gesto para esperar} Pai {acena afirmativamente e olha para ela} pai (0.1) {num tom de voz muito entusiasmado} Braga? Ba ba ba
14	PC	{ri-se}
15	PcA	[queninos] {faz gesto com mão baixinho}
16	PC	Tu alguma vez foste pequenino? {em tom de brincadeira}
17	PcA	Foda-se {ri-se}
18	PC	Foste sempre grande não foste?
19	PcA	[Baga baga]
20	PC	Que tal, Gostastes da Dra. Isabel ou não?
21	PcA	Hmm gostei (2.0)
22	PcA	Olha {aponta para a televisão}
23	PC	Que é?
24	PcA	(corfiel) (fruiel)
25	PC	{olha para a televisão} desculpa não percebi
26	PcA	{mais alto} (furriel)
27	PC	Eh ah a moça é furriel?
28	PcA	{acena afirmativamente}=
29	PC	=qualquer dia também vou para a tropa
30	PcA	{acena afirmativamente}
31	PC	E tu? E tu que eras? * soldado raso [
32	PcA	Olha olha
33	PC	Tu com esses estudos como é que foste soldado raso?
34	PcA	É {acena afirmativamente e de seguida encolhe os ombros}
35	PC	Portanto que patente tinhas? Eras cabo?
36	PcA	Na hmm na na na hmm {faz gesto de guiar um volante}
37	PC	Eu sei mas (.) mesmo para condutor tens de ter (1.0)* tinhas de ter alguma [
38	PcA	Na na nada
39	PC	Ah eras tu o condutor?
40	PcA	{sorri e acena afirmativamente} eh carago
41	PC	Polícia militar condutor?

42	PcA	{acena afirmativamente} eh {apontando em várias direções} to to to
43	PC	Ah Vocês quantos andavam?
44	PcA	{levanta quatro dedos} três quatro
45	PC	Na ronda andavam quatro? Quer dizer um sabia ler outro escrever {gargalhadas}
46	PcA	Fogo {ri-se}
47	PC	Quem é que conduzia?
48	PcA	Era eu
49	PC	Então os outros é que iam fazer a ronda e tu esperavas
50	PcA	{alto} Na não {aponta para si} ronda eu (5.0) {começa a escrever com dedo na mesa}
51	PC	Mas espera aí (2.0) vocês tinham que ir ver certos sítios?
52	PcA	Eeh
53	PC	Por exemplo o quartel general dava-vos uma ordem tal como
54	PcA	Na naaaaa na naaa {agita o dedo negativamente}=
55	PC	= então iam para onde vos apetecia era assim?=-
56	PcA	= {alto} Na não ronda {aponta em várias direções} tu (.) tu {gesto de acabou}
57	PC	Ah tu é que escolhias o da ronda?
58	PcA	{acena afirmativamente} eh foda-se
59	PC	Olha lá, vinha uma ordem escrita era?
60	PcA	Era
61	PC	A dizer o quê? (2.0)
62	PC	Se é que te lembras
63	PcA	{começa a escrever com o dedo no ar} Campanhã {mais alto} Campanhã
64	PC	Pronto vão a Campanhã e vão pedir a identificação de toda a gente?
65	PcA	Na não
66	PC	Então como é que essa ordem vinha clarificada? (1.5)
67	PC	Percebes o que te estou a dizer?
68	PcA	{acena afirmativamente} é {pausa para comer}
69	PC	E depois? Portanto (1.0)tu ficavas no jipe à espera e os outros iam lá dentro?
70	PcA	{aponta para si} eu também ia
71	PC	Hm {acena afirmativamente}
72	PcA	Aaah fogo {muitos gestos e expressão faciais variadas} aaah caralho hhhm caralho
73	PC	É (.) que gozo trazer gente para trás das grades
74	PcA	{assente} caralho
75	PC	Traziam muitos?
76	PcA	{limpa a boca e pensa um pouco} Olha (1.0) vez (1.0) * vez
77	PC	Uma vez
78	PC	Uma vez onde?
79	PcA	{escreve uma palavra no ar} * [osta carval]
80	PC	Vais contar onde se passou?
81	PC	Em Costa Cabral.
82	PcA	Hmm (2.0) {aponta} (2.0) {depois faz gestos de luta}
83	PC	Mas em Costa Cabral na rua? (3.0)
84	PC	Ou nalgum sitio específico? (4.0)
85	PcA	Vez Costa Cabral (2.0)
86	PC	O que é que se passou? (11.0)

87	PC	Uma vez em costa cabral o que é que se passou? (3.0)
88	PC	Estás-te a lembrar?
89	PcA	{acena afirmativamente} (5.0)
90	PC	O que é se passou em Costa Cabral? (9.0)
91	PcA	Costa Cabral {gestos} pain pain pain caralho
92	PC	Mas foi dentro de algum sitio, nalgum café? (1.0)
93	PcA	{escreve com o dedo na mesa} [académico]
94	PC	Ai no pavilhão do académico?
95	PcA	{aponta} pavilhão académico (2.0) sandes {olha para a PC e volta a escrever com o dedo no ar}
96	PC	Por causa das sandes?
97	PcA	Na não
98	PC	Eu percebi sandes
99	PcA	{escreve com o dedo no ar e faz gestos} ah ta ta ta
100	PC	O pavilhão académico foram lá ver qualquer coisa
101	PcA	{acena afirmativamente}
102	PC	O que é que havia no pavilhão do académico? {enquanto serve mais comida a A} (2.0)
103	PC	Estás com atenção ao que eu te estou a perguntar?
104	PcA	{acena afirmativamente}
105	PC	Vocês foram chamados ao pavilhão do académico ou passaram por lá?
106	PcA	{alto} por lá passaram {aponta para chamar atenção da PC} sandes (2.0)
107	PC	Ah passaram por lá para comprar umas sandes?
108	PcA	Não
109	PC	Estás a dizer sandes
110	PcA	{tenta dizer qualquer coisa que não consegue e fica a pensar}
111	PC	Vê se te lembras [
112	PcA	Calma {faz gesto} (4.0)
113	PC	Queres ver se te lembras para depois me dizeres? [
114	PcA	Calma {gesto de espera e fica a pensar} (2.0) sandes (on) {tenta escrever com o dedo no ar mas desiste} {aponta em várias direções} to to to (2 sílabas) sandes
115	PC	Vocês foram para ali para comprar umas sandes
116	PcA	{alto} não senhora
117	PC	Mas é sandes de comer? {com gesto}
118	PcA	Claro (1.0) {gesto} tá pago
119	PC	Ah vocês estavam lá e pagaram estavam lá e lancharam
120	PcA	[{gesto negativo e expressão de frustração, fica a pensar} calma
121	PC	Estavas fardado?
122	PcA	Estava
123	PC	E estavas no pavilhão do académico?
124	PcA	Claro
125	PC	Porque foste lá em serviço?
126	PcA	Sim
127	PC	E houve confusão por causa de umas sandes?
128	PcA	{alto} na não (2.0) pago tá pago
129	PC	Hmm (9.0)
130	PC	Sim avançamos um bocadinho? Para ver se a gente depois consegue perceber (2.0)
131	PcA	(1 sílaba) outeiro (1 sílaba) outeiro {tenta escrever com o dedo no ar} (poco) A (2.0)

		A(2.0) A bairro do outeiro (poco) A (2.0)
132	PC	Bairro do outeiro quê?
133	PcA	Beloco A
134	PC	Hmm bloco A
135	PcA	{gestos} um dois um dois {mais gestos} (5.0)
136	PC	{não responde e continua a comer} (20.00)
137	PcA	{gestos} um dois
138	PC	O que é que o Bairro do Outeiro tem a ver com as sandes e com costa cabral?
139	PcA	Tem tem a ver
140	PC	Pois tem a ver mas o que eu não consigo é achar explicação para isso (3.0)
141	PC	Vocês estavam dentro do pavilhão do académico?
142	PcA	É {acena afirmativamente mais gesto}
143	PC	A ver qualquer coisa qualquer jogo
144	PcA	Sim (1.0) alto eih eih eih {gestos de luta e fixa o olhar da PC} gerou-se ali uma confusão
145	PC	{ri-se} gerou-se ali uma confusão por causa de quê?
146	PcA	{ri-se} caralho
147	PC	Por causa das sandes?
148	PcA	Não sandes {gesto} tou (.) ta bem ah hmm
149	PC	Gerou-se confusão por causa da gente do bairro do outeiro?
150	PcA	Não {gesto de espera} calma (2.0) {olha para o lado e gesto de conduzir} vvvumm eu
151	PC	Tu é que geraste a confusão?
152	PcA	Não fogo {sorri}
153	PC	Não {gargalhada}
154	PcA	Caralho (1 sílaba) {apontar para o chão} furriel Gomes {em voz alta} Gomes {muitos gestos} furriel Gomes (1.0) olha {muito alto} CARRO (2 sílabas) pum (1 sílaba) eih (1 sílaba) aqui eih caralho {poe as mãos na cabeça} eih foi
155	PC	Bateste-lhe?
156	PcA	Bati-lhe {põe a mão na cabeça} eih caralho
157	PC	E é que viste que era do bairro do Outeiro
158	PcA	Eih caralho eih eih caralho oh caralho
159	PC	Essa parte é sempre a que dá cinco estrelas

APÊNDICE 12

Transcrição da última amostra de conversa

Recolhida dois meses após a intervenção

TRANSCRIÇÃO DA ÚLTIMA AMOSTRA DE CONVERSA

Contexto: o casal está á mesa com a televisão ligada

1	PC	Eu à bocado pensei que ele
2	PcA	Na não
3	PC	Que era o real * que era o Galatazarai
4	PcA	[Ganhar (1 silaba)
5	PC	Ah?
6	PcA	Ca ganhar
7	PC	Quem é que está a ganhar?
8	PcA	O real (.) [pari]
9	PC	Está bem mas tu há bocado estavas a dizer não sei o quê do Cristiano? O que era?
10	PcA	{em tom de admiração} Foda-se (.) fez um golo
11	PC	Ah eu percebi que ele estava a jogar mal
12	PcA	{começa a mexer-se na cadeira}
13	PC	Ta bem (.) Estás bem? O que queres? Que queres?
14	PcA	[eár] á frente
15	PC	Che-gar-á-frente {levanta-se para o ajudar a chegar a cadeira para a frente e depois começa a servir a comida}
16	PC	Queres mais este pequenino?
17	PcA	Quero
18	PC	Ah? Mais este {coloca a comida no prato}
19	PcA	{Encolhe os ombros}
20	PC	Um bocadinho de molho?
21	PcA	Sim
22	PC	No frango?
23	PcA	{aponta com o garfo para o arroz}
24	PC	No frango? Então?
25	PcA	{suspira e aponta com o garfo novamente para o arroz}
26	PC	Queres molho onde? Queres molho onde? (1.0)
27	PC	{toca-lhe na mão para que ele olhe para ela} Onde é que queres o molho?
28	PcA	{volta a apontar com o garfo para o arroz}
29	PC	Sim espalhado por aí no quê? No
30	PcA	[{olha para ela e para o prato e volta a apontar com garfo} fogo (1.0) prato
31	PC	Sim no prato mas em cima de quê?
32	PcA	[gôs]
33	PC	Arroz {coloca o molho sobre o arroz} (2.0)
34	PcA	Chega chega (1.0)
35	PC	É que isso só não basta (10.0)
36	PC	Olha agora há montes de jogos não é?
37	PcA	{acena afirmativamente}
38	PC	As quartas-feiras europeias?
39	PcA	{levantando um dedo de cada vez} quarta quinta (3.0) {três dedos no ar como se estivesse à procura de outra palavra}
40	PC	Esta bem (.) pronto
41	PcA	{aponta para a TV quando o locutor falou do Benfica} olha quinta {olha para a tv}
42	PC	Quart (.) quarta quinta e sexta vai haver jogo?
43	PcA	{apontando com os dedos na mesa} hoje ontem manhã
44	PC	Ah houve ontem hoje e amanhã

45	PcA	{acena afirmativamente}
46	PC	Ah ta bem (.) aqui o que te parece {referindo-se à notícia sobre o jogo do Benfica}
47	PcA	{faz muitos gestos como se estivesse a tentar dar a sua opinião mas as palavras não saiem} oh (neologismo)
48	PC	[Sim hmm sim hmm {em voz baixa}
49	PC	É um jogo complicado?
50	PcA	{nega e gesticula negativamente} hmmm não
51	PC	Então o Benfica ganha isto (1silb)
52	PcA	{acena afirmativamente}
53	PC	Como se fosse eu que estivesse lá a jogar
54	PcA	{risos}
55	PcA	{olha e aponta para a tv} olha a guarda a guarda
56	PC	A guarda?
57	PcA	{olha para ela a pedir ajuda com a comida}
58	PC	O que é queres? {ajuda-o no condicionamento da comida no parto}
59	PC	Olha mas tu há bocado estavas a dizer o quê? o estádio o quê?
60	PcA	{olha para ela} Cinquenta e (2.0) nove
61	PC	Mil pessoas?
62	PcA	{acena afirmativamente} (3.0)
63	PC	Mas poucos eram espanhóis
64	PcA	Hmm
65	PC	Mas quem estava lá?
66	PcA	Filho
67	PC	Filho de quem?
68	PcA	M (1.0) mourinho (1.5)
69	PC	Ele é chavalito não é o filho?
70	PcA	Caralho não é {faz gestos}
71	PC	Doze anos?
72	PcA	Na não (2.0) dezasseis
73	PC	Ai tem dezasseis? A miúda é que tem para aí doze (1.0) esta bem
74	PcA	Olha {olha para ela para pedir ajuda com a comida}
75	PC	{ajuda-o com a comida} olha isto é como aquela velha história há muito me tarda meu amigo na
76	PcA	{olha de relance para ela e encolhe o sobrolho}
77	PC	{mais devagar} Há muito me tarda meu amigo na guarda
78	PcA	Hmm
79	PC	Então não é? É assim o poema
80	PcA	Olha {volta a olhar para ela a pedir ajuda com a comida}
81	PC	Olha eu vejo {ajuda-o e descreve o que está a fazer} empurra para dentro do garfo (1.0) uns grãozinhos de arroz é um bocado difícil (34.0)
82	PcA	{aponta para a tv e olha para a esposa} grande comboio
83	PC	É grande? É este ainda é dos ant (1.0) é daqueles (.) na altura ainda é dos que íamos para Lisboa=
84	PcA	={aponta para a TV}=
85	PC	=Este é o Hotel da Guarda (1.0) deve ser o único (4.0)
86	PcA	{aponta para a tv e parece que vai dizer qualquer coisa que não sai}
87	PC	Aqui já não é o hotel deve ser o polo desportivo da guarda
88	PcA	{acena com a cabeça e com o dedo no ar} (1.0) ah (2 silab.) (2.5) aqui (3.0)
89	PC	Ah (.) diz o quê? Diz {olhando para ele}
90	PcA	Aqui vvvvvvvvum { gesto de quiar camião}
91	PC	Hmmm
92	PcA	{aponta para a tv} aqui (1 silab.)(1.5) olha tive aqui
93	PC	Passaste ali quando foste descarregar á Yoplé

94	PcA	{acena afirmativamente} éé
95	PC	Vês como eu sei (4.0)
96	PcA	(carla) {acena com a cabeça}
97	PC	Foste com o camião descarregar não sei o quê (.) não foi à Yoplé mas era uma associada da yoplé
98	PcA	{acena com a cabeça}
99	PC	(1 sílaba) foste descarregar?
100	PcA	O quê?
101	PC	O que foste descarregar?
102	PcA	{mastiga, limpa a boca e fica a pensar} (2.0) {levanta o dedo} [percadoras] (2.0) [plé]
103	PC	Ah?
104	PcA	{fica a pensar} (5.0)
105	PC	Não te lembras o que foste (.) mas eu sei que foi para a Yoplé=
106	PcA	= é {acena afirmativamente} [plé] foi foi (1.5) [plé] foi (1.0) foi
107	PC	Sim mas eu estava-te a perguntar se te lembras o que é que foste descarregar
108	PcA	{começa a escrever com o dedo na mesa} [pelé] [pe]{encolhe os ombros, frustrado fazendo gesto com a mão}
109	PC	Plé Foste à yoplé mas o fos
110	PcA	[(agora o quê)
111	PC	O quê?
112	PcA	{encolhe os ombros e aponta para a TV} olha olha é ali (3.0)
113	PC	{toca-lhe na mão para chamar a sua atenção} não te lembras o que é que foste lá descarregar?
114	PcA	Não
115	PC	Eu também não (.) sei que foste à yoplé foi fruta para os iogurtes
116	PcA	É {acena afirmativamente}
117	PC	Agora Foi pera? Não foi pera? Não (0.5) não me lembro sei que foi fruta para os iogurtes
118	PcA	[{encolhe os ombros e limpa a boca}
119	PcA	Depois [gascarregar](1.0) {escreve com o dedo no ar} [Zambanca]
120	PC	Foste para Salamanca
121	PcA	{acena afirmativamente}
122	PC	É perto
123	PcA	É
124	PC	Agora até Salamanca é um tirinho
125	PcA	{faz gesto de mais ou menos e parece que vai escrever com o dedo}
126	PC	eu sei ainda é um bocado para sair ali o IP5 ainda é um bocado (5.0)
127	PC	A yoplé é quase no centro
128	PcA	É é {acena afirmativamente} (5.0)
129	PC	Está bem {descasca uma banana e dá-lha} (30.0)
130	PC	Está boa a banana?
131	PcA	Banana é boa
132	PC	É? não sei qual é a origem delas se são do equador se são (1.0)
133	PcA	claro
134	PC	São do equador essas? Sabem-te a equador?
135	PcA	{fica a olhar para a TV e a comer} (15.0)
136	PC	Olha, vez o que me fizeste? Passaste-me a
137	PcA	Fogo {expressão de culpa}
138	PC	A?
139	PcA	gripe
140	PC	Aquilo não é gripe porque se fosse gripe não era tratada assim (1.0) pegaste-me a constipa a

		molestia
141	PcA	{acena afirmativamente}
142	PC	A constipação
143	PC	{em tom de brincadeira} olha se calhar também foste tu que passaste a pulga à menina {referindo-se à neta}
144	PcA	{aponta para si e expressão facial de riso} fui eu? aaah
145	PC	Foste a menina levou uma pulga {em tom de brincadeira}
146	PcA	Ahh {gestos}
147	PC	É chato é chato
148	PcA	{acena com a cabeça}
149	PC	Acontece (.) olha sabes o que é que agora há lá em baixo aqui no pomar? Sabes o que é que elas têm?
150	PcA	{acena com a cabeça em jeito de interrogação}
151	PC	Têm café
152	PcA	{sorri e acena afirmativamente} café
153	PC	Cinquenta cêntimos
154	PcA	{acena}
155	PC	É mais barato que no café (.) e tem jornal
156	PcA	Ah {toda a face sorri} jornal
157	PC	Ela disse-me logo olhe para o senhor C. só não tenho o Jogo mas tenho o notícias, tem ali uma mesinha para se ele quiser vir ler o jornalzinho e conversar connosco que ele gostava de conversar connosco (1.5)
158	PC	costumo ter natinhas e tudo
159	PcA	ah?
160	PC	Eh ela tem bolos
161	PcA	{acena com a cabeça}
162	PC	É (.) natas e croissants e (0.5) e lanches
163	PcA	{sorri e acena com a cabeça}

ANEXOS

ANEXO 1

Modelos de prestação de cuidados de saúde

Modelos de prestação de cuidados de saúde (Adaptado de Worrall & Hickson, 2003)

	Modelo Médico	Modelo de Reabilitação	Modelo Social
Nível principal de atuação	Deficiência	Atividade	Participação
Origem das dificuldades	Deficiência da pessoa	Diminuição da funcionalidade da pessoa	Sociedade desajustada
Foco de intervenção	Défices linguísticos	Pessoa com perturbação da comunicação	Interação pessoa-sociedade e a redução das barreiras de participação
Objetivo da intervenção	Reabilitar a pessoa	Habilitar a pessoa	Promover a qualidade de vida
Definição de incapacidade	Problema a ser curado	Funcionalidade a ser promovida	Uma diferença e não um problema
Quem determina maioritariamente os serviços a receber	O terapeuta	O terapeuta e o indivíduo	O indivíduo
Processo de tomada de decisão	Unidirecional	Informado	Partilhado
Local	Hospital	Unidades de reabilitação	Residências, centros comunitários

ANEXO 2

Profile of Partner Candidacy for Conversation Training (Turner e
Whitworth, 2006)

Tradução feita pela autora

Profile of Partner Candidacy for Conversation Training (Turner & Whitworth, 2006)

	Alto-candidato		Baixo-candidato
	Frequente	Às vezes	Nunca / raramente
Atitudes para a comunicação			
1. motivado para a mudança			
2. vê a comunicação como uma acção colaborada/partilhada			
3. valoriza a função social da conversa			
4. reconhece que a comunicação tem potencial para mudar			
5. aceita a situação/estado de comunicação da PcA			
6. Aceita vários modos de comunicação além da fala			
Não-verbal			
7. Boas competências de escuta			
8. contacto ocular apropriado			
9. tom e volume de voz apropriados			
Troca de Turnos			
10. Aceitação do turno			
Gestão do Tópico			
11. reconhecimento do tópico			
12. manutenção do tópico			
13. exploração do tópico			
14. relevância do tópico			
Reparação			
15. evita repara erros no discurso da PcA			
16. Encoraja a PcA a usar vários modos de comunicação			

ANEXO 3

Measure of Skillin Suported Conversation Behavioral Guidelines:

Summary (Kagan et al, 2004)

Tradução feita pela autora

Measure of Skillin Suported Conversation Behavioral Guidelines: Summary (adaptado de Kagan et al., 2004)

Reconhecimento de competência	
Conversa natural e adulta, apropriada ao contexto	• Sentimento de fluidez de uma conversa adulta natural adequadas ao contexto (p.e. conversa social vs. entrevista); abordagem cuidadosa à verificação (verificar se o PC entendeu em vez de verificar se a PcA sabe o que quer dizer; não verificar demasiado) • Não ser paternalista (volume, tom de voz, velocidade, enunciação) • Uso apropriado de tom emocional / uso do humor
Sensibilidade para com a PcA	• Tratar respeitosamente as respostas incorretas/pouco claras • Se sensível às tentativas da PcA para se envolver na conversa • Incentivar quando apropriado • Reconhecer competência quando a PcA está frustrada/chateada (p.e. "eu sei que sabe o que quer dizer") • "Atitude de escuta" • Assumir a responsabilidade da comunicação, se necessário/ fazer a PcA sentir-se confortável
Revelação da competência	
1. Assegura que a PcA compreende	• Verbal (p.e. frases curtas e simples; redundância; adaptação verbal) • Não-Verbal: <i>Gesto</i> - significativo; um pouco exagerado; usado para enfatizar ou esclarecer. <i>Escrita</i> - Clara e visível; palavras-chave apropriadas <i>Recursos</i> - Usados apenas quando necessário <i>Desenho</i> - Simples e claramente apresentado • Responder a pistas de comunicação (p.e. reagir a expressões faciais que indicam falta de compreensão)
2. Assegura que a PcA tem meios para responder	• Verbal (p.e. o uso de escolha fixa e de perguntas de resposta sim/não) • Não-Verbal: <i>Gesto</i> – modelar modos de resposta (p.e. apontando, polegares para cima/para baixo) <i>Escrita</i> - oferecer opções escritas para apontar; claras e visíveis; palavras-chave apropriadas; incentivar a escrita (p.e. garantir que a PcA tem papel e caneta) <i>Recursos</i> - oferecer algo que a PcA possa apontar; incentivar o uso de recursos <i>Desenho</i> – incentivar ao desenho • Responder a pistas de comunicação (p.e. dar tempo suficiente para responder)
3. Realiza verificação (isto é, não assume automaticamente a capacidade da PcA responder)	• Verbal (p.e. "Então vamos ver se eu compreendi") - refletindo e ampliando • Não-Verbal: <i>Gesto</i> – modelar a resposta desejada para clarificar <i>Escrita</i> – refletir e resumir <i>Recursos</i> – conforme o caso • Responder a pistas de comunicação (p.e. o tratamento adequado das respostas sim/não inconsistentes) Nota: verificação requer muitas vezes recurso a outras modalidades

ANEXO 4

Código de transcrições do CAPPA
(Whitworth, Perkins & Lesser, 1997)

Tradução feita pela autora

[	O ponto onde a frase acima e abaixo deste símbolo é produzida em sobreposição
*	O ponto a partir do qual o turno a decorrer emerge da sobreposição
(x sílabas)	Sílabas inaudíveis
()	Passagem incerta da transcrição
[]	Transcrição fonética extensa
hhh	Expiração audível
‘hhh	Inspiração audível
= =	Frases seguidas, sem pausas
{ }	Atividade não-verbal registada entre os parênteses
?	Uma inflexão crescente, não necessariamente uma questão
(.)	Micropausa
(0.0)	Pausas ou espaços em décimas de segundo

Colocação dos silêncios

- Quando um silêncio ocorre no turno incompleto (determinado pela sintaxe ou pela prosódia), o silêncio é colocado na frase. Por exemplo:

PcA : está bem isso é contigo eu disse que que (1.1) era para ti

- Quando o silêncio ocorre no final de um turno (determinado pela sintaxe ou pela prosódia), o silêncio é colocado na linha seguinte, isolado. Por exemplo:

PC: portanto nós podíamos fazer isso
(3.3)

PcA: Está bem

- Quando o silêncio ocorre num turno incompleto (determinado pela sintaxe ou pela prosódia) mas este não é continuado e dá-se uma mudança de falante, o silêncio colocasse no final da linha do turno incompleto. Por exemplo:

PcA: tu vai ter de por tu vais ter de fazer a a (1.1)
PC: a lista