

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA/ FACULDADE DE ODONTOLOGIA
CURSO DE FONOAUDIOLOGIA
TRABALHO DE MONOGRAFIA-II

JÉSSICA DA SILVA DUARTE

**ARTE CLOWNESCA NA FONOAUDIOLOGIA: A REINVENÇÃO DA
COMUNICAÇÃO DO AFÁSICO**

Porto Alegre
2017

JÉSSICA DA SILVA DUARTE

**ARTE CLOWNESCA NA FONOAUDIOLOGIA: A REINVENÇÃO DA
COMUNICAÇÃO DO AFÁSICO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado como requisito parcial à conclusão do Curso de Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de bacharel em Fonoaudiologia.

Orientador (a): Profa. Dra. Lenisa Brandão

Porto Alegre

2017

CIP - Catalogação na Publicação

da Silva Duarte, Jéssica
Arte Clownesca na fonoaudiologia: a reinvenção da
comunicação do afásico / Jéssica da Silva Duarte. --
2017.
52 f.
Orientadora: Lenisa Brandão.

Trabalho de conclusão de curso (Graduação) --
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade
de Odontologia, Curso de Fonoaudiologia, Porto
Alegre, BR-RS, 2017.

1. Qualidade de vida. 2. Bem estar subjetivo. 3.
Arte clownesca. 4. Comunicação não verbal. I.
Brandão, Lenisa, orient. II. Título.

JÉSSICA DA SILVA DUARTE

**ARTE CLOWNESCA NA FONOAUDIOLOGIA: A REINVENÇÃO DA
COMUNICAÇÃO DO AFÁSICO**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi julgado e aprovado para obtenção do título em Bacharel em Fonoaudiologia no Curso de Graduação em Fonoaudiologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 04 de dezembro de 2017.

Prof (a). Dr (a). Roberta Alvarenga Reis
Coordenador da COMGRAD Fonoaudiologia

Banca Examinadora

Dra. Lenisa Brandão
Orientador

Dra. Denise Ren da Fontoura
Examinador

Profa. Ana Carolina Muller Fuchs
Examinador

Aos membros da Associação de afásicos do Rio Grande do Sul (AAFARGS) por terem me ensinado o verdadeiro significado da palavra amor!

AGRADECIMENTOS

Agradeço imensamente à Deus, nosso senhor, por ter me permitido chegar até aqui, por ter me dado paz, calma, proteção e sabedoria divinas nos momentos mais difíceis durante o meu percurso na graduação.

Obrigada mãe por ter me amparado nos momentos em que mais precisei, por ter sido meu alicerce e ter me dado forças para nunca desistir e sempre seguir em frente. Obrigada pelas inúmeras vezes nas quais eu cheguei em casa pensando que não iria conseguir, que não seria capaz e você como sempre por meio de palavras amigas e cheias de amor me acalmou me fazendo enxergar que todos nós somos capazes de ir muito além, basta acreditar e ter fé em nós mesmos!

Agradeço de coração a grande amiga e Profa. Dra. Lenisa Brandão, por fazer parte da minha trajetória acadêmica, por ter me amparado nos momentos em que mais precisei, por ter sido minha amiga de verdade, pelos vários conselhos e palavras amigas as quais levarei dentro do meu coração pelo resto da vida!

Gratidão por ter me ensinado a colocar amor em todas as minhas práticas dentro da Fonoaudiologia, por ter iluminado meu caminho no meio acadêmico e por ter feito parte do meu crescimento profissional e pessoal! Através de ti eu descobri e desenvolvi minha grande paixão pela linguagem e pela Neuropsicologia dentro da minha amada profissão, a Fonoaudiologia.

Obrigada à Fonoaudióloga Camila Leonhardt Grigol, minha grande amiga, por ter me acalmado nos momentos de aflição e ansiedade e por me mostrar o verdadeiro significado da palavra coragem todos os dias!

“A afasia não pode ser entendida apenas como um problema de linguagem ou de saúde, ela é uma questão social e enquanto tal deve ser encarada.”

(Morato et al.,2002)

RESUMO

Este estudo busca investigar os possíveis efeitos da arte *clownesca* em dois afásicos predominantemente expressivos. Os mesmos tiveram alta da terapia fonoaudiológica individual devido à melhora na comunicação verbal, mas continuaram interessados em aumentar seu bem estar em situações comunicativas. Foram aplicados os protocolos de bem estar subjetivo (ESBES) e escala de qualidade de vida (SAQOL-39), antes e após as sessões de arte *clownesca*, bem como foi feita uma análise da intencionalidade compartilhada em atividades *clownescas*. As avaliações demonstraram habilidades linguísticas e praxias não verbais dentro da normalidade. Já habilidades de atenção e memória de trabalho encontravam-se prejudicadas. As sessões de palhaçaria ocorreram uma vez por semana, com duração de 3 horas por 6 meses. A intencionalidade compartilhada foi analisada a partir da filmagem de números *clownescos* simples envolvendo a técnica de triangulação. As medidas de bem estar subjetivo (BES) e qualidade de vida (QV) colhidas antes e ao final da intervenção *clown* mostraram evolução positiva. Não se observou evidência da evolução da intencionalidade compartilhada na comunicação não verbal. Conclui-se que a técnica de triangulação envolve o uso de um conjunto refinado e complexo de comportamentos que provavelmente impõem demandas altas para a atenção e para a memória de trabalho. O teatro é uma ferramenta potencialmente forte para melhorar a qualidade de vida de indivíduos afásicos. Mais pesquisas devem ser realizadas na área, a fim de que possamos compreender o efeito da abordagem *clown* nas habilidades de comunicação desta população.

Palavras chaves: Qualidade de vida, bem estar subjetivo, arte *clownesca*, comunicação não verbal.

ABSTRACT

This study seeks to investigate the possible effects of clowning in two expressive aphasics which had already been discharged from individual speech therapy sessions due to their linguistic evolution, but who continued interested in developing well being feelings during communicative situations. Pre and post clowning intervention measures included quality of life (QL) and subjective well-being (SWB), as well as an analysis of shared intentionality in nonverbal clowning communication. Linguistic profiles were investigated, demonstrating that both aphasics scored within normal limits in verbal communication and ideomotor praxia measures. Non linguistic cognitive measures showed attention and working memory deficits. Clowning intervention sessions took place once a week with the duration of three hours for six months. Shared intentionality was analyzed in the context of filmed clowning activities involving the triangulation clowning technique. Pre and post intervention measures showed that both cases had significant benefits in terms of SWB and QV. No evidence of evolution in nonverbal shared intentionality was observed, concluding that the triangulation technique involves the use of a refined and complex set of behaviors which probably imposes attention and working memory demands. Theater seems to be a potentially strong tool for improving the quality of life of aphasic individuals. Further research should be done in this area in order to understand the effect of clowning approaches in this population.

Keywords: Quality of life, subjective well-being, clowning art, nonverbal communication.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	1
2 REVISÃO DE LITERATURA	5
2.1 DIFICULDADES DE LINGUAGEM E DE OUTRAS HABILIDADES COGNITIVAS NA AFASIA.....	5
2.2 HABILIDADES COMUNICATIVAS DO HEMISFÉRIO CEREBRAL DIREITO (HD) E HEMISFÉRIO CEREBRAL ESQUERDO (HE).....	6
2.3 QUALIDADE DE VIDA (QV) E BEM ESTAR SUBJETIVO (BES) EM AFÁSICOS.....	7
2.4 REABILITAÇÃO DAS AFASIAS.....	10
2.5 ABORDAGENS DE TERAPIA RESPONSÁVEIS POR RECRUTAR HABILIDADES COGNITIVAS E LINGUÍSTICAS DO HEMISFÉRIO DIREITO (HD).....	11
2.6 O TEATRO COMO REABILITAÇÃO DA AFASIA.....	13
2.7 O CLOWN TERAPÊUTICO.....	15
2.8 RELAÇÃO ENTRE COMUNICAÇÃO HUMANA E TRIANGULAÇÃO CLOWNESCA.....	19
3 MATERIAIS E MÉTODOS	20
3.1 DELINEAMENTO.....	20
3.2 PARTICIPANTES.....	20
3.3 DESCRIÇÃO DOS CASOS.....	20
3.3 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO.....	21
3.4 INSTRUMENTOS.....	22
3.5 ANÁLISE DA COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL.....	23
3.6 PROCEDIMENTOS DE INTERVENÇÃO.....	24
4 RESULTADOS	24
5 DISCUSSÃO	28
6 CONCLUSÃO	30

8 REFERÊNCIAS.....	32
ANEXOS.....	36

1 Introdução

A afasia é um distúrbio de linguagem que compromete as habilidades de expressão e compreensão verbal, leitura e escrita, entre outros processos cognitivos, como memória e percepção devido a uma lesão cerebral em áreas relacionadas à linguagem (FONTANESI & SCHIMIDT, 2016; ORTIZ, 2010). São diversos os impactos que a afasia tem sobre a vida do indivíduo acometido por esse distúrbio. O isolamento social e a depressão são frequentes nessa população. Em geral, as pessoas com afasia sofrem uma queda de seu bem-estar subjetivo e em sua qualidade de vida devido às dificuldades que passam a apresentar na expressão de seus pensamentos e emoções (RIBEIRO, 2008).

Desse modo, nas últimas décadas, observa-se uma mudança de paradigma no tratamento fonoaudiológico das afasias. Há uma ênfase maior na inserção social da pessoa com afasia, surgindo abordagens que englobam não apenas a recuperação da linguagem verbal. A reabilitação pragmática é considerada um processo ligado ao desenvolvimento e uso de diversos canais de comunicação (verbais e não verbais) (MANOSHIOPINIG et al., 1992). Em geral estes são pouco usados como estratégias de expressão nessa população e, por aproveitarem habilidades preservadas, favorecem o bem estar subjetivo e qualidade de vida do afásico.

Evidências científicas sobre a importância da inserção social e da eficiência comunicativa pós-lesão neurológica tem encorajado terapeutas a priorizar a eficiência comunicativa do paciente no dia a dia, independente de que esta se dê por meios verbais ou não verbais. Aspectos como idade mais avançada e cronicidade da afasia podem apontar para a eleição de uma abordagem pragmática no tratamento, pois esta foca em estratégias de aproveitamento de habilidades comunicativas mais preservadas ao invés do foco no treino de funções deficitárias. Para que se possa reabilitar a comunicação a partir de estratégias pragmáticas o terapeuta deve ter como meta não apenas o desempenho linguístico do indivíduo em tarefas específicas. É necessário ampliar a visão sobre a comunicação em contextos cotidianos e em situações mais próximas das reais (SOLHBERG e MATEER, 2010).

Pode-se dizer que as terapias pragmáticas recrutam a cooperação do hemisfério direito, podendo beneficiar-se com o uso da arte, que depende essencialmente do hemisfério direito. Nesse caso, considera-se o teatro como um campo rico e ainda pouco explorado no contexto da reabilitação pragmática. A

literatura científica sobre o uso do teatro como aliado na reabilitação de pessoas com distúrbios neurológicos ainda é escassa e as propostas publicadas na área são consideradas inovadoras (MODUGNO et al., 2010).

O tema ainda é pouco estudado e a metodologia empregada é pouco descrita. Além disso, observa-se que as pesquisas nas quais são realizadas práticas teatrais em grupos de afásicos, não se propõe a investigar especificamente o uso da arte *clownesca* nesta população (TONEZZI, 2007; CHERNEY, 2011).

A arte *clownesca* propõe a exposição do ridículo e das fraquezas do ator. O *clown*, portanto, não representa. Não se trata de um personagem, mas da ampliação dos aspectos ingênuos, puros e humanos próprios da pessoa (BURNIER, 2009). O *clown* revela um ser sincero que usa o nariz vermelho como uma lente de aumento que expõe suas fraquezas e virtudes. Pilchowsky (2008, p.28), caracteriza o estado *clownesco* como sendo “[...] um estado de abertura (permite troca), que possibilita a multiplicidade de visões, e também é um estado de atenção que facilita o contato com o presente, propiciando assim a interatividade e a comunicação.”

É interessante observarmos que o objetivo do *clown* terapêutico é comunicar, não importando o modo de comunicação. Os “erros” na linguagem verbal são bem vindos na expressão do *clown*, pois estes colocam o indivíduo em contato com seus fracassos e fragilidades e possibilitam ao mesmo tempo a auto aceitação da pessoa com afasia e a empatia do público não afásico. A arte *clownesca*, portanto, requer reconhecimento e aceitação por parte do *clown*, pois nela a exposição do erro, do diferente, do ridículo dos próprios atores é o pano de fundo das práticas *clownescas*.

No que tange ao trabalho terapêutico com a população afásica, esses princípios de reconhecimento e autoaceitação são caminhos que o palhaço trilha. A experiência com a arte *clownesca*, portanto, possibilita o aumento do bem estar subjetivo e da qualidade de vida da pessoa com afasia.

A comunicação do *clown* caracteriza-se por estabelecer constantemente o contato com parceiros de cena e espectadores. O *clown* em cena realiza uma grande troca de informações e emoções. A maneira como essa troca se dá envolve tanto o olhar, como os gestos, as expressões faciais e vocais, assim como a possibilidade de reinventar a linguagem verbal com neologismos e até mesmo línguas fictícias (diz-se que o *clown* frequentemente fala *gramelô*).

A comunicação *clownesca* faz uso de um importante preceito denominado “triangulação”. Esta explora justamente o aspecto da intencionalidade compartilhada, aspecto típico da comunicação não verbal humana (TOMASELLO, 2008). A intencionalidade compartilhada é explorada de forma muito evidente e exagerada nesta técnica do *clown*. A triangulação exige que o palhaço compartilhe seus pensamentos e emoções com a plateia e com seus parceiros de cena por meio da comunicação não verbal. Essa regra explícita da linguagem *clown* acaba tornando-se uma situação perfeita para trabalhar em terapia a intencionalidade da comunicação não verbal, que se dá através da troca de olhares, gestos, expressões faciais e corporais. Isso favorece muito a compreensão e a adesão do afásico no que tange ao desenvolvimento destes canais de comunicação. A triangulação também exige que o palhaço perceba o que acontece ao seu redor para poder “jogar/brincar” com elementos exteriores. Então além de comunicar algo, ela é essencial para o jogo. Deste modo, reúne o desenvolvimento de diferentes habilidades cognitivas, como memória corporal, domínio do espaço, tempo e ações, além disso é possível exercitar a criatividade.

É a triangulação que gera o riso do público. Quando o *clown* compartilha seus pensamentos e intenções uma intensa relação é estabelecida com os espectadores. O público compartilha de um mesmo chamado à cena, a plateia sente que o palhaço está se comunicando com ela e passa a viver as emoções do palhaço por meio da empatia que essa cumplicidade provoca. A cena passa a ser a realização de algo em comum entre *clown* e plateia (PADILHA, 2011). É por meio da triangulação que o *clown* se comunica e estabelece uma relação de empatia com o público.

O uso de máscaras na arte *clownesca* está associado “as direções do ser”. Estas por sua vez representam as diferentes peculiaridades da personalidade de cada um. Ao entrar em contato com as direções do seu ser o *clown* ri do próprio ridículo e aprende a conviver e aceitar de maneira harmoniosa e saudável suas fragilidades. Conforme a metodologia *clownesca*, o uso de máscaras tem um sentido próprio para cada *clown*. O *clown*, por sua vez pode criar ou descobrir o sentido ou valor que cada direção significa para si. O *clown* estabelece uma relação direta com as diferentes direções do seu ser. A máscara também possibilita explorar as diferentes possibilidades e registros físicos, energéticos e emocionais para a construção da máscara. Isto poderá refletir uma melhor compreensão de si e das potencialidades do próprio afásico, permitindo que ele revele-se e ria de si mesmo.

A máscara na arte *clownesca* é tida como uma ponte que tem como objetivo auxiliar o *clown* a entrar em contato com suas próprias direções internas. O clown, em cena, age de forma natural e sincera e não se empenha em ser engraçado (PUC CETI, 2012). É a empatia e a cumplicidade que gera o riso na intensa relação que o clown estabelece com seus espectadores. O uso da máscara faz com que ele descubra da melhor forma as energias que guarda dentro de si para usá-las em sua interação com público.

Ao entrarmos em contato com aquilo que pensamos ser ridículo, temos vergonha ou escondemos. Ser *clown* não implica no simples fato de mostrar o que é ridículo, mas sim de mostrar o quanto algumas regras, normas ou imagens que construímos como ideais são absurdas e não condizem com uma humanidade repleta de diferenças. O torto, ridículo ou bobo e talvez frágil também é belo e carrega consigo poesia, reflexões e saber.

O reconhecimento de que um profundo processo de mudanças internas ocorre com o afásico a partir do momento em que ele sofre um dano cerebral reflete o desenvolvimento de uma abordagem terapêutica que mire nesse processo. Nesse sentido, o *clown* terapêutico traz a oportunidade de trabalhar com esses processos no corpo, durante o exercício da comunicação em um contexto lúdico, seguro e livre, que promove a autoaceitação e a redescoberta de si.

No campo clínico, observa-se uma lacuna na formação do Fonoaudiólogo no que tange ao trabalho com os aspectos emocionais da comunicação e com as mudanças subjetivas pelas quais passam os chamados “pacientes” ao verem transformadas suas relações com o corpo e com a linguagem. Além disso, o fonoaudiólogo também precisa dar mais ênfase e profundidade ao trabalho com diversos canais de comunicação humana, considerando a importância desses aspectos para a qualidade de vida de pessoas com distúrbios de comunicação. Desse modo, a descrição do processo de trabalho do grupo Palhafasia (RELINC/CIPAS, UFRGS) se faz também relevante como objetivo deste estudo.

1.1 Objetivo geral

A presente pesquisa tem como questão norteadora investigar os possíveis efeitos da arte *clownesca* na comunicação não verbal, no bem estar subjetivo e na qualidade de vida de dois afásicos predominantemente expressivos. O estudo visa avaliar a expressão da intencionalidade compartilhada, bem estar subjetivo

e a qualidade de vida destes dois afásicos após um período de 6 meses de práticas na arte da palhaçaria.

2 Revisão de Literatura

2.1 Dificuldades de linguagem e de outras habilidades cognitivas na afasia

A afasia é uma condição decorrente de uma lesão cerebral que comumente acontece no hemisfério esquerdo, sendo a causa mais frequente o acidente vascular cerebral (AVC). Esta etiologia é mais comum em idosos do que em jovens. A afasia pode ser causada também por outras doenças como tumores, aneurismas, traumatismos crânio encefálicos (TCE), doenças degenerativas ou metabólicas (FONTANESI & SCHIMIDT, 2016).

A lesão cerebral que acomete indivíduos afásicos pode levar a uma desorganização das áreas cerebrais responsáveis pelo processamento da linguagem, podendo afetar de forma dissociada habilidades de acesso ao vocabulário, organização sintática, codificação e decodificação das mensagens. Conforme o tipo de afasia, o indivíduo pode apresentar discurso disfluido, parafasias (substituições de fonemas ou palavras), agramatismos ou apraxias. Além disto, o afásico também pode ter dificuldades motoras em virtude da hemiparesia do lado direito do corpo.

Há diferentes classificações para os tipos de afasia, sendo que o diagnóstico depende dos processos de linguagem que se encontram deficitários ou preservados no paciente (PEÑA-CASANOVA, PAMIES E DIÉGUEZ-VIDE, 2005). A classificação clínica tradicional das afasias baseia-se nos desempenhos dos pacientes obtidos por meio de uma série de variáveis fundamentais: linguagem espontânea, compreensão, repetição, nomeação, leitura e escrita (ORTIZ, 2009).

Existem diferentes tipos de nomenclaturas para classificar as afasias, como: compreensivas e expressivas, emissivas ou receptivas, fluentes ou não-fluentes. A classificação das afasias vem sendo revista. Por exemplo, a ideia de haver alterações na emissão de afásicos sem haver alterações em sua compreensão, não é realística, já que raramente encontramos quadros puros. Mesmo quando aparentemente não é encontrada dificuldade compreensiva em uma tarefa, a avaliação detalhada pode encontrar falhas no processamento da compreensão (ORTIZ, 2009).

Apesar de haver um maior comprometimento das funções linguísticas de expressão e compreensão, outras funções cognitivas também podem estar alteradas (MCNEIL & DOYLE, 2000). Diversos estudos sobre investigações de eficácia terapêutica em pacientes com afasia, geralmente descrevem apenas as características linguísticas dos pacientes, não mencionando o estado do afásico em relação a outras características cognitivas. Sabe-se que há uma interdependência entre o processamento linguístico e outras funções cognitivas (FONTOURA ET AL., 2011).

As alterações de linguagem e prejuízo comunicativo podem ocorrer mesmo em pacientes nos quais o processamento linguístico básico não se encontra tão comprometido. Isto acontece, pois para que ocorra um processamento de linguagem adequado o cérebro se apoia em outras funções cognitivas do cérebro, cuja a integridade é necessária para um bom desempenho linguístico. Entre as funções cognitivas, destacam-se os mecanismos de atenção, memória operacional e sistema executivo central. Estas funções muitas vezes podem também estar deficitárias e comprometer a comunicação do afásico (MANSUR & RANDOVIC, 2004).

2.2 Habilidades comunicativas do hemisfério cerebral direito (HD) e hemisfério esquerdo (HE)

Ao considerarmos que um hemisfério é dominante, estamos partindo do conceito de que ele apresenta-se mais participativo quando fazemos uso de uma determinada função cognitiva (FONSECA et al., 2006). Há atualmente, um certo consenso em relação as especializações hemisféricas da linguagem e da comunicação (ORTIZ, 2010). As especializações do hemisfério direito no processamento da comunicação, atualmente, ganham destaque na literatura internacional, porém ainda há poucos estudos em nível nacional (FONSECA, 2006). Os papéis dos hemisférios cerebrais na produção do ato comunicativo. Segundo essa autora, o hemisfério esquerdo é responsável pela organização estrutural do sistema linguístico e o hemisfério direito pelo uso funcional na linguagem e pelo uso de elementos extralinguísticos na comunicação (PARENTE, 2002). O hemisfério esquerdo do cérebro (HE) é mais associado as funções de pensamento linguístico, raciocínio analítico, memória verbal, produção e compreensão da linguagem. O hemisfério direito (HD) está associado às funções cognitivas de atenção, percepção

e memória visuo-espaciais, esquema corporal, inteligência social e emocional, reconhecimento de expressões faciais e habilidade musical (FONSECA et al., 2006)

O hemisfério direito do cérebro é responsável pelas habilidades comunicativas como, processamento de inferências, compreensão de discurso narrativo, de metáforas de atos de fala indiretos, processamento da qualidade emocional no discurso, produção e percepção da prosódia linguística e emocional. Embora cada hemisfério cerebral apresente diferentes especializações, para que a comunicação seja adequada e efetiva é necessário a integridade de ambos. A comunicação vem a ser um produto do funcionamento complementar destes hemisférios cerebrais. Quando nos comunicamos, não fazemos o uso apenas de elementos linguísticos (hemisfério esquerdo), mas na maior parte das vezes de elementos extralinguísticos da comunicação, como uso de gestos, as expressões faciais. Estes inclusive podem atuar no sentido de complementar ou auxiliar pacientes neurológicos em suas dificuldades de se expressar verbalmente (ORTIZ, 2010).

2.2 Qualidade de vida (QV) e bem estar subjetivo (BESB) em afásicos

A afasia não deve ser compreendida apenas como um déficit de linguagem ou problema de saúde, deve ser vista como uma condição que tem grande impacto em aspectos psicossociais (MORATO, 2002). Deste modo, é importante ressaltar que a afasia não causa apenas em um problema linguístico. E de modo geral, não afeta apenas o indivíduo afásico, mas também as pessoas com as quais ele convive.

A dificuldade em expressar-se muitas vezes pode ter um impacto negativo nas relações entre o afásico e seus familiares. Na maior parte das vezes, os familiares das pessoas com afasia desconhecem os problemas causados por esta dificuldade de expressão da linguagem e as reais necessidades do sujeito acometido por este distúrbio na linguagem. A afasia provoca alterações na estruturação das redes sociais, tornando o afásico dependente de outros membros da família. As mudanças causadas pela afasia podem fazer o indivíduo sentir-se excluído de seu exercício de adulto ativo no ambiente familiar e em outros ambientes sociais. Isto pode afetar de maneira significativa sua qualidade de vida.

A qualidade de vida refere-se a uma avaliação que os indivíduos realizam a cerca do seu grau de satisfação em relação aos aspectos físicos, emocionais, de

bem estar, relações sociais, estilo de vida, habitação e situação econômica (MINAYO et al.,2000). Os familiares das pessoas com afasia sentem-se afetados, pois na maioria das vezes não estão preparados para lidar com situações de limitação, sendo que o cuidador passa a ser muitas vezes uma ponte de comunicação entre o afásico e mundo. O cuidador ou familiar responsável por auxiliar a pessoa acometida pelo dano neurológico sofre com a sobrecarga física e emocional. Os comprometimentos na qualidade de vida do cuidador também são fatores que levam ao desgaste e desentendimento entre o afásico e sua família. Isto pode afetar de modo significativo a reabilitação do afásico (CARLETO E CALDANA, 2014). Há uma variação considerável na qualidade de vida do sujeito afásico. A depressão é uma das sequelas comuns nos afásicos e deve ser considerada no processo de avaliação e terapia desses pacientes (RIBEIRO, 2008).

Mesmo indivíduos afásicos que possuem dificuldades leves de comunicação podem sofrer prejuízos em suas relações familiares, e como resultado pode haver isolamento social. Em situações mais graves, quando as dificuldades de expressão estão mais deficitárias, pode haver uma completa desagregação do afásico em seu seio familiar. As pessoas com afasia tornam-se ouvintes quando estão em uma situação em grupo, pois não podem expressar aquilo que pensam. Não conseguem acompanhar a manutenção de tópicos do assunto ao longo das conversas que, para eles, muda muito rapidamente. Com medo de cometer erros, eles tendem a evitar situações nas quais precisam se comunicar. Isso pode afetar em grande escala a qualidade de vida dos afásicos (CÔTÉ, GETTY & GAULIN, 2008). Nesse sentido, possibilitar o convívio e a comunicação em grupo deve ser uma estratégia fundamental da promoção de saúde e do tratamento desses indivíduos.

Há um aumento no número de pessoas com doenças e incapacidades crônicas, o que tem gerado repercussões sociais importantes. O acidente vascular encefálico (AVE) é visto como o evento mais incapacitante e gera prejuízo significativo na qualidade de vida dos indivíduos. No Brasil grande parte dos estudos envolvendo hemiplégicos tem utilizado instrumentos genéricos de qualidade de vida (QV) como o Medical Outcomes Short-Form Health Survey (SF-36) e Perfil de Saúde de Nottingham (PSN). Estes instrumentos são menos sensíveis para explorar os efeitos das incapacidades geradas pelo AVE na QV das pessoas. Há evidências científicas que os instrumentos genéricos podem subestimar o impacto do AVE (LIMA et al., 2008).

No Brasil ainda não foram validados instrumentos específicos para avaliar a QV em indivíduos com afasia. Desse modo é necessário utilizar questionários de estudos norte americanos. Foi desenvolvido o instrumento *Stroke Specific Quality of life scale* (SS-QOL), originalmente criado para medir a QV de pessoas acometidas por AVC (WILLIAMS et al., 1999).

Hilari et al. (2003) adaptou a escala SS-QOL (Willians, 1999) em âmbito internacional para ser utilizada em pacientes pós-AVC e com afasia, então, criou-se a *Stroke and aphasia Quality of life Scale* (SAQOL), que inicialmente continha 53 itens. A SAQOL é uma entrevista que possui 49 itens do instrumento SS-QOL (itens modificados para pessoas afásicas) e 4 itens a mais para aumentar a validade do conteúdo nessa população. Esses itens concentram-se em dificuldades de compreensão, discurso, dificuldades em tomar decisões e o impacto dos problemas de linguagem na vida familiar e social.

Os 53 itens da escala *Stroke and aphasia Quality of life Scale* (SAQOL) foram agrupados em 12 domínios baseados na SS-QOL, os quais avaliam a energia, papel familiar, linguagem, mobilidade, humor, personalidade, autocuidado, papel social, raciocínio, função de membro superior, visão, trabalho e produtividade. O protocolo SAQOL foi reduzido e eles desenvolveram outra escala de qualidade de vida, o qual foi denominada "*The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39*" (SAQOL-39). A escala SAQOL-39 resultante dessa modificação teve como objetivo tornar-se mais acessível para as pessoas com afasia, permitindo a aplicação desta em pessoas com diferentes graus de comprometimentos de compreensão e expressão. Este instrumento é uma medida confiável e válida para avaliar a qualidade de vida em afásicos (HILARI et al., 2003). As medidas de QV são muito importantes em indivíduos acometidos por acidente vascular cerebral (AVC), pois entre as metas terapêuticas na reabilitação desses estão a adaptação à deficiência, promover integração social e comunitária, maximizar o bem estar e a qualidade de vida. A escala SAQOL-39 não foi validada no Brasil.

Foi realizado um estudo com uma população afásica, cuja a amostra foi composta por 33 participantes afásicos em estado crônico em Portugal. O objetivo do estudo foi traduzir a escala SAQOL-39 para a língua portuguesa e analisar os aspectos psicométricos da adaptação portuguesa. A pesquisa demonstrou boa aceitabilidade, confiabilidade e aplicabilidade. A versão portuguesa desta escala mostrou através de dados preliminares um bom instrumento para avaliar indivíduos

afásicos em estado crônico. Medir a qualidade de vida em pessoas com afasia não é um trabalho fácil, visto que há existência de diferentes graus de severidade das alterações de linguagem, há variações conforme o tipo de afasia e há ainda a possibilidade de existirem outras patologias concomitantes (RODRIGUES & LEAL, 2013).

A SAQOL-39 consiste em uma escala aplicada em formato de entrevista adequada para a utilização em pacientes afásicos com diversos graus de afasia, pois permite a aplicação com pessoas que têm diversos comprometimentos de expressão verbal e compreensão. É um questionário composto por 39 itens distribuídos por quatro domínios que são, físico, psicossocial, comunicação e energia.

O bem estar subjetivo é outro aspecto muito importante a ser avaliado nas pessoas com afasia. O estudo do bem estar subjetivo busca compreender a avaliação que as pessoas fazem de suas vidas. A ciência social tem estudado esta área já há algum tempo e o construto tem tido um crescente interesse por parte dos pesquisadores nos últimos anos. Estes estudos sobre o bem estar social tem utilizado as mais diversas nomeações como felicidade, satisfação, estado de espírito, afeto positivo, sendo também considerado por alguns autores uma avaliação subjetiva da qualidade de vida. O bem estar subjetivo é um construto que sofre influência cultural e social. A cultura também é um dos agentes que influenciam o bem estar social (ALBUQUERQUE & TRÓCCOLI, 2004).

A versão inicial da escala de bem estar social (EBES), possuía itens retirados de escalas desenvolvidas no exterior, enquanto outros foram elaborados e analisados em grupos de validação semântica. Devido à inadequação de simples traduções de itens com claros vieses culturais, os autores resolveram incluir novos itens que pudessem avaliar melhor a perspectiva da cultura brasileira. A EBES mostrou-se um instrumento válido no Brasil e preciso. Ambos os instrumentos SAQOL-39 e EBES são utilizados nesse estudo.

2.4 Reabilitação das afasias

Sabe-se que atualmente há diversas abordagens terapêuticas para a reabilitação de afásicos. Os métodos de intervenção mais tradicionais priorizam a oferta exclusiva de terapia individual e, geralmente, o foco é o treino de habilidades linguísticas deficitárias, iniciando o processo de estimulação pelo uso de habilidades

linguísticas e cognitivas que se encontram preservadas. Para que se possa planejar o processo terapêutico, independentemente do tipo de abordagem a ser escolhida, é necessário levar em conta as observações feitas durante a avaliação, bem como o impacto causado pela lesão cerebral em outras funções cognitivas.

Ao realizar um planejamento terapêutico, em geral leva-se em consideração o tipo de afasia (expressiva ou compreensiva), o grau de severidade dos déficits de linguagem, habilidades cognitivas, o tempo pós-lesão, bem como dados importantes como idade e escolaridade. Os métodos tradicionais de reabilitação neuropsicológica individual do afásico têm como foco principal o restabelecimento de competências cognitivas como forma de alcançar, por generalização, a melhora da comunicação funcional. Essa abordagem de terapia baseia-se nas habilidades deficitárias e preservadas e em geral estimula as funções de linguagem por meio de canais preservados no afásico, fazendo uso de atividades de nomeação, compreensão, produção de frases, repetição, bem como estimulação auditiva e visual em contextos linguísticos e situacionais. Dependendo da conduta adotada pelo fonoaudiólogo, o método clínico tradicional de terapia individual pode, por vezes, utilizar-se somente de tarefas e exercícios específicos e deixar para um segundo plano a consideração de aspectos como o uso da linguagem no contexto comunicativo, isto é, seu uso funcional (FONTOURA et al.,2011).

2.5 Abordagens de terapia responsáveis por recrutar habilidades cognitivas e linguísticas do hemisfério direito (HD)

A corrente pragmática da neuropsicoinguística que originou a abordagem pragmática na reabilitação das afasias focaliza-se na interface entre a linguagem e outros aspectos do comportamento comunicativo e não se preocupa apenas com os elementos linguísticos, mas com o contexto comportamental e social em que a comunicação ocorre (MANOSHIOPINIG, SHEARD & REED, 1992).

As abordagens pragmáticas focam-se na intenção existente por trás de uma expressão ou mensagem. Esta definição é ampliada concebendo-se os aspectos pragmáticos como resultantes da interação entre o uso de habilidades comunicativas e sociais. A comunicação envolve o uso da linguagem e dos demais recursos cognitivos no cotidiano (MANOSHIOPINIG, SHEARD & REED, 1992).

O método *Promoting Aphasic's Communicative Effectiveness* (PACE), é uma das abordagens de terapia pragmática mais conhecidas e consiste em trabalhar as habilidades comunicativas globais no paciente. Nesse método não é priorizado apenas a linguagem verbal, dando-se oportunidade ao indivíduo para transmitir sua mensagem por meio de comportamentos não verbais (CARLOMAGNO, 1999).

Outro tipo de terapia que faz uso de habilidades para as quais o hemisfério direito é dominante é a terapia de entonação melódica (TEM). Esta abordagem consiste em promover a recuperação linguística em pacientes afásicos com déficits primariamente expressivos através da habilidade musical preservada nestes pacientes. Essa técnica vem sendo utilizada desde 1973 e desenvolve a fluência verbal e a prosódia por meio de etapas específicas, nas quais são utilizadas frases e orações entoadas para o paciente reproduzir. Nessa terapia são utilizados elementos musicais de fala (melodia e ritmo) para melhorar outros aspectos da linguagem expressiva. Os pacientes indicados para realizar esta terapia não devem ter lesão cerebral no hemisfério direito (HD), sendo que os afásicos que mais se beneficiam são os que apresentam fala não fluente ou fala severamente restrita, alterações articulatórias, dificuldade de repetição, compreensão da linguagem preservada ou com prejuízo moderado, habilidade de produzir algumas palavras inteligíveis durante o canto de músicas familiares, além de ter motivação e estabilidade emocional (FONTOURA et al., 2014).

Há uma hipótese explicativa da forma como a TEM pode ajudar na comunicação de afásicos de expressão, na qual se acredita que as habilidades de produção de linguagem, que normalmente são atividades no hemisfério cerebral esquerdo (HE), passam a ser processadas em áreas do hemisfério cerebral direito intactas. Portanto, quando ativadas essas regiões de linguagem, durante a realização da TEM, haveria uma compensação, de certa forma, das habilidades de linguagem que estariam deficitárias no HE. Pode-se dizer que as terapias pragmáticas também recrutam a cooperação do hemisfério direito e, assim como a TEM, podem beneficiar-se pelo uso da arte, que depende essencialmente do hemisfério direito. Nesse caso, considera-se o teatro como um campo rico e ainda pouco explorado no contexto da reabilitação pragmática (FONTOURA et al., 2014).

2.6 O teatro como reabilitação da afasia

O uso da arte teatral como meio de expressão artística para afásicos é bastante recente na literatura. A literatura sobre o uso do teatro na reabilitação da população afásica é restrita, apesar de já haver evidências sobre seu impacto benéfico (CHERNEY, 2011). O primeiro trabalho de que se tem notícias sobre o uso da arte teatral como um meio de reabilitação e integração social do afásico começou no ano de 1992 no hospital de reabilitação Villa Médica em Montreal, com o apoio da Associação de Afasia de Quebec (AQAP). Inspirada pela metodologia teatral do ator e diretor brasileiro Augusto Boal (1998), a fonoaudióloga Anne-Marie Theroux teve a ideia de explorar, através do teatro, outras vias de expressão e de realização pessoal do indivíduo com afasia. Ela criou e dirigiu a primeira produção teatral com um grupo de 10 pessoas com afasia.

Boal (2011), apresenta uma metodologia de dinâmica teatral baseada em jogos e exercícios. Os jogos de Boal (2011), tratam da expressividade dos corpos como emissores e receptores de mensagens. Na perspectiva de Boal, os jogos são um diálogo, exigem um interlocutor, promovem a extroversão e o conhecimento do mundo. Já os exercícios tem como objetivo, o melhor conhecimento do corpo, seus mecanismos, suas capacidades e dificuldades motoras, tem por finalidade uma reestruturação e uma re-harmonização do próprio corpo. Produzem uma reflexão física sobre si mesmo, um monólogo.

O grupo *Aphasic Teathre* passou a contar com a colaboração de um ator e tornou-se uma organização oficial em 1995. Hoje o grupo é liderado pela fonoaudióloga Isabelle Côte e as publicações do mesmo demonstram que o clown está entre as linguagens teatrais utilizadas. Os resultados do trabalho realizado pelo grupo canadense evidenciam a melhora no desempenho dos afásicos em atividades diárias e na sua comunicação, sendo esses aspectos observados por familiares e amigos, bem como aumento da autoestima dos membros do grupo de teatro. Este grupo já apresentou peças teatrais em Quebec bem como no Canadá e na Europa. O grupo Space da Escola de Linguagem e Audiologia da universidade de Montreal realizou um estudo que confirma a validade desse método inovador na reabilitação do afásico (CÔTÉ, GETTY & GAULIN, 2008).



Figura 1. Peça Terre Aphasie dirigida por Isabelle Côté

O teatro é um meio autêntico no qual os afásicos podem interagir e compartilhar suas experiências. Em um estudo liderado pela fonoaudióloga americana Leora Cherney, são descritas dinâmicas teatrais nas quais os indivíduos afásicos escrevem e produzem peças de teatro retratando suas experiências em lidar com os efeitos da afasia. As sessões foram dirigidas por um Fonoaudiólogo e um ator e ocorriam uma vez por semana, durante noventa minutos, ao longo de 18 semanas. Para avaliar o estado de saúde física, cognitiva e psicológica após o acometimento pelo acidente vascular cerebral (AVC), foi aplicada a escala *The burden of stroke scale (BOSS)* e para avaliar a confiança e a segurança dos afásicos em se comunicar foi aplicada a *Communication Confidence Rating Scale for Aphasia (CCRSA)*. Os resultados deste estudo mostraram melhorias tanto na comunicação como no humor, pois os participantes aumentaram sua confiança ao se comunicar e melhoraram seu humor (CHERNEY, et al., 2011).

É possível observar, atualmente, que há um crescimento na criação de grupos de teatro afásico, tanto em âmbito nacional como internacional. No âmbito nacional, o grupo *Ser em Cena* no estado de São Paulo existe desde 2002, inspirado na proposta do teatro afásico de Quebec e liderado pela Fonoaudióloga Fernanda Papaterra Limongi, tendo sido inicialmente denominado *Afasia em cena*. Em 2004, o grupo foi institucionalizado sob o nome “*Ser em Cena*”, entretanto não há publicações de trabalhos teatrais deste grupo que demonstrem o uso da linguagem do *clown*.

O ator José Tonezzi (2007) realizou sua tese de doutorado em que relata sua rica experiência de teatro com afásicos realizada em um Centro de Convivência de Afásicos (CCA) da Unicamp. Através de simulacros verbais e corporais, ele percebe que o indivíduo afásico pode ampliar sua capacidade de comunicação, mesmo estando fora dos padrões aceitos e tidos como corretos pela sociedade. Em seu

trabalho, Tonezzi, lançou mão da incorporação de gestos, sons e vocábulos, que mesmo sendo incomuns, podem atuar na contextualização da fala. Em seu estudo ele ainda destacou que o indivíduo com dificuldade de expressão da linguagem não está irremediavelmente incomunicável, mas sim com uma dificuldade em expressar-se e a sua melhora se dará por meio da sua aceitação e da capacidade em se adequar a sua nova realidade. O afásico tem de encontrar uma nova maneira de se relacionar com o mundo e o teatro pode ser uma ferramenta muito poderosa para auxiliar esse processo.

Os estímulos proporcionados por meio de jogos e exercícios dramáticos podem influenciar a habilidade de atenção e a capacidade de interlocução imediata de um afásico. Por meio desta experiência ele observou que a população afásica pode adquirir mais segurança em relação ao seu potencial expressivo, pois no decorrer das experiências teatrais o afásico pode descobrir novas maneiras de expressar aquilo que deseja, o que o fará sentir-se melhor em relação à sua comunicação e reintegrado socialmente (TONEZZI, 2007).

2.7 O Clown terapêutico

A terapia que faz uso da figura do palhaço pode ter raízes nos tempos de Hipócrates, que afirmava que o bom humor influencia no estado de saúde. O uso da arte da palhaçaria na terapia é definida por Dioni e colaboradores como a implementação de técnicas do clown derivadas do mundo do circo e do teatro para contextos ligados à saúde com o objetivo de melhorar a qualidade de vida e o humor dos pacientes. A presença dos palhaços profissionais que trabalham em hospitais como parte da equipe de saúde remonta apenas há três ou quatro décadas atrás (DIONGI et al., 2012).

No ano de 1986, nasceu a terapia do palhaço quando Karen Ridd, em Winnipeg e Michael Christensen, em Nova York, independentemente, criaram a prática do palhaço nos hospitais pediátricos. Karen Ridd fundou o primeiro programa de palhaço terapêutico canadense no Winnipeg Children's Hospital. Quase simultaneamente, Christensen, um famoso palhaço do Big Apple Circus, que estava em Nova York, fundou o Big Apple Circus Clown Care.

Durante a última metade do século XX, ocorreu uma grande mudança na pesquisa em saúde, pois médicos e psicólogos começaram a estudar os efeitos do riso tanto no corpo como na mente através da perspectiva científica. Essa mudança se expressou também no campo da Fonoaudiologia. Simonns-Mackie (2004), fala sobre o uso do humor na terapia para afásicos fornecendo orientações valiosas sobre como o Fonoaudiólogo deve abordar o humor na terapia. Ela afirma que a terapia é muito mais do que uma dinâmica de atividades e depende muito da relação entre o terapeuta e o afásico. O humor pode ser utilizado com uma ferramenta terapêutica muito importante, podendo favorecer ao alcance de metas terapêuticas, como por exemplo, desenvolvimento da confiança e autoestima, que algumas vezes são difíceis de serem abordadas nas terapias tradicionais. Neste sentido alerta-se para o equívoco de focar apenas na reabilitação dos processos linguísticos sem considerar o bem estar psíquico do indivíduo. Observa-se que o humor é uma parte importante do contexto terapêutico a ser levada em conta no tratamento da afasia.

Em um cenário de valorização crescente do riso na área da saúde, o *clown* teve a possibilidade de ser introduzido nos hospitais e se tornar uma prática mais conhecida. A ferramenta principal da dinâmica teatral do *clown* é a imaginação. Estudos têm demonstrado que através da imaginação, podemos criar um mundo idealizado por nós e este é um recurso poderoso que pode promover melhorias no estado físico e emocional bem como mudanças terapêuticas. O teatro utiliza a imaginação humana como um recurso psicológico saudável que funciona ajudando as pessoas a colocar no plano da imaginação atitudes, pensamentos benéficos que mais tarde podem vir a fazer parte da vida real (PENDZIK & RAVIV, 2008).

O uso da comunicação *clownesca* coloca todos os participantes em um mesmo nível de igualdade, na qual há um estado de abertura para o espectador e para seu parceiro de cena. Na comunicação do *clown* a expressão não verbal está bastante presente, porém a linguagem verbal também faz parte do cenário. O *clown* tem o livre arbítrio para se comunicar do jeito que quiser. Na arte *clownesca*, o olhar, a expressão facial e o gesto são usados para expor emoções e pensamentos, buscando sempre a interação com o público e com o parceiro de cena. Segundo Martins e Ribeiro (2010) a figura do clown surge:

[...] com a sua maneira tímida e um tanto espalhafatosa de ser, apenas justificando a sua existência através da vontade incansável de se comunicar. Quando um clown entra em cena, qualquer caminhada que

faça, qualquer poema que recite ou mesmo uma pausa inexplicável, nasce de seu objetivo vital de estabelecer a troca, seja de informações, seja de energia na divisão de uma bolinha de sabão (p.2).

Em 2012, foi criado o projeto Palhafasia pela motivação de uma parte do grupo de afásicos atendidos no núcleo de Reabilitação em Linguagem e Cognição (RELINC/ CIPAS) e pelas experiências prévias teatrais da coordenadora, a Profa. Dra. Lenisa Brandão, que encontrou na abordagem *clown*, o método que favoreceria em todos os âmbitos o trabalho que se realiza com o grupo de afásicos no programa RELINC (CIPAS, UFRGS). A primeira iniciação *clown* do grupo Palhafasia se deu com a colaboração da atriz Luana Di Lua no primeiro ano de existência do grupo (Figura 2). Ao longo dos dois primeiros anos, a atriz acompanhou periodicamente o grupo. Posteriormente, o Palhafasia recebeu consultorias da atriz Melissa Dornelles e o ator Adriano Basegio realizou uma oficina com o grupo. Em 2017, no período posterior à entrega do projeto da presente pesquisa, a atriz e professora de teatro do Colégio Aplicação da UFRGS, Ana Carolina Muller Fuchs, ingressa no Palhafasia como colaboradora permanente.



Figura 2 – Iniciação clown do Palhafasia
Com Luana Di Lua em 2012

Em julho de 2016, a experiência do grupo Palhafasia foi apresentada no congresso internacional “*Gesture, creativity, and multimodality*”, realizado em Paris. Este trabalho argumenta que o teatro é uma forma refinada de comunicação e que depende da intencionalidade, do corpo e da expressão. Evidências preliminares deste estudo demonstram que a prática teatral promove benefícios sociais para os afásicos. O estado do palhaço permite a liberdade comunicativa, pois sua possibilidade de ação e interação é ampla. Ao mesmo tempo oferece a oportunidade de entrar em contato e aceitar a fragilidade humana.

O Palhafasia trabalha com jogos e atividades teatrais que gradualmente abrem caminho para experiências de expressão emocional e improvisação individual, pois cada membro é estimulado a descobrir a personalidade de seu palhaço, cada clown é único. O grupo também realiza a improvisação de cenas individuais e em duplas, nas quais além trabalhar a interação com o público, ainda é preciso que o afásico interaja e compartilhe atenção com seu parceiro de cena. Nesta atividade são trabalhadas a atenção compartilhada, empatia, iniciativa, reciprocidade bem como expressão de humor.

Todos os *clowns* são encorajados a comunicar-se tanto pela linguagem verbal como pela linguagem não verbal. Durante as sessões teatrais os componentes do grupo passam a desenvolver vários canais de comunicação dando atenção especial para os gestos e expressões faciais. Nesta abordagem as condições de comunicação dos membros afásicos e não afásicos são iguais, bem como suas condições de fragilidade que são expressas no teatro *clown* de uma forma cômica.

As dificuldades verbais, como hesitações, anomias e parafasias, transformam-se em situações interessantes a serem apreciadas no clown, produzindo cumplicidade e risadas compartilhadas de forma empática. A aceitação de falhas verbais geralmente leva ao desenvolvimento conjunto de soluções criativas. Tais experiências inevitavelmente provocam reflexões dos terapeutas e alunos do projeto sobre a forma como os afásicos são tratados no sistema de saúde e na sociedade. Além disso, a experiência também demonstra o empoderamento que a arte é capaz de promover por meio da expressão multimodal.

O grupo Palhafasia é formado por um número maior de participantes com afasia crônica e predominantemente expressiva, a maioria tendo como causa da afasia o acidente vascular cerebral (AVC). O grupo realiza durante todo o ano encontros semanais nos quais são trabalhadas as técnicas do clown para apresentação de peças teatrais ao longo do ano. A cada encontro os afásicos mergulham no mundo da palhaçaria e descobrem através da arte uma nova maneira de expressar seus pensamentos.

2.8 Relação entre comunicação humana e triangulação *clownesca*

A comunicação é definida como uma complexa interação entre duas ou mais pessoas, que envolve processos cognitivos, como a alternância de papéis, a percepção, a codificação e a decodificação de sinais. Para que ocorra comunicação é fundamental que haja transferência de informação, seja por meios verbais ou não-verbais (HARGIE, SAUNDERS & DICKSON, 1987). Além disso, é preciso que essa transmissão ocorra intencionalmente.

A intencionalidade compartilhada é essencial na comunicação - seja com gestos "naturais" ou convenções "arbitrárias" – a comunicação é uma instância de atividade cooperativa que depende da intencionalidade compartilhada. As habilidades e motivações da intencionalidade compartilhada constituem assim o eixo principal que define a comunicação (TOMASELLO, 2008).

Nem todo comportamento (verbal ou não-verbal) é comunicativo. É a presença de intenção que caracteriza um comportamento como comunicativo ou não. A intencionalidade está associada à persistência em alcançar um objetivo (BATES, 1976). Esse critério é complexo e a avaliação da intencionalidade comunicativa envolve julgamentos qualitativos a partir da observação cuidadosa. A questão é que pode haver comportamentos que comunicam, mas que não são intencionais. Por exemplo, movimentos do corpo ou jeitos de olhar podem fornecer informações sobre o pensamento e o estado afetivo de uma pessoa sem que haja intenção de comunicar tais pensamentos ou emoções.

Na técnica da triangulação, por exemplo, na qual há um contato direto e mais intenso com o público por meio da linguagem não verbal é possível observar a presença de comportamentos não verbais nos quais pode ou não haver a presença de intencionalidade que atuam como um instrumento de ligação entre o palhaço e os espectadores. É neste momento que o clown conduz os espectadores ao mundo da palhaçaria.

A comunicação que é intencional distingue-se de outros comportamentos na medida em que envolve atenção compartilhada, isto é, coordenação entre gesto e olhar em direção a um parceiro ao compartilhar atenção sobre um objeto ou evento. A atribuição da intencionalidade de comportamentos não verbais pode ser categorizada de forma a se considerar a acurácia do comportamento em termos da intencionalidade demonstrada na comunicação (BOSA, 2002).

Nesse sentido, podemos categorizar um comportamento como percebido como intencional de forma acurada (ex: um adulto olha para uma fotografia que o faz recordar de lembranças tristes, chora e olha para um amigo que está ao seu lado). Um comportamento pode ser percebido como intencional, mas não ser acurado o suficiente para comunicar a ideia completa (ex: uma menina pensa mal de alguém e faz expressão facial de nojo para sua amiga, porém não olha para a pessoa sobre a qual pensou mal). Um comportamento pode ser intencional, mas não ser percebido como tal, por exemplo, um menino tem uma ideia ao ver um objeto e olha para seu amigo, mas a triangulação desse olhar e sua expressão não são claros o suficiente para perceber-se se há intenção de se comunicar com o amigo. Por fim, um comportamento pode ser percebido, mas não ser intencional, por exemplo, uma pessoa ri, pois lembrou de algo, mas não olhou para um parceiro comunicativo.

3 Materiais e métodos

3.1 Delineamento

Este é um estudo de casos longitudinal misto (qualitativo e quantitativo), observacional, intervencional e analítico-descritivo. Esta pesquisa é um adendo do projeto “Comunicação na afasia de expressão: discurso, gestualidade e cognição” que foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa (COMPESP) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) sob o parecer 29162. Os participantes que aceitaram fazer parte desse estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) no qual foram esclarecidos e informados sobre os procedimentos e os detalhes desta pesquisa.

3.2 Participantes

Participaram deste estudo dois afásicos crônicos com dificuldades de linguagem predominantemente expressivas, ambos com afasia transcortical motora.

3.3 Descrição dos casos

Caso A

O caso A é um homem branco que apresenta 54 anos e ensino médio completo. No período em que realizava as práticas *clownescas* no grupo Palhafasia estava aposentado. Antes de ser acometido pelo AVC trabalhava como eletricista.

Recentemente A voltou a trabalhar e passou a ser porteiro. No ingresso ao Palhafasia sua família mostrou-se surpresa com seu interesse em tornar-se palhaço, revelando que em casa ele era muito sério e pouco interessado em realizar atividades diferentes das usuais. Seu *clown* revela um ser irreverente, embora tímido, misterioso e desconfiado. Ora seguro de si, ora com muitas dúvidas e incertezas, arregala os olhos com frequência. Usa boina francesa azul e regata de pijama infantil que deixa a mostra uma tatuagem um tanto ridícula.

Caso L

L é uma mulher negra de 67 anos e ensino fundamental incompleto. Anteriormente trabalhava como doméstica e cozinheira. Batalhadora, mesmo com problemas respiratórios e depressão, após o AVC manteve-se trabalhando como cuidadora de um casal de idosos. Sua palhaça tem ares de brava, sisuda, porém revela sorriso e olhar que misturam sabedoria, sapequice, esperteza e melancolia. L tem talento de figurinista e foi independente na criação e na costura dos detalhes de sua roupa. Seu figurino inclui um turbante marrom de cigana enfeitado com correntes e uma rosa. Usa vestido e bolero em tons discretamente coloridos.

3.4 Critérios de Inclusão e exclusão

Os participantes apresentaram os seguintes critérios de inclusão: 1) dominância manual direita, nacionalidade e procedência brasileiras, 2) monolíngues falantes do Português Brasileiro, 3) mínimo de cinco anos de escolaridade, 4) ausência de dificuldades de visão e audição não corrigidas, 5) diagnóstico médico (realizado por neurologista) de um AVC isquêmico no hemisfério cerebral esquerdo apenas ocorrido há até 1 ano antes das avaliações neuropsicológicas, sendo confirmado por tomografia computadorizada, 6) presença de falhas comunicativas, caracterizando uma afasia predominantemente expressiva; 7) já ter recebido alta do tratamento fonoaudiológico individual no momento do estudo, realizando apenas a intervenção de teatro *clown* e participando do grupo de convivência por questões éticas, já que o processo de reabilitação oferecido pelo RELINC não tem como norma a alta do grupo terapêutico. Foram excluídos os casos de afasia global e afasias predominantemente compreensivas, bem como participantes que realizavam terapia fonoaudiológica individual e participantes que não eram ingressantes novos e já faziam parte do Palhafasia há mais tempo.

3.5 Instrumentos

A coleta de dados do estudo ocorreu no período de março a setembro de 2017. Para obtenção do perfil linguístico e cognitivo foram aplicadas algumas tarefas dos instrumentos neuropsicológicos, Neupsilin (FONSECA, SALLES & PARENTE, 2009), memória de trabalho e atenção e da Bateria Montreal-Toulouse de avaliação da linguagem (MTL-Brasil) (PARENTE, 2016), compreensão oral de palavras e frases, discurso narrativo oral e reconhecimento de partes do corpo, bem como o Protocolo de praxias não verbais *Ideomotor Apraxia* (ALEXANDER et al., 1992), visando avaliar as habilidades gestuais. A aplicação destes protocolos ocorreu antes do início das sessões de palhaçaria.

Para a obtenção das medidas quantitativas de bem estar subjetivo (BES) foi aplicada a escala de bem estar subjetivo (ESBES), composta por 62 itens, nos quais 21 avaliam afeto positivo, 26 itens, afeto negativo e 15 itens avaliam a satisfação com a vida. Esta escala foi testada e validada no Brasil de acordo com estudo realizado por Albuquerque e Tróccoli (2004). A escala de bem estar subjetivo (ESBES), possui um intervalo de pontuação que varia de 1 a 5, no qual 1 significa “nem um pouco” e 5 significa “extremamente”. Quanto maior o escore para afeto positivo e satisfação com a vida, melhor será o bem estar subjetivo do indivíduo. Já para o afeto negativo, quanto menor o escore, melhor será o bem estar subjetivo do afásico (SILVA, 2012).

Para a avaliação da qualidade de vida foi aplicada a escala de qualidade de vida (QV) *The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39* (SAQOL-39) desenvolvida por Hilari et al. (2003). Esta escala foi escolhida por avaliar a qualidade de vida especificamente de pessoas com afasia, podendo ser aplicada em pessoas com diferentes graus de comprometimento de expressão e compreensão. Foi traduzida e adaptada em Portugal (RODRIGUES & LEAL, 2013), porém não está validada no Brasil. Tanto a escala de bem estar subjetivo (ESBES) e o questionário de qualidade de vida SAQOL-39 foram aplicados antes do início das sessões de arte *clownesca*, bem como ao final do período de intervenção, para posterior comparação.

3.6 Análise da comunicação não verbal

Para a análise da comunicação não verbal, foram realizadas 3 filmagens de números *clownescos* simples, que foram analisadas quantitativamente e qualitativamente, nos quais os participantes deveriam apenas interagir com os espectadores e com o parceiro de cena por meio da comunicação não verbal e realizar ações com um determinado objeto em cena, explorando sua criatividade e compartilhando este momento com a plateia. A primeira coleta ocorreu em abril (triangulação solo), a segunda no mês de julho (criação de números *clownescos* em dupla, triangulação em dupla) e a última no mês de setembro (triangulação solo).

Devido ao caráter subjetivo de análise desses dados, o corpus foi analisado e julgado através da observação dos vídeos por meio de consenso entre a pesquisadora e uma juíza fonoaudióloga com experiência na linguagem *clown*. Foram analisadas as seguintes categorias de comunicação não verbal: 1) número de vezes que o *clown* olha para os espectadores, 2) número de vezes que o *clown* triangula seu olhar para um objeto ou para seu parceiro de cena e para a plateia. Cada mudança de ação ou troca de objeto foi considerada como uma instância de nova triangulação, se compartilhado olhar para a plateia ou parceiro de cena. Esta última categoria de análise foi averiguada quanto à acurácia da intencionalidade de comunicação percebida na triangulação. O nível de acurácia percebido foi quantificado atribuindo-se uma pontuação que variou entre 0 a 2 pontos.

A classificação dos níveis baseou-se em uma adaptação de princípios de acurácia da atenção compartilhada descrita por Bosa (2002), que cita categorias que foram adaptadas a seguir: **a) comportamento intencional acurado**: quando o *clown* olha para um objeto e a seguir olha para os espectadores com expressão facial que comunica sua emoção (2 pontos); **b) comportamento intencional, mas o uso dos canais não verbais não é claro o suficiente para comunicar uma ideia**: quando o *clown* pausa uma ação e parece pensar algo, faz expressão facial de emoção para o parceiro de cena ou para plateia, porém não olha alternadamente primeiro para o objeto e depois para um parceiro de cena ou espectador e/ou, quando o tempo de triangulação desse olhar e a expressão facial não são claros o suficiente para perceber intenção de comunicar algo para o espectador ou parceiro de cena (1 ponto); **c) comportamento percebido, mas não intencional**: o *clown* em ação nesse caso pode ou não fazer uma expressão facial de emoção. Em nenhum

momento de sua ação direciona o olhar para um objeto específico ou pessoa em particular com clareza (0 pontos). Portanto, cada possível triangulação recebeu uma pontuação de 0 a 2 pontos. Foi somada a pontuação total e, devido a diferença de tempo entre os vídeos, essa soma foi dividida pelo total de tempo em segundos da filmagem de cada palhaço a cada atividade analisada. Adicionalmente, foi realizado um somatório do número de vezes que o *clown* olhou para a plateia (1 ponto para cada vez que olhou) e dividido pelo tempo total em segundos de cada vídeo.

3.7 Procedimentos de intervenção

A intervenção consistiu num total de 23 sessões de arte *clownesca*. Cada uma das sessões de palhaçaria teve duração de 3 horas, com a seguinte estrutura: (1) observações de vídeos de *gags clownescas* durante os 30 minutos iniciais do encontro com discussão dos pontos relevantes acerca da construção dos números *clownescos*; (2) realização de atividade lúdica com duração de 1 hora, envolvendo jogos dinâmicos, brincadeiras e atividades teatrais, para que os membros entrassem no estado *clown*; (3) uso de figurinos para aprofundar a entrada no “estado *clown*”, com duração de 30min; (4) tarefa de criação de números *clownescos* com os participantes já em estado *clown* e caracterizados com seus figurinos. Esta última com duração de 1 hora.

4 Resultados

Quadro1. Caracterização do perfil linguístico e cognitivo dos casos (escores z)

	Caso A	Caso L
Compreensão Oral de palavras (MTL)	0	0,35
Compreensão Oral de frases (MTL)	-1*	-1*
Discurso Narrativo Oral - número de palavras (MTL)	1,6	1,1
Nomeação Oral (MTL)	0,4	0,8

Reconhecimento de partes do corpo/ noções de direita e esquerda (MTL)	0,16	0
Atenção (NPL)	-1,6**	-1,9**
Memória de trabalho (NPL)	-7,4***	-1,7**

MTL - Bateria Montreal-Toulouse; NPL - Neupsilin. Escores entre -1,0 e -1,5 indicam alerta para déficit neuropsicológico; **escores z entre -1,6 e -2,0 indicam déficit moderado a grave;***escores menores ou iguais a -2,0 sugerem a presença de déficit muito grave.*

Na quadro 1, é possível observar que a maior parte das habilidades linguísticas encontra-se preservadas em ambos os casos, exceto a compreensão oral de frases, cujo escore z indica alerta para possível déficit neuropsicológico. Justifica-se o desempenho linguístico dos participantes pelo fato de já terem recebido alta da terapia fonoaudiológica individual realizada durante o período de recuperação espontânea. No que tange ao perfil cognitivo, os dois participantes apresentaram deficitárias as funções cognitivas de atenção, cujo o escore z indica déficit moderado a grave, bem como de memória de trabalho que também aparece deficitária. No caso A, o escore z indica memória de trabalho com déficit de gravidade importante. No caso L, o escore z apontou déficit moderado.

Em relação às praxias não verbais, ambos participantes apresentaram habilidades preservadas. Baseado no escore bruto total do protocolo que é de 500 pontos foi calculada uma margem percentual para ambos os casos. O caso A apresentou 95% (475 pontos) de acertos e o caso L apresentou 93,6 % (468 pontos) de acertos neste protocolo de um total de 100% equivalente à 500 pontos. A obtenção destes perfis neuropsicológicos serviu para embasar e adaptar as práticas *clownescas* levando em consideração as capacidades de expressão, compreensão e habilidades gestuais dos participantes.

Quadro 2. Comparação da evolução do bem estar subjetivo por meio da escala ESBES antes e ao final do período de análise das sessões de arte *clownesca*.

Meses	Março (Caso A)	Setembro (Caso A)	Março (Caso L)	Setembro (Caso L)
Afeto Positivo	83pontos	87 pontos	27 pontos	59pontos
Afeto Negativo	51pontos	30 pontos	94pontos	50 pontos
Satisfação com a vida	46pontos	50 pontos	42pontos	50pontos

*Pontuação baseada em uma escala de 1 a 5

Ao comparar as duas medidas de bem estar subjetivo dos participantes afásicos antes e depois do período de intervenção *clownesca*, é possível perceber uma evolução significativa em relação aos sentimentos de afeto positivos e satisfação com a vida e diminuição dos sentimentos de afeto negativo. Houve uma melhora no bem estar subjetivo de ambos, sendo que no Caso L (participante com diagnóstico de depressão) essa melhora do bem estar é mais expressiva.

Quadro 3. Comparação entre as aplicações do questionário de qualidade de vida SAQOL-39 aplicado antes e ao final da intervenção *clownesca*.

Meses	Março Caso A	Setembro Caso A	Março Caso L	Setembro Caso L
Escore físico	4.0	4.8	3.6	3.7
Escore Comunicação	2.1	3.2	2.5	4,4
Escore Psicossocial	3.4	3.7	3.1	3.8
Escore Energia	4.5	5	2.5	5

*Valores foram obtidos por meio do somatório de pontos de uma escala que varia de 1 a 5 para cada questão do questionário SAQOL-39.

Quando comparados os protocolos de qualidade de vida (QV) coletados antes e após o término da intervenção *clownesca*, foi observado que houve uma melhora significativa no que tange aos aspectos de comunicação de ambos os casos, mas novamente o Caso L se destaca em termos de progresso. Foi percebida significativa melhora, no que tange à disposição para atividades diárias, referente ao escore de energia, bem como nos aspectos psicossociais investigados em relação ao caso L. O caso A mostrou evolução maior nos aspectos físicos do que o caso L, o que pode ser explicado pelo fato de L apresentar um problema de saúde que frequentemente interferiu na realização de atividades durante as sessões (asma).

Quadro 4. Pontuação de triangulação *clownesca* dos participantes

Meses	Abril	Julho	Setembro
Pontuação Caso A	0,18	0,07	0,16
Pontuação CasoL	0,06	0,05	0,05

Escores baseado na escala de pontuação de acurácia de intencionalidade não verbal (0 a 2 pontos). A pontuação total de triangulação dos participantes foi dividida pelo tempo em segundos de cada um dos vídeos referentes à pontuação.

Como se pode observar, não foram detectadas mudanças no que tange à triangulação dos casos antes e após a intervenção *clownesca*, concluindo-se que não houve evidência de evolução visível deste aspecto.

Quadro 5 - Contato visual com o público

Meses	Abril	Julho	Setembro
Pontuação Caso A	0,01	0,01	0,02
Pontuação Caso L	0,04	0,01	0,02

**Foi atribuída pontuação 1 para cada vez que o clown direcionava seu olhar para o público. A pontuação total foi dividida pelo tempo em segundos de cada um dos vídeos referentes à pontuação.*

Do mesmo modo, neste aspecto da comunicação não verbal também não foi observada evolução visível, sendo que no Caso L, inclusive observou-se diminuição do contato visual com o público.

5 Discussão

No presente estudo, foi possível perceber que em relação aos aspectos de bem estar subjetivo, ambos os casos obtiveram melhoras após o término das sessões de palhaçaria. No que tange aos aspectos de qualidade de vida ambos os participantes também obtiveram boa evolução, destacando-se o aumento dos escores de energia e de comunicação do Caso L.

Isso vai ao encontro de evidências encontradas na literatura científica, que apontam que além de melhorar a comunicação do afásico, o teatro configura-se como um meio que pode favorecer sua autoestima e o desempenho de atividades diárias (CÔTÉ, GETTY & GAULIN, 2008). O teatro é um meio autêntico no qual os afásicos podem interagir e compartilhar suas experiências de maneira saudável (CHERNEY, 2011). A afasia não deve ser compreendida apenas como um déficit de linguagem, mas sim como uma condição que pode ter grande impacto psicossocial na vida do indivíduo (MORATO, 2002).

Em relação ao processo de desenvolvimento da técnica de triangulação com as 23 sessões de arte *clownesca*, o caso A participou de 12 sessões e o caso L participou de 18 sessões. Foi possível perceber que houve um pequeno decréscimo na pontuação do caso A se comparado os meses de março e setembro, já na triangulação em dupla houve um decréscimo significativo. Isso pode ser devido ao número de faltas nos encontros do grupo *Palhafasia* bem como aos eventos teatrais ocorridos durante o período de análise. Após 4 meses de intervenção, o caso A retomou seu trabalho e suas atividades diárias e inclusive voltou a estudar. A pontuação do Caso L manteve-se nos últimos meses. Isso pode ser justificado pelo fato de L ser sedentária e ser portadora de doença respiratória. Durante suas práticas *clownescas* solicitou várias interrupções em decorrência de sua falta de ar e cansaço.

Além das especificidades de cada caso, justifica-se a não detecção de evolução dos participantes pelo fato da triangulação demandar um aspecto bastante refinado da comunicação não verbal, a intencionalidade compartilhada, possivelmente sendo necessário um aumento da intensidade e duração da intervenção para obter resultados visíveis. Nem todo comportamento (verbal ou não-verbal) é comunicativo. É a presença de intenção que caracteriza um comportamento como comunicativo ou não. A intencionalidade está associada à persistência em alcançar um objetivo. Esse critério é complexo, pois pode haver comportamentos que comunicam, mas que não são intencionais. Os movimentos do corpo ou jeitos de olhar podem fornecer informações sobre o pensamento e o estado afetivo de uma pessoa sem que haja intenção de comunicar tais pensamentos ou emoções (BEATES,1976).

Pode-se inferir que os prejuízos de atenção e memória de trabalho apresentados pelos participantes dificultaram a obtenção de uma evolução na triangulação. Isso porque que a atenção compartilhada e a memória de trabalho têm uma relação estreita com as capacidades executivas. As habilidades executivas representam um conjunto de processos cognitivos que envolvem capacidades de planejamento, execução de atividades complexas e outros processos que permitem que o indivíduo organize e estruture seu ambiente de acordo com um objetivo. Incluem atividades de seleção e estabelecimento de objetivos, planejamento, monitoramento e sequenciamento de ações. As funções executivas agem no sentido de comandar funções cognitivas subordinadas como memória de trabalho, atenção, planejamento, e controle inibitório, entre outras, direcionando o comportamento no sentido de atingir seus objetivos (TONIETTO et al., 2011). Para além dessa relação entre funções executivas e intencionalidade, sabe-se que um aspecto da comunicação não verbal, nesse caso a gestualidade de afásicos, também depende de habilidades atencionais. O trabalho de conclusão de curso realizado por Grigol (2015) e publicado no congresso *Gestures, Creativity, Multimodality-ISGS Conferece* (2016) demonstrou que a presença de determinados gestos que apresentam funções pragmáticas correlacionou-se positivamente com escores atencionais de um grupo de afásicos. Portanto, indivíduos afásicos com desempenho atencional baixo usam menos gestos durante a comunicação.

Ao analisar qualitativamente o desenvolvimento da técnica de triangulação ao longo dos encontros *clownescos* foi possível perceber que embora ambos os casos

não tenham evoluído em relação ao aumento do número de olhares para o público e triangulações, os participantes compreenderam as regras da comunicação *clownesca*, nas quais o *clown* busca comunicar-se constantemente com a plateia e parceiro de cenas, utilizando-se para isso de diversos canais de comunicação de forma organizada. Nesse sentido, pode-se inferir que desde o princípio do trabalho os participantes mostraram-se capazes de compreender a necessidade de o *clown* expressar de modo consciente suas habilidades de comunicação multimodal.

Observa-se, no entanto que, entre compreender e exercer esta habilidade com desempenho refinado, há uma distância que exigiria um caminho mais longo a ser trilhado por ambos os casos no seu processo de construção *clown*. Atualmente apenas o Caso L está frequentando o Palhafasia, observando-se grande motivação desta para seu progresso, já que desempenhará um número na próxima Mostra do Palhafasia.

De acordo com o estudo foi possível perceber por meio da comparação entre os protocolos de bem estar subjetivo e qualidade de vida, que ambos os casos obtiveram melhora tanto em sua sensação de bem estar subjetivo como na comunicação verbal durante o dia a dia e nos aspectos psicossociais, físicos e energia. As medidas de bem estar subjetivo e qualidade de vida são muito úteis pois buscam compreender a avaliação que os próprios indivíduos fazem de suas vidas. Apesar de não haver uma concordância sobre o conceito exato de bem estar subjetivo e de qualidade de vida, há um consenso sobre a importância de investigar a satisfação com a vida após intervenções (ALBUQUERQUE e TRÓCCOLLI, 2004).

Esse tipo de medida, em específico sobre a melhora que o próprio indivíduo percebe na sua comunicação, não é fornecido por avaliações neuropsicológicas, nem mesmo pela análise que examinadores podem fazer do comportamento comunicativo. Portanto, considera-se necessário que as pesquisas sobre eficácia de métodos de intervenção da comunicação passem a utilizar com mais frequência medidas de bem estar e qualidade de vida.

Por meio da análise da técnica de triangulação foi possível perceber que a habilidade de triangular é uma capacidade comunicativa não verbal bastante complexa, que exige habilidades que claramente não dependem da preservação da linguagem verbal, observando-se dificuldades que refletiram os déficits de atenção e de memória de trabalho dos participantes.

6 Conclusão

O presente trabalho demonstrou, por meio de medidas de bem estar subjetivo (BES) e qualidade de vida (QV), que uma intervenção *clown* proporcionou benefícios destes aspectos na vida de dois afásicos de expressão. Não se observou evidência da evolução da intencionalidade compartilhada na comunicação não verbal com esta intervenção. Conclui-se que a técnica de triangulação *clown* envolve o uso de um conjunto refinado e complexo de comportamentos que provavelmente impõem demandas altas para a atenção e para a memória de trabalho, habilidades deficitárias em ambos os casos.

Em última análise, ainda não foram realizadas outras pesquisas que relacionem, especificamente, as práticas de arte *clownesca* com a possível melhora no bem estar subjetivo na qualidade de vida e na comunicação de afásicos. Os métodos empregados neste tipo de reabilitação utilizando a arte teatral como meio de expressão artística ainda não são padronizados, havendo grande variabilidade nas dinâmicas e técnicas teatrais utilizadas com grupos de participantes com alterações neurológicas (MODUGNO et al., 2012; CHERNEY et al., 2011; COTÉ, GETTY, GAULLIN, 2008). O teatro é uma ferramenta potencialmente forte para melhorar a qualidade de vida de indivíduos afásicos. Mais pesquisas devem ser realizadas na área, a fim de que possamos compreender o efeito da abordagem *clown* nas habilidades de comunicação desta população.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, A. S.; TRÓCCOLI B, T. Desenvolvimento de uma escala de bem estar subjetivo. *Psicologia: Teoria e Prática.*, Brasília, v.20, n.2, p. 153-164, 2004.
- BEATES, E. **Language and context**. New York: Academic Press, 1976.
- BOAL, A. **Jogos para atores e não atores**. 14. ed. Rio de Janeiro: editora Civilização brasileira, 2011.
- BURNIER, Luis Otavio. A arte de ator: da técnica a representação. 2. ed. Campinas, SP: Unicamp, 2009.
- BRANDÃO, L. et al. Clown theater and aphasia: the experience of "Palhafasia". In: ISGS Gesture, Creativity, Multimodality. **Anais...**Paris: International Society for Gesture Studies, 7 conference.
- CARLETO, N.G.;CALDANA, M.L. Correlação entre qualidade de vida do paciente afásico e de seu familiar. *Distúrbios Com.*, São Paulo, v. 25, n.4, p.630-640, dez, 2014.
- CARLOMAGNO S. Pragmatic approaches to aphasia therapy.England: Whurr; 1999.
- CÔTÉ, I.; GETTY, L.; GAULIN, R. Aphasic theatre or theatre boosting self-esteem. **International Journal on Desability and Human Development.**, Portugal, v.10, n.1, p.177-183, 2008.
- CHERNEY, L. R.; OEHRING, A. K.; WHIPPLE, K.; RUBENSTEIN, T. "Waiting on the Words": procedures and outcome of a drama class for individuals with aphasia. **Seminars in Speech and Lang.**,NewYork, v.32, n. 3,p. 229-242, 2011.
- DIONIGI, A.; FLANGINI, R.;GREMIGNI,P. Clowns in hospitals. In____ (org.).**Book Title Humor and Health promotion**. New York: Nova Science Publishers, 2012. Cap.11, p.213-228.
- FONTOURA, D.R.; RODRIGUES, J.C.; FONSECA, R.P.; PARENTE, M.A.M.P.; SALLES, J.F. Adaptação do Instrumento de Avaliação Neuropsicológica Breve Neupsilin para avaliar pacientes com afasia expressiva: Neupsilin-Af. **Ciências e Cognição.**, Porto Alegre, v. 16, n. 3, p. 78-94, dez. 2011.
- FONTANESI, R.O.; SCHIMDT, A. Intervenções em afasia: uma revisão integrativa. *Rev CEFAC.*, São Paulo, v.18, n. 1, p.252-262, jan./fev. 2016.
- FONSECA, R.P.; FERREIRA, G.D.; LIEDTKE, F.V.; MULLER,J.L.; SARMENTO, T. F.; PARENTE, M.A.M.P. Alterações cognitivas, comunicativas e emocionais após lesão hemisférica direita: Em busca de uma caracterização da síndrome do hemisfério direito. *Psicologia USP.*, São Paulo,v.17,n.4, p.241-262, 2006.

FONSECA, R. P. **Bateria Montreal de Avaliação da comunicação: estudos teóricos, sócio-demográfico, psicométrico e neuropsicológico.** 2006. 207f. tese (Doutorado em Psicologia)- Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

FONTOURA, D. R.; RODRIGUES, J. C.; BRANDÃO, L.; MONÇÃO, A. M.; SALLES, J. F. Eficácia da terapia de entonação melódica: estudo de caso de paciente com afasia de Broca. **Distúrbios da Comun.**, São Paulo, v.26,n.4, p.641-655, dez.2014.

GRIGOL, Camila Leonhardt. **Gestualidade e cognição na afasia de expressão- Rio Grande do Sul,2015.2015.**24 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fonoaudiologia)- Faculdade de Odontologia/Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre,2015.

HARGIE,O.; SAUNDERS, C.; DICKSON, D. **Social skills in interpersonal communication.** London: Brookline Books, 1987.

HILARI, K.; BING, S.; LAMPING, D. L.; SMITH, S. C. Stroke and afasia quality of life scale-39(SAQOL-39) evaluation of acceptability, reability, and validity. American Heart Association., Londres, v.34, p.1944-1950, 2003.

LIMA, R.C.M.; TEIXEIRA-SALMELA, L.F.; MAGALHÃES, L.C.; GOMES-NETO, M. Propriedades psicométricas da versão brasileira da escala de qualidade de vida específica para acidente vascular encefálico: aplicação do modelo rasch. **Rev BrasFisioter.**, Minas Gerais, v.12, n.2, p.140-156, 2008.

MANOCHIOPINIG, S.; SHEARD, C.; REED, V. A. Pragmaticasement in adult aphasia: A clinical review. *Aphasyology.* , London, v.6,n.6,p.519-533, 1992.

MODUGNO, N.; LACONELLI, S.; FIORILLI, M.; LENA, F.; KUSCH,I.; MIRABELLA, Gi. Active theater as a complementarytherapy for Parkinson'sDiseaseRehabilitation: A pilotystudy. *The scientificword jornal.*,Italy, v.16.n.10, p.2301-2313, 2010.

MCNEIL, M. R.; DOYLE, P.J .Reconsidering the hegemony of linguistic explanations in the aphasia: the challenge for beginning of the millenium. **Brain and Language.**,Pittsburgh,n.1,v.71, p.154-156, 2000.

MANSUR, L.L.; RANDOVIC, M. Afasias. In:___ (org.). **Neurolinguística: princípios para a prática clínica.** São Paulo: EI-edições, 2004. Cap. 6, p. 127-144.

MORATO, E. M. **Sobre as afasias e os afásicos.** São Paulo: Unicamp, 2002.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M.Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva.**, Rio de Janeiro, v.5, v.1,p. 7-17, 2000.

MANOCHIOPINIG, S.; SHEARD, C.; REED, V. A. Pragmaticasement in adultaphasia: A clinical review. *Aphasyology*. , London, v.6,n.6,p.519-533, 1992.

MARTINS, S.; RIBEIRO E. As contribuições do clown no trabalho do artista cênico: experiência e formação. **Revista Pesquisa em Artes/FAP.**, Curitiba, v.4, n.3, p.1-24, jan./junho. 2010.

ORTIZ, K.Z. **Distúrbios Neurológicos adquiridos: Linguagem e cognição.** São Paulo: Manole, 2010. 484p.

PADILHA, P.G. Convívio e triangulação clownesca na potencialização do evento teatral: substratos de uma montagem. **Cena em movimento.**,Rio de Janeiro, v.1,n.2, p.1-8, 2011.

PARENTE, MAMP. Organização cerebral das funções cognitivas envolvidas na sociabilização. In____ (Org.). **Autismo e educação.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2002. Cap. 8, p. 1-8.

PEÑA-CASANOVA, J.; PAMIES, M.P.; DIÉGUEZ-VIDE, F. Reabilitação das afasias e transtornos associados. 2. ed. São Paulo: Manole, 2005. 300p. Em: PEÑA-CASANOVA, J.; PAMIES, M.P. Tipos clínicos clássicos de afasias e alterações associadas.

PENDZIK, S.; RAVIV, A. Therapeutic clowning and a drama therapy: A Family resemblance. *The Arts in psychotherapy.*, New York.,v.38, n.4,p.267-275, 2011.

PILCHOWSKI, A.C. **O papel da interatividade/crisena comunicação e criação dos sistemas complexos- ótica do clown.** 2008. 78 f. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Semiótica) - Faculdade de Artes Cênicas, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2008.

PUCETTI, R. **O clown através da máscara: uma descrição metodológica.** Revista Lume., São Paulo., v.1, n.1, p.83-93, 2012.

RIBEIRO, C. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes afásicos com protocolo específico SQOL-39.** 2008. 92f. Dissertação (Mestrado em Fonoaudiologia)- Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

RODRIGUES, I. T.; LEAL, M.G. Tradução portuguesa e análise dos aspectos psicométricosda escala “*stroke and apahasia quality of life scale-39 (SAQOL-39)*”. *Rev ACR.*, Portugal, v.18, n.4, p.339-344, 2013.

ROBERT, J.; MONTGOMERY D.T. **Theatre for change: education, social Action and therapy.** New Yoork: Palgrave macmillan, 2012.

SOHLBERG, M.; MATEER, C.A. Problemas na Comunicação. In____(org.). **Reabilitação Cognitiva: uma abordagem neuropsicológica integrada.** Rio de Janeiro: Livraria Santos Editora,2010. Cap.10, p. 306-330.

TONIETTO, Lauren et al. Interfaces entre funções executivas, linguagem e intencionalidade. Paidéia., Porto Alegre, v.21, n.49, p.247-255,maio-agosto, 2011.

TONEZZI, J. **Distúrbios de Linguagem e Teatro:** o afásico em cena. 1. ed. São Paulo: Plexus, 2007. 135p.

TOMASELLO, M. Origins of Humam Communication. Cambridge: Best-set Typesetter Ltd. 2008.

WILLIAMS, L.S.;WEINBERGER, M.; HARRIS, L,E.; CLARK, D.O.; BILLER, J. Development of a stroke-especific quality of life (SSQOL) scale stroke. American Heart Association., Indianapolis,v.30,n.7,p.1362-1369,1999.

ANEXOS

ANEXO A- Escala de Bem- Estar Subjetivo (EBES)

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1	2	3	4	5
Nem um pouco	Um pouco	Moderadamente	Bastante	Extremamente

Ultimamente tenho me sentido ...

- | | | |
|-----------------------|------------------------|------------------------|
| 1) aflito _____ | 17) transtornado _____ | 33) abatido _____ |
| 2) alarmado _____ | 18) animado _____ | 34) amedrontado _____ |
| 3) amável _____ | 19) determinado _____ | 35) aborrecido _____ |
| 4) ativo _____ | 20) chateado _____ | 36) agressivo _____ |
| 5) angustiado _____ | 21) decidido _____ | 37) estimulado _____ |
| 6) agradável _____ | 22) seguro _____ | 38) incomodado _____ |
| 7) alegre _____ | 23) assustado _____ | 39) bem _____ |
| 8) apreensivo _____ | 24) dinâmico _____ | 40) nervoso _____ |
| 9) preocupado _____ | 25) engajado _____ | 41) empolgado _____ |
| 10) disposto _____ | 26) produtivo _____ | 42) vigoroso _____ |
| 11) contente _____ | 27) impaciente _____ | 43) inspirado _____ |
| 12) irritado _____ | 28) receoso _____ | 44) tenso _____ |
| 13) deprimido _____ | 29) entusiasmado _____ | 45) triste _____ |
| 14) interessado _____ | 30) desanimado _____ | 46) agitado _____ |
| 15) entediado _____ | 31) ansioso _____ | 47) envergonhado _____ |
| 16) atento _____ | 32) indeciso _____ | |

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua *opinião* sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade.

1	2	3	4	5
Discordo Plenamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo Plenamente
48. Estou satisfeito com minha vida				1 2 3 4 5
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida				1 2 3 4 5
50. Avalio minha vida de forma positiva				1 2 3 4 5
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida				1 2 3 4 5
52. Mudaria meu passado se eu pudesse.....				1 2 3 4 5
53. Tenho conseguido tudo o que esperava da vida				1 2 3 4 5
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim.....				1 2 3 4 5
55. Gosto da minha vida				1 2 3 4 5
56. Minha vida está ruim				1 2 3 4 5
57. Estou insatisfeito com minha vida.....				1 2 3 4 5
58. Minha vida poderia estar melhor				1 2 3 4 5
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida				1 2 3 4 5
60. Minha vida é "sem graça"				1 2 3 4 5
61. Minhas condições de vida são muito boas.....				1 2 3 4 5
62. Considero-me uma pessoa feliz				1 2 3 4 5

ANEXO B- Escala de qualidade de vida (QV)- *The Stroke and Aphasia Quality of Life Scale-39 (SAQOL-39)*

SAQOL-39

Nome: _____ Data: _____

DURANTE A SEMANA PASSADA

	Quanta dificuldade você tem? (Repetir antes de todos os itens, se necessário)	Não posso fazer de modo algum	Com muita dificuldade	Alguma dificuldade	Pouca dificuldade	Sem qualquer dificuldade	Domínios			
							Físico	Com.	Psico-Social	Energia
		1	2	3	4	5				
SC1.	Preparar refeições?	1	2	3	4	5				
SC4.	Vestir-se?	1	2	3	4	5				
SC5.	Tomar banho?	1	2	3	4	5				
M1.	Andar? (Se o respondente não puder andar, faça um círculo na questão 1 e vá para M7)	1	2	3	4	5				
M4.	Manter o equilíbrio, quando se curva ou estende o corpo?	1	2	3	4	5				
M6.	Subir escadas?	1	2	3	4	5				
M7.	Andar sem parar para descansar ou usar a cadeira de rodas sem parar para descansar?	1	2	3	4	5				
M8.	Ficar em pé?	1	2	3	4	5				
M9.	Levantar de uma cadeira?	1	2	3	4	5				
W1.	Fazer trabalhos domésticos?	1	2	3	4	5				
W2.	Terminar trabalhos que começou?	1	2	3	4	5				
UE1.	Escrever ou datilografar, i.e. usar sua mão para escrever ou datilografar?	1	2	3	4	5				
UE2.	Colocar meias?	1	2	3	4	5				
UE4.	Abotoar botões?	1	2	3	4	5				
UE5.	Fechar e abrir um zíper?	1	2	3	4	5				
UE6.	Abrir um vidro de conserva?	1	2	3	4	5				
L2.	Falar?	1	2	3	4	5				
L3	Falar de forma clara, inclusive usando telefone?	1	2	3	4	5				
L5.	Fazer outras pessoas compreenderem?	1	2	3	4	5				
L6.	Encontrar as palavras que deseja falar?	1	2	3	4	5				
L7.	Fazer outras pessoas compreendê-lo quando você repete o que falou?	1	2	3	4	5				

DURANTE A SEMANA PASSADA:

Item ID	Você (Repetir antes de todos os itens, se necessário)	Definitivamente sim	Provavelmente sim	Não tenho certeza	Provavelmente não	Definitivamente não	Físico	Com.	Psico-Social	Energia
T4	Tem que andar as coisas para lembrar-se (ou pedir para alguém andar para você)?	1	2	3	4	5				
T5	Acha difícil tomar decisões?	1	2	3	4	5				
P1	Sente irritação?	1	2	3	4	5				
P3	Sente que sua personalidade mudou?	1	2	3	4	5				
MD2	Sente-se desencorajado quanto ao futuro?	1	2	3	4	5				
MD3	Não tem interesse em outras pessoas ou atividades?	1	2	3	4	5				
MD6	Sente-se afastado de outras pessoas?	1	2	3	4	5				
MD7	Tem pouca confiança em você?	1	2	3	4	5				
E2	Sente-se cansado a maior parte do tempo?	1	2	3	4	5				
E3	Precisa parar e descansar várias vezes ao dia?	1	2	3	4	5				
E4	Sente-se muito cansado para fazer o que precisa?	1	2	3	4	5				
FR7	Sente que você é um peso para sua família?	1	2	3	4	5				
FR9	Sente que seus problemas de linguagem interferem em sua vida familiar?	1	2	3	4	5				
SR1	Sai menos do que gostaria?	1	2	3	4	5				
SR4	Faz hobbies ou passatempos menos do que gostaria?	1	2	3	4	5				
SR5	Encontra seus amigos menos do que gostaria?	1	2	3	4	5				
SR7	Sente que sua condição física interferiu em sua vida social?	1	2	3	4	5				
SR8	Sente que seus problemas de linguagem interferiram em sua vida social?	1	2	3	4	5				
SAGOL-39 Escore médio										
Escore físico										
Escore de comunicação										
Escore psicossocial										
Escore de energia										

Name:

Date:

SAQOL-39 Scoring Sheet

DURING THE PAST WEEK (Repeat as in SAQOL-39)
 How much trouble did you have
 (Repeat before each item or as necessary)

Item ID	How much trouble did you have (Repeat before each item or as necessary)	Couldn't do it at all	A lot of trouble	Some trouble	A little trouble	No trouble at all	Domain scores			
							Physical	Comm.	Psycho-social	Energy
SC1.	preparing food?	1	2	3	4	5				
SC4.	getting dressed?	1	2	3	4	5				
SC5.	taking a bath or shower?	1	2	3	4	5				
M1.	walking? (If respondent can't walk, circle 1 and go to question M7)	1	2	3	4	5				
M4.	keeping your balance when bending over or reaching?	1	2	3	4	5				
M6.	climbing stairs?	1	2	3	4	5				
M7.	walking without stopping to rest or using a wheelchair without stopping to rest?	1	2	3	4	5				
M8.	standing?	1	2	3	4	5				
M9.	getting out of a chair?	1	2	3	4	5				
W1.	doing daily work around the house?	1	2	3	4	5				
W2.	finishing jobs that you started?	1	2	3	4	5				
UE1.	writing or typing, i.e. using your hand to write or type?	1	2	3	4	5				
UE2.	putting on socks?	1	2	3	4	5				
UE4.	doing buttons?	1	2	3	4	5				
UE5.	doing a zip?	1	2	3	4	5				
UE6.	opening a jar?	1	2	3	4	5				
L2.	speaking?	1	2	3	4	5				
L3.	speaking clearly enough to use the phone?	1	2	3	4	5				
L5.	getting other people to understand you?	1	2	3	4	5				
L6.	finding the word you wanted to say?	1	2	3	4	5				
L7.	getting other people to understand you even when you repeated yourself?	1	2	3	4	5				

DURING THE PAST WEEK:

Item ID	Did you (Repeat before each item or as necessary)	Definitely yes	Mostly yes	Not sure	Mostly no	Definitely no	Physical	Comm.	Psycho- social	Energy	
T4.	have to write things down to remember them, (or ask somebody else to write things down for you to remember)?	1	2	3	4	5					
T5.	find it hard to make decisions?	1	2	3	4	5					
P1.	feel irritable?	1	2	3	4	5					
P3.	feel that your personality has changed?	1	2	3	4	5					
MD2.	feel discouraged about your future?	1	2	3	4	5					
MD3.	have no interest in other people or activities?	1	2	3	4	5					
MD6.	feel withdrawn from other people?	1	2	3	4	5					
MD7.	have little confidence in yourself?	1	2	3	4	5					
E2.	feel tired most of the time?	1	2	3	4	5					
E3.	have to stop and rest often during the day?	1	2	3	4	5					
E4.	feel too tired to do what you wanted to do?	1	2	3	4	5					
FR7.	feel that you were a burden to your family?	1	2	3	4	5					
FR9.	feel that your language problems interfered with your family life?	1	2	3	4	5					
SR1.	go out less often than you would like?	1	2	3	4	5					
SR4.	do your hobbies and recreation less often than you would like?	1	2	3	4	5					
SR5.	see your friends less often than you would like?	1	2	3	4	5					
SR7.	feel that your physical condition interfered with your social life?	1	2	3	4	5					
SR8.	feel that your language problems interfered with your social life?	1	2	3	4	5					
SAQOL-39 Mean score		Add all items and divide by 39									
Physical score		(SC items+M items+W items+UE items+SR7)/17									
Communication score		(L items+FR9+SR8)/7									
Psychosocial score		(T5+P items+MD items+FR7+SR1+SR4+SR5)/11									
Energy score		(T4+E items)/4									