

Test MetAphAs

Metalinguagem
na Avaliação da Afasia



Vicent Rosell-Clari
Carlos Hernández-Sacristán
(Tradução portuguesa e adaptação de
Maria da Assunção Coelho de Matos e
Isabel Maria Monteiro da Costa)

TEST METAPHAS

*Metalinguagem
na Avaliação da Afasia*

Vicent Rosell-Clari

Carlos Hernández-Sacristán

*(Tradução portuguesa e adaptação de
Maria da Assunção Coelho de Matos e
Isabel Maria Monteiro da Costa)*

© Vicent Rosell-Clari e Carlos Hernández-Sacristán.
Valencia (Spain), 2020

Tradução portuguesa e adaptação de Maria da Assunção Coelho de Matos e de
Isabel Maria Monteiro da Costa

© Copyright:

Nau Llibres
Periodista Badía 10.
Tel.: 96 360 33 36
Fax: 96 332 55 82
46010 VALENCIA
E-mail: nau@naullibres.com
web: www.naullibres.com
ISBN13: 978-84-18047-39-8

Universitat de València
Arts Gràfiques, 13. 46010 València
Tel.: 96 386 41 15
Fax: 96 386 40 67
46010 VALENCIA
E-mail: publicacions@uv.es
web: www.uv.es/publicacions
ISBN13: 978-84-9133-331-9

Edição gráfica:

*Artes Digitales Nau Llibres
y Pablo Navarro Roncal*

Imagens que acompanham as instruções
de *Toni Talens*

Ilustração da capa de *C.H. Sacristán*,
com foto de *Lourdes Olmos*

Este trabalho baseia-se nos projectos de investigação FFI2014-54088-P – *Language and executive functioning: a comparative study in aphasia, dementia and language development* – e FFI2017-84951-P – *Metacognitive dimensions in language acquisition, clinical language disorders and interlinguistic practice* – financiados pelo Ministério da Economia e da Competitividade espanhol. O quadro teórico e alguns resultados do estudo foram apresentados e discutidos nas reuniões organizadas pela Acção Europeia COST: *Collaboration of Aphasia Trialists*.



Um agradecimento especial à Toni Talens - pelas ilustrações que acompanham as instruções de alguns itens - e a Josep Quiles Climent - pela sua assistência no processamento de dados estatísticos.

Sumário

PREFÁCIO	11
METAPHAS. DEFINIÇÃO DOS ITENS	15
Secção I. Linguagem Interior, Capacidade de Inibição e Discurso Diferido	16
1. Atividade monológica.....	16
2. Verbalizações de apoio às atividades de vida diária.....	16
3. Sussurro.....	16
4. Leitura silenciosa.....	17
5. Uso diferido da linguagem (resposta diferida).....	17
6. Uso diferido da linguagem (descrição diferida).....	17
Secção II. Controlo dos procedimentos semióticos concorrentes.....	18
7. Marcadores discursivos	19
8. Gestos concomitantes à atividade verbal.....	20
9. Entoação melódica.....	20
10. Gestos fónicos e Expressões de conteúdo emocional.....	20
11. Entoação convencional (com modulação subjetiva).....	20
Secção III. Capacidades Parafrásticas e Fenómenos Associados.....	21
12. Definição de termos na nomeação de objetos específicos	21
13. Definição de termos abstratos	21
14. Circunlóquios.....	22
15. Fenómeno da “ponta da língua”	22
16. Parafasias.....	23
Secção IV. Discurso Indireto e fenómenos associados	23
17. Discurso indireto	23
18. Discurso indireto e gesto fónico	24
19. Imitação da voz (Narração teatralizada).....	24
20. Contar uma história	24
Secção V. Capacidades de Monitorização e Pistas de Contextualização	25
21. Monitorização de sílabas: divisão silábica de uma palavra.....	25
22. Monitorização da estrutura frásica: aumento de intensidade para dar ênfase	26
23. Monitorização de sílabas com o apoio de gestos.....	26

24. Formas de dizer (ou falar) em contexto	26
25. Capacidade de comunicação por um só canal (monochannel)	26
26. Capacidade de comunicação com destinatário ausente	27
27. Capacidade de autocorreção.	27
28. Capacidade de heterocorreção	27
29. Avaliar as palavras do outro.....	28
30. Capacidade de preencher lacunas lexicais	28
Secção VI. Usos de Linguagem Inadequados e Teoria da Mente (TOM).....	28
31. Descrever um objeto ou situação não presente	29
32. Recordar eventos passados recentes	29
33. Recordar eventos passados antigos.....	29
34. Antecipar eventos futuros	29
35. Descrever uma cena	30
36. Capacidade de encontrar antónimos	30
37. Leitura de emoções	30
38. Uso da linguagem ficcional	31
39. Capacidade de mentir	31
40. Expressar ironia	31
ADMINISTRAÇÃO DO TESTE.....	33
Secção I. Discurso Inibido, Interno e Diferido.....	35
1. Atividade monológica	35
2. Verbalizações de apoio às atividades de vida diária.....	35
3. Sussurro.....	36
4. Leitura silenciosa.....	37
5. Uso diferido da linguagem (resposta diferida).....	38
6. Uso diferido da linguagem (descrição diferida)	39
Secção II. Controlo dos Procedimentos Semióticos Concorrentes.....	40
7. Marcadores discursivos	40
8. Gestos concomitantes à atividade verbal.....	40
9. Entoação melódica.....	41
10. Gestos fónicos e Expressões de conteúdo emocional.....	41
11. Entoação convencional (com modulação subjetiva).....	42

Secção III. Capacidades Parafrásticas e Fenómenos Associados	43
12. Definição de termos na nomeação de objetos específicos	43
13. Definição de termos abstratos	44
14. Circunlóquios.....	44
15. Fenómeno da “ponta da língua”	47
16. Parafasias.....	50
Secção IV. Discurso Indireto e fenómenos associados	53
17. Discurso indireto	53
18. Discurso indireto e gesto fónico	54
19. Imitação da voz.....	55
20. Contar uma história	55
Secção V. Habilidades de Monitorização e Pistas de contextualização.....	56
21. Monitorização de sílabas: divisão silábica de uma palavra.....	56
22. Monitorização da estrutura frásica: aumento da intensidade para dar ênfase	57
23. Monitorização de sílabas com o apoio de gestos.....	58
24. Formas de dizer em contexto	58
25. Capacidade de comunicação por um só canal	59
26. Capacidade de comunicação com destinatário ausente.....	60
27. Capacidade de autocorreção	60
28. Capacidade de heterocorreção	61
29. Avaliar as palavras do outro.....	62
30. Capacidade de preencher lacunas lexicais	63
Secção VI. Usos de Linguagem inadequados e Teoria da Mente (TOM)	64
31. Descrever um objeto ou situação não presente	64
32. Recordar eventos passados recentes	65
33. Recordar eventos passados antigos.....	65
34. Antecipar eventos futuros	66
35. Descrever uma cena	66
36. Capacidade de encontrar antónimos	68
37. Leitura de emoções.....	68
38. Uso da linguagem ficcional.....	70
39. Capacidade de mentir	70
40. Expressar ironia.....	71

DIFERENTES PERFIS METALINGÜÍSTICOS DE TRÊS PACIENTES COM AFASIA	73
1. Paciente com afasia sensorial grave (ASG)	74
2. Paciente com afasia motora grave (AMG).....	76
3. Paciente com afasia anômica residual (AAR).....	78
4. Conclusões.....	80
ALGUNS DADOS ESTATÍSTICOS	81
Amostra	81
REFERÊNCIAS	85

Prefácio

O teste aqui apresentado, MetAphAs (Metalinguagem na Avaliação da Afasia), é o resultado de uma convergência interdisciplinar entre psicolinguístas, terapeutas da fala e linguístas clínicos, orientados para o estudo das perturbações adquiridas da linguagem, como a afasia. O seu objetivo é explorar uma dimensão da linguagem que até agora não foi considerada com a atenção que merece para estes fins clínicos. O nosso foco específico de interesse é o aspecto “natural”, funcional e não o aspecto “técnico” ou “gramatical” do conhecimento metalinguístico.

As capacidades metalinguísticas naturais manifestam a atividade metacognitiva que está processualmente envolvida no comportamento verbal; isto requer a compreensão da linguagem como um objeto de experiência e percepção para o seu usuário e, ao mesmo tempo, como um instrumento comunicativo sujeito a monitorização e controlo estratégico (embora não necessariamente consciente ou declarativo). *As capacidades metalinguísticas naturais* são aspectos diferentes de um fator genérico que pode ser identificado em termos semióticos como *reflexividade em linguagem* (Hockett, 1960; Lucy, 1993). A sua base neuropsicológica estaria representada por um espaço complexo de inter-relações entre capacidades metacognitivas e linguísticas. As capacidades em estudo são denominadas de “naturais” para realçar o facto de que geralmente são utilizadas sem instruções explícitas ou antes de qualquer treino técnico.

Um estudo preliminar (Hernández-Sacristán, Rosell-Clari, Serra-Alegre e Quiles-Climent, 2012) propôs os elementos fundamentais que deveriam formar a

base de uma exploração da dimensão metacognitiva envolvida no comportamento verbal. Os resultados obtidos, numa amostra de 21 indivíduos com afasia, demonstraram que um teste sobre capacidades metalinguísticas naturais apresenta sensibilidade tanto para a gravidade quanto para o tipo de afasia. O presente trabalho estende ainda mais os resultados já avançados neste estudo, ampliando a descrição dos diferentes aspetos considerados, especificando os critérios de pontuação dos itens e fornecendo exemplos sobre como o teste deve ser administrado. O objetivo é oferecer uma ferramenta viável para a avaliação de pessoas com afasia. Apresentamos aqui uma versão adaptada em Português Europeu dos capítulos do teste MetAphAs (originalmente publicado em espanhol), que se referem aos princípios básicos, à definição dos seus itens, aos critérios de administração e à ilustração de diferentes perfis de desempenho, conforme refletidos nas folhas de pontuação. (Rosell-Clari, & Hernández-Sacristán, 2014a). São também apresentados alguns dados estatísticos novos que comprovam a confiabilidade e a validade do teste.

O teste explora uma série de aspetos da fenomenologia afásica que, embora avaliados em programas de investigação independentes, formam um modelo pragmático-funcional em afasiologia (Rosell-Clari, & Hernández-Sacristán, 2017). Este modelo assume que “os défices linguísticos não podem ser totalmente explicados pela dissociação do comportamento verbal das suas condições particulares de uso, da experiência que falantes e ouvintes têm sobre o seu próprio comportamento, das funções semióticas gerais da linguagem e das relações entre diferentes capacidades cognitivas, envolvidas no processamento da linguagem” (Rosell-Clari e Hernández-Sacristán, 2014b: 161). Deste modo, o objetivo do teste é avaliar diferentes aspetos representativos deste paradigma de investigação, assumindo uma perspectiva metacognitiva do comportamento verbal. Isto significa explorar um domínio cognitivo onde a função executiva e o comportamento verbal se misturam. Estudos publicados recentemente confirmam o interesse nesta abordagem para a afasiologia (Cf. Dean, Della Sala, Beschin e Cocchini, 2017; Dockree, Tarleton, Carton & FitzGerald, 2015; El Hachoui et al., 2014; Frankel, Penn, & Ormond-Brown, 2007; Kuzmina, & Weekes, 2017; Mayer, Mitchinson, & Murray, 2017; Murray, 2012; Penn, Frankel, Watermeyer e Rusell, 2010).

Embora o teste MetAphAs tenha sido inicialmente concebido para explorar a dimensão metacognitiva do comportamento verbal na afasia, este instrumento de avaliação, convenientemente adaptado, pode também ser utilizado na avaliação de outros tipos de perturbações da linguagem, cuja etiologia não seja a afasia. De facto, a avaliação de capacidades metalinguísticas tem sido proposta no exame de perturbações da linguagem de origem neurodegenerativa, como a doença de Alzheimer (Harley, Jessiman, MacAndrew, & Astell, 2008). Alguns dos itens deste teste foram também aplicados e avaliados em pacientes com lesões do hemisfério direito, cujas

alterações de linguagem contribuíram especialmente para o desenvolvimento do modelo pragmático-funcional. É importante ainda realçar que a exploração das capacidades metalinguísticas é também do interesse de investigadores do desenvolvimento da linguagem, tais como Gombert (1992) e Karmiloff-Smith (1986). Neste sentido, o uso deste teste poderá também ser adequado na avaliação de défices linguísticos associados à aquisição da linguagem (Rosell, & Bernicot, 2012), contudo a adaptação dos itens poderá ter que ser mais específica nesta situação.

MetAphAs.

Definição dos itens

Os seguintes itens foram criados para explorar as capacidades metalinguísticas naturais, como definido previamente. Após a realização de uma série de estudos-piloto, iniciados em 2008, foram selecionados e definidos um total de 40 itens. Estes itens foram divididos em seis áreas:

- **Secção I:** Linguagem Interior, Capacidade de Inibição e Discurso Diferido. Contendo 6 Itens.
- **Secção II:** Controlo de procedimentos semióticos concorrentes. Contendo 5 itens.
- **Secção III:** Capacidades parafrásticas e fenómenos associados. Contendo 5 itens.
- **Secção IV:** Discurso indireto e fenómenos associados. Contendo 4 itens.
- **Secção V:** Capacidades gerais de Monitorização. Marcas de Contextualização. Contendo 10 itens.
- **Secção VI:** Usos de Linguagem Inadequados e Teoria da Mente (TOM). Contendo 10 itens.

Estas secções não devem ser consideradas como compartimentos estanques pois é fácil compreender que alguns dos itens podem ser atribuídos a mais que uma secção.

Secção I. Linguagem Interior, Capacidade de Inibição e Discurso Diferido

O principal objetivo dos itens que fazem parte desta secção é a avaliação das capacidades de linguagem interna e de outros tipos de comportamento que poderão inibir a expressão verbal oral/fala. As dificuldades óbvias em aceder diretamente a estas capacidades poderão ser contornadas pelo uso de tarefas que envolvem este tipo de atividade verbal. Realçamos a importância dada à exploração de uma capacidade que tem sido considerada crucial na origem da linguagem humana (Bickerton, 1990; Hurford, 2004; Hernández-Sacristán, 2006). A inibição da fala permite ligar a atividade comunicativa a processos psicológicos de alto nível e fundamenta a dimensão simbólica da linguagem humana. Portanto, a inibição deverá ser um fator incorporado em qualquer análise de uma perturbação específica de linguagem, como é o caso da afasia. Os itens a seguir apresentados foram selecionados para ilustrar tarefas que manifestam inibição, linguagem interna e discurso diferido.

1. Atividade monológica

As atividades intrínsecas à linguagem interna deixam muitas vezes diversos vestígios em fragmentos de monólogos audíveis. Todos nós, sem dúvida, já ouvimos, em algum momento, alguém a falar sózinho; da mesma forma, é provável que nos tenhamos surpreendido a fazer exatamente o mesmo.

2. Verbalizações de apoio às atividades de vida diária

A linguagem pode orientar, regular e facilitar o comportamento não-verbal de um indivíduo. Geralmente recorremos a esta capacidade quando estamos envolvidos em atividades que exigem atenção ou controlo especial. Este item explora a capacidade dos indivíduos em regular o seu comportamento não-verbal com o apoio de palavras (verbalizações simultâneas com tarefas não-verbais) e de que forma esta capacidade, facilita a tarefa.

3. Sussurro

Quando não queremos que uma conversa seja ouvida, geralmente baixamos a voz, e sussurramos ou usamos uma voz afónica (sem vibrar as nossas cordas vocais),

assim como falamos mais próximo do ouvido do nosso interlocutor. Já observámos, sem dúvida, várias vezes este comportamento e certamente todos nós já o fizemos. Esta modalidade demonstra a capacidade de controlar uma fase final da produção da fala, deixando-nos em algum lugar entre o uso interno da linguagem e a sua dimensão audível e claramente vocalizada.

4. Leitura silenciosa

Quando as crianças aprendem a ler, começam normalmente a ler em voz alta; só após um período longo de aprendizagem é que elas são capazes de inibir a expressão audível da linguagem e ler silenciosamente. De facto, alguns adultos que raramente leem podem nunca ter interiorizado completamente esta atividade e recorrer sempre à vocalização, ou seja, fazer uma leitura em voz alta, ainda que falando baixo, ou como se estivessem a sussurrar. A este nível, interessa-nos examinar se o paciente tem a capacidade de inibir total ou parcialmente a leitura em voz alta, o que é indicativo do acesso à linguagem interna. Para estabelecer se esta leitura silenciosa é eficaz, os indivíduos devem responder a algumas perguntas para avaliar o seu grau de compreensão da leitura.

5. Uso diferido da linguagem (resposta diferida)

Quando nos fazem uma pergunta, podemos responder rapidamente ou com algum atraso, ou seja, inibir a nossa resposta por um certo tempo. Atrasar a nossa resposta dá-nos tempo extra para a preparar, para realizar pesquisas mentais caso, por exemplo, nos esqueçamos da palavra certa para responder corretamente. Podemos tirar proveito de uma resposta atrasada dependendo de quão complexa ou padronizada é a tarefa. As vantagens do atraso na resposta são mais significativas em tarefas que exigem níveis mais altos de elaboração, com maior atividade da memória de trabalho. Quando os pacientes manifestam problemas de memória de trabalho, este tempo extra pode não ser benéfico e pode até aumentar a dificuldade de produzir uma resposta.

6. Uso diferido da linguagem (descrição diferida)

Fazer uso de um tempo extra antes de dar uma resposta verbal audível é geralmente necessário em tarefas linguísticas que são mais complexas e menos automáticas, como acontece quando somos solicitados a descrever imagens com elementos

diferentes (por exemplo: descrever uma paisagem), quando nos pedem para explicar como é que certas tarefas são executadas numa série de etapas (por exemplo: preparar uma refeição) ou quando nos pedem para falar sobre os nossos planos, etc. O nosso interesse nesta área foca-se na capacidade do paciente em organizar a informação que pretende transmitir e os efeitos que a inibição da resposta imediata podem ter na melhoria dos resultados da tarefa.

■ Secção II. Controlo dos procedimentos semióticos concorrentes

O objetivo fundamental dos itens que compõem esta secção é estabelecer em que medida o sujeito acompanha e apoia a sua formulação verbal com procedimentos semióticos complementares, isto é, se o sujeito pode fazer um uso funcional da natureza multi-nível e/ou multi-canal da comunicação em contextos naturais. O primeiro item desta secção foca-se na natureza multi-nível intrínseca à atividade verbal; podemos distinguir entre o nível básico do que estamos a dizer e um nível de atividade verbal simultânea, que tem apenas uma função qualificadora ou organizadora sobre este nível básico. Uma atividade verbal concorrente é realizada, por exemplo, através dos chamados *marcadores discursivos*, tais como: “bom”, “OK”, “bem, vamos ver”, “bem, então”, etc. Os restantes itens focam-se no uso de gestos fónicos ou cinéticos, denotando componentes semióticos que servem igualmente para qualificar e organizar o que está a ser dito. Quando utilizamos a linguagem em contextos naturais, esta vem acompanhada de mudanças subjetivas na entoação, na intensidade fónica ou no ritmo da fala; tudo isto qualifica ou reforça a nossa expressão verbal oral. Estas mudanças podem ser denominadas de gestos fónicos, ou seja, gestos que se focam na própria voz do falante; isto não deve ser confundido com a entoação gramatical convencional, utilizada quando se faz uma pergunta neutra. Da mesma forma, no uso da linguagem natural, as palavras são acompanhadas por gestos cinéticos que implicam movimentos corporais e que também desempenham um papel na organização e qualificação do que está a ser dito (como por exemplo fazer uma careta ao dizer “*que amargo*”). Os marcadores discursivos, e os gestos fónicos e cinéticos, partilham a função de um meta-nível semiótico que qualifica e organiza o que está a ser dito. Este recurso partilhado permite-nos agrupar os três procedimentos semióticos na mesma secção do teste MetAphAs. Além disso, existem domínios de transição entre estes procedimentos semióticos que justificam tratá-los em conjunto. Consideremos, por exemplo, algumas inter-

jeições que podem servir como pausas orais, tais como “Humm...”. Estas podem ser compreendidas como um domínio de transição entre os marcadores de discurso e o gesto fónico (por exemplo, “Humm! Este foi um teste difícil!”). O domínio semiótico orofacial pode também ser considerado como uma interseção entre o gesto fónico e o movimento.

Os três procedimentos semióticos acima referidos foram estudados na afasiologia tradicional, embora sob abordagens diferentes. Recordemos o interesse recentemente apresentado na análise de marcadores discursivos para avaliar a afasia, nas propostas apresentadas por Simmons-Mackie, Elman, Holland e Damico (2007), Pietrosevoli, Vera, Gonzalez Valera e Coutín Churchman (2005), Gallardo Paúls, & Marín Jordà (2005). Durante muito tempo, os gestos fónicos e o movimento foram foco de atenção, embora tenha havido um interesse renovado nesta área e na sua relação com a avaliação e o tratamento da afasia. O significado comunicativo dos gestos cinéticos em situações naturais levou-os a tornarem-se num dos instrumentos de terapia na reabilitação da afasia (Rose, 2006). Helm-Estabrooks, Fitzpatrick e Barresi (1982) desenvolveram a *Visual Action Therapy* (VAT), cujo objetivo final é garantir que o paciente possa representar, através de gestos, objetos que estão escondidos ou não presentes. Sabemos também que os gestos fónicos ou a entoação emotiva são úteis para tornar a expressão verbal oral mais acessível. De facto, quando comunicamos com crianças pequenas, tendemos a usar tons mais agudos do que quando falamos com indivíduos mais velhos (por exemplo: conversa com bebês/maternalês). Indivíduos com sérias dificuldades na compreensão da linguagem, devido a lesões cerebrais, são capazes de, apesar de tudo, diferenciar entre um interlocutor que está a protestar ou a falar suavemente, graças ao gesto fónico que é usado, assim como através de outros aspetos da comunicação não verbal. Na afasiologia, o uso de gestos fónicos, como princípio básico para a reabilitação, é bem conhecido. Esta abordagem está na base de terapias como a *Melodic Intonation Therapy* (MIT) (Albert, Sparks & Helm, 1973), onde se procura recuperar a expressão verbal oral com um fragmento inicial que é cantarolado ou cantado como mecanismo de suporte. Os itens seguintes foram selecionados para representar o uso dos procedimentos semióticos concorrentes acima mencionados.

7. Marcadores discursivos

Por vezes acompanhamos o nosso discurso com expressões que podem qualificar o que estamos a dizer; dar-nos algum tempo para refletir antes de falar; indicar que nos estamos a aproximar do final do nosso turno de conversação, etc. Por exemplo, quando pretendemos explicar a alguém como fazer para chegar a uma

loja ou como encontrar uma morada e estamos conscientes do quão complicada é a nossa explicação ou quão difícil poderá ser seguir as nossas instruções, podemos usar expressões como “bem, vamos ver”, “certo”, “bem, então”, entre outras; nós reorganizamos a nossa própria produção verbal para usar estas expressões.

8. Gestos concomitantes à atividade verbal

Em situações de comunicação natural, além da expressão verbal oral, usamos outros tipos de recursos que acompanham as palavras; os gestos faciais e manuais são dos mais importantes e mais frequentemente usados.

9. Entoação melódica

A entoação melódica é uma técnica de suporte à expressão verbal oral em indivíduos com afasia. Neste item, procuramos avaliar a capacidade de cantarolar/entoar do paciente, que é uma atividade inicial comum na terapia de entoação melódica.

10. Gestos fónicos e Expressões de conteúdo emocional

O nosso discurso é modulado com mudanças na qualidade, ritmo e intensidade da nossa voz e através da gestão de pausas. Este tipo de procedimentos são mecanismos geradores de significado, denominados de gestos fónicos. O gesto fónico, usualmente denominado de entoação emotiva, tem provado ser um recurso terapêutico na reabilitação de pessoas com afasia.

11. Entoação convencional (com modulação subjetiva)

Usamos a entoação de maneira convencional para diferenciar na fala, por exemplo, os usos interrogativos e exclamativos. No entanto, a curva tonal convencional pode ser modificada, intensificada ou adaptada à intenção comunicativa do falante. Neste caso, o gesto fónico modula a entoação convencional. Por exemplo, podemos fazer uma pergunta com ênfase especial para mostrar surpresa (O quê? Ele não chegou? O PEDRO? [no caso de se esperar que o Pedro chegasse em determinado momento]).

Secção III. Capacidades Parafrásticas e Fenómenos Associados

Reformular o que foi dito anteriormente, isto é, parafrasear, é uma operação muito comum em que usamos a linguagem para explicar, esclarecer ou comentar o que foi dito. Este é um exemplo claro de reflexividade no uso da linguagem. A gama de manifestações da atividade parafrástica é muito ampla, podendo abranger uma variedade de usos de linguagem. A atividade parafrástica é crucial para o desenvolvimento da linguagem de uma criança e auxilia na realização de todas as funções da fala no adulto. A definição de uma unidade lexical pode ser considerada a manifestação primária da atividade parafrástica porque permite a expressão do mesmo sentido de muitas maneiras, ou seja, expressar uma determinada ideia, necessidade, propósito, etc. de distintas formas. Evidentemente, os graus de complexidade sob os quais esta capacidade entra em jogo variam em função do conteúdo que o sujeito procura comunicar, da situação e do recetor ou recetores da mensagem, do objetivo da comunicação, da presença ou ausência física do que está a ser referido, da possibilidade de usar outros recursos, etc. Esta secção inclui a avaliação de alguns fenómenos que não são estritamente parafrásticos, mas que, de alguma maneira, estão associados à capacidade parafrástica, como o fenómeno de ter a palavra na *ponta da língua* (fazemos formulações mentais de palavras próximas à própria palavra que é o objetivo da nossa procura) ou parafasias, pelo facto de que por vezes estamos conscientes da palavra pretendida (por outras palavras, temos auto-consciência relativamente às procuras erróneas pela palavra desejada).

12. Definição de termos na nomeação de objetos específicos

Muitas vezes temos a necessidade de explicar a alguém o significado de uma determinada palavra que representa um objeto específico; para tal, oferecemos definições, mais ou menos formais, que aludem de algum modo à forma, ao uso ou às características típicas do referido objeto. Estas definições são aproximações parafrásticas aos termos que desejamos explicar.

13. Definição de termos abstratos

A dificuldade de definir palavras pode aumentar com a complexidade conceptual. Explicar palavras que se referem a noções abstratas não é tão fácil como explicar nomes de objetos encontrados na nossa vida diária.

14. Circunlóquios

Quando por vezes não somos capazes de encontrar a palavra de que necessitamos recorremos a uma explicação ou circunlóquio indireto. Por exemplo, nós “não conseguimos produzir” a palavra *compasso* e substituímos a mesma por uma frase que indica o seu uso ou a sua forma: “*Como é que chama ao objeto usado para medir ângulos?*” Ou: “*Como se chama o instrumento de medição semicircular, dividido em setores de uma ponta à outra?*”. Circunlóquios são fenómenos comuns no uso da linguagem e servem para todos os tipos de temas e situações. Estes são particularmente indicativos de uma estratégia compensatória característica da anomia, ou seja, de uma dificuldade genérica de aceder ao léxico, seja na tarefa de nomear objetos, num teste, ou no discurso espontâneo.

15. Fenómeno da “ponta da língua”

Às vezes, temos uma palavra na “ponta da língua”. Somos incapazes de aceder à palavra que pretendemos, embora nos pareça que ela está muito acessível e, “metaforicamente”, na ponta da nossa língua. Uma circunlocução explicativa não é, no entanto, iniciada e no seu lugar colocamos mentalmente as opções: em certas ocasiões, acreditamos que somos quase capazes de dizer a palavra em questão à medida que pensamos com que letra a palavra pode começar ou terminar, ou o número de letras que esta pode ter, ou sentimos que temos uma compreensão de outros atributos da palavra, mas apesar destas aproximações, não conseguimos identificar a palavra como tal. Esta busca mental é também indicativa do papel da atividade da linguagem interna. Além disso, o gesto cinético está intimamente associado ao fenómeno da “ponta da língua”. Com frequência, a pessoa mostra aos ouvintes, através de gestos orofaciais ou de outros gestos cinéticos, o seu estado mental (por exemplo, fechamos os lábios e produzimos um som nasal, simbolizando o tempo gasto na procura, e agitamos as mãos de forma complementar para o mesmo efeito simbolizador). De particular interesse é verificar em que medida os pacientes com afasia, que geralmente têm problemas de acesso ao léxico, podem envolver-se na sua própria experiência deste fenómeno. Desejamos compreender, entre outras coisas, até que ponto estes, nas tentativas que fazem de procurar a palavra alvo, têm a capacidade de listar mentalmente unidades lexicais, se oferecem pistas de busca, se fazem uso de gestos sintomáticos, etc. Veja o sistema de pontuação que é proposto para este item.

16. Parafasias

Todos nós já tivemos a experiência de dizer outra palavra relacionada com a palavra que realmente queríamos usar. Por exemplo, em vez de pedir a alguém uma “esferográfica”, dizemos “lápiz” (uma parafasia semântica ou verbal) ou mesmo “esfera” (parafasia fonológica ou fonêmica, também denominada parafasia fonológica formal na neuropsicologia cognitiva). Noutras situações, em vez de dizer uma determinada palavra, dizemos uma pseudo-palavra, ou seja, uma sequência de sons que segue as regras fonológicas da língua, mas que não faz sentido; estas são palavras inventadas. Um exemplo disso seria pedir uma “catesfo” em vez de uma “esferográfica”. Este item procura compreender em que medida os pacientes estão cientes destas situações e se estas ativam algum mecanismo de correção ou aproximação à palavra alvo. Veja como este item foi pontuado no sistema de classificação.

Secção IV. Discurso Indireto e fenómenos associados

O discurso indireto é entendido como a atividade através da qual se usa a linguagem para se referir a palavras ditas por outra pessoa citando o próprio de forma direta (*O Luís disse: “Eu vou viajar amanhã”*), mas em forma de discurso indireto (*O Luís disse que ia viajar hoje.*) ou por meio de outra técnica ou estilo de referência. O discurso indireto é possivelmente o exemplo mais claro de reflexividade (Hockett, 1960; Lucy, 1993). No uso cotidiano da linguagem, referir-se às *palavras de outra pessoa* equivale frequentemente a *parafrasear essas palavras*. Além disso, o seu uso natural é geralmente associado à imitação da voz ou à imitação dos gestos do outro. Os itens desta secção foram selecionados para ilustrar o que é, de facto, uma pequena amostra de uma extensa gama de formas que podem explicar a técnica geral do discurso indireto.

17. Discurso indireto

Precisamos muitas vezes, no dia-a-dia, de dizer a uma pessoa o que uma terceira pessoa disse, transmitir um pedido, passar informações, falar sobre o que foi discutido num programa de televisão, contar como correu uma entrevista de emprego, descrever o conteúdo de um exame ou o que aconteceu num filme. Estas tarefas

têm em comum o facto de usarem uma série de capacidades que permitem a transmissão de algo que foi previamente dito por outra pessoa; exigem uma capacidade de monitorização suficientemente preservada para concentrar a nossa atenção na mensagem verbal, juntamente com o seu significado semântico e pragmático. O discurso indireto requer uma memória verbal suficientemente preservada, para que possa reter o conteúdo da mensagem, e o controlo dos recursos linguísticos para reproduzir este conteúdo por meio de palavras iguais ou diferentes.

18. Discurso indireto e gesto fónico

Este item avalia a situação inerente ao relato das palavras de outra pessoa em estilo direto. Não é incomum, neste caso, que a reprodução em situações naturais inclua, com frequência, o *modo* de falar, ou seja, o gesto fónico e até mesmo os gestos da pessoa cuja mensagem é reproduzida.

19. Imitação da voz (Narração teatralizada)

Este item analisa a capacidade de imitar a voz de outra pessoa numa narração dramatizada, ou simplesmente de uma forma lúdica, recordando ou imaginando as suas palavras. Deve ser dada uma atenção especial às características como o ritmo de fala, tom da voz, intensidade e pausas no discurso, entre outras.

20. Contar uma história

Por vezes poderão pedir-nos, ou poderemos ter vontade de contar aos outros, o que aconteceu num determinado programa de TV, o enredo de um filme, um debate conduzido num programa de atualidades, etc. Nestas situações, o discurso indireto pode constituir-se como uma atividade mais complexa pois é necessário que os factos sejam sintetizados, ou seja, que a informação mais relevante seja selecionada e que se tomem decisões quanto à ordem da sua transmissão. Estas ações implicam um plano de comunicação implícito.

Secção V. Capacidades de Monitorização e Pistas de Contextualização

Quando estamos a conversar com alguém, mantemos sempre um certo grau de controlo perceptivo sobre o que dizemos e como dizemos; simultaneamente, somos também sensíveis às reações que detetamos nos nossos interlocutores, tanto verbais (o que dizem) como não verbais (gestos, postura, distância). Se as suas reações não são as esperadas, ou nos apercebemos de uma compreensão insuficiente da nossa mensagem, modificamos o nosso discurso de forma a permitir que o interlocutor compreenda corretamente o que pretendemos dizer. Quando nos enganamos e pronunciamos uma palavra com erros fonológicos ou dizemos uma palavra diferente da que pretendíamos, normalmente damos conta do erro e rapidamente o corrigimos. Este feedback corretivo é necessário para garantir que o que é dito corresponde ao que pretendíamos dizer. Do mesmo modo, aplicamos também esta atividade de monitorização às palavras produzidas pelo nosso interlocutor. Em pessoas com afasia, esta capacidade de monitorização poderá estar afetada em vários graus e é referida como anosognosia ou falta de consciência dos erros na produção verbal. Os itens a seguir descritos ilustram as capacidades gerais de monitorização associadas a determinadas tarefas linguísticas ou contextos comunicativos.

21. Monitorização de sílabas: divisão silábica de uma palavra

Em situações naturais, para que nos compreendam melhor ou para enfatizar uma palavra, nós *silabamos* ou, por outras palavras, pronunciamos uma palavra, separando sílaba por sílaba, tendo o cuidado de a articular com clareza e aumentar a intensidade. Por exemplo: quando um professor repreende um aluno que não pára de falar na aula: “Eu já te disse para parares de falar e para me OU-VI-RES”. Noutras ocasiões, separamos uma palavra ou palavras em sílabas para que o(s) nosso(s) interlocutor(es) possa(m) focar a sua atenção nos sons que compõem esta(s) palavra(s), a fim de facilitar a sua aprendizagem e articulação. Um exemplo desta situação seria quando dizemos uma palavra que é difícil ou completamente nova para o interlocutor.

22. Monitorização da estrutura frásica: aumento de intensidade para dar ênfase

No item anterior, abordámos o uso que é feito da divisão de sílabas quando queremos enfatizar ou salientar uma determinada palavra. Vale a pena analisar, daqui em diante, a capacidade de enfatizar uma determinada palavra dentro do enunciado em que aparece, através da intensidade e clareza da sua articulação, sem recorrer à silabação, mas usando pausas que a enquadram ou separam da sua configuração sintática. Em texto impresso, seria equivalente a sublinhar esta palavra ou usar o tipo negrito.

23. Monitorização de sílabas com o apoio de gestos

Os falantes produzem geralmente gestos que oferecem uma estrutura imaginária que reflete a fala. Por exemplo, um palestrante anuncia que um determinado tópico será debatido de acordo com dois pontos de vista diferentes. Nesta situação ele pode usar a palma da sua mão virada para baixo e assim representar dois níveis imaginários no ar. Esse efeito de espelho - entre o movimento da sua mão e a sua fala - constitui uma manifestação específica de reflexividade. O movimento corporal tem um papel na monitorização da fala. Uma tarefa muito básica que pode ser usada para avaliar este tipo de efeito em pessoas com afasia é pedir-lhes para bater com a mão numa mesa enquanto reproduzem a estrutura silábica de uma palavra.

24. Formas de dizer (ou falar) em contexto

É do conhecimento geral, que a forma como nos expressamos, a nossa escolha de palavras e até o nosso tom de voz, variam em função do contexto comunicativo em que nos encontramos. Consideremos, por exemplo, a forma como selecionamos o nosso tom de voz, as nossas palavras e o modo de as expressar quando conversamos com uma criança muito pequena. A capacidade de adaptação ao contexto na nossa forma de falar está normalmente patente nesta situação.

25. Capacidade de comunicação por um só canal (mono-channel)

Quando o nosso interlocutor não está presente como, por exemplo, quando estamos a falar ao telefone (sem uma imagem de vídeo associada), realizamos uma

adaptação específica da nossa forma de falar. Neste tipo de situações, não podemos ver os gestos do interlocutor e as nossas possibilidades comunicativas ficam limitadas ao canal vocal-auditivo. Sem o apoio dos gestos, a comunicação oral torna-se uma tarefa mais desafiadora, exigindo um controlo de atenção adicional na produção e compreensão da linguagem. Esta circunstância é a razão pela qual muitas pessoas com dificuldades de comunicação se abstêm de usar o telefone e preferem não atender uma chamada telefónica, pois as suas dificuldades aumentam com a eliminação do apoio comunicativo visual e não verbal.

26. Capacidade de comunicação com destinatário ausente

Uma dificuldade adicional na comunicação por telefone pode ser observada quando a pessoa a quem estamos a ligar não atende e ouvimos uma mensagem de voz automática. A tarefa de deixar uma mensagem gravada implica um esforço cognitivo adicional. O facto de não haver qualquer feedback de apoio para o interlocutor requer uma prática estritamente auto reguladora da linguagem, como é o caso da escrita (cf. Hernández-Sacristán, & Rosell-Clari, 2009; Hernández-Sacristán, Rosell-Clari e MacDonald, 2011).

27. Capacidade de autocorreção.

Através do nosso feedback auditivo, podemos avaliar as nossas próprias produções orais e modificá-las, de imediato, quando observamos erros nas nossas palavras. As autocorreções são muito comuns na prática conversacional. As pessoas com afasia demonstram ter, de igual modo, esta capacidade autocorretiva, embora possa estar limitada a diferentes graus, dependendo da gravidade da anosognosia.

28. Capacidade de heterocorreção

A heterocorreção é a capacidade de monitorizar a expressão verbal oral quando corrigimos os erros que observamos no nosso interlocutor. A heterocorreção pode manifestar-se como uma prática compulsiva. De facto, fazemos uma correção mental dos erros observados no nosso interlocutor, embora por vezes evitemos fazê-lo explicitamente por cortesia ou para cumprir as normas sociais. As implicações relativas à imagem social são claramente mais significativas quando são corrigidos erros semânticos ou pragmáticos.

29. Avaliar as palavras do outro

Outra forma mais complexa de utilizar as nossas capacidades metalinguísticas ocorre quando valorizamos as palavras de outra pessoa. Para fazer isto corretamente, devemos pelo menos ter ouvido e compreendido o que a outra pessoa disse, conhecer o léxico (as palavras), a estrutura da frase e os recursos verbais e não verbais usados em cada situação. Exemplos disso incluem comentários que podemos fazer sobre o que foi dito num programa de TV, sobre as afirmações de um político num comício ou sobre o que uma mãe pode alegar sobre as virtudes do seu filho.

30. Capacidade de preencher lacunas lexicais

Em ambientes de comunicação natural, por vezes não conseguimos completar frases com a palavra ou palavras necessárias para expressar uma ideia de forma completa. Há também momentos em que os outros deixam as suas frases inacabadas e nós avançamos para as terminar. Para isso é necessário acompanhar a expressão do nosso interlocutor, prestando especial atenção tanto ao seu conteúdo quanto à sua estrutura sintática. Só assim podemos *adivinhar* a palavra correspondente ao preenchimento do espaço sintático vazio.

Secção VI. Usos de Linguagem Inadequados e Teoria da Mente (TOM)

Quando as pessoas com afasia manifestam problemas graves de compreensão, os seus familiares são orientados no sentido de apenas falar com elas quando se referem a pessoas, objetos ou situações presentes no momento da fala. As pessoas com afasia com défices de produção também beneficiam deste tipo de contexto, maximizando o efeito comunicativo dos seus limitados recursos linguísticos (Goodwin, 1995). Referir-se a coisas que não estão presentes no momento ou no contexto real de comunicação é uma tarefa mais exigente no que respeita aos recursos cognitivos e linguísticos que devem ser utilizados. Hockett (1960) designou esta capacidade como “displaced use of language” (cf. Hernández-Sacristán, Rosell-Clari & MacDonald, 2011). Para Hockett (1960: 90), um “displaced use of language” significa “falar sobre coisas que são remotas no espaço ou no tempo (ou em ambos) relativamente ao momento em que se fala”. O “displaced use of language” implica sempre

um movimento espaço-temporal (ou construção fictícia) da perspectiva subjetiva sobre os factos referidos, normalmente necessária na abstração. Este movimento de perspectiva subjetiva pode ser especificamente manifestado entrando na perspectiva do ouvinte, ou pelo menos tentando imaginar essa perspectiva, ao desenvolver o que foi conhecido como Teoria da Mente (TOM) (Premack, & Woodruff, 1978). A manifestação verbal das capacidades da Teoria da Mente envolve, em qualquer caso o “displaced use of language”. Os itens que se seguem avaliam a substituição e as mudanças da perspectiva subjetiva no uso da linguagem.

31. Descrever um objeto ou situação não presente

A linguagem permite-nos descrever ou discutir eventos ou cenas que não estão presentes no momento em que nos referimos a eles. Esta capacidade de referir na ausência implica um certo grau de abstração no uso da linguagem e uma maior complexidade cognitiva em comparação com a referência a coisas ou situações presentes.

32. Recordar eventos passados recentes

A avaliação efetuada neste item é relativa a uma situação específica do “displaced use of language” na qual nos referimos a ações ou estados num passado recente.

33. Recordar eventos passados antigos

As pessoas não se lembram de igual forma das diferentes situações pelas quais passam; algumas destas situações são sentidas como mais importantes que outras. Alguns acontecimentos têm um impacto maior em nós; outras atividades são realizadas com maior frequência e estão imbuídas de maior familiaridade ou interesse. Existem muitas variáveis que influenciam as memórias e uma delas é o tempo decorrido entre um dado evento e o momento presente, ou seja, o momento em que falamos de um dado evento passado. Referir-se a eventos passados remotos é o objetivo de avaliação deste item.

34. Antecipar eventos futuros

A linguagem permite-nos falar de eventos que ainda não ocorreram, que estamos ainda a planear, ou que esperamos que aconteçam no futuro. Falar de eventos ou

realizações futuras é cognitivamente mais complexo do que falar de coisas que já aconteceram; neste caso, são implicadas muitas variáveis que se referem à nossa experiência pessoal, às nossas capacidades de planeamento e à nossa capacidade de formular hipóteses e tomar decisões.

35. Descrever uma cena

Este item e os itens subsequentes desta secção estão relacionados com tarefas inerentes à Teoria da Mente (TOM). Neste item, as pessoas com afasia são solicitadas a descrever uma cena muda, adivinhando o que os personagens podem estar a sentir, o que podem estar a dizer uns aos outros ou até mesmo o que podem estar a pensar sobre a situação em que se encontram.

36. Capacidade de encontrar antónimos

Antónimos são pares de palavras com significados opostos numa determinada dimensão. Este item foca-se em antónimos conversos como: comprar/vender, ir/vir, pai/filho, que identificam duas perspetivas diferentes sobre o mesmo facto. Estas duas perspetivas correspondem normalmente às posições do falante e do ouvinte. Por exemplo, se eu chamo a alguém “sobrinho”, eu esperaria, no meu caso, ser chamado de “tio” por essa pessoa. Para outros tipos de antónimos (por exemplo, termos de contraste como grandes/pequenos ou contraditórios, como cheios/vazios) poderemos argumentar que estes representam perspetivas ou posições opostas sobre os mesmos factos. Explorar a capacidade dos pacientes em sugerir antónimos pode, portanto, ser considerada uma tarefa intrinsecamente ligada à avaliação das capacidades da Teoria da Mente (TOM).

37. Leitura de emoções

A expressão verbal oral é normalmente acompanhada por gestos e outros meios de comunicação não-verbais; eles ajudam-nos a compreender melhor o que está a ser dito e o que o outro poderá estar a pensar. Os estados emocionais deixam também a sua marca, sobretudo nas expressões faciais. A fim de coordenar empaticamente as trocas comunicativas, é muito relevante interpretar adequadamente o significado emocional de uma determinada expressão facial manifestada pelo nosso interlocutor.

38. Uso da linguagem ficcional

A linguagem não nos permite apenas falar de pessoas ou coisas que não estão presentes, de falar sobre coisas que aconteceram no passado, ou de expressar os nossos desejos e planos futuros; permite-nos também inventar histórias, falar de coisas que nunca aconteceram e de coisas que, com toda a probabilidade, nunca irão acontecer. Esta capacidade é denominada de uso fictício da linguagem. O uso da ficção na linguagem é uma capacidade que aparece muito cedo na infância e que continua na linguagem adulta em maior ou menor extensão.

39. Capacidade de mentir

Em algumas situações da vida diária, e por razões distintas (por exemplo, para evitar ferir os sentimentos dos outros), podemos também mentir, ou seja, afirmar intencionalmente algo que é falso ou que vai contra um determinado facto. Inventar mentiras requer um controlo metacognitivo da linguagem específico no contexto comunicativo e representa uma tarefa cognitiva usualmente mais complexa do que fazer afirmações verdadeiras.

40. Expressar ironia

Esta capacidade linguística que nos permite referir a coisas irreais ou inexistentes é por vezes usada para criar ironia, ou seja, para dizer algo que sabemos ser falso, mas fornecer ao nosso interlocutor as pistas para que este entenda que o que estamos a dizer não é de facto a realidade. Este é um uso retórico da linguagem que evita literalmente dizer o que realmente pensamos. A ironia está geralmente associada a uma dada entoação ou gesto fónico. Um exemplo disso é dizer, num dia muito quente: “Uau, hoje está um gelo!” Ou quando uma pessoa está a usar umas calças muito extravagantes e dizemos “Ei, és realmente uma pessoa clássica a vestir!”

Administração do teste

Idealmente, o teste deve ser administrado numa única sessão com duração de aproximadamente uma hora. No entanto, as circunstâncias da recolha dos dados clínicos poderão exigir outros critérios possíveis para a administração do teste, tais como uma administração parcial, focada numa determinada secção, ou uma administração completa, mas separada em sessões diferentes. As instruções incluem exemplos que estimulam e facilitam a tarefa requerida. O que é explicitamente dito ao paciente é indicado em itálico, embora o clínico possa adaptar a sua formulação a casos particulares. Quando necessário, é incluído material adicional para a administração do item. O sistema de pontuação segue uma escala em que 0 é a pontuação mais baixa e 4 a mais elevada. A forma de pontuar é descrita para cada item. Para este tipo de teste, é inevitável algum grau de subjetividade na atribuição da pontuação, contudo foram observadas correlações elevadas na avaliação Inter avaliadores: confiabilidade Inter avaliador de 0.890 numa amostra de cinco sujeitos avaliados simultaneamente por dois clínicos (Hernández-Sacristán, Rosell-Clari, Serra Alegre e Quiles-Climent, 2012: 209).

Folha de Resposta do Test MetAphAs						
(Rosell-Clari & Hernández-Sacristán, 2017)						
Secção I: Linguagem interior, capacidade de inibição e discurso diferido						
1.	Atividade monológica	0	1	2	3	4
2.	Verbalizações de apoio às atividades de vida diária	0	1	2	3	4
3.	Sussurro	0	1	2	3	4
4.	Leitura silenciosa	0	1	2	3	4
5.	Uso diferido da linguagem (resposta diferida)	0	1	2	3	4
6.	Uso diferido da linguagem (descrição diferida)	0	1	2	3	4
Secção II: Controlo dos procedimentos semióticos concorrentes						
7.	Marcadores discursivos	0	1	2	3	4
8.	Gestos concomitantes à atividade verbal	0	1	2	3	4
9.	Entoação melódica	0	1	2	3	4
10.	Gestos fónicos e expressões de conteúdo emocional	0	1	2	3	4
11.	Entoação convencional	0	1	2	3	4
Secção III: Capacidades parafrásticas e fenómenos associados						
12.	Definição de termos na nomeação de objetos específicos	0	1	2	3	4
13.	Definição de termos abstratos	0	1	2	3	4
14.	Circunlóquios	0	1	2	3	4
15.	Fenómeno da “Ponta da Língua”	0	1	2	3	4
16.	Parafasias	0	1	2	3	4
Secção IV: Discurso indireto e fenómenos associados						
17.	Discurso referido/relatado	0	1	2	3	4
18.	Discurso referido/relatado e gesto fónico	0	1	2	3	4
19.	Imitação da voz (narração teatralizada).	0	1	2	3	4
20.	Contar uma história	0	1	2	3	4
Secção V: Capacidade de monitorização. Pistas de contextualização						
21.	Monitorização de sílabas: divisão silábica numa palavra	0	1	2	3	4
22.	Monitorização de frases: aumento da intensidade para dar ênfase	0	1	2	3	4
23.	Monitorização de sílabas com o apoio de gestos	0	1	2	3	4
24.	Formas de falar em contexto	0	1	2	3	4
25.	Atividade de comunicação por um só canal	0	1	2	3	4
26.	Capacidade de comunicação com destinatário ausente	0	1	2	3	4
27.	Capacidade de autocorreção	0	1	2	3	4
28.	Capacidade de heterocorreção	0	1	2	3	4
29.	Avaliar as palavras do outro	0	1	2	3	4
30.	Capacidade de preencher lacunas lexicais	0	1	2	3	4
Secção VI: Usos de linguagem inadequados e teoria da mente						
31.	Descrever um objeto ou situação não presente	0	1	2	3	4
32.	Recordar eventos passados recentes	0	1	2	3	4
33.	Recordar eventos passados antigos	0	1	2	3	4
34.	Antecipar eventos futuros	0	1	2	3	4
35.	Descrever uma cena	0	1	2	3	4
36.	Capacidade de encontrar antónimos	0	1	2	3	4
37.	Leitura de emoções	0	1	2	3	4
38.	Uso da linguagem ficcional	0	1	2	3	4
39.	Capacidade de mentir	0	1	2	3	4
40.	Expressar ironia	0	1	2	3	4
PONTUAÇÃO TOTAL						

Secção I. Discurso Inibido, Interno e Diferido

1. Atividade monológica

Instruções

Todos nós já vimos ou ouvimos alguém a falar sozinho, por outras palavras, a expressar em voz alta os seus próprios pensamentos. Por vezes pode valer a pena ilustrar esta situação com um exemplo prévio. (Por exemplo: eu poderia estar a pensar e ao mesmo tempo a dizer em voz alta: “Tenho que sair para ir fazer algumas compras. Já tenho pouca comida no frigorífico e na despensa. Amanhã à tarde, se eu acabar o trabalho mais cedo, vou às compras para reabastecer de comida”). Imagine agora uma situação em que você está a falar consigo em voz alta. Vamos ver como é que o faz. Pede-se ao paciente que dê dois exemplos desta atividade.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de completar a tarefa e não dá um único exemplo;
- 1 se o paciente é capaz de completar a tarefa, mas com hesitação, e se observa que ele procede com considerável dificuldade;
- 2 se o paciente é capaz de completar a tarefa, mas com um grau moderado de dificuldade;
- 3 se o paciente completa a tarefa sem qualquer dificuldade aparente, mas é incapaz de produzir um segundo exemplo;
- 4 se o paciente conclui a tarefa sem nenhuma dificuldade aparente e apresenta dois exemplos sem hesitar.

2. Verbalizações de apoio às atividades de vida diária

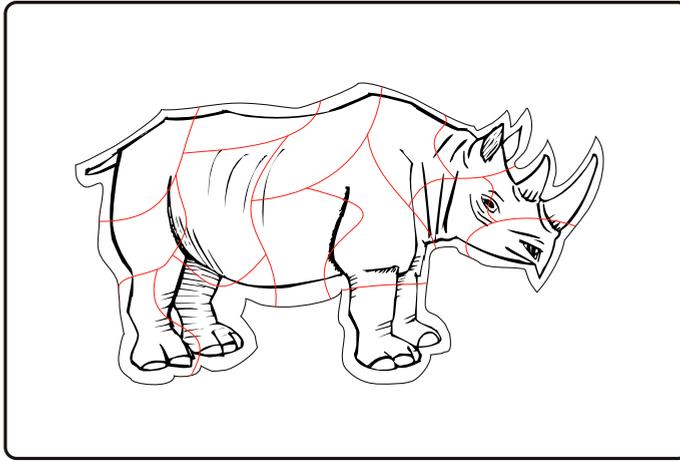
Material necessário

Para realizar esta atividade, é necessário que os pacientes tenham à sua frente as peças desmontadas do puzzle do rinoceronte abaixo apresentado (ou de um quebra-cabeças similar). É igualmente mostrada uma imagem do puzzle montado adequadamente.

Instruções

É pedido ao paciente para montar o puzzle e comentar sobre as suas ações, sobre o que está a fazer, um passo de cada vez. Iniciamos a tarefa, de forma a facilitar a sua compreensão, dando-lhe um exemplo do que é necessário fazer. *Primeiro, vou colocar esta peça aqui ... agora ao lado dela, talvez esta ... etc. Como viu, comecei a tarefa descrevendo em voz alta, passo a passo, o que estou a fazer. Agora deve fazer*

o mesmo. De seguida, deveremos entregar ao paciente todas as peças do puzzle e pedir-lhe que o complete, relatando verbalmente as etapas da montagem.



Puzzle do Rinoceronte

Pontuação

- 0 se não houver verbalização;
- 1 se ocorre alguma verbalização, mas sem concluir corretamente a tarefa;
- 2 se ocorre alguma verbalização de suporte, mas não é mostrada nenhuma consistência na realização da tarefa;
- 3 se o paciente produz coerentemente mais do que uma verbalização de apoio, mas com alguma hesitação ou dificuldade;
- 4 se o paciente completa a tarefa sem qualquer dificuldade.

3. Sussurro

Instruções

Agora vamos dizer suavemente algumas frases, ou seja, vamos sussurrar estas frases ao paciente. Por exemplo, sussurramos-lhe: “*não sei a sua idade; diga-me... quantos anos tem?* Depois, perguntamos: *É capaz de dizer, sussurrando, as seguintes frases?*” (Importante: o terapeuta, neste caso, diz as frases, falando em voz alta com uma voz normal, sem sussurrar):

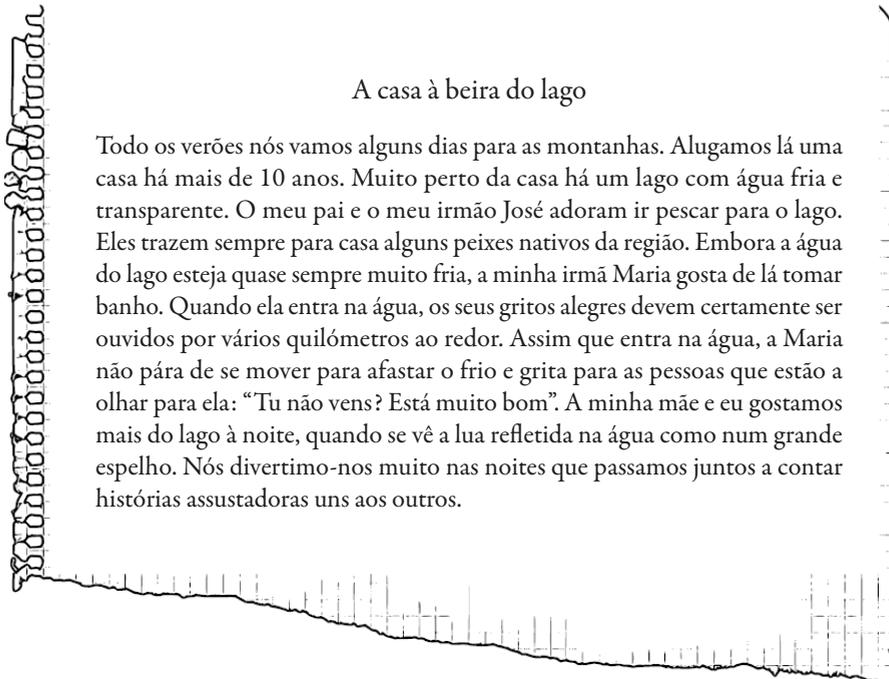
1. *Este quarto é bonito.*
2. *Estou muito feliz por ir de férias na próxima semana.*

Pontuação

- 0 se o paciente não sussurrar uma única frase;
- 1 se o paciente sussurrar pelo menos 1 frase, mesmo que apenas parcialmente ou com alguma dificuldade;
- 2 se o paciente sussurrar pelo menos 1 frase sem qualquer hesitação e com fluência;
- 3 se o paciente sussurrar 2 frases, mesmo que apenas parcialmente ou com hesitação;
- 4 se o paciente sussurrar 2 frases sem hesitação e com fluência.

4. Leitura silenciosa**Material necessário**

Para completar esta atividade, o paciente necessita de ler silenciosamente o seguinte texto (ou um texto semelhante).



Para avaliar a compreensão de leitura, propõe-se o seguinte questionário:

Compreensão de leitura

1. Qual é o destino de férias favorito para a pessoa que está a contar esta história?
2. Quem gosta de ir tomar banho no lago?
3. Com que se parece o lago quando a lua é refletida?
4. Que histórias é que eles contavam uns aos outros durante a noite?

Respostas corretas:

1. As montanhas. Ficar numa casa de campo perto de um lago.
2. Maria, a irmã da pessoa que conta a história.
3. Um espelho.
4. Horror, histórias assustadoras.

Instruções

Vou dar-lhe um pequeno texto que quero que leia, mas leia só para si, ou seja, leia em silêncio. Vamos tentar! Se não conseguir, tente ler o texto em voz muito baixa, apenas sussurrando. O texto é entregue ao paciente. Após a leitura, são feitas as quatro perguntas para avaliar a compreensão.

Pontuação (com base no questionário de compreensão de leitura)

Nota: A pontuação deste item requer que, aproximadamente, pelo menos metade da leitura seja feita silenciosamente ou combinada com uma leitura sussurrada. Caso contrário, a pontuação atribuída será de 0.

- 0 se o paciente não responder corretamente a qualquer questão;
- 1 se o paciente responder corretamente a 1 questão;
- 2 se o paciente responder corretamente a 2 questões;
- 3 se o paciente responder corretamente a 3 questões;
- 4 se o paciente responder corretamente às 4 questões.

5. Uso diferido da linguagem (resposta diferida)

Instruções

Gostaria de saber a data do seu nascimento e o local onde nasceu, mas não é preciso responder até que eu lhe faça as perguntas: Qual é a sua data de nascimento e onde nasceu? Espere, não responda ainda. O terapeuta espera 20 segundos. OK, agora, responda por favor às perguntas que acabei de lhe fazer.

Pontuação

- 0 se o paciente não responder corretamente a uma das duas perguntas;
- 1 se o paciente responder corretamente a uma das duas perguntas, mas com evidente hesitação ou dificuldade;
- 2 se o paciente responder corretamente a 1 das 2 perguntas sem qualquer hesitação ou dificuldade evidente;
- 3 se o paciente responder às 2 perguntas corretamente, mas com hesitação ou dificuldade evidente;
- 4 se o paciente responder corretamente às 2 perguntas, sem hesitação nem dificuldade.

6. Uso diferido da linguagem (descrição diferida)**Instruções**

Pense um bocadinho e diga-me qual é o seu prato favorito? Espere pela resposta do paciente e pergunte: "Sabe como prepará-lo?" Insista se necessário: "Pense num prato que gosta e que saiba como é feito. Espere pela resposta. OK, agora quero que pense um bocadinho antes de me explicar como se prepara esse prato. Mas não me explique até eu lhe pedir a sua resposta. Espere 20 segundos. Certo! Agora, por favor, quero que me diga como é que o prato é preparado."

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de explicar como o prato escolhido é preparado, mesmo com ajuda verbal;
- 1 se o paciente explica, com muita hesitação, como o prato é preparado quando recebe ajuda verbal, mas o maior peso recai sobre o terapeuta;
- 2 se o paciente explica corretamente como o prato escolhido é preparado quando recebe ajuda verbal, e a tarefa é dividida igualmente entre o paciente e o terapeuta;
- 3 se o paciente explica corretamente, quase sem ajuda verbal, mas com hesitações;
- 4 se o paciente explica corretamente como o prato é preparado, sem hesitações ou ajuda do terapeuta.

Secção II. Controlo dos Procedimentos Semióticos Concorrentes

7. Marcadores discursivos

Instruções

Neste caso específico, não é dado nenhum estímulo ou situação ao paciente sobre como realizar a atividade mas devemos observar durante a entrevista se este usa, ou acompanha as suas produções verbais, com expressões como “Bom!”, “Vamos ver”, “Em resumo”, “Olha”, “bem então!”, etc.

A pontuação deste item deverá ser realizada no final do teste.

Pontuação

- 0 se o paciente não usar nenhuma das expressões indicadas ou outras expressões similares;
- 1 se o paciente as usar raramente;
- 2 se o paciente as usar às vezes;
- 3 se o paciente as usar com a frequência suficiente;
- 4 se o paciente as usar tal como esperado em falantes normais.

8. Gestos concomitantes à atividade verbal

Instruções

Este item será examinado globalmente durante toda a entrevista e avaliará se o paciente acompanhou a expressão verbal oral com gestos, de forma coerente, credível e eficaz, ou se não usou esse recurso ou se o fez de maneira incongruente.

A pontuação deste item, como no anterior, deve ser feita no final do teste.

Pontuação

- 0 se o paciente não acompanhar em nenhuma situação a sua expressão verbal oral com gestos faciais, ou com movimentos das mão e /ou dos braços;
- 1 se o paciente acompanha a expressão verbal oral com gestos, de forma coerente e eficaz, mas apenas raramente;
- 2 se o paciente é capaz de acompanhar a expressão verbal oral com gestos, de forma coerente e eficaz, em várias ocasiões;
- 3 se o paciente é capaz de acompanhar a expressão verbal oral com gestos, de forma coerente e eficaz, em muitas ocasiões.

- 4 se o paciente acompanha a expressão verbal oral com gestos, de forma consistente e eficaz, durante a maior parte da entrevista.

9. Entoação melódica

Instruções

Por vezes cantarolamos músicas/canções. Nunca fez isso? – Certamente que sim! Agora mesmo, quero que cantarole algumas dessas músicas comigo. Começamos a cantarolar a música dos “Parabéns a você” e esperamos que o paciente se junte a nós e continue a cantarolar connosco. Continuamos juntos um pouco mais e depois permitimos que o paciente continue sozinho e repita novamente desde o início, sem qualquer ajuda. Mais tarde, o mesmo procedimento é seguido com a música “Noite Feliz/Feliz Natal”. Obviamente podemos - e devemos - adaptar as canções cantaroladas aos temas musicais que se presume o paciente saber, perguntando diretamente ao paciente, se apropriado, pelas suas músicas favoritas ou mais familiares.

Pontuação

- 0 se o paciente não for capaz de cantarolar uma canção ou dar seguimento à música cantarolada pelo terapeuta;
- 1 se o paciente puder acompanhar o cantarolar do terapeuta em pelo menos uma das 2 músicas, mas for incapaz de continuar a cantarolar sozinho;
- 2 se o paciente puder acompanhar o cantarolar do terapeuta, pelo menos em 1 das 2 músicas, e for capaz de continuar a cantarolar sozinho, ainda que hesitantemente;
- 3 se o paciente for capaz de acompanhar corretamente o cantarolar do terapeuta e, numa das 2 músicas, conseguir continuar a cantarolar corretamente e sem hesitar;
- 4 se o paciente cantarolar as 2 músicas sugeridas, corretamente e sem qualquer dificuldade.

10. Gestos fónicos e Expressões de conteúdo emocional

Instruções

Imagine que encontra um amigo na rua que não vê há muito tempo. Ver o seu amigo fá-lo sentir muito feliz. Imagine que isto está a acontecer aqui e agora; como se eu fosse aquele amigo e se sentisse tão feliz em me ver. Agora diga-me o quanto está feliz por me ver: “Há tanto tempo que eu te não via! Como estás?” Agora, por favor, repita ou diga algo semelhante.

Agora imagine que um vizinho seu está a dizer coisas muito más a seu respeito - nada do que ele diz é verdade, e sente-se muito magoado e irritado. Imagine que essa pessoa está aqui, mesmo à sua frente, que está muito zangado e demonstra-o gritando: "Não é verdade o que está a dizer sobre mim!" Agora, por favor, repita ou diga algo semelhante.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de expressar emocionalmente qualquer uma das duas frases;
- 1 se o paciente é capaz de expressar emocionalmente pelo menos 1 das 2 frases, mas com hesitações ou erros;
- 2 se o paciente é capaz de expressar emocionalmente 1 das 2 frases corretamente e sem hesitações ou erros;
- 3 se o paciente é capaz de expressar emocionalmente 1 das 2 frases corretamente e sem hesitação, e a outra frase é expressa emocionalmente, mas com hesitações ou erros;
- 4 se o paciente é capaz de expressar emocionalmente as 2 frases sem dificuldade ou erros.

11. Entoação convencional (com modulação subjetiva)

Instruções

Quando falamos, fazemos frequentemente mudanças no nosso tom de voz, na intensidade ou no ritmo da nossa expressão verbal oral, usamos pausas por uma variedade de razões. Mudanças na entoação tornam-se necessárias quando fazemos perguntas. Imagine que perdeu as suas chaves. Repita comigo "Onde poderão estar as minhas chaves?". Fazemos a pergunta com uma entoação enfática, mas credível, e aguardamos a resposta do paciente, ou seja, a repetição da pergunta feita com a entoação enfática utilizada. Depois, pedimos ao paciente que repita connosco a seguinte frase: "Que dia maravilhoso está hoje!" (dita pelo terapeuta com uma entoação enfática) esperando que o paciente a repita. De seguida, o terapeuta sugere que o paciente seja o próximo, dando à pergunta um traço de urgência: *se precisar de saber as horas, porque acha que está atrasado para apanhar o combóio, como faria a pergunta? Vamos - pergunte!* De seguida, é pedido ao paciente que diga uma frase tal como fez antes, enfatizando com admiração: *Agora, por favor, repita exagerando a entoação exclamativa de que "hoje é feriado"* (pronunciado pelo terapeuta, neste caso, com entoação normal)

Pontuação

- 0 se o paciente for incapaz de repetir adequadamente (com a modulação enfática demonstrada pelo terapeuta) qualquer uma das duas frases sugeridas,

nem pronuncie enfaticamente as outras 2, para as quais não há demonstração prévia;

- 1 se o paciente só consegue repetir adequadamente 1 das 2 frases sugeridas;
- 2 se o paciente é capaz de repetir adequadamente as 2 frases sugeridas, mas incapaz de enfatizar autonomamente as outras 2;
- 3 se o paciente conseguir repetir adequadamente as 2 frases sugeridas e enfatizar autonomamente 1 das outras 2;
- 4 se o paciente é capaz de repetir adequadamente as 2 frases sugeridas e enfatizar autonomamente as outras 2.

Seção III. Capacidades Parafrásticas e Fenómenos Associados

12. Definição de termos na nomeação de objetos específicos

Instruções

As pessoas às vezes sentem a necessidade de explicar a outras pessoas, sejam crianças ou adultos, o significado das palavras que identificam certos objetos. Isto acontece quando explicamos a uma criança o que é algo, para que serve ou como é usado um objeto que nunca tinha visto antes. Por exemplo, quando o professor explica à turma o que é um triângulo ou uma mãe explica ao seu filho o que é um carro ou um canário. Agora, quero que explique a uma criança pequena ou a um estrangeiro (com pouco conhecimento da nossa língua) o significado destas palavras: “cavalo”, “relógio”, “porta” e “livro”. Vamos ver, primeiro explique o que significa a palavra “cavalo”. Dê tempo ao paciente para ele pensar e produzir a definição do termo, antes de avançar para o seguinte. Vamos tentar agora com a palavra “relógio” (...) Agora com a palavra “porta” (...) Agora com a palavra “livro”.

Pontuação

- 0 se o paciente não é capaz de definir nenhuma das 4 palavras propostas;
- 1 se o paciente é capaz de definir 1 das 4 palavras propostas;
- 2 se o paciente é capaz de definir 2 das 4 palavras propostas;
- 3 se o paciente é capaz de definir 3 das 4 palavras propostas;
- 4 se o paciente é capaz de definir as 4 palavras propostas.

Nota: Qualquer versão parafrástica relacionada com o significado da palavra conta como uma resposta válida. Não é necessária nenhuma definição lexicográfica técnica.

13. Definição de termos abstratos

Instruções

Na prova anterior, pedi-lhe que explicasse o significado de quatro palavras específicas, mas não as vamos repetir. Agora, quero que me diga o que significam as palavras: “coragem”, “amor”, “justiça” e “medo”. Vamos ver. Primeiro diga-me o que significa a palavra “coragem”. Tal como antes, damos tempo ao paciente para produzir a definição. Vamos tentar agora com a palavra “amor” (...) Agora com a palavra “justiça” (...) Agora com a palavra “medo”.

Pontuação

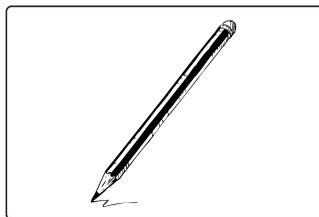
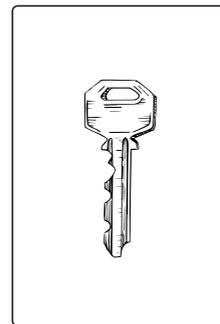
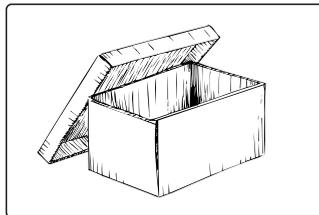
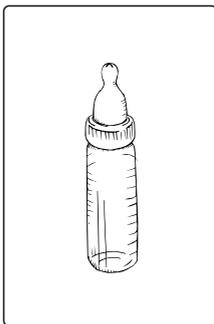
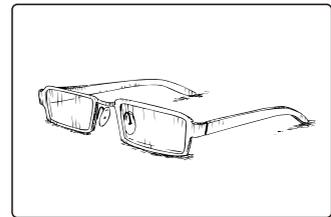
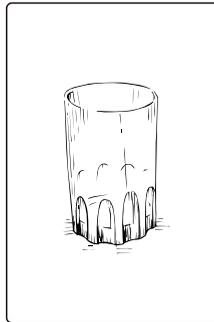
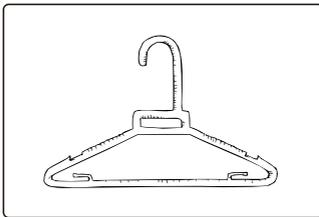
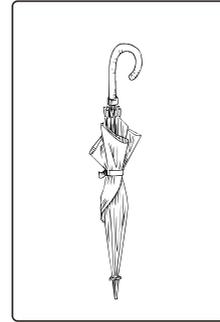
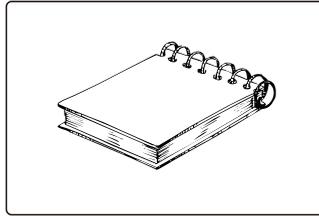
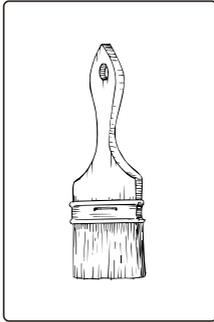
- 0 se o paciente não é capaz de definir nenhuma das 4 palavras propostas;
- 1 se o paciente é capaz de definir 1 das 4 palavras propostas;
- 2 se o paciente é capaz de definir 2 das 4 palavras propostas;
- 3 se o paciente é capaz de definir 3 das 4 palavras propostas;
- 4 se o paciente é capaz de definir as 4 palavras propostas.

Nota: Qualquer versão parafrástica relacionada com o significado da palavra conta como uma resposta válida. Não é necessária nenhuma definição lexicográfica técnica.

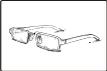
14. Circunlóquios

Instruções

Quando queremos dizer o nome de um objeto e, nesse momento, não conseguimos encontrar a palavra, geralmente recorremos a frases que se referem a alguma característica desse objeto: para que é usado, quem o usa e assim por diante. Agora quero que me diga o nome dos objetos que aparecem nestes desenhos que lhe vou mostrar. SE NÃO SE LEMBRAR DO NOME, TENDE EXPLICAR O QUE É. Produzir circunlóquios é a tarefa particularmente solicitada neste item. São mostrados os cartões abaixo apresentados e esperamos que o paciente diga o nome dos objetos representados ou produza circunlóquios que permitam a sua identificação. Ao paciente são mostrados os CARTÕES PARA UMA TAREFA DE NOMEAÇÃO E CIRCUNLÓQUIOS ASSOCIADOS: aguarde até que o paciente nomeie cada objeto e anote a sua resposta.



Cartões para uma tarefa de nomeação e circunlóquios associados

TAREFA DE NOMEAÇÃO E CIRCUNLÓQUIOS ASSOCIADOS		
ESTÍMULOS	PRODUÇÃO DO/DA PACIENTE	RESULTADO CORRETO OU ERRO
	TRINCHA OU PINCEL	
	BLOCO DE NOTAS	
	GUARDA- CHUVA	
	CABIDE / CRUZETA	
	COPO	
	ÓCULOS	
	BIBERÃO	
	CAIXA	
	CHAVE	
	LÁPIS	

Pontuação

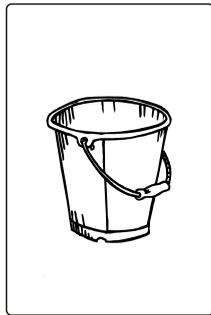
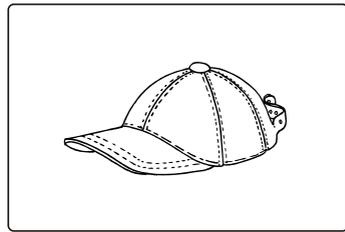
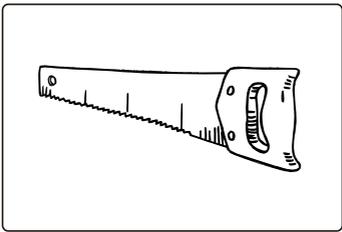
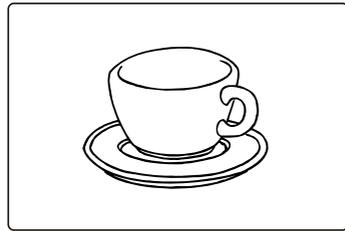
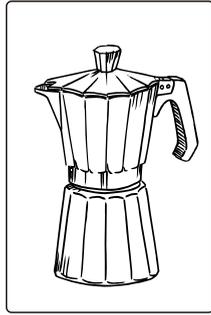
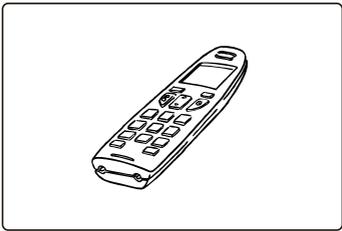
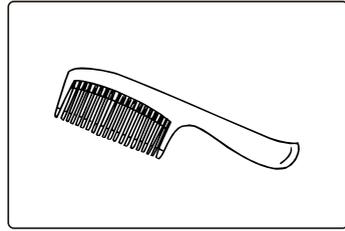
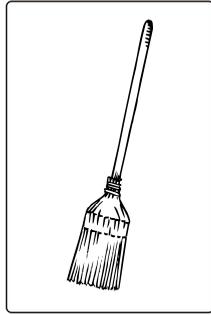
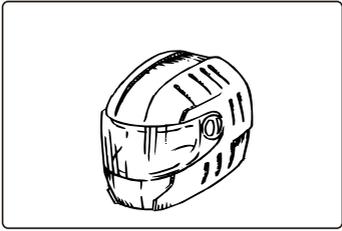
Procedimento de pontuação: As respostas podem ser 1) nomeações corretas, 2) falhas na nomeação (sem nomeações, procuras audíveis ou mentais infrutíferas, parafasias, circunlóquios inadequados), ou 3) circunlóquios adequados, que são considerados neste item como respostas válidas com meia ponderação. Nomeamos como “x” o número de nomeações corretas e “y” o número de circunlóquios adequados. A pontuação direta, PD, é obtida com a fórmula: $PD = x + \frac{y}{2}$. Dado que temos 10 estímulos, a PD varia entre um máximo de 10 (10 casos de nomeação correta) e 0 (10 casos de falha). Por exemplo, uma PD de 8 pode ser obtida com 8 nomeações corretas e 2 falhas, ou com 6 nomeações corretas e 4 circunlóquios adequados ($8 = 6 + 4/2$). A PD é transformada numa escala de 0 a 4, da seguinte maneira:

- 0 / PD de 0;
- 1 / PD entre 0.5 e 3;
- 2 / PD entre 3.5 e 6.5;
- 3 / PD entre 7 e 9;
- 4 / PD de 9.5 e 10.

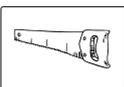
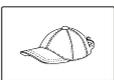
15. Fenómeno da “ponta da língua”

Instruções

Por vezes, quando queremos dizer o nome de um objeto, e naquele preciso momento não somos capazes de o fazer, podemos sentir que a palavra está na “ponta da língua”; isto acontece a todos nós. Procuramos ou imaginamos potenciais candidatos para preencher este espaço vazio na nossa mente, mas sem qualquer sucesso. Agora quero que me diga o nome dos objetos desenhados nesta folha. SE TIVER DIFICULDADE EM ENCONTRAR UM NOME QUALQUER, DIGA-ME, DE QUALQUER MANEIRA, SE O ESTÁ QUASE A ENCONTRAR, DÊ-ME UMA PISTA. Este item pretende identificar a ocorrência de fenómenos da “ponta da língua”. Mostre ao paciente A FOLHA COM AS IMAGENS PARA NOMEAÇÃO E FENÓMENOS ASSOCIADOS À “PONTA DA LÍNGUA”: espere que o paciente nomeie cada objeto e anote a sua resposta.



Cartões para uma tarefa de nomeação e fenómenos associados
à “Ponta da Língua”

TAREFA DE NOMEAÇÃO E FENÓMENOS ASSOCIADOS À “PONTA DA LÍNGUA”		
ESTÍMULOS	PRODUÇÃO DO/DA PACIENTE	RESULTADO CORRETO OU ERRO
	CAPACETE	
	VASSOURA	
	PENTE	
	TELEMÓVEL	
	CAFETEIRA	
	CHÁVENA	
	SERROTE	
	RELÓGIO	
	BONÉ	
	BALDE	

Pontuação

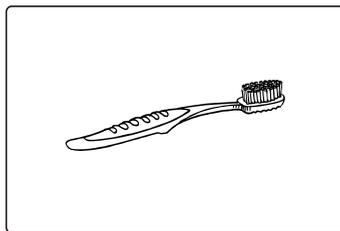
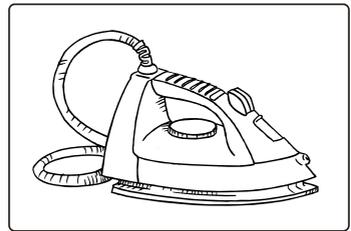
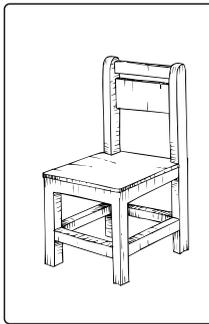
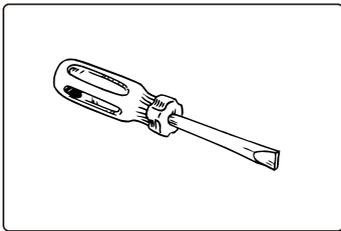
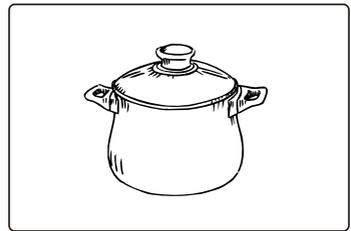
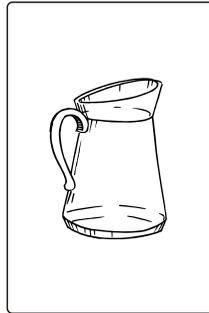
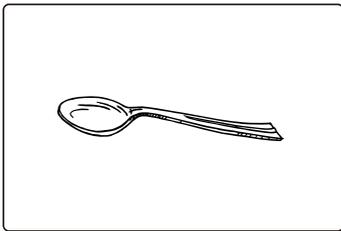
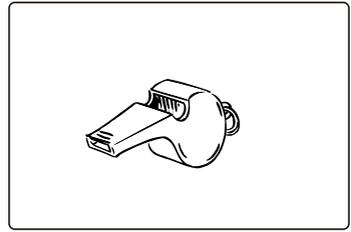
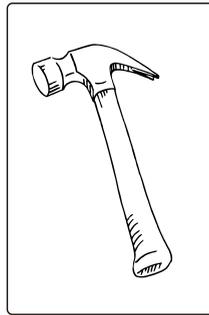
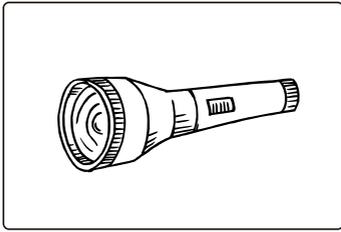
Como pontuar. As respostas podem ser 1) nomeações corretas, 2) falhas na nomeação (todos os tipos de falhas, incluindo, neste caso, circunlóquios adequados), ou 3) fenómenos de palavra na “ponta da língua”, que são considerados neste item como respostas válidas com meia ponderação. O fenómeno da “ponta da língua” inclui: “relatos verbais sobre esse estado mental, procuras verbais audíveis e gestos orofaciais ou cinésicos que revelam uma procura mental. Nomeando “x” o número de nomeações corretas e “y” o número de fenómenos da “ponta da língua”, a pontuação direta “PD” é obtida com a fórmula: $PD = x + \frac{y}{2}$. Dado que temos 10 estímulos, a PD varia entre um máximo de 10 (10 casos de nomeação correta) e 0 (10 casos de falha). Por exemplo, uma PD de 8 pode ser obtida com 8 nomeações corretas e 2 falhas, ou com 6 nomeações corretas e 4 fenómenos de ponta da língua ($8 = 6 + 4/2$). A PD é transformada numa escala de 0 a 4, da seguinte maneira:

- 0 / PD de 0;
- 1 / PD entre 0.5 e 3;
- 2 / PD entre 3.5 e 6.5;
- 3 / PD entre 7 e 9;
- 4 / PD de 9.5 e 10.

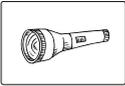
16. Parafasias

Instruções

Por vezes, quando queremos dizer o nome de um objeto, dizemos uma palavra relacionada com o seu significado (por exemplo, em vez de dizer “garrafa”, dizemos “vidro”) ou uma palavra semelhante à palavra que queremos dizer (por exemplo, em vez de dizer “garrafa”, dizemos “batalha”), ou dizemos uma palavra nova que não tem significado e que apenas “sai” naquele momento (por exemplo, dizemos “bitola” em vez de “garrafa”). Agora, gostaria que me dissesse os nomes dos diferentes desenhos desta folha. DIGA-ME SE TIVER ALGUMA DÚVIDA SOBRE O NOME PROPOSTO, OU ENTÃO TAMBÉM PODE FORNECER UMA ALTERNATIVA. Neste item, pretende-se revelar a consciência das parafasias realizadas. Mostramos ao paciente o CARTÃO DE TAREFA DE NOMEAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO FENÓMENO DE PARAFASIAS: aguardamos até que o paciente nomeie cada objeto e anotamos a sua resposta.



Cartões para uma tarefa de nomeação e monitorização do fenómeno de parafasias

TAREFA DE NOMEAÇÃO E MONITORIZAÇÃO DO FENÓMENO DE PARAFASIAS		
ESTÍMULOS	PRODUÇÃO DO/DA PACIENTE	RESULTADO CORRETO OU ERRO
	LANTERNA	
	MARTELO	
	APITO	
	COLHER	
	JARRA	
	PANELA	
	CHAVE DE FENDAS	
	CADEIRA	
	FERRO DE PASSAR A ROUPA FERRO DE ENGOMAR	
	ESCOVA DE DENTES	

Pontuação

As respostas podem ser 1) nomeação correta, 2) falhas na nomeação (todos os tipos de falhas, incluindo não nomeações, parafasias desconhecidas, circunlóquios), ou 3) monitorizar fenómenos de parafasias, que são consideradas neste item como respostas válidas com meia ponderação. A monitorização de fenómenos de parafasias inclui: “relatos verbais sobre um erro reconhecido na nomeação, expressões de dúvida sobre o nome proposto, fornecendo alternativas. Nomeando “x” o número de nomeações corretas e “y” o número de fenómenos de parafasias de monitorização, a pontuação direta “PD” é obtida através da fórmula: $PD = x + \frac{y}{2}$. Dado que temos 10 estímulos, a PD varia entre um máximo de 10 (10 casos de nomeação correta) e 0 (10 casos de falha). Por exemplo, uma PD de 8 pode ser obtida com 8 nomeações corretas e 2 falhas, ou com 6 nomeações corretas e 4 fenómenos de monitorização de parafasias ($8 = 6 + 4/2$). A PD é transformada numa escala de 0 a 4, da seguinte maneira:

- 0 / PD de 0;
- 1 / PD entre 0.5 e 3;
- 2 / PD entre 3.5 e 6.5;
- 3 / PD entre 7 e 9;
- 4 / PD de 9.5 e 10.

Secção IV. Discurso Indireto e fenómenos associados

17. Discurso indireto

Instruções

Em muitas situações da nossa vida diária, pedem-nos que digamos algo a outra pessoa, ou seja, que se transmita uma mensagem. Isto acontece de muitas maneiras, com uma variedade de pessoas, conteúdos de mensagens e situações, etc. Um exemplo disto é quando um amigo, chamado Pedro, nos diz: “Lembra a tua esposa/marido que no sábado têm que vir jantar a nossa casa” e, quando transmitimos a mensagem, dizemos: “O Pedro pediu-me para te lembrar que este sábado estamos convidados a ir jantar a casa deles”. Como é possível ver, nós não repetimos a mensagem de maneira literal, mas adaptamos a mesma à situação atual quando o nosso amigo já não está presente, mas o nosso conjuge está. Uma atividade de role-playing é agora proposta

pelo terapeuta, envolvendo a esposa/marido do paciente (ou outra pessoa que acompanhe o paciente) se for este o caso. Caso contrário, o paciente deve imaginar uma terceira pessoa. O terapeuta pode também propor formas alternativas de desempenho. *Agora, gostaria que dissesse à sua esposa/marido: (o terapeuta pede à esposa/marido do paciente para sair do quarto, ou sussurra a mensagem ao ouvido do paciente, para que a esposa/marido não ouça) “Na terça-feira da semana que vem, tens que voltar aqui às 10 da manhã”.* Se a esposa/marido estiver fora da sala, o terapeuta pede-lhe que regresse e, em seguida, pede ao paciente que transmita a mensagem.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de compreender a situação de role-playing proposta;
- 1 se o paciente compreende a situação de role-playing, mas é incapaz de transmitir a informação;
- 2 se o paciente passa a informação, mas de forma incompleta;
- 3 se o paciente transmite a informação integralmente, mas com hesitação ou não adaptando a mensagem a um estilo indireto (ou seja, sem adaptar corretamente a mensagem à situação comunicativa atual);
- 4 se o paciente transmitir corretamente todas as informações, sem hesitação e de forma indireta.

18. Discurso indireto e gesto fónico

Instruções

Quando transmitimos uma mensagem que nos pediram para transmitir, por vezes usamos exatamente as mesmas palavras que a pessoa usou, e podemos até IMITAR A SUA FORMA DE FALAR. Imagine que o João, um menino, disse à mãe: (o terapeuta usa a voz de uma criança pequena) “Mãe, onde está o meu lanche? Estou com tanta fome” Agora quero que me diga o que o João pediu à mãe, com as mesmas palavras e com a mesma voz infantil. O João disse à mãe:....

Pontuação

- 0 se o paciente for incapaz de dizer as palavras da outra pessoa, ou de imitar os seus gestos fónicos;
- 1 se o paciente é capaz de dizer as palavras da outra pessoa, mas sem qualquer tentativa de imitar os seus gestos fónicos;
- 2 se o paciente for capaz de dizer as palavras da outra pessoa e tentar imitar, em parte ou de forma aproximada, os seus gestos fónicos;

- 3 se o paciente imita bem os gestos fônicos, gesticulando bem, mas não consegue reproduzir exatamente a literalidade do que foi dito;
- 4 se o paciente repete literalmente o que foi dito, e imita claramente os seus gestos fônicos.

19. Imitação da voz

Instruções

Às vezes, quando contamos uma história, fazemos as vozes dos personagens, imaginando como seria o seu tom ou a sua forma de falar. Imagine que está a contar uma história a uma criança, que está escrita: (o terapeuta usará uma voz correspondente à de “um gigante”, com um tom muito grave, uma acentuação especial e uma vocalização clara): “E então o gigante disse à criança: NÃO TE ESCONDAS, PORQUE MAIS TARDE OU MAIS CEDO VOU-TE ENCONTRAR”. Agora quero que me diga o mesmo, usando as mesmas palavras que eu usei, e com a mesma voz (repita a frase da mesma maneira): “E então o gigante disse à criança: NÃO TE ESCONDAS, PORQUE MAIS TARDE OU MAIS CEDO VOU-TE ENCONTRAR. Agora é a sua vez, imitando-me.

Pontuação

- 0 se o paciente não conseguir reproduzir as palavras ou imitar a voz;
- 1 se o paciente é capaz de reproduzir as palavras, mas sem qualquer tentativa de imitar a voz;
- 2 se o paciente é capaz de reproduzir as palavras, mas imita a voz apenas em parte ou de forma aproximada;
- 3 se o paciente imita bem a voz, mas não consegue reproduzir as palavras exatas;
- 4 se o paciente literalmente reproduzir o que foi dito e como foi expresso.

20. Contar uma história

Instruções

Em muitas ocasiões do dia a dia perguntam-nos ou referimo-nos espontaneamente ao tema de um filme, ou comentamos os argumentos apresentados num debate televisivo ou os acontecimentos mais relevantes num determinado evento. Diga-me agora se gosta de cinema. Aguardamos pela resposta do paciente e, se ele disser que “sim”, perguntamos-lhe: Lembra-se do último filme que viu? Pode dizer-me algo sobre o mesmo? Se não for possível, o terapeuta tenta, em primeira instância, fazer algo

parecido com um programa de televisão ou talvez com uma história tradicional, se não houver resposta positiva ao pedido sobre a televisão.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de contar uma história, ou de mencionar um personagem ou argumento a ela pertencente;
- 1 se o paciente é capaz de mencionar uma personagem ou argumento, mas sem fornecer uma narração adequada dos fatos;
- 2 se o paciente produz uma narração parcial ou inacabada dos factos;
- 3 se o paciente produz uma história completa no que diz respeito ao conteúdo, mas a narração não é clara ou não é bem organizada;
- 4 se o paciente conta uma história clara e bem organizada.

Secção V. Habilidades de Monitorização e Pistas de contextualização

21. Monitorização de sílabas: divisão silábica de uma palavra

Instruções

Às vezes, para enfatizar ou distinguir claramente os sons que compõem uma determinada palavra, podemos dividi-la em sílabas. Isto geralmente acontece ao professor quando produz um termo novo e complexo, ou quando um pai quer enfatizar uma decisão tomada em relação ao seu filho, por exemplo, "Nós decidimos que vamos ao CI - NE - MA. "Agora eu quero que diga algumas palavras enfatizando cada sílaba, como por exemplo "CHA-PÉU". É capaz de fazer o mesmo com a palavra "mansão"? Devemos dar alguns segundos para que o paciente responda. Se tal não acontecer dentro de um prazo razoável, podemos incentivar ainda mais. Vamos! Tente, diga a palavra "mansão". Depois de registar a resposta, o terapeuta continua com a próxima palavra. É capaz de dizer agora a palavra "salgado" em sílabas? Experimente, diga a palavra "salgado". O terapeuta deve agir de maneira idêntica à palavra anterior e continuar com mais duas: Agora diga a palavra "maravilhoso" em sílabas. Por fim, diga a palavra "telefone" em sílabas.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de silabar qualquer uma das 4 palavras propostas;
- 1 se o paciente silabar corretamente, 1 das 4 palavras propostas;
- 2 se o paciente silabar corretamente, 2 das 4 palavras propostas;
- 3 se o paciente silabar corretamente, 3 das 4 palavras propostas;
- 4 se o paciente silabar corretamente as 4 palavras propostas;

22. Monitorização da estrutura frásica: aumento da intensidade para dar ênfase

Instruções

Além de dividir as palavras em sílabas para enfatizar ou destacar uma palavra em particular, outra técnica usada é separar a palavra que queremos enfatizar do resto das palavras da frase através de uma pausa, e aumentar especialmente a intensidade ou a clareza da palavra a destacar. Um exemplo disso é quando está muito calor e uma pessoa o expressa da seguinte maneira:

- “Hoje está um dia realmente # QUENTE#”.

A tarefa que lhe proponho agora é que separe as palavras de forma a enfatizar, a realçar, em cada frase, a palavra que acha que deveria ser enfatizada ou realçada. Por exemplo: “Está tanto #CALOR# hoje!”. Agora tente fazer o mesmo com a seguinte frase: “Você é muito inteligente”. O terapeuta diz a frase sem qualquer ênfase seletivo em qualquer uma das suas palavras; pretende-se que o paciente faça essa seleção. Aguarde a resposta do paciente e, se não houver nenhuma, encoraje o paciente a tentar novamente. O terapeuta continua da mesma forma com mais duas frases. Agora tente com a frase: “Que horrível!” Agora faça o mesmo com a frase: “Neymar e Cristiano Ronaldo são jogadores magníficos”.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de enfatizar qualquer uma das três frases propostas;
- 1 se o paciente é capaz de enfatizar pelo menos uma frase ou um fragmento de uma frase, mas não separa claramente uma palavra em particular para ênfase;
- 2 se o paciente separa uma palavra para ênfase em 1 das 3 frases;
- 3 se o paciente separa uma palavra para ênfase em 2 das 3 frases;
- 4 se o paciente separa uma palavra para ênfase nas três frases.

23. Monitorização de sílabas com o apoio de gestos

Instruções

Agora vou pedir-lhe que faça, como acabou de fazer ao separar as sílabas de uma palavra, mas desta vez, ao dizer cada sílaba, bata na mesa com a mão ou com os dedos. Por exemplo, para dizer a palavra “lápiz”. Nós fazemos assim: “LÁ-PIS”. Acompanhamos cada sílaba com um leve toque da nossa mão sobre a mesa. Agora, faça o mesmo. Repetimos “LÁ-PIS” da mesma maneira. Aguardamos a imitação do paciente. Agora quero que diga a palavra “devagar” batendo na mesa. Aguardamos a resposta do paciente e, se não houver resposta, esforçamo-nos para incentivá-lo. Depois de registar a resposta do paciente, o terapeuta continua com as seguintes palavras. Agora quero que diga a palavra “janela”. Nós procedemos da mesma maneira que para a palavra anterior. Agora tente com a palavra “amanhã”. Agora tente com a palavra “comentador”.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de dividir em sílabas qualquer uma das 4 palavras propostas, com apoio gestual;
- 1 se o paciente divide corretamente em sílabas 1 das 4 palavras propostas, com apoio gestual;
- 2 se o paciente dividir corretamente em sílabas 2 das 4 palavras propostas, com apoio gestual;
- 3 se o paciente dividir corretamente em sílabas 3 das 4 palavras propostas com apoio gestual;
- 4 se o paciente dividir corretamente em sílabas as 4 palavras propostas, com apoio gestual.

24. Formas de dizer em contexto

Instruções

Quando falamos, mudamos as nossas palavras e a nossa maneira de falar, de forma a que a mensagem seja entendida e tenha os efeitos esperados no nosso ouvinte. Não falamos da mesma maneira quando estamos numa entrevista de emprego, com amigos ou familiares; de igual modo, quando tentamos explicar a localização de uma rua ou praça a um estrangeiro que tem pouca fluência na nossa língua, etc., falamos de forma diferente. Agora vou pedir-lhe para se imaginar em casa, e um amigo muito próximo, que não vê há muito tempo, bate à porta. Imagine como o iria cumprimentar, o que o seu amigo diria e como lhe iria responder? Aguardamos a resposta do paciente. Agora

quero que imagine que vai ver o seu médico ao hospital. Como se cumprimentam? O que dizem um ao outro? Reproduza um breve diálogo entre si e o seu médico assim que começa a visita. Por fim, um terceiro contexto de comunicação pode ser sugerido. Agora quero que imagine que vai a descer a rua e vê uma mulher que conhece, com o filho de 2 anos de idade. Esta é a primeira vez que vê o filho. Cumprimente-a e imagine um pequeno diálogo.

Pontuação

- 0 se o paciente não puder retratar nenhuma das 3 situações propostas;
- 1 se o paciente só é capaz de retratar 1 das 3 situações propostas;
- 2 se o paciente é capaz de retratar 2 das 3 situações propostas, mas sem mudanças significativas no modo de falar;
- 3 se o paciente é capaz de retratar 2 das 3 situações propostas, com mudanças significativas no modo de falar.
- 4 se o paciente é capaz de retratar as 3 situações propostas, com mudanças significativas no modo de falar.

25. Capacidade de comunicação por um só canal

Instruções

Em algumas situações do dia-a-dia, temos que conversar com alguém ao telefone. Falar ao telefone não é o mesmo que falar cara a cara, porque quando falamos ao telefone não podemos ver a outra pessoa, e isso pode limitar a nossa capacidade de comunicação. Vamos tentar reproduzir esta situação aqui. Vamos fingir que estamos a falar ao telefone. O terapeuta induz o paciente a imaginar a cena. O terapeuta pode também falar com o paciente através de um telemóvel, saindo da sala, e transformando a situação fictícia numa situação real. Contudo, não vamos esquecer que há valor acrescentado na capacidade do próprio paciente ser capaz de imaginar o cenário. Mesmo estando sentados cara a cara, podemos propor o role-playing para um encontro por telefone. O terapeuta faz o gesto com o polegar e o dedo mindinho, de forma a imitar o gesto de falar ao telefone. O terapeuta espera que o paciente comece a imitar e depois diz: 1) Olá, bom dia (ou noite). O terapeuta aguarda a resposta do paciente. Então continua: 2) O Sr. (nome do paciente) está? (...) O que vai fazer esta tarde? Podemos encontrar-nos? (...) Muito bom - Adeus! Até breve! (...)

Pontuação

- 0 se o paciente não entender o role-playing proposto;
- 1 se o paciente precisar de ajuda adicional para realizar o diálogo;
- 2 se o paciente interagir, mas com contribuições irrelevantes ou inadequadas;
- 3 se o paciente interage de maneira aceitável;
- 4 se o paciente interagir muito bem, por exemplo, ao tomar a iniciativa de conversar.

26. Capacidade de comunicação com destinatário ausente

Instruções

Quando ligamos para alguém por telefone, essa pessoa pode ser capaz de atender, ou talvez não, que é o que acontece quando, às vezes, um atendedor de chamadas responde. Imagine que me está a ligar e o atendedor de chamadas responde. Geralmente diz-nos para deixar uma mensagem depois de ouvir um sinal. Imagine-se nessa situação, ligue-me para o telefone e responda ao meu atendedor de chamadas (o terapeuta imita a voz de um atendedor de chamadas): “Deixe a sua mensagem após o sinal (bip...)”. Aguardamos o esforço do paciente para deixar uma mensagem. Se não houver resposta, insistimos repetindo a informação descrita.

Pontuação

- 0 se o paciente não compreende o role-playing proposto;
- 1 se o paciente precisar de ajuda adicional para realizar a tarefa;
- 2 se o paciente deixar uma mensagem parcial ou incompleta;
- 3 se o paciente deixar uma mensagem completa, mas hesitante ou com auto-correções;
- 4 se o paciente deixar uma mensagem completa, completa e corretamente e sem hesitação.

27. Capacidade de autocorreção

Instruções

É do conhecimento geral que todos cometemos erros quando falamos. Quando cometemos esses erros, na maioria das vezes apercebemo-nos e corrigimos, embora às vezes os erros possam passar despercebidos. Um exemplo de autocorreção é quando uma pessoa diz: “Tenho uma dor no meu cornozele ... eu quis dizer tornozelo!”. Agora quero que me diga três frases como a do exemplo anterior, primeiro dê-me uma frase

com um erro (por exemplo, “tenho uma dor no meu tornozelo”) e depois corrija (“tenho uma dor no meu tornozelo”). Vamos, tente! Diga-me uma frase com um erro. Esperamos que o paciente produza uma frase e pedimos-lhe que corrija. Se não houver resposta, ou o paciente disser que não sabe como fazer, podemos dar outro exemplo. Agora imagine uma senhora a ir à padaria que diz:

“Eu quero quatro pais, quero dizer, quatro pães.”

Agora tente novamente, produza uma frase com um erro e corrija-a. Se o paciente não responder ou disser que não sabe como fazê-lo, terminamos a tarefa e atribuímos uma pontuação de 0. Se o paciente for capaz de produzir uma frase e de a corrigir, podemos usar esta primeira frase autocorrigida como exemplo quando pedirmos a segunda e terceira frases, se o paciente tiver um bloqueio mental.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de criar frases com erros;
- 1 se o paciente cria frases com erros, mas sem as corrigir;
- 2 se o paciente criar 1 frase com erros e depois for capaz de as corrigir;
- 3 se o paciente criar 2 frases com erros e depois for capaz de as corrigir;
- 4 se o paciente criar 3 frases com erros e depois for capaz de as corrigir.

28. Capacidade de heterocorreção

Instruções

A tarefa que agora vamos realizar é detetar e corrigir os erros que eu estou a produzir ao falar. Por exemplo, se eu disser: “A história foi MARIVILHOSA”, deve dizer: “maravilhosa”, não “MARIVILHOSA”. Se o paciente parece compreender a proposta, continuamos com a tarefa. Caso contrário, podemos usar outro exemplo para ilustrar o que pretendemos. Vamos continuar! Esta é a primeira frase: 1) “Estamos numa situação económica DIRFÍCIL”. Aguardamos pela resposta do paciente. Se não houver uma resposta ou uma resposta incorreta, podemos dizer: *Ouça com atenção, eu disse “DIRFÍCIL” em vez de “difícil”*. Continuamos com outra frase. Vamos ver se é capaz de corrigir o meu erro nesta frase: 2) “Vejo muitas vezes a voar no meu jardim um pequeno ESCAREVELHO”. Aguardamos a resposta do paciente e continuamos com a seguinte frase. 3) *Vamos ver se é capaz de detectar o erro nesta frase: “FALTAM DEZ QUARTOS PARA A UMA”*. Continuamos com a próxima e última frase. Esta é a última frase que quero que corrija: 4) “Colocarem as coisas no lugar delas?”

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de detectar e corrigir algum dos erros propostos;
- 1 se o paciente é capaz de detectar e corrigir corretamente 1 dos 4 erros propostos;
- 2 se o paciente é capaz de detectar e corrigir corretamente 2 dos 4 erros propostos;
- 3 se o paciente é capaz de detectar e corrigir corretamente 3 dos 4 erros propostos;
- 4 se o paciente for capaz de detectar e corrigir corretamente todos os 4 erros.

29. Avaliar as palavras do outro

Instruções

Por vezes, fazemos comentários sobre o que alguém disse, particularmente quando queremos manifestar um acordo total ou um forte desacordo com o que foi dito. Agora vou pedir-lhe que me diga o que pensa sobre as seguintes questões. Num programa de televisão, um político disse: “Na minha opinião, a crise económica só está a ser vivida pelos ricos”. O que acha? Aguardamos a opinião do paciente ou fazemos os comentários considerados apropriados. Se nada é dito nem compreendido, pedimos explicitamente ao paciente que expresse uma opinião sobre o que foi dito e sobre aquele político (a mesma frase pode ser repetida). Agora vamos mudar de assunto. Num debate televisivo, houve um grupo de pessoas que argumentou que gays e lésbicas podem educar melhor os seus filhos do que pais que pertencem a uma família tradicional. O que acha? O terapeuta pode obviamente propor aqui situações alternativas para o exame, adaptadas de acordo com o histórico do paciente.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de comentar ou suas respostas são muito fracas ou inadequadas;
- 1 se o paciente é capaz de responder com um comentário sobre 1 das 2 situações propostas;
- 2 se o paciente é capaz de responder com um comentário sobre às 2 situações propostas;
- 3 se o paciente é capaz de comentar com argumentos adicionais e / ou entoação enfática em 1 das 2 situações propostas;
- 4 se o paciente é capaz de comentar com argumentos adicionais e / ou entoação enfática às 2 situações propostas.

30. Capacidade de preencher lacunas lexicais

Instruções

Quando falamos, por vezes não terminamos uma frase. Isto pode acontecer devido a muitas circunstâncias, como, por exemplo, quando não nos vem à ideia a palavra que completará a frase. Quando isto acontece, outros podem terminar a nossa frase por nós, ou podemos terminar a deles. Um exemplo disto é quando uma criança diz à mãe: "Mamã, hoje fiz um círculo com um..." (o menino faz o gesto de usar um compasso)... e a mãe responde: "Que bom! Fizeste um círculo com um compasso! Agora, vou pedir-lhe que faça como a mãe neste exemplo, isto é, terminar as frases incompletas que vou dizer a seguir. Está pronto? Compreendeu o que se pretende? Esperamos pela resposta do paciente e, se esta for negativa, explicamos novamente usando o mesmo ou outro exemplo. Depois recomeçamos a tarefa. Complete a seguinte frase: "Estou muito cansado esta tarde e gostaria de sair para apanhar um pouco de ar...". Se o paciente der uma resposta adequada, continuamos com os itens seguintes. Se o paciente não responder ou der uma resposta errada, devemos repetir a frase anterior, completando-a corretamente, a fim de servir como um novo exemplo para o paciente. Depois continuamos com os itens seguintes. Agora complete a seguinte frase: "O alfaiate fez-me um...". Continuamos com a seguinte frase: "Andamos com os pés e agarramos com as nossas...". E, finalmente, complete a seguinte frase: "As crianças crescem para se tornarem..."

Pontuação

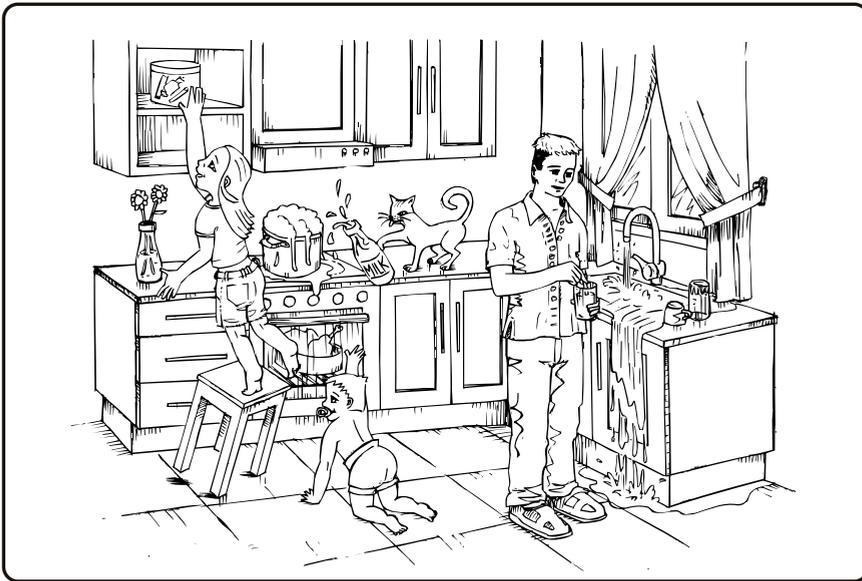
- 0 se o paciente não for capaz de completar adequadamente nenhuma das frases propostas;
- 1 se o paciente completar adequadamente 1 das 4 frases propostas;
- 2 se o paciente completar adequadamente 2 das 4 frases propostas;
- 3 se o paciente completar adequadamente 3 das 4 frases propostas;
- 4 se o paciente completar adequadamente as 4 frases propostas.

Secção VI. Usos de Linguagem inadequados e Teoria da Mente (TOM)

31. Descrever um objeto ou situação não presente

Instruções

A linguagem permite-nos comentar sobre coisas, pessoas ou situações que não estão presentes; por exemplo, falamos em casa sobre um carro que está na oficina. Vou mostrar-lhe uma imagem por um tempo e depois retirá-la, depois peço-lhe para me dizer o que estava na imagem. Mostramos ao paciente a imagem “TRIBUTO AO ROUBO DOS BISCOITOS” e pedimos ao paciente que a observe cuidadosamente durante um minuto. Depois de retirar a folha, pedimos ao paciente para nos dizer o que viu nessa imagem.



Tributo ao roubo dos biscoitos

Pontuação

- 0 se o paciente não expressar corretamente qualquer frase referente ao estímulo apresentado;
- 1 se o paciente produz uma única frase, mas de forma hesitante;
- 2 se o paciente completar corretamente 1 frase, sem hesitação, e 1 frase corretamente, mas de forma hesitante;
- 3 se o paciente produz 2 frases, mas com hesitação ou erros;
- 4 se o paciente produz pelo menos 2 frases, sem erros ou hesitação.

32. Recordar eventos passados recentes

Instruções

Com alguma frequência, conversamos ou comentamos coisas que não aconteceram há muito tempo. Agora, quero que me diga o que fez no último fim-de-semana, começando no sábado de manhã e terminando no domingo à tarde.

Pontuação

- 0 se o paciente não puder comentar nada sobre a situação proposta;
- 1 se o paciente produz apenas um comentário muito breve, isto é, não incluindo mais do que um verbo;
- 2 se o paciente produz um breve comentário, isto é, usando dois verbos com conteúdo lexical;
- 3 se o paciente se aproxima de um comentário abrangente, ou seja, usando três verbos com conteúdo lexical;
- 4 se o paciente produz um comentário altamente abrangente, isto é, usando quatro ou mais verbos com conteúdo lexical.

33. Recordar eventos passados antigos

Instruções

Com alguma frequência, conversamos ou comentamos coisas que aconteceram há algum tempo, ou até há muitos anos atrás. Agora, quero que me conte sobre o seu primeiro emprego e que me explique qual foi, e o que fez.

Pontuação

- 0 se o paciente não puder comentar nada sobre a situação proposta;
- 1 se o paciente produz apenas um comentário muito breve, isto é, não incluindo mais do que um verbo;
- 2 se o paciente produz um breve comentário, isto é, usando dois verbos com conteúdo lexical;
- 3 se o paciente se aproxima de um comentário abrangente, ou seja, usando três verbos com conteúdo lexical;
- 4 se o paciente produz um comentário altamente abrangente, isto é, usando quatro ou mais verbos com conteúdo lexical.

34. Antecipar eventos futuros

Instruções

Em muitas ocasiões falamos de situações ou coisas que ainda não aconteceram, que irão acontecer no futuro. Agora, quero que me diga o que planeia fazer no próximo fim-de-semana ou nas próximas férias. Se o paciente não responder, pedimos-lhe que nos diga o que fará no dia seguinte.

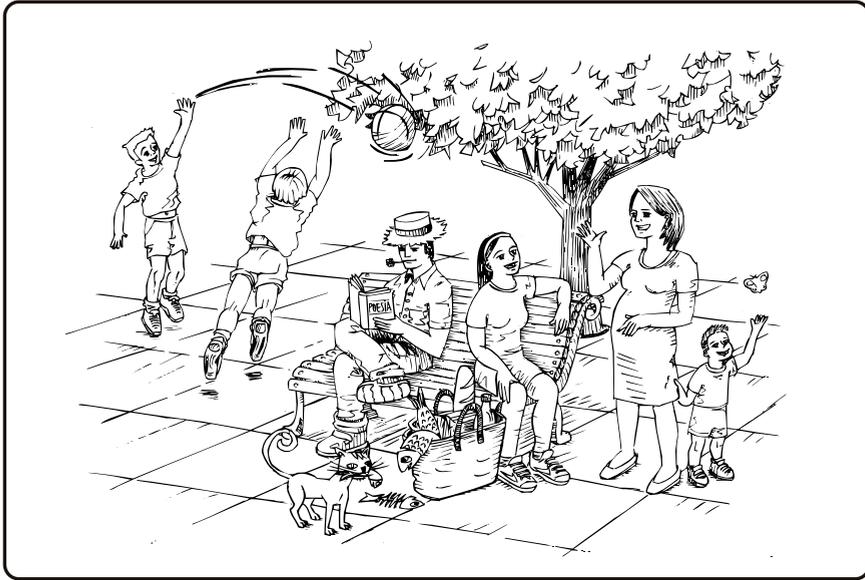
Pontuação

- 0 se o paciente não puder comentar nada sobre a situação proposta;
- 1 se o paciente produz apenas um comentário muito breve, isto é, não incluindo mais do que um verbo;
- 2 se o paciente produz um breve comentário, isto é, usando dois verbos com conteúdo lexical;
- 3 se o paciente se aproxima de um comentário abrangente, ou seja, usando três verbos com conteúdo lexical;
- 4 se o paciente produz um comentário altamente abrangente, isto é, usando quatro ou mais verbos com conteúdo lexical.

35. Descrever uma cena

Instruções

Quero que veja com atenção a imagem NO PARQUE que lhe vou mostrar. Olhe atentamente para as diferentes pessoas e o que está a acontecer. Deixamos passar um minuto para que o paciente possa observar cuidadosamente a imagem e, de seguida, pedimos ao paciente para descrever a situação. O que está aqui a acontecer? Onde estão estas pessoas? O que estão estas pessoas a fazer? Consegue adivinhar, por exemplo, o que a mulher que está de pé está a dizer à mulher sentada ao lado dela. Imaginemos que a bola acerta no homem que está a ler - o que dirá ele às crianças?



No parque

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de sugerir alguma coisa, ou de expressar qualquer comentário por algum dos personagens da cena;
- 1 se o paciente produz um comentário muito breve, isto é, incluindo um verbo com conteúdo lexical;
- 2 se o paciente produz um breve comentário, isto é, incluindo pelo menos dois verbos com conteúdo lexical;
- 3 se o paciente produz um comentário abrangente, podendo sugerir as palavras de um dos personagens da cena;
- 4 se o paciente produz um comentário abrangente, podendo sugerir as palavras de pelo menos dois dos personagens da cena.

36. Capacidade de encontrar antónimos

Instruções

Quando falamos com alguém, desempenhamos uma variedade de papéis complementares ou intercambiáveis, como ser um orador ou ouvinte, ser pai ou filho, ser professor ou aluno. Vou pedir-lhe agora para completar as frases seguintes ilustrando estas situações, está pronto? Complete estas frases:

Se eu sou o seu avô, então o Sr/Sra é o meu. . .

Se a Sra é a minha esposa, então eu sou o seu. . .

Se eu lhe estou a vender algo, então o Sr/Sra é

Se o Sr/Sra é mais jovem que eu, então eu sou

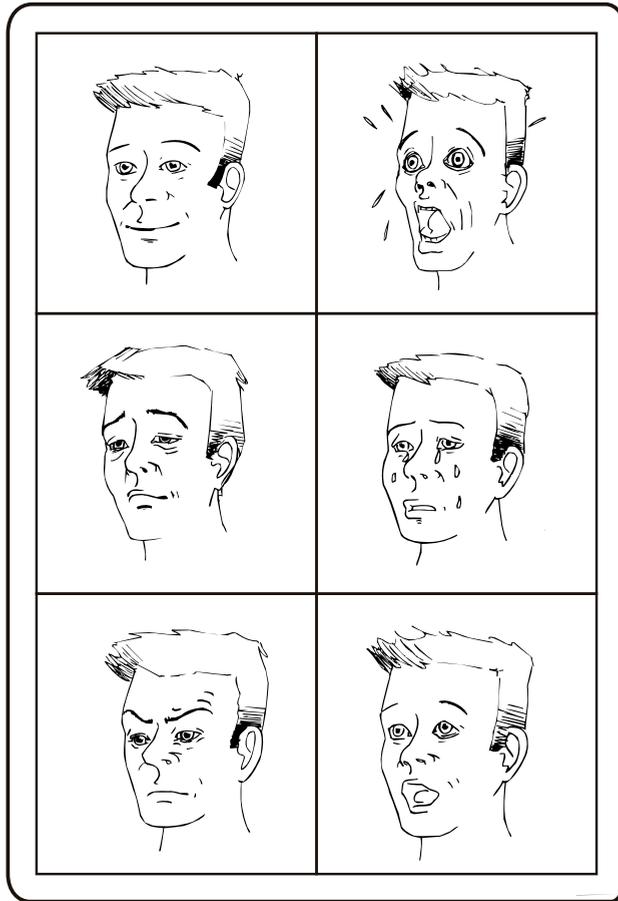
Pontuação

- 0 se o paciente não conseguir completar uma frase corretamente;
- 1 se o paciente completar 1 das 4 frases corretamente;
- 2 se o paciente completar 2 das 4 frases corretamente;
- 3 se o paciente completar 3 das 4 frases corretamente;
- 4 se o paciente completar as 4 frases corretamente.

37. Leitura de emoções

Instruções

Interpretar corretamente os gestos da pessoa com quem falamos ajuda a compreender o que ela/ele pensa. A expressão do seu rosto diz-nos muitas coisas. É capaz de interpretar qual o tipo de emoção que expressa cada um dos seguintes rostos? Mostramos ao paciente o cartão **FACES PARA A TAREFA DE LEITURA DE EMOÇÕES**. É capaz de me dizer qual dos rostos mostra raiva? Pode dizer-me qual o rosto que mostra angústia? Qual mostra alegria? Finalmente, pode dizer-me qual o rosto que mostra espanto?



FACES para a tarefa de leitura de emoções

Procedimento de pontuação: o rosto no canto inferior esquerdo é uma resposta válida para “raiva”; os rostos à esquerda e à direita, na linha do meio, podem ser ambos respostas válidas para “angústia”; o rosto no canto superior esquerdo é uma resposta válida para “alegria”; e os rostos no canto superior direito e no canto inferior direito podem ser ambos respostas válidas para “espanto”.

Pontuação

- 0 se não houver respostas corretas
- 1 se houver 1 resposta correta;
- 2 se houver 2 respostas corretas;
- 3 se houver 3 respostas corretas;
- 4 se houver 4 respostas corretas.

38. Uso da linguagem ficcional

Instruções

A linguagem permite-nos criar histórias, personagens ou coisas que nunca existiram, mas que simplesmente imaginamos. Vou pedir-lhe agora para inventar uma frase com as seguintes palavras: 1. “João-bola”. O terapeuta espera que o paciente produza uma frase que inclua as duas palavras ditas. Caso contrário, o paciente é solicitado a tentar novamente, após repetição da instrução. O terapeuta dá tempo ao paciente para responder e depois continua. Agora quero que faça uma frase com as palavras “criança -cinema”. Agora quero que faça uma frase com as palavras “família-verão”. Agora quero que faça uma frase com as palavras “cavalo - quinta”.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de criar uma frase correta com as palavras propostas;
- 1 se o paciente inventar 1 frase correta com as palavras propostas;
- 2 se 2 frases corretas forem inventadas com as palavras propostas;
- 3 se 3 frases corretas forem inventadas com as palavras propostas;
- 4 se o paciente produz corretamente as 4 frases com as palavras propostas.

39. Capacidade de mentir

Instruções

A linguagem também nos permite intencionalmente dizer coisas que não correspondem aos factos, ou seja, podemos mentir ao usar a linguagem. Se eu disser: “esta mesa é roxa”, quando a mesa é de facto verde, estou a mentir! Apenas como uma brincadeira, diga-me uma “mentira”! Esperamos que o paciente expresse uma frase falsa. Se o paciente responder dizendo uma mentira, pedimos-lhe outra mentira. É capaz de me dizer outra “mentira”? Tente. Caso o paciente não expresse espontaneamente quaisquer “mentiras”, podemos usar a seguinte fórmula: Complete as seguintes frases: 1) Eu vejo com os meus ouvidos e ouço com os meus ... 2) Dois mais dois são cinco, e três mais três são

Pontuação

- 0 se o paciente não puder expressar “mentiras”.
- 1 se o paciente completar 1 das 2 frases com uma “mentira”.
- 2 se o paciente completar as 2 frases com as “mentiras” correspondentes.
- 3 se o paciente produz espontaneamente 1 “mentira”, mas é incapaz de formular uma segunda.
- 4 se o paciente produz espontaneamente 2 “mentiras”.

40. Expressar ironia

Instruções

Em algumas situações, usamos a linguagem para sermos irônicos e para dizer certas coisas indiretamente. Se eu digo, quando está realmente calor, (tentamos imitar o tom irônico) “Hoje está muito frio!” É verdade? Não! Claro que não. Eu estou a ser irônico. Pode dar-me um exemplo, usando um tom irônico? Se o paciente não responder ou tiver muitas dificuldades, podemos continuar com outro exemplo. Imagine que vamos ver um jogo de futebol e a nossa equipa perde por muitos golos, e o Sr/Sra diz: “Eles são tão bons que nunca perdem!” Então está a ser irônico. Dê-me outro exemplo em que é usada a ironia.

Pontuação

- 0 se o paciente é incapaz de produzir qualquer frase com um tom irônico.
- 1 se o paciente criar uma frase que se aproxime do tom irônico, depois de repetir a instrução.
- 2 se o paciente cria duas frases que se aproximam do tom irônico, depois de repetir a instrução.
- 3 se o paciente criar uma frase com um tom claramente irônico, incluindo o gesto facial correspondente.
- 4 se o paciente criar 2 frases com um tom claramente irônico, incluindo o gesto facial correspondente.

Diferentes perfis metalinguísticos de três pacientes com afasia

As fichas de pontuação de três pacientes com afasia são apresentadas para ilustrar diferentes perfis nas respostas ao teste MetAphAs.

1. Paciente com afasia sensorial grave (ASG)

O primeiro caso apresentado é de um homem com 65 anos de idade que sofreu um acidente vascular cerebral (AVC), perissilvico do lado esquerdo, em janeiro de 2004. O diagnóstico neurológico deste paciente referia-se a um enfarte cerebral aterotrombótico na área da artéria cerebral média. Apresentou, de acordo com os critérios diagnósticos do teste de Boston, uma afasia sensorial grave, com alteração moderada da compreensão auditiva, assim como nas tarefas de nomeação e compreensão de ordens. Mostrou dificuldade na compreensão de histórias curtas. O seu discurso é fluente, com parafasias.

Folha de Resposta do Test MetAphAs (ASG)					
(Rosell-Clari & Hernández-Sacristán, 2017)					
Secção I: Linguagem interior, capacidade de inibição e discurso diferido					
1.	Atividade monológica	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3 4
2.	Verbalizações de apoio às atividades de vida diária	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
3.	Sussurro	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
4.	Leitura silenciosa	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
5.	Uso diferido da linguagem (resposta diferida)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
6.	Uso diferido da linguagem (descrição diferida)	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
Secção II: Controlo dos procedimentos semióticos concorrentes					
7.	Marcadores discursivos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
8.	Gestos concomitantes à atividade verbal	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3 4
9.	Entoação melódica	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3 4
10.	Gestos fónicos e expressões de conteúdo emocional	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
11.	Entoação convencional	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
Secção III: Capacidades parafrásticas e fenómenos associados					
12.	Definição de termos na nomeação de objetos específicos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
13.	Definição de termos abstratos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
14.	Circunlóquios	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
15.	Fenómeno da “Ponta da Língua”	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
16.	Parafasias	0	1	2	3 <input checked="" type="checkbox"/>
Secção IV: Discurso indireto e fenómenos associados					
17.	Discurso referido/relatado	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
18.	Discurso referido/relatado e gesto fónico	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3 4
19.	Imitação da voz (narração teatralizada).	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
20.	Contar uma história	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
Secção V: Capacidade de monitorização. Pistas de contextualização					
21.	Monitorização de sílabas: divisão silábica numa palavra	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
22.	Monitorização de frases: aumento da intensidade para dar ênfase	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
23.	Monitorização de sílabas com o apoio de gestos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
24.	Formas de falar em contexto	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
25.	Atividade de comunicação por um só canal	0	1	<input checked="" type="checkbox"/>	3 4
26.	Capacidade de comunicação com destinatário ausente	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
27.	Capacidade de autocorreção	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
28.	Capacidade de heterocorreção	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
29.	Avaliar as palavras do outro	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
30.	Capacidade de preencher lacunas lexicais	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
Secção VI: Usos de linguagem inadequados e teoria da mente					
31.	Descrever um objeto ou situação não presente	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
32.	Recordar eventos passados recentes	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
33.	Recordar eventos passados antigos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
34.	Antecipar eventos futuros	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
35.	Descrever uma cena	0	<input checked="" type="checkbox"/>	2	3 4
36.	Capacidade de encontrar antónimos	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
37.	Leitura de emoções	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
38.	Uso da linguagem ficcional	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
39.	Capacidade de mentir	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
40.	Expressar ironia	<input checked="" type="checkbox"/>	1	2	3 4
PONTUAÇÃO TOTAL		14			

2. Paciente com afasia motora grave (AMG)

O segundo caso é de um homem de 69 anos que sofreu um AVC em março de 2005 (AVC perissilvico esquerdo). O diagnóstico neurológico deste paciente indicou hemorragia intraparenquimatosa temporal esquerda, secundária a malformações arteriovenosas. Este paciente apresentou, de acordo com os critérios diagnósticos do teste de Boston, afasia grave com predomínio motor (AMG), com perda evidente de fluência, anomia, parafasias semânticas, com dificuldades moderadas na compreensão das instruções.

Folha de Resposta do Test MetAphAs (AMG)						
(Rosell-Clari & Hernández-Sacristán, 2017)						
Secção I: Linguagem interior, capacidade de inibição e discurso diferido						
1.	Atividade monológica	0	1	2	3	4
2.	Verbalizações de apoio às atividades de vida diária	0	1	2	3	4
3.	Sussurro	0	1	2	3	4
4.	Leitura silenciosa	0	1	2	3	4
5.	Uso diferido da linguagem (resposta diferida)	0	1	2	3	4
6.	Uso diferido da linguagem (descrição diferida)	0	1	2	3	4
Secção II: Controlo dos procedimentos semióticos concorrentes						
7.	Marcadores discursivos	0	1	2	3	4
8.	Gestos concomitantes à atividade verbal	0	1	2	3	4
9.	Entoação melódica	0	1	2	3	4
10.	Gestos fónicos e expressões de conteúdo emocional	0	1	2	3	4
11.	Entoação convencional	0	1	2	3	4
Secção III: Capacidades parafrásticas e fenómenos associados						
12.	Definição de termos na nomeação de objetos específicos	0	1	2	3	4
13.	Definição de termos abstratos	0	1	2	3	4
14.	Circunlóquios	0	1	2	3	4
15.	Fenómeno da “Ponta da Língua”	0	1	2	3	4
16.	Parafasias	0	1	2	3	4
Secção IV: Discurso indireto e fenómenos associados						
17.	Discurso referido/relatado	0	1	2	3	4
18.	Discurso referido/relatado e gesto fónico	0	1	2	3	4
19.	Imitação da voz (narração teatralizada).	0	1	2	3	4
20.	Contar uma história	0	1	2	3	4
Secção V: Capacidade de monitorização. Pistas de contextualização						
21.	Monitorização de sílabas: divisão silábica numa palavra	0	1	2	3	4
22.	Monitorização de frases: aumento da intensidade para dar ênfase	0	1	2	3	4
23.	Monitorização de sílabas com o apoio de gestos	0	1	2	3	4
24.	Formas de falar em contexto	0	1	2	3	4
25.	Atividade de comunicação por um só canal	0	1	2	3	4
26.	Capacidade de comunicação com destinatário ausente	0	1	2	3	4
27.	Capacidade de autocorreção	0	1	2	3	4
28.	Capacidade de heterocorreção	0	1	2	3	4
29.	Avaliar as palavras do outro	0	1	2	3	4
30.	Capacidade de preencher lacunas lexicais	0	1	2	3	4
Secção VI: Usos de linguagem inadequados e teoria da mente						
31.	Descrever um objeto ou situação não presente	0	1	2	3	4
32.	Recordar eventos passados recentes	0	1	2	3	4
33.	Recordar eventos passados antigos	0	1	2	3	4
34.	Antecipar eventos futuros	0	1	2	3	4
35.	Descrever uma cena	0	1	2	3	4
36.	Capacidade de encontrar antónimos	0	1	2	3	4
37.	Leitura de emoções	0	1	2	3	4
38.	Uso da linguagem ficcional	0	1	2	3	4
39.	Capacidade de mentir	0	1	2	3	4
40.	Expressar ironia	0	1	2	3	4
PONTUAÇÃO TOTAL					48	

3. Paciente com afasia anômica residual (AAR)

O terceiro caso é o de um homem de 50 anos que foi internado em 2006 devido a um AVC isquêmico. O principal diagnóstico neurológico foi de AVC isquêmico na região silvica esquerda. No exame anterior, o paciente apresentava afasia anômica residual moderada-grave (AAR), com evidente perda de fluência, anomia, parafasias e dificuldades no acesso ao léxico. Não foi observada nenhuma dificuldade na compreensão auditiva.

Folha de Resposta do Test MetAphAs (AAR)						
(Rosell-Clari & Hernández-Sacristán, 2017)						
Secção I: Linguagem interior, capacidade de inibição e discurso diferido						
1.	Atividade monológica	0	1	2	3	4
2.	Verbalizações de apoio às atividades de vida diária	0	1	2	3	4
3.	Sussurro	0	1	2	3	4
4.	Leitura silenciosa	0	1	2	3	4
5.	Uso diferido da linguagem (resposta diferida)	0	1	2	3	4
6.	Uso diferido da linguagem (descrição diferida)	0	1	2	3	4
Secção II: Controlo dos procedimentos semióticos concorrentes						
7.	Marcadores discursivos	0	1	2	3	4
8.	Gestos concomitantes à atividade verbal	0	1	2	3	4
9.	Entoação melódica	0	1	2	3	4
10.	Gestos fónicos e expressões de conteúdo emocional	0	1	2	3	4
11.	Entoação convencional	0	1	2	3	4
Secção III: Capacidades parafrásticas e fenómenos associados						
12.	Definição de termos na nomeação de objetos específicos	0	1	2	3	4
13.	Definição de termos abstratos	0	1	2	3	4
14.	Circunlóquios	0	1	2	3	4
15.	Fenómeno da “Ponta da Língua”	0	1	2	3	4
16.	Parafasias	0	1	2	3	4
Secção IV: Discurso indireto e fenómenos associados						
17.	Discurso referido/relatado	0	1	2	3	4
18.	Discurso referido/relatado e gesto fónico	0	1	2	3	4
19.	Imitação da voz (narração teatralizada).	0	1	2	3	4
20.	Contar uma história	0	1	2	3	4
Secção V: Capacidade de monitorização. Pistas de contextualização						
21.	Monitorização de sílabas: divisão silábica numa palavra	0	1	2	3	4
22.	Monitorização de frases: aumento da intensidade para dar ênfase	0	1	2	3	4
23.	Monitorização de sílabas com o apoio de gestos	0	1	2	3	4
24.	Formas de falar em contexto	0	1	2	3	4
25.	Atividade de comunicação por um só canal	0	1	2	3	4
26.	Capacidade de comunicação com destinatário ausente	0	1	2	3	4
27.	Capacidade de autocorreção	0	1	2	3	4
28.	Capacidade de heterocorreção	0	1	2	3	4
29.	Avaliar as palavras do outro	0	1	2	3	4
30.	Capacidade de preencher lacunas lexicais	0	1	2	3	4
Secção VI: Usos de linguagem inadequados e teoria da mente						
31.	Descrever um objeto ou situação não presente	0	1	2	3	4
32.	Recordar eventos passados recentes	0	1	2	3	4
33.	Recordar eventos passados antigos	0	1	2	3	4
34.	Antecipar eventos futuros	0	1	2	3	4
35.	Descrever uma cena	0	1	2	3	4
36.	Capacidade de encontrar antónimos	0	1	2	3	4
37.	Leitura de emoções	0	1	2	3	4
38.	Uso da linguagem ficcional	0	1	2	3	4
39.	Capacidade de mentir	0	1	2	3	4
40.	Expressar ironia	0	1	2	3	4
PONTUAÇÃO TOTAL		143				

4. Conclusões

Estes três casos confirmam que o teste MetAphAs mostra perfis diferentes na perturbação das capacidades metalinguísticas dos pacientes, sensíveis ao tipo e à gravidade da afasia. Por outro lado, como foi observado nestes três exemplos, a administração do teste MetAphAs mostra os elementos mais preservados e afetados em cada paciente; isto deve ser útil na terapia da fala. O MetAphAs pode ser utilizado para planificar a reabilitação da comunicação do paciente, começando precisamente com os elementos mais preservados e sugerindo diretrizes de suporte para a comunicação em ambientes naturais.

Alguns dados estatísticos*

■ Amostra

Participaram no estudo 30 pessoas com afasia falantes de espanhol (19 homens e 11 mulheres, média de idades de 46-82 anos). Os participantes apresentavam pelo menos 6 meses após a ocorrência do acidente vascular cerebral (AVC), com um diagnóstico de AVC isquêmico ou hemorrágico. Foram recrutados nas unidades de AVC dos hospitais das cidades de Valência e Alzira (Espanha). Todos os indivíduos completaram a versão espanhola do Boston Diagnostic Aphasia Examination (BDAE; Goodglass & Kaplan, 1983, 1998) e o teste MetAphAs. Foi representada na nossa amostra uma variedade de tipos de afasia: 15 pessoas com afasia motora dominante, 9 pessoas com afasia sensorial dominante e 6 com afasia anômica residual. No que diz respeito à gravidade da afasia, foi também representada na nossa amostra uma variedade de situações, embora na maioria dos participantes, dezessete deles, fosse moderada. Pacientes com défices muito graves na produção ou compreensão foram excluídos do estudo, dadas as suas dificuldades em completar o teste MetAphAs.

* Estudo apresentado na Science of Aphasia Conference, Genebra, 2017.

TABELA 1. Sujeitos com afasia

Paciente	Idade	Sexo (M/F)	Tipo de afasia	Gravidade	Etiologia
ASSMG	67	M	Afasia sensorial	0	Hematoma cerebral parieto-occipital esquerdo
ASSTM	74	F	Afasia transcortical sensorial	3	AVC isquémico silvico esquerdo, por trombose na carótida esquerda
ASSTS	71	M	Afasia transcortical sensorial	2	AVC isquémico extenso na zona temporo parietal esquerda
BPMMM	68	M	Afasia Motora mista	3	AVC isquémico temporal esquerdo
CSMMM	70	M	Afasia Motora mista	3	AVC isquémico-trombótico na área silvica esquerda, de origem hipertensiva
DT-MMM	82	F	Afasia Motora mista	3	Hematoma temporo-parietal esquerdo
EMMMS	75	M	Afasia Motora mista	2	Embolia na região silvica anterior esquerda
EASG	77	F	Afasia Sensorial	1	AVC isquémico extenso na área temporal esquerda
FGMTM	72	F	Afasia transcortical motora	3	AVC múltiplos na região silvica
JHAL	46	M	Afasia anômica	4	AVC isquémico
JMMMG	59	M	Afasia motora mista	1	AVC isquémico-trombótico na área silvica esquerda
JVMMG	69	M	Afasia motora	0	Lesão intraparenquimatosaparietal esquerda
MLAM	58	F	Afasia anômica	3	AVC isquémico-trombótico na área silvica esquerda, de origem hipertensiva
MMAL	48	F	Afasia anômica	4	AVC na região silvica esquerda
MMMTS	51	M	Afasia transcortical motora	2	AVC isquémico nas artérias cerebrais anterior e medial esquerda
MSMMG	80	F	Afasia Motora	0	Embolia na área silvica esquerda
PPMMG	51	M	Afasia Motora mista	1	AVC isquémico na área silvica esquerda
RSMMM	75	M	Afasia Motora mista	3	AVC isquémico na área frontal esquerda

Paciente	Idade	Sexo (M/F)	Tipo de afasia	Gravidade	Etiologia
VNMMS	65	M	Afasia Motora mista	2	Hematoma cerebral frontal esquerdo
VRAL	50	M	Afasia Anômica	4	AVC isquêmico na área silvica esquerda
VRMSM	66	M	Afasia sensorial mista	3	AVC por isquemia da artéria cerebral média esquerda
MCPA	68	F	Afasia anômica	3	AVC por isquemia da artéria Cerebral média esquerda
RMSM	81	M	Afasia Sensorial	1	AVC por isquemias múltiplas na área silvica
JLMM	71	M	Afasia Motora Mista	0	AVC isquêmico extenso na área temporoparietal esquerda
IGSM	61	F	Afasia Sensorial Mista	2	AVC isquêmico-trombótico na área silvica esquerda
ASST	70	F	Afasia transcortical Sensorial	3	AVC isquêmico na área silvica esquerda
AGMT	59	F	Afasia transcortical motora	3	AVC isquêmico na artéria cerebral média esquerda
GASA	68	M	Afasia sensorial	1	AVC isquêmico na área silvica esquerda
GMPM	72	M	Afasia Anômica	3	AVC por embolia na área silvica esquerda anterior
MMMA	64	M	Afasia Motora	1	AVC isquêmico na artéria cerebral média esquerda

Resultados

A consistência interna ou a fiabilidade do MetAphAs, foi demonstrada pelos elevados valores do coeficiente alfa de Cronbach quando aplicados aos resultados obtidos por todos os pacientes no MetAphAs. A validade (validade concorrente) do MetAphAs foi também comprovada pelos altos valores dos coeficientes de Pearson que medem a correlação entre os resultados globais obtidos no BDAE e no MetAphAs. Houve, no entanto, diferenças médias significativas entre as pontuações globais do MetAphAs e BDAE ($t_{29} = -8.712$; $p = .000$), demonstrando que o MetAphAs e a BDAE são, como esperado, diferentes ferramentas para avaliar a afasia.

O teste MetAphAs mostrou alta sensibilidade ao tipo de afasia ($F(6,71) = 11,689$; $p = 0,000$) e à gravidade da afasia ($F(6,71) = 40,378$; $p = 0,000$).

TABELA 2. Resumos dos resultados

	ESTATÍSTICA	SIGNIFICÂNCIA
Fiabilidade <i>MetAphAs</i> Test	Coefficiente alfa de Cronbach = .926	Da 0 a 1
Correlação <i>MetAphAs</i> & BDAE	$r_{xy} = .900$	$p = .000$
Diferenças médias <i>MetAphAs</i> & BDAE	$t_{29} = - 8.712$	$p = .000$
Tipo de Afasia & <i>MetAphAs</i>	$F_{(6,71)} = 11.689$	$p = .000$
Gravidade da Afasia & <i>MetAphAs</i>	$F_{(6,71)} = 40.378$	$p = .000$

Referências

- ALBERT, M., SPARKS, R., & HELM (1973). Melodic Intonation Therapy for aphasia. *Archives of Neurology*, 29, 130-131.
- BICKERTON, D. (1990). *Language and Species*. Chicago: University of Chicago Press.
- BROWNSSETT, S. L. E., WARREN, J. E., GERANMAYEH, F., WOODHEAD, Z., LEECH, R., & WISE, R. J. (2014). Cognitive control and its impact on recovery from aphasic stroke. *Brain*, 137, 242–254.
- DEAN, M. P., DELLA SALA, S., BESCHIN, N. & COCCHINI, G. (2017). Anosognosia and self-correction of naming errors in aphasia. *Aphasiology*, 31 (7), 725-740.
- DOCKREE, P. M., TARLETON, Y. M., CARTON, S., & FITZGERALD, M. C. (2015). Connecting self-awareness and error-awareness in patients with traumatic brain injury. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 21(7), 473–482.
- EL HACHIOUI, HANANE, VISCH-BRINK, EY, LINGSMA, HESTER F, VAN DE SANDT-KOENDERMAN, MIEKE W. M. E., DIPPPEL, DIEDERIK W. J., KOUDSTAAL, PETER J. & MIDDELKOOP, HUUB A. M. (2014). Nonlinguistic Cognitive Impairment in Poststroke Aphasia: A Prospective Study, *Neurorehabilitation and Neural Repair*, 28(3), 273–281.
- FRANKEL, T.; PENN, C. & ORMOND-BROWN, D. (2007). Executive dysfunction as an explanatory basis for conversation symptoms of aphasia: A pilot study. *Aphasiology*, 21 (6/7/8), 814-828.

- GALLARDO PAÚLS, B., & MARÍN JORDÀ, M. J. (2005). Marcadores discursivos procedentes de verbos perceptivos en el discurso afásico. *Revista de Investigación Lingüística*, 8, 53-94.
- GOMBERT, J. E. (1992). *Metalinguistic Development*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- GOODWIN, C. (1995). Co-constructing Meaning in Conversations with an Aphasic Man. *Research on Language and Social Interaction*, 28 (39), 233-260.
- GOODGLASS, H., & KAPLAN, E. (1983). *Boston Diagnostic Aphasia Exam*. Philadelphia: Lea and Febiger.
- GOODGLASS, H., & KAPLAN, E. (1998). *Evaluación de la afasia y de los trastornos relacionados*. Madrid: Panamericana (Spanish adaptation of Goodglass, H., & Kaplan, E. (1983), by García Albea, J.E., & Sánchez Bernardos, M. L.).
- HARLEY, T. A., OLIVER, T. M., JESSIMAN, L. J. & MACANDREW, S.B.G. (2013) Ageing makes us dyslexic. *Aphasiology*, 27 (4), 490-505.
- HELM-ESTABROOKS, N., FITZPATRICK, P., & BARRESI, B. (1982). Visual Action Therapy for global aphasia. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 44, 385-389.
- HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (2006). *Inhibición y Lenguaje. A propósito de la afasia y la experiencia del decir*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C., & ROSELL-CLARI, V. (2009). Syntax and conversation in aphasia. A strategic restrictive use of Spanish and Catalan connector QUE by aphasic speakers. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 23 (10), 717-741.
- HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C., ROSELL-CLARI, V., & MACDONALD, J. E. (2011). Proximal and distal. Rethinking linguistic form and use for clinical purposes. *Clinical Linguistics & Phonetics*, 25 (1), 37-52.
- HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C., ROSELL-CLARI, V., SERRA ALEGRE, E., & QUILES-CLIMENT, J. (2012). On natural metalinguistic abilities in aphasia : A preliminary study. *Aphasiology*, 26 (2), 199-219.
- HOCKETT, C. F. (1960). The origin of speech. *Scientific American*, 203, 88-96.
- HURFORD, J. (2004). Language beyond our grasp: what mirror neurons can, and cannot do, for the evolution of language. In Oller, D.K., & Griebel, K. (eds.). *Evolution of communication systems: a comparative approach*. Cambridge, MA, & London: MIT Press, 297-313.

- KARMILOFF-SMITH, A. (1986). From meta-processes to conscious access: Evidence from children's metalinguistic and repair data. *Cognition*, 23, 95-147.
- KUZMINA, E., & WEEKES, B.S. (2017). Role of cognitive control in language deficits in different types of aphasia. *Aphasiology*, 31 (7), 765-792.
- LUCY, J.A. (ed.) (1993). *Reflexive Language. Reported Speech and Metapragmatics*. Cambridge: Cambridge University Press.
- MAYER, JAMIE F., MITCHINSON, SARA I. & MURRAY, LAURA L. (2017): Addressing concomitant executive dysfunction and aphasia: previous approaches and the new brain budget protocol. *Aphasiology*, 31 (7). 837-860.
- MURRAY, L. L. (2012). Attention and other cognitive deficits in aphasia: Presence and relation to language and communication measures. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21, 167-179.
- PENN, C.; FRANKEL, T.; WATERMEYER, J. Y RUSSELL, N. (2010). Executive function and conversational strategies in bilingual aphasia. *Aphasiology*, 24 (2), 288-308.
- PIETROSEMOLI, L., VERA, M., GONZALEZ VALERA, S., & COUTÍN CHURCHMAN, P. (2005). Marcadores discursivos en hablantes sanos y afásicos: el caso especial de "y". *Boletín de Lingüística*, 17, 25-30.
- PREMACK, D., & WOODRUFF, G. (1978). Does chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526.
- ROSE, M. (2006). The utility of arm and hand gestures in the treatment of aphasia. *Advances in Speech Language Pathology*, 8, 92-109.
- ROSELL-CLARI, V., & BERNICOT, J. (2012). Metalang. Protocolo franco-español de exploración de habilidades metalingüísticas en niños de 6 a 9 años: un estudio preliminar. *Boletín de AELFA (Asociación Española de Logopedia, Foniatría y Audiología)*, 12 (2), 61-66.
- ROSELL-CLARI, V., & HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C. (Coords) (2014). *MetAphAs. Protocolo de exploración de habilidades metalingüísticas en la afasia*. Valencia: Nau Llibres.
- ROSELL CLARI, V., & HERNÁNDEZ SACRISTÁN, C. (2014). La evaluación del déficit lingüístico adquirido en el adulto. La afasia como ejemplo. In Fernández Pérez, M. (coord.). *Lingüística y déficit comunicativos. ¿Cómo abordar las disfunciones verbales?* Madrid: Síntesis, 159-200.
- ROSELL-CLARI, V., & HERNÁNDEZ-SACRISTÁN, C. (2017). Anomia rehabilitation viewed from a pragmatic-functional paradigm. A case study. *Revista de Investigación en Logopedia*, 7 (1), 47-70.

SIMMONS-MACKIE, N., ELMAN, R. J., HOLLAND, A., & DAMICO, J. (2007).
Management of discourse in group therapy for aphasia. *Topics in Language Disorders, 27 (1)*, 5-23.

