



Curso de Mestrado de Intervenção para um Envelhecimento Ativo

Os Profissionais Cuidadores de Pessoas com Afasia em Unidades de Cuidados Continuados

Autor

Carolina Maria Freitas Martins de Barros

Leiria, março de 2016

Curso de Mestrado de Intervenção para um Envelhecimento Ativo

**Os Profissionais Cuidadores na vida de Pessoas com Afasia
em Unidades de Cuidados Continuados – um olhar sobre as
Estratégias de Comunicação**

Dissertação

Autor

Carolina Maria Freitas Martins de Barros

5140018

Orientador

Professor Doutor Rui Santos

Co-Orientador

Professora Especialista Andreia Salvador

Leiria, março de 2016

AGRADECIMENTOS

A realização desta dissertação de mestrado contou com importantes apoios sem os quais não se teria tornado uma realidade. O meu profundo e sentido agradecimento a todos que nela participaram.

Ao Prof. Rui Santos, meu orientador, pela competência científica, por me colocar desafios constantes, pela disponibilidade e pela paciência.

À Professora Especialista Andreia Salvador, minha co-orientadora, agradeço o apoio e a partilha do saber.

À Doutora Assunção Matos e ao Doutor Brito Largo por um dia me terem despertado tanta curiosidade acerca da temática da Afasia.

À colega e amiga, Mestre Mariana Ferreira, por incentivar e aconselhar nesta etapa importante da vida académica.

À grande amiga, companheira e cúmplice, Terapeuta da Fala Flávia Santos, por me acompanhar em toda a vida académica e pelo apoio prestado nas horas de maior dificuldade, por existir e por persistir.

Um agradecimento especial, ao Filipe, pelo apoio e carinho diários e pela transmissão de confiança em todos os momentos.

Por último, na certeza e pela consciência que caminhando sozinha nada teria sido possível, dirijo um agradecimento especial à minha mãe Carmen pelo seu apoio incondicional, incentivo, amizade e paciência e ao meu pai Horácio e à minha irmã Rubina por, embora já terem partido deste mundo, serem modelos de coragem e de sabedoria.

RESUMO

Os AVCs são a primeira causa de morte e incapacidade no nosso país e nem sempre os prognósticos após o AVC são os melhores e podem surgir repercussões com variados graus de gravidade, sendo importante fazer uma avaliação da pessoa com AVC, como por exemplo: ao estado de consciência, ao estado de orientação, atenção, entre outros. Relativamente à linguagem podem surgir complicações que são denominadas de Afasia. A afasia possui um grande impacto na vida das pessoas e consequentemente dos seus familiares e/ou pessoas que os rodeiam, pois interferem na capacidade comunicativa, na integração social, profissional e familiar e na qualidade de vida. Parece então importante estudar a temática envolvente na interação dos cuidadores formais com os clientes afásicos.

Objetivos: Objetivo geral - Concluir acerca do conhecimento dos cuidadores formais sobre a pessoa vítima de AVC, Objetivos específicos - conhecer as estratégias de comunicação usadas por cuidadores formais com os clientes com Afasia, os conceitos de comunicação e afasia; Entender a importância da comunicação na intervenção profissional dos cuidadores formais; Identificar as principais dificuldades de comunicação sentidas pelos cuidadores formais de clientes com afasia e as estratégias de comunicação utilizadas pelos mesmos; Concluir acerca da importância da intervenção a nível de formação de cuidadores formais no âmbito da comunicação.

Métodos: Foram estudadas as estratégias de comunicação utilizadas por cuidadores formais de pessoas com afasia em UCCIII do distrito de Leiria, através da aplicação de um inquérito por entrevista semi-estruturada. Participaram do estudo quatro indivíduos do sexo feminino com idades compreendidas entre os 24 e os 35 anos, todos profissionais ligados à área da saúde, selecionados através de uma amostragem não-probabilística por conveniência. A análise dos resultados foi qualitativa, através da análise de conteúdo.

Resultados: Neste estudo as participantes foram unânimes em vários aspetos: todas concordam que a afasia é caracterizada por uma dificuldade de expressão/compreensão; que a comunicação é a forma de interagirmos com os outros e com o meio; que o gesto e a escrita são as estratégias mais utilizadas e com o facto de haver necessidade de formação para melhorar a comunicação no contexto das UCCI. Contudo surgem temas

interessantes como a comunicação alternativa aumentativa e a música como estratégias.

Conclusão: É importante criar ações de sensibilização e intervenção ao nível de formação dos profissionais de saúde que lidam, no seu dia-a-dia, com clientes com afasia, trabalhando todos para melhoria da qualidade de vida destas pessoas, para que se tornem ativas e participativas da sua própria vida social e numa tentativa também de aumentar o leque de estratégias comunicativas utilizadas pelas mesmas.

Palavras-chave: Envelhecimento, Afasia, Comunicação, Cuidadores Formais

ABSTRACT

Stroke are the leading cause of death and disability in our country and not always the prognosis after stroke are the best and there may be repercussions with degrees of severity variants, it is important to make an assessment of the person with stroke, such as: the state of consciousness, orientation status, attention, among others. Regarding the language can be complications that are called aphasia. Aphasia have a great impact on the lives of people and consequently their families and / or people around them by interfering with communication skills, social integration, work and family and quality of life. It seems therefore important to study the theme surrounding the interaction of formal caregivers with aphasic clients.

Objectives: General objective - Complete knowledge about the formal caregivers about the person victim of stroke Specific Objectives - to know the communication strategies used by formal caregivers with clients with aphasia, the concepts of communication and aphasia; Understanding the importance of communication in the professional intervention of formal caregivers; Identify key communication difficulties experienced by formal caregivers of clients with aphasia and communication strategies used by them; Conclude about the importance of intervention at the level of training of formal caregivers in communication.

Methods: communication strategies were studied used for formal caregivers of people with aphasia in Health Care Unit of the district of Leiria, through the application of a survey by semi-structured interview. Participants were four female subjects aged between 24 and 35 years, all health to the connected professionals, selected through a non-probabilistic convenience sampling. The analysis was qualitative, through content analysis.

Results: In this study the participants were unanimous in several respects: all agree that aphasia is characterized by a difficulty of expression / understanding; that communication is the way to interact with others and with the environment; the gesture and writing are the most commonly used strategies and the fact that there is need for training to improve communication in the context of the UCCI. However interesting

topics emerge as the alternative augmentative communication and music as strategies.

Conclusion: It is important to create awareness of actions and intervention at the level of training of health professionals who deal in its day-to-day with clients with aphasia, all working to improve the quality of life of these people to become active and participatory their own social life and also in an attempt to increase the range of communication strategies used by them.

Keywords: Aging, Aphasia, Communication, Formal Caregivers

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

CHUC – Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra

DGS – Direção Geral de Saúde

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituições Particulares de Solidariedade Social

RNCCI – Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados

OMS – Organização Mundial de Saúde

AVC – Acidente Vascular Cerebral

SPAVC – Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral

UCCII – Unidades de Cuidados Continuados Integrados

PCA – Pessoa com Afasia

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade

CAA – Comunicação Aumentativa e Alternativa

ÍNDICE

AGRADECIMENTOS 3

RESUMO 4

ABSTRACT 6

LISTA DE ABREVIATURAS 7

ÍNDICE 9

ÍNDICE DE FIGURAS 11

ÍNDICE DE QUADROS 12

INTRODUÇÃO 13

ENQUADRAMENTO TEÓRICO 15

1. ENVELHECIMENTO 15
2. ENVELHECIMENTO PATOLÓGICO: ACIDENTE VASCULAR CEREBRAL (AVC) E AFASIA 17
3. A INSTITUCIONALIZAÇÃO: UNIDADES DE CUIDADOS CONTINUADOS E CUIDADORES FORMAIS 19
4. A COMUNICAÇÃO E A LINGUAGEM 21
5. A COMUNICAÇÃO NA AFASIA: ESTRATÉGIAS DE COMUNICAÇÃO POR CLIENTES E CUIDADORES FORMAIS 22

ABORDAGEM METODOLÓGICA 27

1. INVESTIGAÇÃO 27
2. OBJETIVOS 27
3. METODOLOGIA 28
4. PROCEDIMENTOS DE RECOLHA DE DADOS 30
5. TRATAMENTO DOS DADOS 31

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS 32

DISCUSSÃO 39

CONCLUSÃO 45

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 48

APÊNDICES

APÊNDICE 1 – Pedido de Autorização para realização de investigação

APÊNDICE 2 – Guião da Entrevista Semi-Estruturada

APÊNDICE 3 – Transcrição da Entrevista a MC

APÊNDICE 4 – Transcrição da Entrevista a MM

APÊNDICE 5 – Transcrição da Entrevista a IS

APÊNDICE 6 – Transcrição da Entrevista a PR

APÊNDICE 7 – Apresentação dos Resultados por categorias

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Índice de envelhecimento em Portugal: 2000-2050 (segundo diferentes cenários) 15

Figura 2 Exemplos de estratégias para os interlocutores de comunicação das PCAs. 26

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 Caracterização sociodemográfica da amostra 30

INTRODUÇÃO

Tema e Fundamentação

O tema deste trabalho está diretamente relacionado com a área de formação de licenciatura da mestranda – Terapia da Fala (TF), e com a área associada ao presente Mestrado – Envelhecimento.

Assim sendo, o título é: *Os Profissionais Cuidadores de Pessoas com Afasia em Unidades de Cuidados Continuados (UCCI) - um olhar sobre as Estratégias de Comunicação.*

O interesse pela temática *comunicação na afasia*, é fruto da experiência como Terapeuta da Fala estagiária no Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC) no ano de 2013. Durante esse estágio, trabalhou com pessoas que possuíam diferentes comprometimentos ao nível da fala, linguagem e comunicação. Todavia, houve um grupo de pessoas que despertou uma especial atenção: a pessoa com afasia (PCA).

No decorrer desta experiência, houve a percepção de que os **familiares e outros cuidadores**, teriam uma grande importância e seriam um fator determinante para a recuperação das PCA, sendo necessário também uma intervenção com os mesmos, pois, seriam estes que permaneceriam presentes em diferentes contextos de vida dos clientes.

Na busca por uma melhor compreensão sobre todo o universo da pessoa com afasia e do cuidador, propõe-se um estudo direcionado para os cuidadores formais (não familiares), tornando-os como objeto central e dando-lhes a oportunidade de partilhar uma experiência comunicativa que começa, cada vez mais, a ser a realidade de várias instituições e mesmo de muitas famílias portuguesas, já que os AVCs são a primeira causa de morte e incapacidade no nosso país, segundo Martins (2006); Direção Geral de Saúde (DGS) (2010) citados por Matos (2012).

Este documento, inicia-se com uma breve introdução ao tema a estudar e seguido de um enquadramento do mesmo, recorrendo a literatura recente e de carácter nacional e internacional, intercetando outros conceitos importantes. Posteriormente, na

metodologia, apresentam-se os objetivos do estudo, bem como os seus critérios de inclusão e exclusão. Caracteriza-se o tipo de estudo tendo em conta a amostra, os instrumentos de recolha e análise dos resultados. No capítulo seguinte, procede-se com a apresentação e análise dos resultados obtidos, seguindo-se o capítulo reservado à discussão dos mesmos, fazendo novamente uma interceção com dados da literatura.

Em jeito de conclusão, revelam-se as principais ideias retidas após a análise e interpretação dos dados recolhidos.

Deste modo, os objetivos do estudo são:

Objetivo primário : Concluir acerca do conhecimento dos cuidadores formais acerca da pessoa vítima do AVC;

Objetivos secundários: Conhecer as estratégias de comunicação usadas por cuidadores formais com os clientes com afasia; Entender o conhecimento dos cuidadores formais acerca do conceito de afasia; Entender a importância da comunicação na intervenção profissional dos cuidadores formais; Determinar as principais dificuldades de comunicação sentidas pelos cuidadores formais de pacientes com afasia em UCCI; Identificar as estratégias de comunicação utilizadas entre cuidadores formais e pacientes com afasia, em UCCI; Perceber de forma geral, a importância de uma intervenção a nível da formação dos profissionais no âmbito da comunicação.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Envelhecimento

O envelhecimento é um tema que tem suscitado cada vez mais curiosidade entre os estudiosos da matéria das ciências sociais, não só a nível nacional mas também mundial, fazendo com que haja mais informação disponível acerca daquilo que se passa nos dias de hoje e fazer um prognóstico daquilo que provavelmente irá acontecer no futuro.

Atualmente, Portugal tem ainda a sua taxa de natalidade e de fecundidade bastante reduzida pois, segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE) (2011), a população idosa representa 19% da população residente em Portugal. O índice de envelhecimento da população é de 129, o que indica que, por cada 100 jovens, há 129 idosos (INE, 2011).

Segundo o INE e a sua projeção ilustrativa do índice de envelhecimento apresentada na figura 1, Portugal poderá atingir em 2050, conforme o cenário considerado: de 395 idosos para 190 jovens.

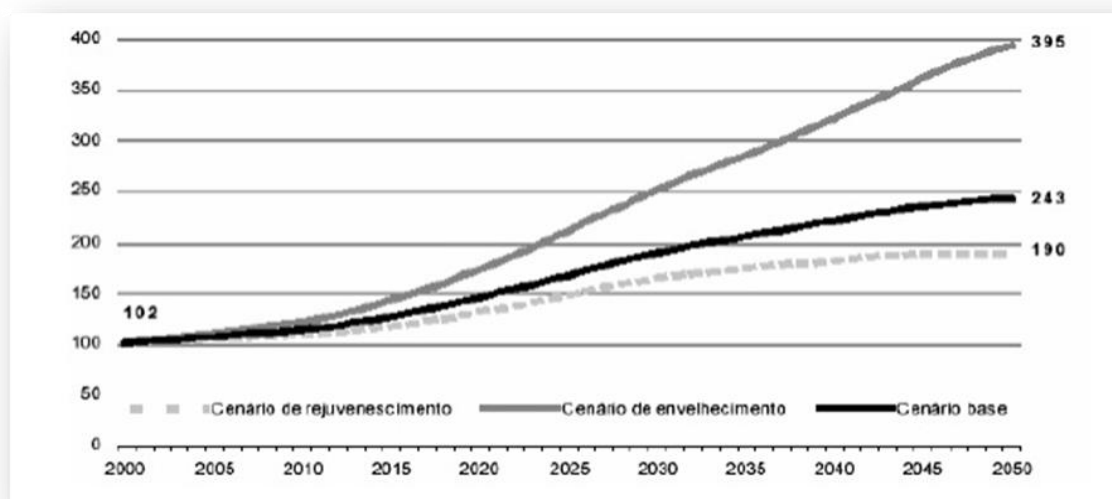


Figura 1: Índice de envelhecimento em Portugal: 2000-2050 (segundo diferentes cenários)

Fonte: INE (2003). Projeções de população residente em Portugal 2000-2050.

Segundo o Conselho Económico e Social (2013), este envelhecimento demográfico deve-se a um aumento das populações sénior em relação à população ativa e diminuição

da taxa de mortalidade e de natalidade. Existem estudos que defendem que este aumento de longevidade deve-se, entre outros fatores, aos avanços tecnológicos e da medicina.

É importante também falar na diminuição da taxa de natalidade que pode dever-se à falta de tempo nupcial provocada pela necessidade de trabalhar mais, pelo stress, pelas dificuldades económicas, entre outros fatores (Conselho Económico e Social, 2013)

A velhice não é unicamente um estado, mas antes um constante e sempre processo inacabado, ou seja, o envelhecimento humano, segundo o Ministério da Saúde (2004), é um processo gradual e irreversível que culmina no desenvolvimento e nas transformações das dimensões biológicas, psicológicas e sociais. Assim, e tendo em conta que estas dimensões interajam entre si de forma constante, de acordo com a interação humana, é importante ter em conta que o comprometimento de uma destas, irá condicionar outra ou ambas, sendo necessário, de acordo com Sequeira (2010), identificar o que acontece como consequência deste processo, compreendendo o que é fruto de um envelhecimento normal ou de um envelhecimento com patologia.

São já feitos alguns esforços numa tentativa de combater os impactos negativos e os problemas associados ao envelhecimento, apesar de que estes esforços são ainda muito escassos. Segundo o Conselho Económico e Social (2013) é importante potencializar a criação de Instituições Particulares de Solidariedade Social (IPSS), Misericórdias, Fundações, apoiar a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados (RNCCI), apostar no turismo sénior, academias e universidades séniores e ter mais enfoque no apoio domiciliário.

Já Fernandes (2004) apresenta um ponto de vista mais direcionado para o nível social e familiar, defendendo que deve haver uma promoção de envelhecimento ativo e saudável, focando na prevenção de doenças incapacitantes.

E eis que surge uma nova questão: Quando é que se atinge a velhice?. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a velhice existe numa idade variante entre os 60 e os 65 anos, sendo que a faixa etária dos 60 anos diz respeito a países em desenvolvimento e de terceiro mundo e 65 anos para países já desenvolvidos.

Contudo, Freitas et al. (2010), referem que não há uma idade universalmente aceite como limiar da velhice e que as opiniões divergem de acordo com a classe económica e

o nível cultural. Assim sendo, pode perceber-se que apenas para termos legislativos, são estabelecidas idades para definir a velhice e o início do envelhecimento. Todavia, na prática, tal não se verifica, podendo dizer-se que o envelhecimento começa a partir do momento em que se nasce.

“Aquele que envelhece e que segue atentamente esse processo poderá observar como, apesar de as forças falharem e as potencialidades deixarem de ser as que eram, a vida pode, até bastante tarde, ano após ano e até ao fim, ainda ser capaz de aumentar e multiplicar a interminável rede das suas relações e interdependências e como, desde que a memória se mantenha desperta, nada daquilo que é transitório e já se passou se perde.”

(Hesse, 2002, em Elogio da Velhice)

2. Envelhecimento patológico: Acidente Vascular Cerebral (AVC) e Afasia

Ao longo dos anos e com o avançar da idade, ocorrem diversas alterações biológicas que podem levar a um envelhecimento patológico, como por exemplo: AVC's, traumatismos, infeções cerebrais, lesões encefálicas, entre outras. Confirmam Leal (2001); Ferro e Pimentel (2006); Nunes et al. (2005), citados por Menoita (2012), que a idade é o principal fator de risco para a ocorrência de AVC.

“Os AVCs são, a nível mundial, um problema de grande relevância para a saúde pública, uma vez que são a terceira maior causa de morte e de incapacidade permanente nos países desenvolvidos (DGS, 2010). Os AVCs são a primeira causa de morte e incapacidade no nosso país (Martins, 2006; DGS, 2010), sendo consequentemente uma das doenças mais frequentes como causa de internamento hospitalar (Ferro e Pimentel 2006)” (Matos, 2012, p.13). O AVC é então, segundo o referido pela Direção Geral de Saúde (2010), um défice neurológico súbito causado por isquemia ou hemorragia cerebral, havendo alterações da função cerebral, com sintomas que podem perdurar por um período superior a 24 horas. Ferro & Pimentel (2006) acrescentam que o AVC é considerado uma das afeções neurológicas agudas mais comuns e uma das patologias mais frequentes como causa de internamento hospitalar.

Existem situações em que podem, na avaliação da linguagem, surgir problemas de comunicação como o comprometimento da fala, leitura, escrita e compreensão. A Afasia é uma alteração associada a lesões cerebrais nas áreas cerebrais dominantes para a linguagem que normalmente é no hemisfério esquerdo. É, segundo Lyon (1998); Rogers, Alarcon et al. (1999) e Katz (2000), citados por Matos (2012), uma perturbação da função linguística, causada por uma lesão cerebral, da qual resulta a dificuldade em utilizar a linguagem em todas as suas modalidades.

As afasias podem ser divididas em vários tipos, tendo em conta a localização e a extensão da lesão e conforme as alterações que estas provocam na linguagem (Mineiro et al., 2008). Na avaliação através de baterias de testes, a classificação das afasias vai depender do desempenho do doente em parâmetros como: fluência do discurso, capacidade de denominação de objectos, capacidade de repetição de palavras e a capacidade de compreensão de ordens, segundo Mineiro et al. (2008). Assim sendo, segundo os mesmos autores pode surgir: Afasia Global, em que os quatro parâmetros referidos estão alterados, Afasia de Broca, em que apenas a compreensão está preservada, Afasia de Wernicke, em que apenas a fluência está mantida, Afasia de Condução, em que a nomeação e a repetição surgem mais alteradas, Afasia Anómica, em que como o próprio nome indica apenas a fluência do discurso está alterada, Afasia Transcortical Mista, com apenas o parâmetro de repetição mantido, Afasia Transcortical Sensorial, em que a fluência e a repetição estão preservadas e a Afasia Transcortical Motora, em que a fluência e a nomeação são os parâmetros mais afetados pela lesão.

Menoita (2012) e Carlsson et al. (2014), referem que as afasias possuem um grande impacto na vida das pessoas e consequentemente dos seus familiares e/ou pessoas que os rodeiam, pois interferem na capacidade comunicativa, na integração social, profissional e familiar e na qualidade de vida.

“(...) e foi assim, tão rápido e com muitas mudanças para a minha vida! Deixei de trabalhar, ... de ... arrumar a casa, de estar e fazer jantares para os amigos, e ... discutir com os filhos e o marido! Agora o meu dia é passado no hospital...”

Pereira, A., 45 anos
Pessoa com Afasia
(Peixoto & Rocha, 2009, p.75)

3. A Institucionalização: UCCI e cuidadores formais

Segundo as considerações de Rodrigues (2014), as transformações sociais da sociedade contemporânea, têm causado um efeito negativo na estrutura da família. A autora refere que a família seria a estrutura responsável pela prestação de cuidados ao familiar idoso ou doente, protegendo-o e proporcionando-lhe segurança e afeto. Contudo, Diogo et al. (2005), citados por Rodrigues (2014) referem que, com alterações como: a entrada da figura feminina no mercado de trabalho, a diminuição das famílias numerosas e o aumento de divórcios, nem sempre a família pode assegurar a prestação desses cuidados. Freitas et al. (2006) falam mesmo em fragilização da família enquanto instituição social de cuidado aos idosos.

“A família constitui um núcleo com um equilíbrio próprio por vezes difícil de manter e que se poderá tornar instável quando confrontado com novas exigências” (Pimentel, 2001, p. 45), por exemplo em situações de dependência e doença em que os cuidadores informais (familiares) tendem em abandonar o seu papel.

Assim, a exigência das populações e das comunidades em termos de saúde atualmente é de tal modo relevante que existe a necessidade de se refletir e agir no sentido de criar políticas de saúde congruentes, efetivas e operacionais. De um modo geral, as políticas de saúde visam um sistema de saúde equitativo, segundo Rodrigues (2014). A autora defende ainda que as organizações assumem um papel fundamental na prestação de cuidados, não substituindo, no entanto, aquele que é, ou deveria de ser, o papel dos familiares.

Como tal, e atendendo às necessidades da população, os governos procuram criar políticas e investir em domínios específicos. Podemos verificar que em Portugal um desses exemplos será a área das doenças cardio e cerebrovasculares, especialmente, os AVC. Neste sentido, o objetivo da OMS (2003) é controlar eficazmente os fatores de risco e reduzir a prevalência das Doenças Cardio Vasculares que está em crescimento exponencial. A OMS refere ainda que os principais focos de atenção e trabalho são: reduzir os principais fatores de risco através de programas comunitários, elaborar leis relativas à atenção e ao tratamento eficiente nos casos de doenças cardio vasculares, criar medidas para aumentar a capacidade de satisfação das necessidades assistenciais e ainda

criar métodos de vigilância viáveis para avaliar as características e as tendências das principais DCV e os fatores de risco mais importantes.

São também uma realidade, políticas de saúde tais como as associações /serviços que têm em vista o auxílio a pessoas após o AVC, como sendo: a Associação AVC, a Sociedade Portuguesa do Acidente Vascular Cerebral (SPAVC), o Instituto Português da Afasia (IPA) e Unidades da RNCCI.

Segundo o Instituto de Segurança Social (2014), a RNCCI, foi criada em 2006 através de uma parceria estabelecida entre os Ministérios de Trabalho e Solidariedade Social e de Saúde e vários prestadores de cuidados de saúde e apoio social. Esta rede diz respeito a um conjunto de instituições, públicas ou privadas, que visam a prestação de cuidados continuados de saúde e de apoio social a pessoas que se encontrem em situações de dependência, constituindo um auxílio na recuperação ou manutenção da autonomia, bem como na maximização da sua qualidade de vida (Instituto de Segurança Social, 2014). Esta rede, segundo os mesmos autores, é assim indicada para pessoas com dependência funcional temporária ou prolongada, para idosos com critérios de fragilidade (dependência ou doença), para pessoas com incapacidade grande com forte impacto psicológico e social e ainda para casos de doença severa ou em fase terminal de doença.

Após a institucionalização, os clientes passam a ser acompanhados pelos designados: cuidadores formais. Sommerhalder (2001) citado por Ferreira (2012) e Rodrigues (2014), referem que o cuidador formal é aquele que presta serviços com caráter profissional em instituições direcionadas para o cuidado tendo uma preparação específica para a atividade profissional desempenhada. Sequeira (2007) citado por Ferreira (2012) refere que estes podem ser médicos, enfermeiros, assistentes sociais, terapeutas da fala, entre outros, excluindo os familiares que, como já foi referido anteriormente, são considerados cuidadores informais.

4. A Comunicação e a Linguagem

A comunicação, sendo uma troca de informação e um facto social, só é eficaz, quando há uma influência recíproca e compreensão da informação entre os intervenientes nesse

processo (Puyuelo, 2007). Trata-se por isso de um contínuo transacional que assenta numa experiência permanente de negociação de significados e conceitos.

Pode-se considerar a comunicação como uma ferramenta base para o estabelecimento de uma relação social entre grupos humanos assim como um meio privilegiado para a transmissão dos saberes de cada indivíduo (Baudichon, 2001, citado por Costa, 2008). No que diz respeito ao conceito linguagem, segundo Lino (2005), esta é a capacidade que todo o ser humano possui para aprender e utilizar um ou mais sistemas de signos verbais ou símbolos, adquirindo assim a aptidão para comunicar com os seus semelhantes.

A comunicação divide-se em dois grandes grupos, a comunicação verbal, que presta auxílio na representação de conceitos e é formada pela linguagem escrita e pela linguagem oral e a comunicação não-verbal que, por sua vez, diz respeito a tudo o que utiliza símbolos, como as expressões faciais, a linguagem gestual e ainda a linguagem simbólica (Lino, 2005 e Souza, 2010).

A comunicação verbal é muito importante pois permite ao cliente perceber melhor toda a componente da sua doença, sobre o seu tratamento e prognóstico (Pontes et al., 2009 citado por Souza, 2010) e permite que o profissional entenda melhor as necessidades do cliente. Já a comunicação não-verbal, responsável por 55% da comunicação humana (Connolly, 1999, citado por Souza, 2010), permite aos profissionais o reconhecimento daqueles que são os verdadeiros sentimentos dos clientes perante o internamento (Pontes et al., 2009 citado por Souza 2010), complementando a comunicação verbal e muitas vezes contradizendo-a.

De forma geral, uma comunicação eficaz, constitui uma grande importância para o bem-estar psicossocial e a mesma exerce um papel fundamental no funcionamento do ser humano em sociedade. Kagan et al. (2004), 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.

5. A Comunicação na Afasia: Estratégias de comunicação por clientes e cuidadores formais

As alterações na comunicação, são uma das sequelas mais comuns em clientes que sofrem um AVC, atingindo 21% a 38% desses clientes (Souza, 2010), pelo que comunicar com estas pessoas pode ser um desafio para os cuidadores.

O Modelo Social de prestação de cuidados de saúde tem vindo, ao longo do tempo a influenciar o estudo daquela que é a afasia (Pound et al., 2000). Neste modelo, a perturbação de comunicação decorrente do AVC é vista como o produto de fatores ambientais, ou daqueles que são vistos como barreiras à total participação do indivíduo numa vida social. Deste modo, tem sido cada vez maior a preocupação de ultrapassar essas barreiras sendo o principal foco da intervenção terapêutica, no papel do terapeuta da fala. Segundo Kagan et al. (2004), a PcA deixou de ser visto de forma isolada e passou a ser tratado como um dos elementos de um todo social alargado, onde se encontram também aqueles com quem ele comunica.

Felizmente, na maioria dos casos de Afasia, os indivíduos mantêm preservada grande parte das capacidades de aprendizagem, o que leva a que haja uma grande hipótese de estimular as modalidades comunicativas (Bosch et al., 2011).

Wilson et al. (2007), no seu trabalho, refere que existem muitos estudos com o testemunho de pessoas com afasia que relatam a existência de uma falha na comunicação por parte dos cuidadores, em que estes utilizam uma linguagem demasiado complexa e que excluem os clientes das decisões que estão por detrás do seu tratamento.

Segundo Carlsson et al. (2014), a PcA, apresenta, entre outras características, dificuldades linguísticas, tendo consequências na compreensão mútua durante uma conversa entre este e as pessoas que o rodeiam. Será então evidente que um aumento da capacidade comunicativa na pessoa com afasia, irá causar um efeito positivo na sua qualidade de vida, bem como na sua vida social diária (Cruise et al., 2003 citado por Johansson et al., 2011), não esquecendo que a comunicação é essencial ao cuidado, pois determina a interação entre o cuidador e o cliente (Souza, 2010) podendo influenciar os resultados. Assim, é importante a utilização de estratégias de comunicação tanto por parte do cliente, como por parte do interlocutor. Segundo Cruise et al. (2003) e Pourd et

al. (2000) citados por Johansson et. al. (2011), a utilização das mesmas é uma das formas privilegiadas para melhorar a capacidade de comunicação da pessoa com afasia.

“....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”.

Goodwin (2003, p.7)

A pessoa com afasia, para comunicar, habitualmente recorre à fala, aos gestos, ao desenho, à escrita ou ao ato de apontar figuras/objetos, consoante aquilo que para ela se torna mais fácil tendo em conta as sequelas da sua lesão (Pound et al., 2000 citado por Johansson et al., 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”* (Valente, 2013, p.9)

Deste modo, também o cuidador pode e deve fazer uso de diferentes formas de comunicação, atendendo ao cliente que tem ao seu cuidado e às suas necessidades, com o objetivo de que o mesmo possa compreender e se necessário responder (Johansson et al., 2011), transmitindo informações importantes para o seu bem-estar diário.

A interação entre duas pessoas, sendo uma delas um cliente PcA e outra o interlocutor/cuidador, caracteriza-se frequentemente pela existência do fenómeno de correção de erros (Carlsson et al., 2014) ou, segundo Schegloff et al. (1977) citados por Valente (2013) : reparação na conversa. O erro pode ser percecionado e identificado tanto pela pessoa com afasia, como pelo interlocutor.

Importa salientar que, segundo Le Dorze & Brassard (1995) citados por Valente (2013), nos momentos em que surgem erros e que os mesmos são corrigidos, as dificuldades comunicativas da pessoa com Afasia ficam particularmente expostas, despoletando sentimentos de incompetência, associados a frustração, embaraço ou, por último, o evitamento da conversa, pelo que se acha muito importante a não utilização da

identificação direta do erro com expressões do género: “o que disse está incorreto” ou “não é assim que se diz” mas sim utilizar formas de reparação como as que se seguem.

Assim, uma vez percecionado o erro por parte do interlocutor, este pode optar por facilitar a identificação do erro através de uma intervenção que pode ser “aberta” (Drew, 1997 citado por Carlsson et al., 2014), “fechada” e ainda de “semi-repetição (Schegloff et al., 1997, citado por Carlsson et al., 2014). A intervenção “aberta”, implica que o interlocutor faça com que o cliente perceba que existiu uma falha na transmissão de uma informação, contudo, sem identificar o erro em questão (por exemplo através de expressões faciais ou sons tipo “Han?”). Na intervenção “fechada”, o interlocutor dá pistas diretas da informação que foi mal transmitida, fazendo que o cliente a complete (por exemplo: “Quem?”, “O quê?”, “Onde?”). Por fim, na “semi- repetição”, o interlocutor repete parte da frase dita pelo cliente mas acrescentando uma questão, permitindo que a pessoa com afasia perceba exatamente em que parte da frase está o erro que interfere na compreensão da informação a transmitir e que este a reformule (por exemplo: “Onde é que tu foste?”)

No estudo de Morris et al. (2015), defende-se que existem outras estratégias importantes na comunicação entre clientes com afasia e os cuidadores formais, como sendo: falar devagar com o cliente e com clareza, direcionar as questões diretamente ao cliente e não ao seu acompanhante, dar tempo suficiente para o cliente responder e utilizar a escrita de palavras-chave para facilitar a compreensão do cliente acerca do tema a ser abordado.

Outra estratégia importante a ter em conta na comunicação com PCA é a utilização de questões de resposta fechada por parte do cuidador formal, ou seja, utilizar questões de resposta “sim” ou “não”, exigindo um menor grau de expressividade e permitindo a utilização de gestos caso a expressão esteja demasiado comprometida (Wilson et al., 2007).

Fala-se também como estratégia, o uso de pistas fonológicas. Ou seja, segundo Valente (2013), os cuidadores/interlocutores colocam questões para as quais sabem a resposta (por exemplo: o que é isto? Apontando para um copo), fornecem pistas fonológicas (por exemplo, providenciam o primeiro som da palavra em questão para facilitar a produção da mesma) e por fim incentivam ao cliente com afasia a repetir a palavra de forma

correta. Neste mesmo contexto, numa intervenção com objetivos na melhoria da comunicação é importante falar também no material *Aphasia-Friendly*. Rose, Worrall & McKenna (2003) bem como Stroke Association (2012), referem *Aphasia-friendly* como todo o material escrito que faz uso de palavras simples e de frases curtas, que utiliza um tipo de letra bem visível e palavras com maior conteúdo informativo, que usa espaços brancos e imagens relevantes (de preferência imagens reais/fotografias).

Na figura seguinte (figura 2), encontram-se sintetizadas algumas das principais estratégias que permitem facilitar todo o processo de comunicação com a PCA.

| Estratégias para os parceiros de comunicação das PCAs |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Diminuir a velocidade do discurso• Fazer pausas durante a exposição das ideias• Fazer pausas sempre que muda de tópico de conversa• Simplificar a estrutura das frases utilizadas• Transmitir uma ideia de cada vez• Transmitir a informação mais importante no final das frases• Repetir as palavras-chave (mais importantes)• Escrever as palavras-chave como referentes• Reformular o que foi dito quando não for compreendido• Usar referentes directos em vez de referentes indirectos (e.g. a Maria vs ela)• Usar gestos, expressões corporais e o olhar como indicações para mudar de tópico• Usar expressões verbais para terminar uma conversa (e.g., "Já chega...")• Usar expressões verbais para iniciar um tópico de conversa (e.g., "Vamos falar de...")• Utilizar a redundância (e.g., "Onde está o Spot, o cão?" vs "Onde está o Spot?")• Utilizar frases ou gestos de alerta (e.g., toque, "Ei, João")• Dar ênfase ao conteúdo mais importante recorrendo ao acento e à entoação• Tolerar o silêncio da outra pessoa• Utilizar gestos e pantomima para adicionar informação ao que está a ser dito• Encorajar o discurso da PCA com expressões como "Estou a ver", "Sim", "Humhum"• Reformular, sumarizar ou reinterpretar para verificar, elaborar e manter um tópico de conversa• Verificar se está a compreender reformulando, repetindo ou questionando sempre que necessário• Utilizar, como apoio, a escrita de palavras ou temas• Utilizar ajudas tais como revistas, fotos, imagens, ...• Incorporar subtilmente palavras que a PCA "não é capaz" de dizer nas suas próprias frases• Retirar informação da sua linguagem corporal – focar-se não apenas na sua fala• Progredir do geral para o específico quando colocar questões• Proporcionar e usar papel e lápis para apoiar a fala• Desenhar e escrever as ideias chave enquanto fala• Utilizar as estratégias aumentativas da PCA como modelo e para estabelecer igualdade• Utilizar o contexto (e.g., falar sobre um quadro que está na parede)• Estabelecer como tópicos experiências comuns ou partilhadas (e.g., futebol, jardinagem...)• Procurar fazer as coisas em conjunto e evitar discussões• Evitar comentários do género "Disseste bem"• Verbalizar sentimentos transmitidos de forma não verbal (e.g., "Isso entristece-te!")• Estabelecer a igualdade na relação procurando a opinião da pessoa, ...• (...) |

Figura 2: Exemplos de estratégias para os interlocutores de comunicação das PCAs. Adaptado de Chapey (2008, p. 318). Fonte: Matos (2012, p. 34)

ABORDAGEM METODOLÓGICA

1. Investigação

Investigar é, segundo AnderEgg (1978), citado por Marconi & Lakatos (2003), um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico que permite descobrir novos factos ou dados em qualquer campo do conhecimento.

Durante uma investigação, são feitas observações que vão permitir a melhor compreensão dos fenómenos a serem estudados, quer seja nas ciências sociais ou nas ciências naturais, possibilitando também a solução de problemas, aprofundamento de conceitos e construção de conhecimento, através de respostas consistentes e válidas (Hill & Hill, 2002).

Ao longo deste capítulo, irão ser apresentadas as opções metodológicas que fizeram parte da base de investigação desenvolvida.

2. Objetivos

- Esta investigação foi desenvolvida tendo como **objetivo primário concluir acerca do conhecimento dos cuidadores formais acerca da pessoa vítima de AVC**, contribuindo para a melhoria da qualidade comunicativa nas UCCI.

Com os objetivos secundários, pretendeu:

- Conhecer as estratégias de comunicação usadas por cuidadores formais com os clientes com afasia;
- Entender o conhecimento dos cuidadores formais acerca do conceito de afasia;
- Entender a importância da comunicação na intervenção profissional dos cuidadores formais;
- Determinar as principais dificuldades de comunicação sentidas pelos cuidadores formais de pacientes com afasia em UCCI;

- Identificar as estratégias de comunicação utilizadas entre cuidadores formais e pacientes com afasia, em UCCI;
- Perceber de forma geral, a importância de uma intervenção a nível da formação dos profissionais no âmbito da comunicação.

3. Metodologia

De acordo com os objetivos propostos e de forma a poder dar resposta às questões de investigação colocadas, no que concerne ao tipo de abordagem, este estudo trata-se de um estudo transversal investigativo a partir do uso das metodologias qualitativas, através de estudo de caso com a aplicação de um inquérito por entrevista semi-estruturada para a recolha de impressões e opiniões.

Segundo Fortin (2006), no estudo transversal, os dados são recolhidos num único momento, através de exames, observação de comportamentos, entrevistas ou questionários. Este estudo é económico, simples de organizar e proporciona dados imediatos e utilizáveis (Jenicek & Clérout, 1982 citado por Fortin, 2006).

Segundo Neves (1996), uma pesquisa qualitativa, normalmente não tem de seguir obrigatoriamente um plano previamente estabelecido, sendo direcionada ao longo do seu desenvolvimento. Outra característica apontada por este autor, remete para a ideia de que esta pesquisa não procura enumerar ou medir dados, não obrigando a um instrumento estatístico para a análise de dados. Procura sim obter dados descritivos a partir de um contato direto e interativo do pesquisador com a situação e objeto de estudo. Tem como objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenómenos do mundo social (Neves, 1996).

O inquérito por entrevista semi-estruturada foi construído recorrendo à utilização de questões de resposta aberta e teve em consideração os seguintes blocos de informação:

- Legitimação da entrevista e motivação dos entrevistados;
- Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores;
- Representações dos cuidadores sobre a afasia;

- Representações dos cuidadores sobre a comunicação;
- Comunicação com clientes com afasia;
- Espaço para dúvidas.

A escolha da entrevista como instrumento de recolha de dados, adveio do facto das entrevistas serem fundamentais quando se tenciona perceber certas práticas utilizadas, crenças e valores de universos sociais específicos. Segundo Duarte (2004), se as entrevistas forem bem realizadas, permitem ao investigador aprofundar as informações recolhidas podendo fazer uma reflexão mais consistente.

Deste modo, a entrevista ficou dividida em 5 blocos, definidos de A a F, com um tempo médio projetado de 45 minutos.

A seleção da população e amostra foi realizada através da amostragem não probabilística por conveniência. Segundo Malhotra (2001, p. 305) citado por Irala & Torres (2004), a amostragem não-probabilística *“é uma técnica de amostragem que não utiliza seleção aleatória mas sim confia no julgamento pessoal do pesquisador”*.

Ou seja, após ter sido feita uma recolha de todas as Unidade de Cuidados Continuados da região distrital de Leiria, a escolha das instituições prendeu-se com a dificuldade de acesso às mesmas e com a disponibilidade dos dirigentes e técnicos em colaborar no estudo. Daí o facto de ser por conveniência.

A amostra para este estudo foi então constituída por Cuidadores Formais de Unidades de Cuidados Continuados da região distrital de Leiria.

Assim, visto que nem todos os indivíduos têm a mesma probabilidade de participar no estudo, para a inclusão no mesmo, a amostra preencheu os seguintes critérios:

- Sujeitos que, no seu dia-a-dia profissional nas UCCI, intervenham com pessoas com AVC.

Ao contrário destas, para determinar os indivíduos que não fazem parte da amostra, foram estabelecidas variáveis de exclusão (Fortin, 2006). As variáveis de exclusão da amostra são:

- Sujeitos com experiência profissional inferior a um ano, com pessoas com AVC.

A amostra deste estudo é assim constituída por quatro sujeitos, sendo que todos são do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 24 e os 35 anos de idade. Seguidamente, no Quadro 1, apresenta-se uma caracterização sociodemográfica da amostra.

| AMOSTRA | INSTITUIÇÃO | SEXO | IDADE | FUNÇÃO NA INSTITUIÇÃO/ FORMAÇÃO | TEMPO DE EXPERIÊNCIA COM AVC | FREQUÊNCIA DE TRABALHO COM AVC |
|---------|-------------|------|------------|------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------|
| MC | UCCI- A | F | 27 anos | Enfermagem | 1A 6M | Diário |
| MM | UCCI- B | F | 24 anos | Terapia da Fala | 1A 3M | Diário |
| IS | UCCI- C | F | 25 anos | Terapia Ocupacional | 1A 3M | Diário |
| PR | UCCI- D | F | 35 anos | Fisioterapia | 13 A | Diário |

Quadro 1. Caracterização sociodemográfica da amostra

4. Procedimentos de recolha de dados

No seguimento da realização de uma pesquisa, recolha e revisão da literatura sobre o tema em estudo (a qual foi feita durante todo o processo de investigação) e após ter sido terminada a construção de uma entrevista semi-estruturada (Apêndice 2), foi realizado um pedido de permissão a entregar às instituições possíveis participantes do estudo (UCCI do distrito de Leiria), comunicando a índole do projeto, os objetivos pretendidos e garantia de privacidade e de confidencialidade (Apêndice 1). No que toca a garantia de privacidade, procedeu-se desde logo à garantia de anonimato dos inquiridos, sendo

comunicado a todos os cuidadores que o conteúdo dos questionários apenas teria finalidades académicas e de natureza científica.

Uma vez reunidas as condições necessárias para o procedimento da aplicação da entrevista, desde a autorização de 4 instituições e a concordância em contribuir para a realização deste estudo por parte de uma colaboradora de cada instituição, foi realizado um pré-teste e seguidamente foi agendada com cada uma o momento para a aplicação da entrevista.

Durante a entrevista, foi necessário por vezes reformular verbalmente algumas questões com alguns dos inquiridos por forma a facilitar a sua compreensão. A entrevistadora sentiu também por vezes necessidade de acrescentar algumas questões no decorrer da entrevista tendo em conta algumas informações importantes que poderiam ser recolhidas e oferecer diferentes conclusões.

É de realçar que a entrevista foi gravada, com o devido consentimento dos inquiridos, e posteriormente foi transcrita na íntegra.

Apesar das limitações apresentadas, considera-se que de uma forma global o processo desenrolou-se de forma adequada para as quatro entrevistas realizadas.

5. Tratamento dos Dados

Para tratamento dos dados, recorreu-se a uma análise qualitativa às respostas às questões apresentadas na entrevista através de uma análise de conteúdo e posteriormente agrupadas em categorias decorrentes dos objetivos das questões (Apêndice 7). Assim, procurou-se obter dados descritivos a partir de um contato direto e interativo do pesquisador com a situação e objeto de estudo, tendo-se como objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenómenos do mundo social (Neves, 1996).

As entrevistadas serão identificadas com as iniciais MC, MM, IS e PR, por forma a preservar a sua identidade.

APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Considerando os blocos de informação visadas pela entrevista, neste capítulo encerra-se a apresentação dos resultados obtidos. É importante salientar que a informação recolhida teve incidência sobre cinco blocos: Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores; Representações dos cuidadores sobre a afasia; Representações dos cuidadores sobre a comunicação; Comunicação com clientes com afasia;

Para além da apresentação dos resultados, acresce também uma análise dos mesmos, recorrendo a uma comparação com a fundamentação teórica apresentada no início deste trabalho, ou a nova fundamentação teórica necessária. Será apresentada também uma visão interpretativa pessoal da investigadora.

Importa referir que as informações fornecidas pela Terapeuta da Fala, MM, devem ser consideradas como um termo de comparação com as respostas das restantes profissionais, tendo em conta que é uma profissional especializada na área da comunicação e da linguagem e as suas respostas podem enviesar os resultados obtidos se não forem considerados apenas dados comparativos.

Bloco B - Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores

1. Formação Inicial

As categorias de formação inicial dos respondentes distribuem-se apenas por uma área: Área de Serviços de Saúde, distribuindo-se com igual número para cada uma das profissões, ou seja, 1 enfermeira, 1 terapeuta ocupacional, 1 terapeuta da fala e 1 fisioterapeuta.

2. Formação específica

Nesta categoria, observa-se que apenas um dos participantes não possui mais nenhuma formação no âmbito da saúde. Contudo, a terapeuta da fala possui Mestrado em Terapia da Fala na área de Motricidade Orofacial e Deglutição e a Terapeuta Ocupacional e a Fisioterapeuta encontram-se a realizar pós-graduação em Terapia da Mão e curso de Osteopatia, respetivamente.

3. Percurso profissional

Esta categoria da entrevista, vai de encontro a um critério de inclusão no estudo que obriga a todas as participantes exercerem funções numa UCCI. Verifica-se assim que todas as participantes cumprem com o requisito necessário, visto todas trabalharem numa UCCI do distrito de Leiria. Instituições identificadas com A,B,C e D.

4. Função na instituição

Nesta categoria, após análise às respostas dadas pelas inquiridas, verifica-se que todas elas exercem funções nas instituições de acordo com as formações iniciais.

5. Experiência de trabalho com pessoas que sofreram AVC

Com esta categoria, pretendeu-se estudar o tempo de experiência em contato com clientes com AVC, remetendo para um dos critérios do estudo que excluía sujeitos com experiência profissional inferior a um ano, com pessoas com AVC. Assim sendo, todas as participantes têm pelo menos um ano de experiência no seu percurso profissional com pessoas com AVC. Deste modo duas pessoas trabalham há um ano e três meses, uma pessoa há um ano e seis meses e uma pessoa há 13 anos.

6. Frequência de trabalho com pessoas que sofreram AVC

De acordo com as respostas dadas à questão subjacente a esta categoria: “*Diariamente (...)*” (MC); “*Diariamente*” (MM); “*(...) contato diário.*” (IS); “*Diária.*” (PR), pode

afirmar-se que todas as inquiridas lidam com pessoas que sofreram AVC diariamente nas instituições em que exercem funções.

7. Caracterização das pessoas que sofreram AVC

Nesta categoria, foram muito diferentes as respostas dadas pelas inquiridas. Contudo, o comprometimento a nível motor e as sequelas na comunicação foram referidas por três das entrevistadas, acerca das características associadas a pessoas que sofreram um AVC: “ (...)pessoas que ficam com défices associados, a nível motor, ficam com um quadro associado (...) com sequelas ao nível da comunicação (...) (MM). Outras características referidas (apenas 1vez na totalidade dos inquéritos) foram: carência, frustração, prostração, otimismo/pessimismo, alterações na deglutição, labilidade emocional, alterações visuais, dependência e alterações de esfíncteres.

Bloco C- Representações dos cuidadores sobre a afasia

8. Noção do termo afasia

Quando se questionou as participantes acerca do termo afasia, as respostas revelaram-se bastante unânimes: as quatro inquiridas referiram ser uma dificuldade de expressão e ou de compreensão; três referiram ser decorrente de uma lesão cerebral e duas afirmaram ser uma perturbação da linguagem e que afeta a comunicação. Houve ainda a ideia de que a “*parte cognitiva da pessoa não está lesada*” (resposta dada pela Terapeuta da Fala o que vai condicionar os resultados obtidos).

Bloco D- Representações dos cuidadores sobre a comunicação

9. Representação do termo comunicação

Com esta categoria, não é objetivo avaliar o conhecimento das participantes quanto ao termo, mas sim perceber o que a comunicação representa na interação humana/com os clientes.

No que concerne à noção de comunicação, todas as participantes concordam com a ideia de que a comunicação é a forma de interagirmos com os outros e com o meio que nos rodeia. As seguintes ideias, foram apenas referidas uma vez na totalidade das respostas obtidas: “(...)importante para perceber os objetivos e as expectativas do cliente (...)para que ele perceba quais são os nossos(...)” (IS); “(...) processo de troca entre pelo menos 2 pessoas (...) exige um emissor, um recetor e uma mensagem a ser transmitida (...) é necessário que os turnos de conversação sejam cumpridos (...)”; “(...) (MM); “é um ponto de partida para uma boa terapêutica (...) benéfica para a recuperação e também aceitação de um determinado estado de saúde.” (MC)

10. Distinção entre Comunicação Verbal e Comunicação Não-Verbal

Na distinção dos dois tipos de comunicação existentes as respostas não variam muito de inquirida para inquirida. Para a comunicação verbal, três das participantes falam em comunicação através do uso de palavras: “(...)estou a falar em comunicar por palavras(...)” (MC), duas referem que este tipo de comunicação faz uso da fala e uma pessoa referiu também ser a comunicação que utiliza a linguagem. Já em relação à comunicação não-verbal, é identificada três vezes como sendo aquela que utiliza expressões faciais: “No não-verbal podem ser expressões faciais(...)” (PR) e duas vezes como sendo a que utiliza a escrita e o desenho. Foi ainda referido o contato visual e físico, os gestos e as expressões corporais, uma vez cada no todo das entrevistas, como sendo características da comunicação não verbal.

Bloco E- Comunicação com clientes com afasia

11. Dificuldades comunicativas sentidas durante a intervenção com pessoas com afasia

Nesta categoria, as principais barreiras comunicativas apontadas pelas participantes podem dividir-se em dois. Assim as dificuldades de expressão (em que o cliente não consegue expressar necessidades, frustrações, sentimentos, etc.) foram referidas 3 vezes: “(...) o facto da pessoa não conseguir expressar as suas necessidades(...)”

(MM) e as dificuldades de compreensão (quando o cliente não consegue entender aquilo que o cuidador pretende transmitir) referidas 2 vezes na totalidade das respostas dadas: “(...) *quando eles não nos percebem, a nível de compreensão (...)*” (PR).

12. Ultrapassar essas dificuldades; 13. Formas de comunicação utilizadas; 14. Estratégias de comunicação utilizadas; 15. Ultrapassar a barreira da não compreensão do cliente

Por forma a simplificar a apresentação dos resultados, intercetam-se estas quatro categorias, visto se enquadrarem no mesmo campo – Estratégias de comunicação utilizadas. É de salientar que todas as estratégias foram consideradas e organizadas consoante as vezes que foram referidas ao longo das 4 questões.

Assim, as estratégias de comunicação referidas por todas as profissionais inquiridas foram: a comunicação por gestos e a comunicação recorrendo à escrita: “(...) *utilizamos uma comunicação mais a nível gestual (...)*” (MC); “(...) *Ou tento escrever (...)*” (IS). Seguida, com 2 referências cada, foram abordadas as estratégias: fazer perguntas ao cliente cujas respostas sejam fechadas (de sim/não), o cliente apontar, recorrência ao desenho (tanto pelo cliente como pelo cuidador), falar devagar para o cliente, e ainda a exemplificação do movimento correto a realizar (pela fisioterapeuta e pela terapeuta ocupacional). As restantes estratégias, foram abordadas apenas uma vez, não se considerando, no entanto, menos relevantes: dar tempo ao cliente para que ele tente responder, utilizar uma tabela de comunicação, falar em ambiente calmo, deixar que a pessoa tenha um papel ativo nas suas escolhas e decisões, utilização de pistas fonológicas por parte do cuidador, recorrer à música, nomear opções ao cliente até que este identifique aquilo que pretende, utilizar uma articulação exagerada para cliente fazer leitura labial, utilizar a apresentação de objetos reais e ainda utilizar material que cumpra requisitos específicos, também apelidado de “aphasia friendly”. Outra resposta dada por 2 das inquiridas e que se acha pertinente destacar para posteriormente discutir foi o facto de referirem que recorrem muitas vezes ao terapeuta da fala como forma de auxílio perante as dificuldades comunicativas sentidas com clientes PcAs: “*Por vezes até chamamos os terapeutas da fala para irem lá*” (IS); “(...) *vou ter com a Terapeuta da Fala (...)*” (PR)

16. Reação/Correção perante erros comunicativos

Na presente categoria, percebe-se que três das profissionais revelam utilizar a correção perante os erros comunicativos evidenciados pelos clientes PcAs e apenas uma profissional admite não corrigir.

Contudo, na totalidade das respostas analisadas, existem determinadas estratégias em vigor aquando da correção ao cliente, sendo as próximas referidas numa totalidade de duas vezes cada: apresentar o modelo verbal correto seguido de solicitação da repetição do modelo dado; soletrar a palavra correta; não utilizar a expressão “não disse bem”; e dar reforço positivo (por exemplo: muito bem!). Contudo, outras estratégias foram referidas, uma vez cada: dar modelo visual correto (escrita de uma letra, sílaba, letra, etc.), realizar perguntas hipótese enquadradas ao contexto conversacional, solicitar outro meio de comunicação (por exemplo o apontar para evitar cliente voltar a produzir o erro verbalmente), e solicitar que a pessoa reformule sem dar qualquer modelo/pista.

Importa ainda ressaltar que nesta questão percebe-se que duas das profissionais inquiridas defendem a importância da pessoa afásica ser funcional na sua comunicação e não que atinja a normalidade: “*Desde que a gente perceba e ele nos perceba, não estamos ali a corrigir até o pormenor*” (PR); “*o mais importante é que seja funcional*” (MM).

17. Melhoria do contexto comunicativo da instituição

Na categoria em evidência, a principal ideia prendeu-se com o objetivo de tirar conclusões, generalizadamente, acerca do contexto comunicativo nas UCCI do distrito de Leiria, do ponto de vista dos cuidadores formais. Deste modo, as 4 inquiridas concordam com o facto de haver aspetos a melhorar no seu contexto de atuação no que diz respeito temática da comunicação.

“*(...)A começar pela sensibilidade dos técnicos perante esta questão porque vejo que muitos colegas não pensam que a pessoa que têm a frente podem ou não compreendê-los.*” (MC)

Já a entrevistada da UCCI- B, a Terapeuta da Fala, afirma: *“Acho que todos os profissionais deveriam ter uma formação direcionada para esta área. (...) Acho que dos grupos de profissionais ainda há algum desconhecimento do que é a afasia, e acho que seria importante implementar algum tipo de formação nesta área com algumas estratégias que fossem dadas a estes profissionais porque no fundo eles estão num contexto em que lidam com a pessoa diariamente, e a atividade e a participação da pessoa com afasia deve ser maximizada em todos os contextos e portanto quanto maior for o número de profissionais que tenham acesso a este tipo de estratégias melhor, pois só assim é que a intervenção vai ser uniforme, porque o nosso objetivo é que tenham resultados em todos os contexto de participação na vida da pessoa com afasia”*. É de salientar que estas afirmações vão ao encontro daquela que é a visão da Terapeuta da Fala perante, não as suas dificuldades, mas sim as dificuldades dos profissionais que fazem parte da equipa pertencente à UCCI.

Perante as dificuldades comunicativas sentidas, a terapeuta ocupacional IS refere: *“Então eu acho que num cenário ideal, seria o terapeuta da fala daquela pessoa reunir com os outros profissionais que atuam diretamente com aquela pessoa e dizer: olhe este senhor tem estas dificuldades em termos de compreensão e de comunicação e as estratégias para nós conseguirmos perceber e para também nos fazermos entender são estas. Eu acho que isso falta um bocado, é mesmo a comunicação entre toda a equipa que eu acho que deve melhorar. E a sensibilidade que as pessoas devem ter para este défice. Não é sabermos que aquela pessoa não compreende e então adotar uma atitude de não falar para essa pessoa e pronto”*.

Quando há alterações na comunicação dos clientes após um AVC, a técnica da UCCI- D sente dificuldades na comunicação, referindo que *“Sim eu às vezes sinto dificuldades. Se houvessem algumas técnicas que me ensinassem eram bem-vindas, sim, porque há casos que eu sinto mesmo dificuldades, em que pergunto coisas à pessoa e não compreendo mesmo e tenho de desistir, pronto.” (PR)*

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como objetivo principal conhecer as formas de comunicação utilizadas por cuidadores formais com os clientes com afasia, contribuindo, com os resultados e as conclusões do estudo, para a melhoria da qualidade comunicativa nas UCCI, fornecendo informação incentivadora de investigações futuras neste âmbito ao nível do panorama nacional já que “*O treino dos parceiros de comunicação não só permite melhorar o processo de comunicação como permite aumentar as oportunidades de interações satisfatórias, com consequente aumento da Participação social da PCA (Simmons-Mackie 2008).*” (Matos, 2012, p.35)

Nesta investigação, que todos os participantes cuidadores formais são mulheres, o que vai de encontro com aquilo que é definido por Colomé et. al. (2001), que descreveram o cuidador formal como sendo maioritariamente do sexo feminino.

Um dos aspetos que se achou importante de estudar nesta investigação, tem que ver com a caracterização das pessoas que sofreram AVC. Deste modo, as participantes foram questionadas acerca dos principais traços caracterizadores de uma pessoa após ter sofrido um AVC e as respostas foram as seguintes: pessoas com comprometimento a nível motor, sequelas na comunicação, carência, frustração, prostração, otimismo/péssimismo, alterações na deglutição, labilidade emocional, alterações visuais, dependência e alterações de esfíncteres. De facto, estas características vão de encontro ao estudo de Coelho (2011) que diz que grande parte dos doentes que sofrem AVC ficam com um quadro associado de sequelas ao nível físico, sensorial e cognitivo. Segundo Caplan (2009) citado por Coelho (2012, p.15), “*a perda da função cerebral pode ser desumanizante, tornando-os dependentes de outros*”. O autor refere ainda que a pessoa torna-se incapaz de falar, mover um membro, manter-se de pé, ver e incapaz de compreender a linguagem falada.

Segundo os inquiridos, a Afasia é uma lesão cerebral que afeta a linguagem e consequentemente a comunicação, provocando dificuldades tanto a nível de expressão como de compreensão, ideia que é apoiada por Lyon (1998); Rogers, Alarcon et al. (1999) e Katz (2000), citados por Matos (2012). Para a maioria das cuidadoras formais

entrevistadas, a principal dificuldade comunicativa sentida na intervenção com PCA, prende-se com a dificuldade do cliente em se expressar, impedindo que o interlocutor compreenda o que o mesmo pretende/sente, não pondo de parte, contudo, as dificuldades de compreensão do cliente que o impede de entender aquilo que o cuidador pretende transmitir.

Outro dos aspetos salientados aquando da definição do termo Afasia, é o facto da parte cognitiva responsável pela aprendizagem da pessoa, não ficar afetada, sendo que esta continua a estar apta para aprender e para recuperar algumas das capacidades perdidas aquando da lesão cerebral. Esta ideia é clarificada nos estudos de Fontoura (2012) e de Shan et al. (2013), em que se refere uma compensação, até certo grau, da lesão causada normalmente no Hemisfério Esquerdo, pelo AVC. O autor defende que esta compensação é possível devido à plasticidade cerebral ou plasticidade de áreas homólogas. Esta, assume-se como a capacidade de modificações nas operações de regiões não danificadas, havendo, uma reorganização das regiões intactas, ou seja, é quando uma área adjacente compensa a função perdida por uma lesão cerebral localizada (contralateral) (Muszkat & Mello, 2012, citados por Fontoura, 2012)

A questão relacionada com o conceito de comunicação, tinha como objetivo a perceção da representação da comunicação, para os profissionais cuidadores formais em termos de intervenção profissional no contexto das UCCI estudadas. As ideias apresentadas permitiram perceber que as inquiridas acham que a comunicação é *“(...)importante para perceber os objetivos e as expectativas do cliente (...) para que o cliente perceba os nossos (...)”* (IS); *“(...) processo de troca entre pelo menos 2 pessoas (...)”* (MM), *“(...) é um ponto de partida para uma boa terapêutica (...) benéfica para a recuperação e também aceitação de um determinado estado de saúde.”* (MC) Já que, segundo Baudichon (2001) citado por Costa (2008) pode-se considerar a comunicação como uma ferramenta base para o estabelecimento de uma relação social entre grupos humanos assim como um meio privilegiado para a transmissão dos saberes de cada indivíduo.

Seguidamente, considerou-se pertinente dissociar conceitos, tendo em conta que todos devemos estar familiarizados com os termos utilizados no contexto profissional onde estamos inseridos.

Olhando de forma geral para as estratégias de comunicação referidas na totalidade das entrevistas, acha-se importante reter algumas que se destacaram por serem diferentes, ou seja, por serem referidas apenas por uma inquirida. Uma das estratégias de comunicação referidas, surge no depoimento da terapeuta da fala em que se estabelece a **música/melodia como sendo uma estratégia comunicativa**: “(...) *a música como estratégia. (...)*” Esta informação é apoiada por Fontoura (2012), que afirma que a preservação da habilidade de cantar tem vindo a ser utilizada como forma de promoção da recuperação das capacidades linguísticas em PCA, principalmente com dificuldades de expressão. Contudo, segundo o mesmo autor, citando Benson et al. (1994) e Helm-Estabroocks & Albert (2004), esta estratégia é indicada para clientes com preservação do Hemisfério Direito que apresentem fala gravemente alterada, compreensão preservada, pobre capacidade de repetição, mas com a função do canto preservada, e tendo em conta o processo de plasticidade cerebral já referido anteriormente. Fontoura (2012) refere que esta é uma técnica que desenvolve aspetos da linguagem expressiva (como a fluência verbal) através da utilização de elementos musicais da fala (melodia e ritmo) e em que são utilizadas palavras e frases para o cliente repetir. Outra estratégia referida também apenas pela inquirida da UCCI- B (MM) é **a utilização de material “aphasia friendly”**: “(...) *material aphasia friendly (...)*” como apoiam os estudos de Rose, Worrall & McKenna (2003) e a Stroke Association (2012). Também os estudos de Rose et al., (s/ data) debruçaram-se sobre esta temática e realizaram o seu estudo tendo em conta a escassa informação existente acerca das preferências das PCA relativamente ao material verbal, reforçando que a PCA tem perceções de acessibilidade comunicativa muito diferentes de uma pessoa sem alterações ao nível da comunicação e que por isso têm certas preferências ao nível de design específico. Estes últimos autores concluíram que as PCA preferem que o material escrito tenha como tamanho de letra o 14, do tipo Arial ou Verdana e com um espaçamento entre linhas de 1,5 e dão preferência a fotografias de objetos reais que substituem imagens ilustrativas/desenhos/símbolos.

Um importante e curioso aspeto, ainda relativamente a estratégias utilizadas por profissionais cuidadores formais de clientes com Afasia, é o facto de duas das inquiridas (IS e PR) admitirem que sentem necessidade de pedir **auxílio ao terapeuta da fala** da instituição onde atuam, perante situações em que são emergentes as dificuldades comunicativas: “(...) *vou ter com a Terapeuta da Fala. (...)*”; “*Por vezes até chamamos os terapeutas da fala para irem lá*”. De facto, de acordo com a Classificação

Internacional de Funcionalidade (CIF), citada por Leal (2009), o objetivo da intervenção do Terapeuta da Fala é tornar a comunicação num meio funcional de socialização e participação.

Aproveitando a oportunidade, enquadrada nesta questão, está também presente, neste inquérito, a ideia de que todas as participantes concordam com o facto de haver aspetos a melhorar no seu contexto de atuação no que diz respeito à temática da comunicação. É evidente, perante as respostas dadas pelas mesmas, a necessidade de sensibilização dos profissionais para a temática abordada neste estudo. É importante destacar a opinião da Terapeuta da Fala, sendo que esta apresenta uma visão mais especializada daquilo que consegue observar como sendo as principais limitações comunicativas na instituição onde presta serviços: *“é necessário ter uma formação direcionada para esta área com algumas estratégias que fossem dadas a estes profissionais porque no fundo eles estão num contexto em que lidam com a pessoa diariamente, e a atividade e a participação da pessoa com afasia deve ser maximizada em todos os contextos e portanto quanto maior for o número de profissionais que tenham acesso a este tipo de estratégias melhor, pois só assim é que a intervenção vai ser uniforme, porque o nosso objetivo é que tenham resultados em todos os contexto de participação na vida da pessoa com afasia”* (relata uma das participantes - MM). As respostas das restantes profissionais veio também apoiar esta visão da Terapeuta da Fala, sendo manifesto que estas apresentam dificuldades em comunicar com os PcA. Ora, esta evidência, vai de encontro com os estudos de Ramos (2013) em que o autor defende que é fundamental fomentar a aprendizagem da sociedade acerca das patologias que podem provocar incapacidade comunicativa e de como comunicar com estas pessoas, como é o caso da afasia. O mesmo autor refere ainda que esta aprendizagem pode até ser realizada de forma informal (recorrendo a folhetos, ações de sensibilização ou através dos meios de comunicação social). Carvalho et al. (2005), citado por Ramos (2013) abordam ter construído folhetos de divulgação das áreas de intervenção do terapeuta da fala, entre elas a afasia, na sua prática clínica em contexto hospitalar, para apoiar a informação prestada aos profissionais cuidadores.

No que concerne à estratégia de correção do cliente com afasia, surge um aspeto importante de ser discutido e fundamentado que se prende com a ideia de que o que é mais importante é que a **pessoa seja funcional**: *“(...) porque o que é mais importante é*

que seja funcional (...)” (MM). Aqui surge a dicotomia entre funcionalidade versus normalidade. Nos estudos de Kunst et al. (2013), é assim enfatizada a importância da intervenção precoce nos casos de afasia ao nível da comunicação para que os pacientes restabelecer a funcionalidade de comunicação. Já Fontoura (2012), citando Garcia & Mansur (2006) e Frattali et al. (1995), volta a falar em funcionalidade, afirmando que a comunicação funcional engloba a habilidade de receber e de transmitir uma mensagem de forma independente, tendo em consideração as exigências do contexto ambiental e fazendo uso de comunicação verbal e comunicação não-verbal.

Posto isto, e tendo em conta todas as considerações até agora apresentadas, da totalidade das profissionais inquiridas, 3 revelaram utilizar a **correção** perante os erros comunicativos evidenciados pelos clientes PcAs e 1 profissional admite **não corrigir**. Dos que corrigem, a maioria defende não utilizar expressões de negatividade evidenciando o erro do cliente, o que vem apoiar as ideias de Le Dorze & Brassard (1995) citados por Valente (2013), referidos anteriormente no ponto 5. A comunicação na afasia: Estratégias de comunicação por clientes e cuidadores formais. As restantes estratégias de correção enquadram-se naquilo que é relatado pela literatura, no mesmo ponto, por Carlsson et al (2014) citando Drew (1997) e Schegloff et al. (1997), relativamente a uma intervenção aberta, fechada e de semi-repetição.

Outras estratégias de comunicação, são utilizadas em diferentes situações: em dificuldades de compreensão e dificuldades de expressão. Umas são utilizadas pelos cuidadores formais e outras são solicitadas pelos mesmos para serem usadas pelos clientes. Segundo Connolly (1999) citado por Souza (2010), **a comunicação não-verbal** constitui 55% da comunicação humana. De um modo geral, analisando os resultados que foram obtidos, pode concluir-se que a maioria das estratégias utilizadas são de carácter não-verbal: gestos, apontar, desenho, exemplificação dos movimentos corretos, dar tempo ao cliente para que tente responder, articulação exagerada para leitura labial, permanecer em ambiente calmo para conversar. As restantes estratégias enquadram-se numa **comunicação verbal**: utilização de perguntas de resposta fechada (sim/não), escrita, fala lentificada, nomeação de opções, e utilização de pistas fonológicas. Destas destacam-se a escrita, como sendo uma estratégia utilizada por todas as participantes do estudo. Segundo Rose et. al. (2010), no seu estudo, concluíram que as informações escritas foram os meios de comunicação preferidos pelos clientes

com afasia. Todas as estratégias anteriormente referidas fazem parte da informação apresentada na revisão da literatura pelos autores Wilson et al. (2007), Morris et al. (2015), Valente (2013) e na figura 2 de Matos (2012) citando Chapey (2008). Contudo, existem muitas mais estratégias referidas por esses mesmos autores que não foram relatadas nas entrevistas realizadas à amostra do estudo.

Por fim, acha-se importante ainda enfatizar a Comunicação Aumentativa e Alternativa (CAA), que inclui as tabelas de comunicação, referidas por uma das inquiridas como sendo uma estratégia de comunicação. Segundo Fried-Oken et al. (2011) para haver CAA, é necessário primeiro entender de forma aprofundada o todo envolvente da comunicação humana e a partir daí e recorrendo à tecnologia, desenvolver as melhores estratégias, técnicas e equipamentos com o objetivo de maximizar o desempenho e sucesso no intercâmbio de comunicação. É de salientar que esta CAA pode ser criada tanto por programas computadorizados como criados à mão, por pessoas que entenda toda a dinâmica da comunicação, recorrendo a linguagem de símbolos, imagens/fotografias, sons, entre outros.

CONCLUSÃO

Em suma, este estudo pretende enaltecer a importância de que os profissionais cuidadores formais da PcA sejam participantes ativos na reabilitação de pessoas com afasia e prestem auxílio para que estas se tornem funcionais, melhorando a sua qualidade de vida e também a qualidade de vida daqueles que são os seus parceiros comunicativos.

Pretende também concluir acerca do conhecimento dos cuidadores formais sobre a pessoa vítima de AVC, os conceitos de comunicação e afasia; entender a importância da comunicação na intervenção profissional dos cuidadores formais; identificar as principais dificuldades de comunicação sentidas pelos cuidadores formais de clientes com afasia e as estratégias de comunicação utilizadas pelos mesmos e ainda concluir acerca da importância da intervenção a nível de formação de cuidadores formais no âmbito da comunicação. De modo geral, há a percepção de que os cuidadores formais estão bem elucidados quanto às condicionantes e às capacidades remanescentes das pessoas que sofreram um AVC, em todas as vertentes biopsicossociais. Quando se entra no campo da comunicação, surgem algumas dúvidas, principalmente na distinção dos conceitos de comunicação verbal e comunicação não-verbal surgindo algumas afirmações incorretas. Já no âmbito da afasia, sendo profissionais que contactam diariamente com pessoas com essa perturbação da linguagem, as opiniões são bastante semelhantes sendo bastante presente que a principal dificuldade na interação com estas pessoas são as limitações a nível de expressividade e compreensão. Para combater estas dificuldades foram referidas estratégias de uso da escrita e recurso à gestualidade com bastante frequência entre as inquiridas, sendo assim as estratégias preferidas pelas mesmas.

Contudo, devido à presença de uma profissional especialista na comunicação e na linguagem (a Terapeuta da Fala), surgiram respostas interessantes que obrigaram a refletir sobre pontos que não foram abordados na revisão da literatura, como sendo a melodia como recurso utilizado perante as dificuldades de comunicação e ainda a CAA.

Finalmente, todas as profissionais entrevistadas concordaram com o fato de ser importante intervir na matéria da formação acerca de estratégias de comunicação, pois são muito frequentes as dificuldades sentidas no decorrer da intervenção, o que condiciona em parte a seu trabalho e impede que haja uma qualidade de intervenção tão eficaz como seria esperado.

Ainda assim, esta investigação foi desenvolvida tendo como objetivo primordial conhecer as estratégias de comunicação usadas por cuidadores formais com os clientes com afasia. Apesar das estratégias mais recorrentes serem o uso da escrita e da gestualidade, outras estratégias não devem ser esquecidas, tendo sido igualmente referidas nas entrevistas, embora com menor frequência: fazer perguntas ao cliente cujas respostas sejam fechadas (de sim/não), o cliente apontar, recorrência ao desenho (tanto pelo cliente como pelo cuidador), falar devagar para o cliente, exemplificação do movimento correto a realizar (pela fisioterapeuta e pela terapeuta ocupacional), dar tempo ao cliente para que ele tente responder, utilizar uma tabela de comunicação, falar em ambiente calmo, deixar que a pessoa tenha um papel ativo nas suas escolhas e decisões, utilização de pistas fonológicas por parte do cuidador, recorrer à música, nomear opções ao cliente até que este identifique aquilo que pretende, utilizar uma articulação exagerada para cliente fazer leitura labial, utilizar a apresentação de objetos reais e ainda utilizar material que cumpra requisitos específicos, também apelidado de “aphasia friendly”, apresentar o modelo verbal correto seguido de solicitação da repetição do modelo dado; não utilizar a expressão “não disse bem”, dar reforço positivo (por exemplo: muito bem!), dar modelo visual correto (escrita de uma letra, sílaba, letra, etc.), realizar perguntas hipótese enquadradas ao contexto conversacional, solicitar outro meio de comunicação (por exemplo o apontar para evitar cliente voltar a produzir o erro verbalmente), e ainda solicitar que a pessoa reformule sem dar qualquer modelo/pista. Todavia, apesar de na lista de estratégias referidas, constarem bastantes estratégias, e todas elas referidas corretamente, observa-se que muitas são referidas apenas uma vez na totalidade das entrevistas realizadas, o que mostra que nem todas as estratégias são conhecidas ou utilizadas no dia-a-dia com as PcA.

Espera-se que os resultados discutidos sirvam de inspiração para criação de ações de sensibilização e intervenção ao nível de formação dos profissionais de saúde que lidam, no seu dia-a-dia, com clientes com afasia, trabalhando todos para melhoria da

qualidade de vida destas pessoas, para que se tornem ativas e participativas da sua própria vida social e numa tentativa também de aumentar o leque de estratégias comunicativas utilizadas pelas mesmas.

Este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente ao nível da amostra que foi não-probabilística e de conveniência o que impossibilita a extrapolação para a totalidade de cuidadores formais de PcA em UCCI. Uma outra limitação deste estudo está relacionada com a escassa abrangência demográfica tendo sido recolhida uma amostra por conveniência essencialmente na zona centro do país. A disponibilidade das instituições constituiu também uma limitação para a realização da investigação que, consequentemente levou a uma amostra bastante reduzida para aquilo que seria esperado.

Outra limitação importante de referir é o facto de existir na amostra uma terapeuta da fala o que veio enviesar os resultados obtidos, tendo em conta que, sendo um profissional especializada na área da linguagem e comunicação, trouxe um maior leque de estratégias de comunicação utilizadas com PcA.

Todavia, apesar das limitações identificadas, e de outras que podem ser apontadas, considera-se que o estudo realizado permite conhecer melhor as estratégias de comunicação utilizadas pelos profissionais cuidadores formais da PCA.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bosh, R., N. (2011). Supervised home training dialogue skills in chronic aphasia: a Randomized parallel group study. *Journal of speech, language and hearing research*, vol. 54, 1118-1136
- Carlsson, E., Hertelius, L., Saldert, C. (2014). *Communicative strategies used by spouses of individuals with communication disorders related to stroke-induced aphasia and Parkinson's disease*, University of Gothenburg.
- Coelho, R. (2011). *Determinantes da capacidade funcional do doente após acidente vascular cerebral*, Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde de Viseu
- Colomé, I. Marqui, A. Jahn, A. Resta, D. Carli, R. Winck, M. & Nora, T. (2011). Cuidar de idosos institucionalizados: características e dificuldades dos cuidadores. *Revista Eletrónica de Enfermagem*, 13 (2) 306-312.
- Costa, M., F. (2008). *Perturbações da Linguagem na Criança: caracterização e retrato – tipo*, Universidade de Aveiro, Departamento de Ciências da Educação
- Direção Geral de Saúde (2010). AVC: Itinerários Clínicos, Lisboa: Lidel
- Duarte, R. (2004). *Entrevistas em Pesquisas Qualitativas*. Educar, Curitiba n. 24, p. 213-225, Editora UFPR
- Fernandes, A., A. (2004). *Quando a vida é mais longa... Os impactos sociais do aumento da longevidade*. In Maria de Lurdes Quaresma (coord.) *O sentido das idades da vida. Interrogar a solidão e a dependência. Gerontologia Social (pp.13-36)*. Lisboa: CESDET
- Ferreira, M., E. (2012). *Ser cuidador: um estudo sobre a satisfação do cuidador formal de idosos*, Instituto Politécnico de Bragança, Bragança
- Ferro, J. & Pimentel, J. (2006). *Neurologia: Princípios, Diagnóstico e Tratamento*. Lisboa: Lidel

- Fontoura, D. (2012). *Afasia de Expressão: Avaliação Neuropsicolinguística e Intervenção com Enfoque na Musicalidade*. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas, Universidade Nova de Lisboa
- Fortin, M. F. (1996). *O Processo de investigação – da concepção à realização*. Lisboa: Lusociência.
- Freitas, E., Doll, J. & Gorzoni, M. (2006). *Tratado de geriatria e gerontologia* (2ª edição). Rio de Janeiro: Guanabarra Koogan
- Freitas, M., Queiroz, T. & Sousa, J. (2010). O significado da velhice e da experiência de envelhecer. *Revista Escola de Enfermagem USP*, 44(2), 407-412
- Fried- Oken, M., Beukelman, D., & Hux, K. (2011). Current and Future ACC Research Considerations for Adult with acquired Cognitive and Communication Impairments. *NIH Public Access* 24(1): 56–66
- Goodwin, C. (2003). *Conversation and Brain Damage*. New York: Oxford University Press
- Hill, M. & Hill, A. (2002). *Investigação por questionário* (2ª ed.). Lisboa: Sílabo.
- Hesse, H. (2002), *Elogio da Velhice*, Edições Difel
- Censos 2011*. Instituto Nacional de Estatística (2011). Acedido a 10 de Dezembro de 2015, em: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=censos2011_apresentacao
- Irala, E., Torres, P. (2004) *O uso do Amanda como ferramenta de apoio a uma proposta de aprendizagem colaborativa para a língua inglesa*. Acedido a 29 de Fevereiro de 2016 em <http://www.abed.org.br/congresso2004/por/htm/172-tc-d4.htm>.
- Johanson, Monica, B., Carlsson, M., Sonander, K. (2011). *Communications difficulties and the use of communication strategies: from the perspective of individuals with aphasia*, Uppsala University.
- 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.
- Kunst, L., Oliveira, L., Costa, V., Wiethan, F., Mota, H. (2013). *Eficácia da fonoterapia em um caso de afasia expressiva decorrente de acidente vascular encefálico*. Revista CEFAC, vol. 15 no 6. São Paulo
- Leal, A. (2009). *Avaliação da Afasia pelos Terapeutas da Fala de Portugal*, Universidade de Aveiro
- Lino, T., A. (2005). *Perturbações da Linguagem no Distúrbio do Défice de Atenção*, Universidade Autónoma de Lisboa
- Marconi, M., & Lakatos, E. (2003). *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo: Editora Atlas S. A.
- Matos, Maria A. (2012). *Níveis de Actividade e Participação de Pessoas com Afasia: Desenvolvimento de Instrumentos de Avaliação Portugueses*, Universidade de Aveiro.
- Mineiro, A., Caldas, A.C., Rodrigues, I. & Leal, G. (2008). Revisitando as Afasia na PALPA – P. *Cadernos de Saúde*. Lisboa. ISSN 1647-0559.
- Ministério da Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010 Volume I – Prioridades*. Ministério da Saúde: Lisboa.
- Morris, A., et al, (2015). Patient- Centered communication strategies for patients with aphasia : discrepancies between what patients want and what physicians do, *Disability and Health Journal*, 8, 208-215
- Neves, José L. (1996). *Pesquisa Qualitativa – Características, Usos e Possibilidades*, FEA-USP
- Wilson, R., Rochon, E., Mihaidilis, A., Leonard, C., Lim, M., Cole, A. (2007). Examining effective strategies used by formal caregivers when interacting with Alzheimer's disease residents during an activity of daily living (ADL), *Brain and Language*, 103, 8-249
- Peixoto, V., Rocha, J. (2009). *Metodologias de intervenção em terapia da fala*. Porto. Universidade Fernando Pessoa; 1 volume.

- Pimentel, L. (2001). *O Lugar do idoso na família: contextos e trajetórias*. Coimbra: Quarteto
- Prestes, V., M., (1998). *Afasia e Plasticidade cerebral*. Centro de Estudos em Fonoaudiologia Clínica, São Paulo
- Puyuelo, M. (2007). *Manual de desenvolvimento e alterações da linguagem na criança e no adulto*. Editora Penso-Grupo A
- Ramos, C. (2013). *A Participação da Pessoa com Afasia : Uma Abordagem Multidimensional*, Instituto Politécnico do Porto
- Rodrigues, C., A. (2014). *Perfil dos cuidadores formais de idosos e motivos para a função: um estudo de caso*. Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo.
- Rose, T., Worrall, 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
- Rose, T., Worrall, L., Hickson, L., Hoffman, T., (2010) Do people with aphasia want written stroke and aphasia information? A verbal survey exploring preferences for when and how to provide stroke and aphasia information, 17(2):79-98
- Rose T., Worrall, L. Hickson, L., Hoffman, T., (s/ data). Aphasia Friendly health information: Texto formatting facilitators and barriers, Communication Disability Centre, The University of Queensland, Brisbane, Australia. Disponível em <http://www.aphasiapathway.com.au/flux-content/aarp/pdf/Aphasia-Friendly-Text-formatting.pdf>. Acedido a 21 de Março de 2016
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel
- Shan, P., Szaflarski, J., Allendorfer, J., Hamilton, H. (2013). *Introduction of neuroplasticity and recovery in post-stroke aphasia by non – invasive brain stimulation*. *Frontiers in Human Neuroscience*. Vol 7 article 888

- Souza, R., C., S. (2010). *Estratégias de Comunicação da equipa de enfermagem na afasia após acidente vascular encefálico*, Centro de Pós Graduação e Pesquisa, Guarulhos
- Stroke Association (2012). *Acessible Information Guidelines. Making information accessible for people with aphasia*. Stroke.org.uk
- Valente, P. (2013). *Melhoria da comunicação entre a pessoa com afasia e o seu parceiro privilegiado de comunicação: análise dos efeitos de um programa de formação*, Tese de Mestrado. Universidade Católica Portuguesa, Lisboa

APÊNDICES

APÊNDICE 1

Pedido de Autorização para realização de investigação

Exmo Sr. Diretor do (...)

Assunto: Pedido de autorização para realização de investigação

Leiria, 26 de janeiro de 2016

Eu, Carolina Maria Freitas Martins de Barros, licenciada em Terapia da Fala, venho por este meio solicitar a colaboração da V. instituição, no sentido de realizar recolha de dados para fins de investigação relativa ao trabalho final do Curso de Mestrado de Intervenção para um Envelhecimento Ativo, sob a orientação do Professor Doutor Rui Santos e da Professora Especialista Andreia Salvador, na Escola Superior de Saúde de Leiria.

Os dados recolhidos são confidenciais e em momento algum, os participantes serão identificados, acrescentado ainda sob compromisso de honra que o funcionamento da instituição não será posto em causa.

O objetivo central desta solicitação, prende-se com a importância de investigar as formas de comunicação utilizadas na interação entre profissionais cuidadores e pacientes com Afasia, no âmbito de uma investigação subjugada ao tema: *“Os Profissionais Cuidadores na vida de Pessoas com Afasia em Unidades de Cuidados Continuados – um olhar sobre as Estratégias de Comunicação”*.

Em anexo, encontra-se o Guião da Entrevista a realizar a profissionais cuidadores e clientes com Afasia. Os profissionais podem ser desde enfermeiros, médicos, terapeutas da fala, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, auxiliares de ação médica, entre outros que mantenham contacto com clientes com Afasia.

Com os melhores cumprimentos,

Carolina Barros

ANEXO 2

Guião da Entrevista Semi-Estruturada

Guião de entrevista semiestruturada

Tema: “*Os Profissionais Cuidadores de Pessoas com Afasia em Unidades de Cuidados Continuados - um olhar sobre as Estratégias de Comunicação*”

Iniciais do Entrevistado:

| <i>Determinação dos blocos</i> | <i>Objetivos específicos</i> | <i>Formulação das questões</i> | <i>Observações</i> |
|--|--|---|-----------------------------------|
| <i>Bloco A-</i> <i>Legitimação da entrevista e motivação dos entrevistados</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Legitimar a entrevista <ul style="list-style-type: none"> • Motivar os entrevistados | <ul style="list-style-type: none"> • Informar os entrevistados sobre o trabalho a desenvolver e os seus objetivos; • Solicitar a colaboração para a continuação do mesmo; • Garantir a confidencialidade dos dados e o anonimato dos entrevistados; • Solicitar a autorização para a gravação áudio da entrevista; | Tempo médio: 5 minutos |
| <i>Bloco B-</i> <i>Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer a situação profissional dos cuidadores | <ol style="list-style-type: none"> 1. Qual a sua formação inicial? 2. Tem alguma formação específica? 3. Como foi o seu percurso profissional? 4. Qual a sua função na instituição em que trabalha? 5. Há quanto tempo trabalha com pessoas que sofreram AVC's? 6. Com que frequência lida com pessoas que sofreram AVC's no seu dia-a-dia? 7. Da experiência que tem, como pode caracterizar essas pessoas? | Tempo médio: 10 minutos |

| | | | |
|---|---|---|---|
| <p>Bloco C- <i>Representações dos cuidadores sobre a Afasia</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as conceções dos cuidadores sobre a temática da Afasia | <p>8. O que entende por Afasia?</p> <p>(Caso não saiba o significado, dar a conhecer a afasia)</p> | <p>Tempo médio: 5 minutos</p> |
| <p>Bloco D- <i>Representações dos cuidadores sobre a Comunicação</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Conhecer as conceções dos cuidadores sobre a temática da Comunicação na interação com o cliente | <p>9. O que para si representa a Comunicação?</p> <p>10. Para si, como se distingue Comunicação verbal de Comunicação Não-Verbal?</p> | <p>Tempo médio: 5 minutos</p> |
| <p>Bloco E – <i>Comunicação com clientes com Afasia</i></p> | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar a comunicação e estratégias subjacentes à intervenção com pessoas com Afasia | <p>11. Quais as principais dificuldades comunicativas sentidas durante a intervenção com pessoas com Afasia?</p> <p>12. Como tenta ultrapassar essas dificuldades*?</p> <p>13. Habitualmente, costuma utilizar que formas de comunicação?.*</p> <p>14. Costuma utilizar estratégias como: escrita, apontar, falar devagar, dar tempo ao cliente para responder, entre outras?</p> <p>15. Acha que as pessoas com Afasia conseguem sempre compreender o que está a dizer? Caso perceba que o cliente não o compreende, como ultrapassa essa barreira?*</p> <p>16. Quando percebe que existem erros na comunicação (Por exemplo na construção de frases), como reage? Costuma corrigir o cliente? De que forma?*</p> <p>17. O que acha que poderia ser feito para melhorar a comunicação no contexto onde trabalha?</p> | <p>Tempo médio: 15 minutos</p> |

***Bloco F –
Espaço para
dúvidas***

- Responder a possíveis dúvidas demonstradas pelo entrevistado
- Durante a entrevista surgiu alguma dúvida acerca da temática abordada que gostasse de ver respondida?

Tempo médio:
5 minutos

**Tempo médio
total:**
45 minutos

* No caso de o entrevistado pedir exemplos por forma a enquadrar as questões tornando-as mais claras, podem usar-se exemplos de situações em atividades de vida diária, ou seja,

- Em situações durante a alimentação;
- Em situações durante a higienização;
- Em situações aquando da prestação de cuidados de saúde;
- Entre outros.

APÊNDICE 3

Transcrição da Entrevista a MC

Transcrição dos Inquéritos por Entrevista

Observações

Instituição – A

Entrevistada: Por forma a preservar a identidade da entrevistada esta será denominada de MC

Idade da Entrevistada: 27 anos

Investigadora: Carolina Barros (CB)

Data da entrevista : 12 de fevereiro de 2016

Hora de início da entrevista : 17h04min; **Hora do término da entrevista:** 17h22min

Tempo de gravação: 18 minutos

Desenvolvimento da Entrevista

Bloco B- Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores

1.

CB: Então vou fazer-lhe aqui algumas perguntinhas para conhecê-la melhor. Então qual é a sua formação inicial ?

MC: " Enfermagem, sou licenciada em enfermagem."

2.

CB: Ok. Tem mais alguma formação , mais específica?

MC: "Relativamente à área de saúde, não ".

CB: Ah! Mas já tirou outro curso, ou alguma formação?

MC: "Já, já tirei outro curso. Já tirei outra licenciatura e pós graduei-me também mas numa área diferente"

3.

CB: Ok. Como é que foi o seu percurso profissional então?

MC: "Então antes de trabalhar no local onde estou a trabalhar atualmente, estive a trabalhar em duas empresas de higiene e segurança que foi a minha primeira formação, e à cerca de um ano e meio estou aqui a trabalhar "

CB: Muito bem. Eu esqueci-me de referir no início da entrevista que está a trabalhar na Instituição "A".

4.

CB: Qual é que é então a sua função aqui na instituição?

MC: "Então eu sou enfermeira aqui na Unidade "

5.

CB: Pronto. Á quanto tempo é que trabalha com pessoas que sofreram AVC's? Não sei se realmente trabalha mas antes da entrevista vimos que sim, não é?!

MC: "Sim, sem dúvida. Os nossos maiores casos, ou, a nossa maior incidência são mesmo em pessoas vítimas de AVC. À cerca de um ano e meio"

CB: Então foi desde que entrou não é?!

MC: Exatamente.

6.

CB: E então com que frequência é que lida com pessoas com AVC no seu dia-a-dia ?

MC: "Diariamente, diariamente. A maioria das pessoas com quem lido sao vítimas de AVC."

7.

CB: Ok. Hm, em termos da experiência que tem tido, agora ao longo do tempo, como é que pode caracterizar essas pessoas ?

MC: "São doentes ### existe um vasto leque, pronto. Há aquelas que conseguem aceitar melhor que outras, pronto, numas é mais complicado. São muito carentes, frustradas, muito prustradas também, é muito complicado. Outras vêm só como um ponto de viragem, às vezes vêm que lhes foi dada uma nova oportunidade de vida e agarram-se muito bem e conseguem recuperar. Mas depende muito da pessoa. Depende mesmo muito da pessoa.

CB: Sim existem pessoas que encaram de uma forma mais positiva e outros de uma forma mais negativa.

MC: O próprio estado de saúde limita a pessoa um bocadinho nisso. A verdade também é esta. Há AVC's e AVC's e e há uns que limitam um bocadinho mais a pessoa e vai apagá-la um bocadinho mais e é mais difícil a recuperação.

CB: Ok. Mas assim de uma forma mais geral...

MC: São muito dependentes, são pessoas muito muito dependentes e que tem uma informação sobre a saúde delas sempre muito restrita. Muito insuficiente. Não compreendem muito bem porque é que lhes aconteceu aquilo, não sabem muito bem porque é que intervimos de determinada maneira, são pessoas assim, lá está, muito carentes a todos os níveis, afetivo, a nível de informação também, pois têm necessidade de saber o que se vai passar, o que vão fazer, porque é que ficaram assim, porque é que outra pessoa teve um AVC e uma está assim e outra que está no mesmo quarto às vezes e está num estado clínico muito diferente, os cuidados prestados são diferentes , é um bocadinho ambíguo."

Bloco C- Representações dos cuidadores sobre a Afasia

8.

CB: Exato. Ok. Então vamos agora passar aqui para outro plano.

MC: Sim, sim.

CB: Que é mesmo em relação à Afasia. Quando lhe apresentei o tema, não sabia se estava familiarizada com o termo. O que é que entende então por Afasia?

MC: "Para mim é um défice de expressão, de compreensão, da articulação de comunicação também, como se fosse uma insuficiência ou uma dificuldade de articular palavras e expressões "

CB: Já agora, no vosso dia-a-dia costumam mesmo utilizar este tipo de terminologia ? Ou seja, fala-se em Afasia?

MC: “Sim, Existem mesmo termos técnicos definidos”

Bloco D- Representações dos cuidadores sobre a Comunicação

9.

CB: Ok, pronto. Agora em termos de Comunicação. O que acho que é a Comunicação?

MC: "Comunicação estabelece-se como o fio condutor para estabelecermos a relação com a pessoa, não é?! É um ponto de partida também para uma boa terapêutica, uma terapêutica eficaz, não acha?!".

CB: Sim exatamente. Pronto, não posso dar a minha opinião, mas sim.

MC: “Eu vejo isso como um ponto crucial no estabelecimento de uma relação que pode ser muito benéfica para a recuperação e também para a aceitação de um determinado estado de saúde”

10.

CB: Exatamente. E existem dois tipos de comunicação. Nós falamos muito em comunicação verbal e comunicação não verbal. Consegue entender a diferença entre uma e outra ? Como é que se destingue uma e outra comunicação?

MC: “Lá está, eu vejo isto também como se tivesses diferentes pontos de partida, depende, o quadro clínico que a pessoa apresentar vai definir a nossa maneira de comunicar. Quando falamos em comunicação verbal, estou a falar em comunicar por palavras, por sons, a pessoa consegue ouvir, consegue falar, consegue responder. Quando falamos em comunicação não verbal, ou seja, estamos a estabelecer contacto com a pessoa visual, contacto mesmo físico, as vezes também podemos associar também a escrita, lá está, o visual.”

Bloco E – Comunicação com clientes com Afasia

11.

CB: Pois é. O não verbal ajuda muitas vezes a entendermos o que se passa na realidade. Quais é que são as principais dificuldades que sente durante a intervenção com pessoas com Afasia ?

MC: “A compreensão. O chegar lá, se a pessoa realmente entende o que nós queremos que entenda, a maneira que a pessoa compreende exatamente o que queremos ou o que estamos a fazer ou o que queremos fazer. Pronto..A principal dificuldades deles é a não compreensão. Mas também das duas partes. Voltamos à questão do verbal e do não verbal. Às vezes podemos estar a dizer uma coisa e a expressão ser completamente diferente e não estarem a expressar da melhor forma, não estamos a entender da melhor forma e a comunicação não estar a ser o mais específico possível.”

12.

CB: Muito bem. E como é que tenta ultrapassar essas dificuldades? A que formas é que recorre para conseguir ultrapassar essas dificuldades que existem?

MC: “Lá está, depende do padrão que a pessoa apresentar, do padrão de doença, do estado de compreensão que a pessoa apresenta.

CB: Se quiser pode mesmo utilizar exemplos...

MC: Por exemplo, pessoas com défices de audição que se calhar utilizamos uma comunicação mais a nível gestual, a nível de mímicas, uma coisa mais prática, mais, lá está, mais visual. Quando existe défice visual já passamos para outros patamares do gestual, do toque, de outro tipo de intervenção”

CB: Podemos tentar ver mesmo aqui uma situação. Por exemplo, se tivermos perante uma pessoa que consegue compreender tudo, mas que depois não consegue responder ao que lhe é dito. Como é que tentaria ultrapassar esta dificuldade?

MC: “ Por exemplo, um quadro, um papel, uma caneta, respostas simples de sim e não , respostas básicas. Apontar, se a pessoa fosse, pronto não tivesse nenhum tipo de condicionante visual, não é? Isto é muito adaptável. Mas nesse quadro que me está a apresentar, utilizaria por exemplo respostas simples, básicas, muito claras, apontando, para tentar obter o feedback que a pessoa deseja que eu obtenha.”

13.

CB: Então, acho que já me respondeu um bocadinho a esta questão, as formas de comunicação que costuma utilizar , se conseguir recapitular, para percebermos bem...

MC: “Por exemplo, num défice de compreensão, já falámos aqui de algumas táticas, não é?! Mas depois também existe as vezes de compreensão, e quando falamos no vulgar, na nossa fala vulgar, às vezes somos muito rápidos, somos pouco coerentes, somos muito rápidos a falar porque não conseguimos nos habituar. Temos de falar mais devagar, dizer bem as palavras para as pessoas conseguirem ler nos nossos lábios as nossas palavras, acompanhando sempre por gestos, por toques que é muito importante, para estimular também a pessoa, para a pessoa fazer associações do que estamos a dizer, falar pausadamente, e é isto que me lembro”

14.

15.

CB: Sim é verdade. Ok. Passamos aqui então um pouco á frente porque acabou por me responder ao que tinha de seguida para perguntar.

16.

CB: Agora por exemplo, acontece várias vezes, quem trabalha com estas pessoas sabe que sim, que acontecem vários erros na comunicação. Por exemplo, falo mesmo na construção frásica, que a pessoa pode empregar mal certos termos, podem haver também falhas em que a pessoa exita e não consegue mesmo completar uma frase ou então mesmo dizer a forma de forma incorreta. Quando este tipo de comunicação acontece, como costuma corrigir ?

MC: “Aqui o que podemos fazer, recorrendo sempre a outros utensílios, podemos recorrer a vários tipos de técnicas, de táticas, vai tudo depender. Mas por exemplo, quando a pessoa nos quer dizer alguma coisa, nós tentamos ir fazendo perguntas de sim e de não, mas têm de ser sempre perguntas claras, concisas, para que não disperssem exactamente da ideia que a pessoa possa querer, com respostas também simples, de – tem sede? Sim, não, para não disperssar.”

CB: Ok. Tenta entrar no tema que a pessoa está a falar para ver se a pessoa consegue chegar ...

MC: “Para ver se conseguimos nós chegar exactamente ao aquilo que a pessoa está a querer dizer com perguntas muito curtas, de resposta fácil, ou quando não é possível tentar fazer isso ou escrito, ou gestualmente”

CB: Ok. Mas agora falando mesmo em erros por exemplo: imagine que uma pessoa quer dizer colher, e diz “colir”, ou algo do género. O que para si é mais aconselhado? Corrigir? De que forma ?

MC: “Sim, corrijo. Tento corrigir da melhor forma possível. De forma a não ser invásiva. Podemos ser muito invásivos na maneira como o fazemos. Quando falamos por exemplo no exemplo da colher, podemos mostrar exactamente o que é a colher e soletrar, tentar depois que a pessoa associe aquela divisão silábica que estamos a fazer, àquele objeto, para numa próxima tentar dizer corretamente. “

CB: Ok. Então opta por corrigir mas ajudando a pessoa a dizer bem. Não é só so informar que a pessoa falou de forma incorreta.

MC: “Não utilizamos tanto, ou pelo menos tento não utilizar a expressão –não. Não utilizar esse tipo de linguagem porque pode ser ofensiva. Tentamos dizer : diz-se COLHER, c-o-l-h-e-r, ou mais devagar, e tentar associar a palavra à imagem, as sílabas à imagem e pedir à pessoa para repetir comigo, pronto. E no fim temos sempre que premiar a pessoa – muito bem!, porque para a próxima a pessoa vai-se , ou pelo menos nós quando contamos com isso nós , ao menos é um bocado esse feedback que queremos, a pessoa vai-se esforçar para dizer bem. Porque lembram-se das nossas expressões, dos nossos gestos que associamos àquela imagem

17.

CB: Agora eu tinha aqui outra questão mas como acabou por respondê-la , vou reformular e pergunto-lhe se acha que no contexto profissional onde trabalha existe algo para ser melhorado em relação a esta temática da comunicação?

MC: “Há muita coisa para ser melhorada. A começar pela sensibilidade dos técnicos perante esta questão porque vejo que muitos colegas não pensam que a pessoa que têm a frente podem ou não compreendê-los ”

Bloco F – Espaço para dúvidas

CB: Ok, muito obrigada. Não sei se durante a entrevista surgiu alguma dúvida que gostasse de ver esclarecida?

MC: Não não, está tudo ok! E eu posso ajudar em mais alguma coisa ?

CB: Já ajudou muito. Resta-me agradecer-lhe pela sua colaboração.

MC: obrigada e espero que lhe corra tudo bem.

APÊNDICE 4

Transcrição da Entrevista a MM

Transcrição dos Inquéritos por Entrevista

Observações

Instituição – B

Entrevistada: Por forma a preservar a identidade da entrevistada, esta será denominada de MM

Idade da Entrevistada: 24 anos

Investigadora: Carolina Barros (CB)

Data da entrevista : 7 de março de 2016

Hora de início da entrevista : 15h20min; **Hora do término da entrevista:** 15h40min

Tempo de gravação: 20 minutos

Desenvolvimento da Entrevista

Bloco B- Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores

1.

CB: Então vamos começar. Qual é que é a sua formação inicial ?

MM: " A licenciatura é em Terapia da Fala e fiz depois também um mestrado na área de Terapia da Fala."

2.

CB: Exato. Então tem uma formação mais específica não é ?

MM: "Sim. É um mestrado em Terapia da Fala na área de Motricidade Orofacial e Deglutição ".

3.

CB: Ok. Pode-me falar um pouco sobre o seu percurso profissional até agora?

MM: "Ok. Então, a minha experiência profissional passou por 11 meses em contexto hospitalar num hospital público, como terapeuta da fala. Nesse hospital a resposta era dada a serviços como a unidade de AVC, otorrino e o serviço de pediatria. Depois disso trabalhei 8 meses numa equipa de intervenção precoce, numa faixa etária dos 0 aos 6 anos e mais recentemente estou à 3 meses em contexto de hospitalar, na unidade de cuidados continuados e intervenho com adultos."

4.

CB: Muito bem. Qual é que é então a sua função na instituição?

MM: "Terapeuta da Fala"

5.

CB: Ok. À quanto tempo é que trabalha com pessoas que sofreram AVC's?

MM: "No total dá 1 ano e 3 meses porque tive ali aquela interrupção na Intervenção Precoce"

6.

CB: E com que frequência é que está com pessoas com AVC no seu dia-a-dia ?

MM: "Diariamente."

7.

CB: Ok. Hm, então da experiência que tem, do contacto com essas pessoas, como é que pode caracterizá-las ?

MM: "As pessoas com AVC"?

CB: As pessoas sim que tiveram AVC's

MM: "Caracterizá-las como?"

CB: A nível geral, de comunicação, físico...

MM: "Ok. Normalmente são pessoas que ficam com défices associados, a nível motor, ficam com um quadro associado, portanto, a nível motor. Frequentemente com sequelas ao nível da comunicação. E muito frequentemente também com alterações ao nível da deglutição."

CB: E a nível psicológico?

MM: "Ok. São pessoas que muitas vezes revelam alguma labilidade emocional, que deixaram de ter um papel ativo na sua vida diária e na sua vida em sociedade. Penso também que a sua participação também está condicionada por todo o quadro que é uma consequência da lesão neurológica e é um problema que afeta a sua qualidade de vida."

Bloco C- Representações dos cuidadores sobre a Afasia

8.

CB: Exato. Ok. Muito bem, falou na parte da comunicação, posso então aproveitar para remeter aqui para a próxima questão que é: o que é a Afasia?

MM: "Ok então a afasia é uma perturbação da linguagem, decorrente de uma lesão cerebral, e que afeta a comunicação da pessoa e a sua participação. A Afasia pode trazer em conjunto ou não défices de compreensão e expressão, sendo que não altera a parte cognitiva, a parte cognitiva da pessoa não está lesada."

Bloco D- Representações dos cuidadores sobre a Comunicação

9.

CB: Ok, então e agora ao nível de comunicação. O que é para si a Comunicação?

MM: "A Comunicação é um processo de troca entre pelo menos duas pessoas. Portanto, exige um emissor e um receptor e uma mensagem que tem de ser transmitida e para haver uma

comunicação eficaz é necessário que os turnos de conversação sejam cumpridos, e que ambas as pessoas possam ter oportunidade de participar numa conversa, por exemplo, na transmissão da mensagem, num determinado ambiente.”

CB: Ok. Se me permite vou aproveitar para adicionar uma questão, que é : pensando na sua interação com as pessoas com Afasia, para si o que significa mesmo Comunicação, para além da definição do termo? Qual a importância da mesma na interação com essas pessoas?

MM: “A comunicação é a base da nossa interação com os outros e podemos fazê-la de várias formas, a própria maneira de ser e de estar da pessoa, é comunicação. Há várias formas de comunicar”

10.

CB: Ok. Então aproveitando isso, como é que distingue a comunicação verbal da comunicação não-verbal?

MC: “Ok. A comunicação verbal recorre a um meio de comunicação exatamente como disse: verbal. A comunicação não verbal pode ser feita através de gestos, do desenho, da expressão facial enquanto que a comunicação verbal é mais através da fala. Mas ambas são formas válidas de comunicar. Com o doente com Afasia pode acontecer que a comunicação seja não- verbal.”

Bloco E – Comunicação com clientes com Afasia

11.

CB: Ok. Então vamos entrar mesmo nessa parte, que diz respeito à interação com pessoas com Afasia. Quais é que são as principais dificuldades que sente durante a intervenção com pessoas com Afasia? Se quiser, tendo em conta que a Afasia é muito geral, pode centrar-se num exemplo concreto.

MM: “Ok. Então as principais dificuldades comunicativas que senti com pessoas com Afasia, é pronto, como é do senso geral, não é?! Para se ter Afasia tem-se de ter uma dificuldade

de nomeação. É exatamente o facto da pessoa não conseguir expressar as suas necessidades, as suas frustrações e os seus sentimentos. Ou seja, se não houver uma boa comunicação não-verbal fica difícil de perceber as necessidades. Pronto. Estou a centrar-me num caso de um senhor que não consegue conversar, nem ter uma conversa fluente, não consegue fazer pedidos e tinha que recorrer muitas a outras formas de comunicação que não a comunicação verbal”

12.

CB: Pronto. Podemos entrar noutra questão que é: perante as dificuldades que sente, que impedem que haja uma comunicação eficaz, como é que tenta ultrapassar essas dificuldades?

MM: “Ok. Então, dar tempo à pessoa para que ela possa tentar responder, tentar fazer perguntas cuja resposta fosse fechada (se sim ou se não), apoiar-me da parte escrita ou de símbolos, em alguns caso a tentativa de implementar uma tabela de comunicação, procurar falar com a pessoa num ambiente mais calmo, e não expôr a pessoa a uma intervenção, por assim dizer, pública, com muita gente. É muito importante também realçar a importância de que devemos deixar a pessoa ter um papel ativo nas suas escolhas. Deixá-la tomar certas decisões. Uma estratégia importante também, mas esta mais em ambiente terapêutico mesmo, é dar pistas fonológicas e usar também a música como estratégia. A música é uma ferramenta que funciona sempre muito bem na Afasia e os clientes gostam.”

CB: Ok. Então olhe, acabou por me responder um pouco às duas questões seguintes mas como falou no apontar, escrever não se aplica à sua situação. Existem entrevistados que podem não referir essas estratégias e é importante perceber se recorrem ou não às mesmas.

MM: “Sim eu utilizo também o desenho. Estou a lembrar-me do mesmo senhor que falei que tinha uma atividade profissional anterior relacionada com isso, e eu recorro muitas vezes ao desenho.

13.

14.

15.

CB: Ah, ok boa!. Então e acha que as pessoas com Afasia conseguem sempre compreender o que estamos a querer dizer?

MM: “Não”

CB: Tendo isso em conta, como é que tenta ultrapassar essa mesma barreira? Pode dar-me assim algumas estratégias?

M.F. “Ok. O que é que podemos tentar fazer?! Recorrer a gestos, para tentar explicar, tentar apresentar à pessoa o objeto de que estamos a falar, recorrer ao desenho, e pronto. Depois a nível de intervenção, e não de comunicação, isso passa por um trabalho inicial de trabalhar a compreensão. Mas caso a pessoa não compreenda, é mesmo isso, recorrer a objetos reais, que explique aquilo que estamos a procurar, gestos, escrita se for possível, material aphasia friendly e acho que já disse todos.”

16.

CB: Ok. Boa. Agora imagine que está perante uma pessoa com Afasia e surgem erros na comunicação. Portanto, erros de construção frásica, ou mesmo situações em que certos sons são substituídos por outros e tornam uma palavra impercetível, como é que reage perante a existência desses erros?

MM: “Ok. Podemos tentar dar o modelo de forma visual corretamente à pessoa, mas desde que seja funcional, e que a pessoa mesmo que esteja a escrever mal, ou a fazer algumas trocas a nível oral, acho que o doente deve ser reforçado positivamente nesse sentido porque o que é mais importante é que seja funcional “

CB: Ok. E por exemplo, costuma corrigir ou não ?

MM: “Sim corrigir dando o modelo correto mas dar o reforço quando é percetível, numa primeira fase. Mas por exemplo, na construção de uma frase em que a pessoa omite uma palavra, eu tento perceber qual é a palavra mas se calhar depois acrescento por forma escrita a letra que falta, por exemplo. ”

CB: Ok. Na situação de uma pessoa que diz “Eu fui”, “eu fui”, e não consegue completar esta frase, como reage?

MM: “Aí vou dando hipóteses: foi aonde? Mas tem de ser hipóteses enquadradas na rotina diária da pessoa “

CB: Ok. Isto remete para a ideia de que nestas situações é muito importante tentar conhecer a pessoa que temos à frente não é ?

MM: “Sim, conhecermos a pessoa e a sua rotina mesmo dentro da instituição”

17.

CB: Ok. Então agora, alterando a questão seguinte, tendo em conta que sendo terapeuta da fala, acabou por me responder ao longo da entrevista, pergunto, o que acha que poderia fazer para melhorar a comunicação na Afasia no contexto em que trabalha?

MM: “Acho que todos os profissionais deveriam ter uma formação direcionada para esta área. Acho que há muita coisa a melhorar. Acho que dos grupos de profissionais ainda há algum desconhecimento do que é a Afasia, e acho que seria importante implementar algum tipo de formação nesta área com algumas estratégias que fossem dadas a estes profissionais porque no fundo eles estão num contexto em que lidam com a pessoa diariamente, e a atividade e a participação da pessoa com Afasia deve ser maximizada em todos os contextos e portanto quanto maior for o número de profissionais que tenham acesso a este tipo de estratégias melhor, pois só assim é que a intervenção vai ser uniforme, porque o nosso objetivo é que tenham resultados em todos os contexto de participação na vida da pessoa com Afasia.”

Bloco F – Espaço para dúvidas

CB: Ok, muito bem. Tem alguma dúvida ou algo a perguntar?

MM: “Não. Mas tenho a dizer que acho muito pertinente este trabalho e é isso, gostava de ver esta problemática mais difundida por outros profissionais de saúde que lidam com o doente em todas as atividades básicas da sua vida.”

CB: Ok. Esse é o meu objetivo. Muito Obrigada pela disponibilidade.

APÊNDICE 5

Transcrição da Entrevista a IS

Transcrição dos Inquéritos por Entrevista

Observações

Instituição – C

Entrevistada: Por forma a preservar a identidade da entrevistada, esta será denominada de IS

Idade da Entrevistada: 25 anos

Investigadora: Carolina Barros (CB)

Data da entrevista : 8 de março de 2016

Hora de início da entrevista : 15h32min; **Hora do término da entrevista:** 15h50min

Tempo de gravação: 18 minutos

Desenvolvimento da Entrevista

Bloco B- Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores

1.

CB: Qual é que é a sua formação inicial ?

IS: "Licenciatura em Terapia Ocupacional."

2.

CB: Ok. Tem mais alguma formação que queria adicionar ?

IS: "Agora estou a tirar uma pós-graduação em Terapia da Mão e pronto na área ainda não fiz assim mais nenhuma formação oficial".

3.

CB: Ok. Pode-me falar um pouco sobre o seu percurso profissional até agora?

IS: "Sim. Eu quando acabei o curso estive a trabalhar um ano em estágio profissional na ACAP, em Coimbra. Trabalhava com população com deficiência visual, não só totalmente cegos mas também com baixa visão. Pronto, estive aí durante um ano e depois vim para cá e já cá estou à um ano "

4.

CB: Ok. Qual é que é a sua função na instituição?

IS: "Eu sou Terapeuta Ocupacional. Pronto, a população alvo são doentes com disfunções neurológicas, como traumatismo craneo encefálicos, AVC'S... a maioria são AVC's quase tudo e depois alguns síndromes, escleroses, entre outros."

5.

CB: Ok. Boa. Então sendo assim, recapitulando, à quanto tempo é que trabalha com pessoas que sofreram AVC's?

IS: "Em dezembro de 2015 fez um ano"

6.

CB: E com que frequência é que está com pessoas com AVC no seu dia-a-dia ?

IS: "Ah, é um contacto diário."

7.

CB: Ok. Hm, então consegue caracterizar as pessoas que têm AVC ?

IS: "Ok. Pronto, as pessoas são todas muito diferentes e há AVC's que afetam mais uma área. Há pessoas que fica afetada a parte motora e as pessoas não conseguem fazer muitas atividades do seu dia a dia por causa das dificuldades. Está muito presente também o «neglet», ou mesmo pode não ser considerado «neglet» mas a negligência daquele lado , ou daquele membro, e isso é muito frequente nos AVC's. Dificuldades perceptivas, que não é uma coisa que não é uma coisa que á primeira vista que se veja mas que estão presentes. E

depois na parte da comunicação, as Afasias, lá está e outros problemas de comunicação que estão muita vezes presentes.”

Bloco C- Representações dos cuidadores sobre a Afasia

8.

CB: Agora gostava que dissesse aquilo que entende por Afasia.

IS: “Pronto eu sei que existem vários tipos de afasia, pronto a de Wernicke, a de Broca. Eu não sei em concreto todos os tipos, mas pronto, sei que pode ser uma dificuldade de compreensão e ou expressão causada por uma lesão cerebral. E na realidade eu tenho muitos pacientes com Afasia e às vezes é assim um bocadinho complicado e sinceramente acho que é muito importante os terapeutas da fala sensibilizarem o resto dos técnicos ou auxiliares, todos os profissionais que estão em contacto com o cliente para que a comunicação seja mais eficaz. ”

Bloco D- Representações dos cuidadores sobre a Comunicação

9.

CB: Ok, então e agora ao nível de comunicação. O que é para si a Comunicação?

IS: "Eu acho que é uma forma de nós interagirmos com o meio que nos rodeia e com as pessoas que nos rodeiam e pode ser de várias formas, verbal, não- verbal, pronto. É muito importante para perceber os objetivos e as expectativas do cliente e para ele perceber também quais são os nossos e assim nós percebemos o que a pessoa quer. É importante também para perceber o que a pessoa está a sentir na altura. A comunicação é essencial.”

10.

CB: Ok, sim aproveito para pedir se pode distinguir a comunicação verbal da comunicação não-verbal .

IS: “A comunicação verbal é aquele que recorremos às palavras, á fala e a não-verbal é quando é por expressões corporais, faciais, se calhar também o desenho, não sei bem “

Bloco E – Comunicação com clientes com Afasia

11.

CB: Ok. Agora vou entrar mesmo para o campo da Afasia e das estratégias. Quais são as principais dificuldades comunicativas que sente durante a intervenção com uma pessoa com Afasia ?

IS: “O perceber o que a pessoa está a sentir. E depois ás vezes também é: ok, eu sei que ela me está a tentar alguma coisa , eu já tentei algumas coisas e contínuo a não perceber e agora o que é que eu faço ? Desisto? O que é que digo ao cliente ? Acho que a grande barreira é tentar perceber o que a pessoa está a tentar expressar.

12.

CB: Ok. Então e quando essas dificuldades surgem, como é que tenta ultrapassar ?

IS: “Primeiro tento explicar e falar com calma à pessoa e perguntar até se tem outra alternativa, tipo : olhe eu não estou a conseguir percebê-lo a falar, tente desenhar, ou faça o gesto, pronto primeiro tento por aí. Ou tento escrever mas quando não consigo vou ter com a Terapeuta da Fala. Já aconteceu várias vezes em que a Terapeuta da Fala daquela pessoa conhece-a melhor e então vou tentar perceber se há outra forma de a perceber. Ou então posso também fazer perguntas á pessoa para tentar chegar ao que ela quer.”

13.

14.

15.

CB: Ah, ok boa!. Então e acha que as pessoas com Afasia conseguem sempre compreender o que está a dizer?

IS: “Não, porque algumas pessoas têm um tipo de Afasia que afetam a parte da compreensão, acho eu, não é?! E nem sempre conseguem perceber o que eu estou a dizer.”

CB: Ok. Então imaginando que a pessoa que tem á sua frente não o compreende, que estratégias é que utiliza?

IS: “Eu mesmo que a pessoa não compreende, tento ir falando, explicando devagarinho á pessoa e depois utilizo outros recursos, ou gestos, ou exemplifico primeiro o que é que quero ou posso mesmo, por exemplo, pegar no braço da pessoa e ao mesmo tempo que a levo a fazer o movimento que eu quero que ela faça vou explicando.”

16.

CB: Ok. Então e como é que reage perante os erros de comunicação que surgem por parte do cliente ?

IS: “Eu tento corrigir a pessoa, acho eu. Mas por exemplo, em casos em que existem um estereótipo, que é o exemplo de um senhor que ficou com o estereótipo e só consegue dizer asneiras, eu não faço nada porque eu sei que ele diz aquilo porque está a tentar expressar-se e não digo nada, nem que é para ele dizer nem que é para ele não dizer. Mas depende muito, porque se estivermos em contexto de intervenção e se eu souber á partida que aquela pessoa não me vai conseguir verbalizar aquela palavra, eu arranjo outras alternativas, como o apontar por exemplo para a pessoa me identificar por exemplo o dia e o mês em que estamos. Mas se a pessoa num contexto espontâneo me verbalizasse algo de forma incorreta eu tento corrigir. Não digo : olhe não me disse bem. Não, tento dizer a palavra correta para que a pessoa tente repetir o correto e pronto.“

17.

CB: Ok. Eu acho que as suas respostas já foram bastante pertinentes e que permitem concluir bastante mas gostava de saber ainda se dentro do seu contexto de trabalho,

pensando também nos teus colegas, o que é que acha que poderia ser alterado ou melhorado para haver uma melhor comunicação? Se acha que há algo a melhorar, claro.

IS: “Acho, claro. A comunicação é essencial para a troca de informação com o cliente. Então eu acho que num cenário ideal, seria o terapeuta da fala daquela pessoa reunir com os outros profissionais que atuam diretamente com aquela pessoa e dizer : olhe este senhor tem estas dificuldades em termos de compreensão e de comunicação e as estratégias para nós conseguirmos perceber e para também nos fazermos entender são estas. Eu acho que isso falta um bocado, é mesmo a comunicação entre toda a equipa que eu acho que deve melhorar. E a sensibilidade que as pessoas devem ter para este défice. Não é sabermos que aquela pessoa não compreende e então adotar uma atitude de não falar para essa pessoa e pronto. ”

Bloco F – Espaço para dúvidas

CB: Ok, claro que sim. Pois bem, não tenho mais perguntas para si. Tem alguma dúvida ou algo a perguntar?

IS: “Não. Não. Acho que o trabalho é super interessante e pertinente e espero que venha a ter muito sucesso com o mesmo.”

CB: Ok. Muito obrigada pela sua disponibilidade.

APÊNDICE 6

Transcrição da Entrevista a PR

Transcrição dos Inquéritos por Entrevista

Observações

Instituição – D

Entrevistada: Por forma a preservar a identidade da entrevistada, esta será denominada de PR

Idade da entrevistada: 35 anos

Investigadora: Carolina Barros (CB)

Data da entrevista : 15 de março de 2016

Hora de início da entrevista : 13h45min; **Hora do término da entrevista:** 13h56min

Tempo de gravação: 11 minutos

Desenvolvimento da Entrevista

Bloco B- Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores

1.

CB: Então. Qual é que é a sua formação inicial ?

PR: " Fisioterapeuta. Licenciatura em Fisioterapia"

2.

CB: Tem uma formação mais específica dentro da sua área?

PR: "Hm, estou no terceiro ano de Osteopatia"

3.

CB: Ok. Pode-me falar como foi o seu percurso profissional até agora?

PR: "Primeiro estive em clínica. Atendia utentes externos, sinistrados, etc. e à um ano vim para aqui para a unidade, desde Outubro."

4.

CB: Qual é que é então a sua função na instituição? É Fisioterapeuta?

PR: "Fisioterapeuta, sim."

5.

CB: Então, à quanto tempo é que trabalha com pessoas que tiveram AVC's?

PR: "Talvez desde sempre mas com pouco quantidade antes. Desde 2003."

6.

CB: Ok. Agora neste momento com que frequência é que lida com pessoas com AVC?

PR: "Diária."

7.

CB: Ok. Da experiência que tem, como é que pode caracterizar essas pessoas ?

PR: " Isso é muito variável. Os comportamentos variam conforme a pessoa. No geral em termos motores têm hemiplegia, descoordenação motora, alterações visuais, alterações a nível da fala, alguns, alterações de esfíncteres."

Bloco C- Representações dos cuidadores sobre a Afasia

8.

CB: Exato. Então passando mesmo para o tema da Afasia, o que é que entende por Afasia?

PR: "Afasia é uma dificuldade em termos de linguagem, quando há uma lesão a nível neurológico, no córtex. Pode ser só de expressão, pode ser de compreensão, pode ser das duas coisas".

Bloco D- Representações dos cuidadores sobre a Comunicação

9.

CB: Exato. Ok. Em termos de Comunicação, o que é para si a Comunicação?

PR: "É a possibilidade que nós temos de interagir uns com os outros. É a capacidade que nós temos para nos percebermos."

10.

CB: Ok. Consegue distinguir a Comunicação Verbal da Comunicação Não-Verbal?

PR: "Sim. A verbal nós utilizamos a linguagem, não é?! O nosso idioma, as nossas palavras, interjeições. No não-verbal podem ser expressões faciais, pode ser a escrita, penso que a escrita não é considerada verbal."

Bloco E – Comunicação com clientes com Afasia

11.

CB: Ok. Agora mesmo em relação à Afasia, quais é que são as principais dificuldades na comunicação que sente quando intervém com esse tipo de pessoas?

PR: "As dificuldades é, primeiro, quando eles não nos percebem, a nível de compreensão, não nos percebem e isso é muito complicado. Depois quando são Afasias muito profundas, em que eles querem comunicar connosco e não conseguem e às vezes ficam agitados e nervosos connosco porque querem dizer alguma coisa, o que é que sentem, ou o que é que querem, as vezes podem ter alguém a espera na sala, ou terem uma consulta e nós não sabemos e nós não conseguimos comunicar com eles".

12.

CB: Então e como é que tenta normalmente ultrapassar essas dificuldades?

PR: “Ai meu deus. Às vezes tentamos que eles escrevam, em casos muito graves. Ou vamos nós nomeando por eles até que eles abanarem a cabeça que sim, que é isso. E pronto, o apontar, os gestos.”

13. Respondeu na 12.

14.

15.

CB: Ok. Acha que as pessoas com Afasia conseguem sempre compreender o que está a dizer ?

PR: “Não, nem sempre”

CB: Ok. Posto isso que estratégias é que costuma usar?

PR: “Nós na fisioterapia exemplificamos um bocado, fazemos nós o movimento. Como são exercícios, como estão num ginásio eles vêem os outros. Muitas vezes conseguimos nos desenrascar assim. Por exemplo: num treino de um levantar sentar, faço eu e depois tento exprimir-me através de gestos que é para fazer aquilo. Exemplificamos nós, e depois: faça assim, é para fazer isto”.

16.

CB: A próxima questão vai entrar mais para o campo da fala. Por exemplo, se está a falar com uma pessoa e essa pessoa afásica diz uma frase mas não a diz de forma correta, por exemplo: omite palavras na frase ou diz a palavra de forma incorreta. Como é que reage? Costuma corrigir ? Se sim como ?

PR: “Também depende um bocado dos doentes. Por norma se nós não percebermos tentamos que a pessoa repita”

CB: Mas na situação de saber o que a pessoa quer dizer, mas ver que essa pessoa dá erros ao tentar?

PR: “Em alguns clientes que temos mais confiança tentamos corrigir, há outros que não. Mas no geral não corrigimos senão passamos o tempo todo nisso porque eles no geral erram muito. Nos pacientes que ganhamos mais confiança sim corrigimos. A nossa atuação não vai tanto para aí. Desde que agente perceba e ele nos perceba não estamos ali a corrigir até o pormenor. “

17.

CB: Ok. Agora uma última questão. Acha que no seu contexto profissional, mesmo pensando nos seus colegas, acha que existiriam fatores a melhorar a nível de comunicação? Acha que a comunicação é feita de forma eficaz na intervenção?

PR: “Sim eu às vezes sinto dificuldades. Se houvessem algumas técnicas que me ensinassem eram bem vindas, sim, porque há casos que eu sinto mesmo dificuldades, em que pergunto coisas à pessoa e não compreendo mesmo e tenho de desistir, pronto. Por vezes até chamamos os terapeutas da fala para irem lá.”

Bloco F – Espaço para dúvidas

CB: Ok, muito bem. Tem alguma dúvida ou algo a perguntar?

PR: “Não. Boa sorte para si.

CB: Obrigada eu pela disponibilidade.

APÊNDICE 7

Apresentação dos Resultados por categorias

APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS POR CATEGORIAS

| <i>Determinação dos blocos</i> | <i>Categorias</i> | <i>Resultados às categorias</i> |
|---|--------------------------------|--|
| Bloco B- Dados gerais sobre a dimensão profissional dos cuidadores | 1.Formação inicial | MC: “(...) licenciatura em enfermagem” |
| | | MM: “A licenciatura é em Terapia da Fala” |
| | | IS: “Licenciatura em Terapia Ocupacional” |
| | | PR: “Licenciatura em Fisioterapia” |
| | 2.Formação específica | MC: Nenhuma |
| | | MM: “(...) Mestrado em Terapia da Fala na área de Motricidade Orofacial e Deglutição” |
| | | IS: “ (...) pós-graduação em terapia da Mão” |
| | | PR: “(...) estou no terceiro ano de Osteopatia. ” |
| | 3.Percurso profissional | MC: “ (...) estive a trabalhar em duas empresas de higiene e segurança (...) à cerca de um ano e meio estou aqui a trabalhar” |
| | | MM: “ (...)11 meses em contexto hospitalar num hospital público, como terapeuta da fala (...) a resposta era dada a serviços como a unidade de AVC, otorrino e o serviço de pediatria. (...) 8 meses numa equipa de intervenção precoce, numa faixa etária dos 0 aos 6 anos e mais recentemente estou à 3 meses (...) na unidade de cuidados continuados e intervenho com adultos.” |
| | | IS: “ (...) estágio profissional na ACAP, em Coimbra (...) durante um ano e depois vim para cá e já cá estou à um ano ” |
| | | PR: “Primeiro estive em clínica. Atendia utentes externos, sinistrados, etc. e à um ano vim para aqui para a unidade, desde Outubro” |
| | 4.Função na instituição | MC: “ (...) sou enfermeira aqui na Unidade |
| | | MM: “Terapeuta da Fala” |

| | | |
|-----------------|---|--|
| | | <i>IS: “Terapeuta Ocupacional”</i> |
| | | <i>PR: “Fisioterapeuta (...)”</i> |
| | 5.Experiência de trabalho com pessoas que sofreram AVC | <i>MC: “À cerca de um ano e meio”</i> |
| | | <i>MM: “ (...) 1 ano e 3 meses”</i> |
| | | <i>IS: “Em dezembro de 2015 fez 1 ano. ”</i> |
| | | <i>PR: “Desde 2003”</i> |
| | 6.Frequência de trabalho com pessoas que sofreram AVC | <i>MC: “Diariamente (...)”</i> |
| | | <i>MM: “Diariamente”</i> |
| | | <i>IS: “ (...) contato diário.”</i> |
| | | <i>PR: “Diária.”</i> |
| | 7.Caracterização das pessoas que sofreram AVC | <i>MC: “ (...) muito carentes, frustradas, muito prostradas (...). Outras vêem só como um ponto de viragem, às vezes vêem que lhes foi dada uma nova oportunidade de vida e agarram-se muito bem e conseguem recuperar. (...) muito dependentes, (...) tem uma informação sobre a saúde delas sempre muito restrita. (...). Não compreendem muito bem porque é que lhes aconteceu aquilo, não sabem muito bem porque é que intervimos de determinada maneira (...) ”</i> |
| | | <i>MM: “ (...)pessoas que ficam com défices associados, a nível motor, ficam com um quadro associado (...) com sequelas ao nível da comunicação (...) alterações ao nível da deglutição.” “ revelam alguma labilidade emocional, que deixaram de ter um papel ativo na sua vida diária e na sua vida em sociedade. (...) a sua participação também está condicionada por todo o quadro que é uma consequência da lesão neurológica e é um problema que afeta a sua qualidade de vida.”</i> |
| | | <i>IS: “(...) fica afetada a parte motora (...) neglet (...) Afasias (...) outros problemas de comunicação (...)”</i> |
| | | <i>PR: “(...) em termos motores têm hemiplegia, descoordenação motora, alterações visuais, alterações a nível da fala, alguns, alterações de esfíncteres”</i> |
| <i>Bloco C-</i> | | <i>MC: “ (...) défice de expressão, de compreensão, da articulação de comunicação (...) uma insuficiência ou uma dificuldade de articular palavras e expressões”</i> |

| | | |
|--|---|--|
| Representações dos cuidadores sobre a Afasia | 8.Noção do termo Afasia | MM: “ (...) afasia é uma perturbação da linguagem, decorrente de uma lesão cerebral, e que afeta a comunicação da pessoa e a sua participação. A Afasia pode trazer em conjunto ou não défices de compreensão e expressão, sendo que não altera a parte cognitiva, a parte cognitiva da pessoa não está lesada.” |
| | | IS: “ (...) existem vários tipos de afasia, pronto a de Wernicke, a de Broca. Eu não sei em concreto todos os tipos, mas pronto, sei que pode ser uma dificuldade de compreensão e ou expressão causada por uma lesão cerebral. E na realidade eu tenho muitos pacientes com Afasia e às vezes é assim um bocadinho complicado e sinceramente acho que é muito importante os terapeutas da fala sensibilizarem o resto dos técnicos ou auxiliares, todos os profissionais que estão em contato com o cliente para que a comunicação seja mais eficaz. “ |
| | | PR: "Afasia é uma dificuldade em termos de linguagem, quando há uma lesão a nível neurológico, no córtex. Pode ser só de expressão, pode ser de compreensão, pode ser das duas coisas”. |
| Bloco D-Representações dos cuidadores sobre a Comunicação | 9.Representação do termo Comunicação | MC: “ (...) estabelece-se como o fio condutor para estabelecermos a relação com a pessoa (...) ponto de partida também para uma boa terapêutica, uma terapêutica eficaz (...) ponto crucial no estabelecimento de uma relação que pode ser muito benéfica para a recuperação e também para a aceitação de um determinado estado de saúde “ |
| | | MM: “ (...) Comunicação é um processo de troca entre pelo menos duas pessoas. Portanto, exige um emissor e um receptor e uma mensagem que tem de ser transmitida e para haver uma comunicação eficaz é necessário que os turnos de conversação sejam cumpridos, e que ambas as pessoas possam ter oportunidade de participar numa conversa, (...), num determinado ambiente.” “é a base da nossa interação com os outros ” |
| | | IS: “ (...) forma de nós interagirmos com o meio que nos rodeia e com as pessoas que nos rodeiam e pode ser de várias formas, verbal, não- verbal, pronto. É muito importante para perceber os objetivos e as expectativas do cliente e para ele perceber também quais são os nossos e assim nós percebemos o que a pessoa quer. É importante também para perceber o que a pessoa está a sentir na altura. “ |
| | | PR: “É a possibilidade que nós temos de interagir uns com os outros. É a capacidade que nós temos para nos percebermos.” |
| | 10.Distinção entre Comunicação Verbal e Comunicação Não-Verbal | MC: “ (...) comunicação verbal, estou a falar em comunicar por palavras, por sons, a pessoa consegue ouvir, consegue falar, consegue responder (...) comunicação não verbal (...) estamos a estabelecer contacto com a pessoa visual, contacto mesmo físico, as vezes também podemos associar também a escrita (...) “ |
| | | MM: “A comunicação verbal recorre a um meio de comunicação exatamente como disse: verbal. A comunicação não verbal pode ser feita através de gestos, do desenho, da expressão facial enquanto que a comunicação verbal é mais através da fala” |
| | | IS: “A comunicação verbal é aquela que recorremos às palavras, à fala e a não-verbal é quando é por expressões corporais, faciais, se calhar também o desenho, não sei bem “ |

| | | |
|--|--|---|
| | | <i>PR: “A verbal nós utilizamos a linguagem, não é?! O nosso idioma, as nossas palavras, interjeições. No não-verbal podem ser expressões faciais, pode ser a escrita, penso que a escrita não é considerada verbal.”</i> |
| Bloco E – Comunicação o com clientes com Afasia | 11.Dificuldades comunicativas sentidas durante intervenção com pessoas com Afasia | <i>MC: “A compreensão (...) se a pessoa realmente entende o que nós queremos que entenda. ”</i> |
| | | <i>MM: “ (...) o facto da pessoa não conseguir expressar as suas necessidades, as suas frustrações e os seus sentimentos”</i> |
| | | <i>IS: “ (...) perceber o que a pessoa está a sentir. (...) O que é que eu digo ao cliente? (...) a grande barreira é tentar perceber o que a pessoa está a tentar expressar.”</i> |
| | | <i>PR: “(...) quando eles não nos percebem, a nível de compreensão (...). Depois quando são Afasias muito profundas, em que eles querem comunicar connosco e não conseguem (...) “</i> |
| | 12.Ultrapassar essas dificuldades/Formas de comunicação e estratégias utilizadas | <i>MC: “ (...) utilizamos uma comunicação mais a nível gestual, a nível de mímicas, uma coisa mais prática. (...) um quadro, um papel, uma caneta, respostas simples de sim e não, respostas básicas. Apontar (...)”“(...) falar mais devagar, dizer bem as palavras para as pessoas conseguirem ler nos nossos lábios as nossas palavras, acompanhando sempre por gestos, por toques, falar pausadamente (...)</i> |
| | | <i>MM: “ (...)dar tempo à pessoa para que ela possa tentar responder, (...) perguntas cuja resposta fosse fechada (se sim ou se não), (...) escrita ou de símbolos, (...) tabela de comunicação, (...) ambiente mais calmo. (...) deixar a pessoa ter um papel ativo nas suas escolhas. Deixá-la tomar certas decisões. (...) dar pistas fonológicas (...) a música como estratégia. (...)”</i> |
| | | <i>IS: “ (...) explicar e falar com calma à pessoa e perguntar até se tem outra alternativa, tipo : olhe eu não estou a conseguir percebê-lo a falar, tente desenhar, ou faça o gesto, (...) Ou tento escrever (...) vou ter com a Terapeuta da Fala. (...) fazer perguntas á pessoa para tentar chegar ao que ela quer.”</i> |
| | | <i>PR: “(...) tentamos que eles escrevam, (...) Ou vamos nós nomeando por eles até que eles abanarem a cabeça que sim, que é isso. (...) o apontar, os gestos.”</i> |
| | 15.Ultrapassar a barreira da não compreensão do cliente | <i>MC: respondeu na questão 13.</i> |
| | | <i>MM: “ (...) Recorrer a gestos, para tentar explicar, tentar apresentar à pessoa o objeto de que estamos a falar, recorrer ao desenho (...)recorrer a objetos reais, que explique aquilo que estamos a procurar, (...) escrita (...) afasia friendly“</i> |
| | | <i>IS: “Não, porque algumas pessoas têm um tipo de Afasia que afetam a parte da compreensão”. “tento ir falando, explicando devagarinho (...) ou gestos, ou exemplifico primeiro o que é que quero ou posso mesmo, por exemplo, pegar no braço da pessoa e ao mesmo tempo que a levo a fazer o movimento que eu quero que ela faça vou explicando.”</i> |
| | | <i>PR: “Não. Nem sempre”. “(...) exemplificamos um bocado, fazemos nós o movimento.(...) Por exemplo: num treino de um</i> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <i>levantar sentar, faço eu e depois tento exprimir-me através de gestos que é para fazer aquilo. Exemplificamos nós, e depois: faça assim, é para fazer isto”. “Por vezes até chamamos os terapeutas da fala para irem lá”</i> |
| | 16.Reação/correção perante erros comunicativos | <i>MC: “Sim, corrijo. (...) De forma a não ser invasiva. Quando falamos por exemplo no exemplo da colher, podemos mostrar exatamente o que é a colher e soletrar, tentar depois que a pessoa associe aquela divisão silábica que estamos a fazer, àquele objeto (...) tento não utilizar a expressão –não(...)e pedir à pessoa para repetir comigo (...) premiar a pessoa – muito bem!! “</i> |
| | | <i>MM: “ (...)tentar dar o modelo de forma visual corretamente à pessoa (...)o doente deve ser reforçado positivamente nesse sentido porque o que é mais importante é que seja funcional (...) hipóteses: foi aonde? Mas tem de ser hipóteses enquadradas na rotina diária da pessoa. “</i> |
| | | <i>IS: “Eu tento corrigir a pessoa. (...)porque se estivermos em contexto de intervenção e se eu souber á partida que aquela pessoa não me vai conseguir verbalizar aquela palavra, eu arranjo outras alternativas, como o apontar por exemplo. Mas se a pessoa num contexto espontâneo me verbalizasse algo de forma incorreta eu tento corrigir. Não digo: olhe não me disse bem. Não, tento dizer a palavra correta para que a pessoa tente repetir o correto e pronto. “</i> |
| | | <i>PR: “(...) tentamos que a pessoa repita” “Em alguns clientes que temos mais confiança tentamos corrigir, há outros que não. Mas no geral não corrigimos senão passamos o tempo todo nisso porque eles no geral erram muito. Nos pacientes que ganhamos mais confiança sim corrigimos. A nossa atuação não vai tanto para aí. Desde que agente perceba e ele nos perceba não estamos ali a corrigir até o pormenor. “</i> |
| | 17.Melhoria do contexto comunicativo da instituição | <i>MC: “ Há muita coisa para ser melhorada. A começar pela sensibilidade dos técnicos perante esta questão porque vejo que muitos colegas não pensam que a pessoa que têm a frente podem ou não compreendê-los. “</i> |
| | | <i>MM: “Acho que todos os profissionais deveriam ter uma formação direcionada para esta área. Acho que há muita coisa a melhorar. Acho que dos grupos de profissionais ainda há algum desconhecimento do que é a Afasia, e acho que seria importante implementar algum tipo de formação nesta área com algumas estratégias que fossem dadas a estes profissionais porque no fundo eles estão num contexto em que lidam com a pessoa diariamente, e a atividade e a participação da pessoa com Afasia deve ser maximizada em todos os contextos e portanto quanto maior for o número de profissionais que tenham acesso a este tipo de estratégias melhor, pois só assim é que a intervenção vai ser uniforme, porque o nosso objetivo é que tenham resultados em todos os contexto de participação na vida da pessoa com Afasia.”</i> |
| | | <i>IS: “Então eu acho que num cenário ideal, seria o terapeuta da fala daquela pessoa reunir com os outros profissionais que atuam diretamente com aquela pessoa e dizer: olhe este senhor tem estas dificuldades em termos de compreensão e de comunicação e as estratégias para nós conseguirmos perceber e para também nos fazermos entender são estas. Eu acho que isso falta um bocado, é mesmo a comunicação entre toda a equipa que eu acho que deve melhorar. E a sensibilidade que as pessoas devem ter para este défice. Não é sabermos que aquela pessoa não compreende e então adotar uma atitude de não falar para essa pessoa e pronto”</i> |
| | | <i>PR: “Sim eu às vezes sinto dificuldades. Se houvessem algumas técnicas que me ensinassem eram bem-vindas, sim, porque há</i> |

| | | |
|--|--|--|
| | | <i>casos que eu sinto mesmo dificuldades, em que pergunto coisas à pessoa e não compreendo mesmo e tenho de desistir, pronto. Por vezes até chamamos os terapeutas da fala para irem lá”</i> |
|--|--|--|