

(RE)CONSTRUÇÃO COMUNICATIVA E APRENDIZAGEM: UMA REALIDADE SOCIAL

Catarina Ramos, Universidade Atlântica, cramos@uatlantica.pt

Ana Paula Vital, Universidade Atlântica, pvital@uatlantica.pt

Resumo: A comunicação constitui a ferramenta através da qual negociamos quem somos num mundo em constante mudança. É através da comunicação que o adulto estabelece relações que lhe permitem desempenhar os papéis de si esperados e é também através dela que se torna um ser único, social e culturalmente participante.

Quem somos é construído através da transformação da nossa participação nas experiências com os outros em contextos de vida reais, estando dependente de que essas experiências nos criem crises pessoais que precisemos de ultrapassar. Podemos inferir que a perda da competência comunicativa na idade adulta, terá um grande impacto na participação da pessoa e poderá tornar-se por isso potencializadora de transformação.

Quando a competência comunicativa é alterada, por incapacidade das estruturas ou funções do corpo (e.g. a afasia após Acidente Vascular Cerebral), põe em causa duas das premissas que influenciam a aprendizagem do adulto: para transformar o indivíduo necessita de participar no seu meio e para participar deverá ser competente no uso de comunicação. Esta realidade trará consequências graves na construção do “eu” competente e comunicador e influenciará o fazer sentido da nova condição de saúde.

Nesta perspectiva, torna-se impreterível perceber como é que o indivíduo e o meio se poderão empenhar e ajustar a esta mudança. O objectivo desta reflexão fundamentada na prática é propor um mapa conceptual que explora e relaciona os factores ambientais que podem constituir barreiras ou facilitadores à aprendizagem experiencial e transformativa do indivíduo.

Palavras-chave: Comunicação, Aprendizagem, Factores Ambientais

Introdução

Aprender é intrínseco ao ser humano, no entanto, requer a tomada de consciência do que sabemos e a capacidade de reflectir sobre isso de forma a utilizar para alcançar a mudança. Essa mudança é um processo contínuo, uma vez que a realidade e a verdade são mutáveis, levando a que o ser humano necessite de fazer sentido do que vivencia diariamente na realização das suas actividades diárias em contextos que são para si significativos. Este processo de crescimento e tomada de consciência de si é mediado pela comunicação que o indivíduo tem com os seus pares.

Se o indivíduo não possuir uma boa funcionalidade comunicativa, devido por exemplo à afasia, o meio deverá ser potencializador de estratégias de forma a que não existam restrições à sua participação. Neste sentido é importante compreender os factores ambientais

que podem influenciar a sua participação dado que tanto se podem comportar como barreiras ou facilitadores.

A aprendizagem de fazer sentido desta condição de saúde e de como ser um comunicador competente, surge assim como um desafio para o indivíduo com restrição da comunicação, como os seus parceiros de comunicação, uma vez que só assim conseguirão de forma efectiva experienciar e transformar as interacções que mantêm nos papéis que desempenham ao longo da sua vida. É essa aprendizagem transformativa que irá permitir a ambos dar sentido ao viver com deficiência.

Comunicação e aprendizagem: a construção do “eu”

Ao longo da sua vida o indivíduo é levado, através das experiências por si vivenciadas, a desenvolver competências de forma a atingir a sua realização pessoal nos papéis que representa em sociedade. A aprendizagem ao longo da vida surge da capacidade do indivíduo de se desenvolver continuamente, desde o nascimento até ao final da sua vida, nos vários contextos em que se envolve.

Neste sentido podemos definir aprendizagem como a capacidade de desenvolvimento e reajustamento do indivíduo sendo constituída pelo conjunto dos processos que conduzem à mudança inerente a esse crescimento. Segundo Illeris (2003) a aprendizagem engloba mais que a aquisição de conhecimento e competências, aglomera em si a totalidade das capacidades que cada indivíduo consegue mobilizar, incluindo as habilidades pessoais, e a sua vontade para levar a cabo essa mobilização. Billet (2010) reforça ainda que a aprendizagem ao longo da vida deve ser vista como um processo socio-pessoal uma vez que acontece através do cruzamento de quem somos com as nossas actividades e interacções. A aprendizagem não depende por isso unicamente do indivíduo, mas também das relações que estabelece com os seus parceiros comunicativos, envolve portanto o uso da comunicação.

É uma verdade universalmente aceite que é através da comunicação que o indivíduo se torna um ser biopsicosocial e cultural único. Mas para que a comunicação seja o motor de aprendizagem e desenvolvimento é necessário que seja efectiva. Torna-se assim necessário que no momento de troca de uma mensagem entre emissor e receptor - e se esta ocorrer oralmente ou através da escrita, formas de comunicação privilegiadas para o ser humano - ambos dominem um mesmo código, tenham algo a partilhar e possuam a integridade das suas competências comunicativas, linguísticas e motoras. Mas esta interacção não pode ser retirada do contexto onde ocorre, uma vez que é esse próprio contexto que irá vincular o conteúdo da mensagem.

Em 2001, a Organização Mundial de Saúde (OMS) através da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), cuja versão portuguesa data de 2004, faz-nos reflectir sobre esta realidade quando nos apresenta um quadro conceptual no qual a funcionalidade do indivíduo resulta de uma interacção dinâmica entre os factores pessoais e contextuais. Estes factores são influenciados e influenciam as estruturas do corpo e as suas funções, a realização de uma determinada actividade e a participação ou envolvimento numa situação de vida. Nesta abordagem o meio torna-se co-responsável pela comunicação do outro e é nesta dinâmica construída pelo indivíduo e parceiros de comunicação que se gera aprendizagem.

Perante isto para que a aprendizagem ocorra é necessário comunicar, mas também é uma realidade que para comunicar é necessário que se efective a aprendizagem, desta feita a aprendizagem comunicativa. Para Merizow (2000) podemos defini-la como aquela que realizamos quando aprendemos o que os outros querem dizer quando comunicam connosco. Para ele compreender na aprendizagem comunicativa requer “avaliar os significados por trás das palavras; a coerência, verdade, adequação do que está a ser comunicado; a veracidade e qualificações do orador e a autenticidade das manifestações de sentimentos.” (Merizow, 2000,

p.9). Neste sentido, a competência linguística e comunicativa do indivíduo, assim como, dos parceiros de comunicação ganha uma nova dimensão. Se o meio não for facilitador da participação comunicativa do indivíduo, como o proposto pela OMS, então não existe uma real aprendizagem comunicativa, uma vez que a aprendizagem ocorre na mesma proporção em que o indivíduo participa nos contextos onde se move.

A experiência representa, portanto, um papel central na aprendizagem do adulto, uma vez que o conhecimento é criado através da sua transformação. De acordo com o defendido por Smith (2001) a aprendizagem experiencial é a forma como a maioria de nós adquire competências, sendo conseguida através de uma reflexão sobre a experiência de participação nos contextos de vida do quotidiano. A reflexão constitui assim a chave através da qual transformamos a aprendizagem. É a partir desta transformação que damos sentido às nossas experiências do dia-a-dia tendo como base quem somos, ou seja, as nossas crenças, valores e o que assumimos como adquirido com a participação em experiências diárias anteriores, reflectidas e transformadas. É a teoria da aprendizagem transformativa que explica este processo de aprendizagem, de construção e apropriação de interpretações revistas do significado de uma experiência no mundo (Taylor, 2008).

A aprendizagem transformativa é portanto o processo de modificar, de modo efectivo, o nosso quadro de referência, ou seja, as bases que assumimos e através das quais compreendemos as nossas experiências. São os quadros de referência que “moldam selectivamente e delimitam as nossas expectativas, percepções, cognição e sentimentos. Eles estabelecem a nossa “linha de acção”. Quando as circunstâncias permitem, e através da aprendizagem transformativa, a pessoa move-se para um quadro de referência que é mais inclusivo, discriminativo, auto-reflexivo e integrador de experiências.” (Mezirow, 1997, p.5).

A transformação destes quadros de referência é conseguida através da reflexão crítica que é posta em prática através do discurso reflexivo, ou seja, através de um processo no qual

temos um diálogo activo com os outros para compreender o significado de uma experiência (Merizow, 2000).

É nesta realidade que o ser humano desenvolve a sua identidade individual e social. É através da aprendizagem comunicativa que o indivíduo constroi relações e é com base nessa experiência que transforma quem é construindo a sua identidade. O domínio linguístico e comunicativo do indivíduo e o meio onde comunica tomam em si um papel fundamental neste processo. Shadden (2005) reforça esta ideia quando afirma que a comunicação e a identidade constituem o “Quem” e o “O quê”. Segundo a autora, o “O quê” é descrito como o local social de onde os enunciados são autorizados e emitidos e o “Quem” como a nossa “voz”, a nossa consciência que está envolvida à medida que negociamos a nossa identidade num determinado tempo e situação. Neste sentido, a comunicação deve ser considerada um importante componente de saúde quando falamos da saúde das populações (Threats, 2008).

O impacto de comunicar com afasia

Afasia é a terminologia usada para descrever uma alteração da linguagem que resulta de lesão das áreas do cérebro que são responsáveis pelo seu processamento que para a maioria de nós se localizam no hemisfério cerebral esquerdo, ou seja, o que fica em causa é a integridade das vias neuronais que nos permitem compreender ou produzir uma mensagem quer esta seja oral ou escrita ou até não verbal. Se nos referirmos ao enquadramento que nos é proposto pela CIF na sua primeira componente, denominada estruturas e funções do corpo, ou seja, as partes anatómicas do corpo e as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, estaremos a considerar a área cerebral lesada e as funções mentais da linguagem que incluem “funções de recepção e decifração da linguagem oral, escrita ou outras formas de linguagem, como por exemplo, linguagem de sinais e funções de expressão da linguagem oral, escrita e de outras formas de linguagem” (OMS, 2004, p.58).

Mas normalmente a afasia, e devido à localização da lesão, não aparece como entidade isolada. Outras alterações das funções do corpo são frequentes em indivíduos com afasia, devendo por isso ser consideradas, uma vez que também terão impacto na participação comunicativa da pessoa. Entre elas salientamos: (1) a paralisia ou diminuição da força em metade do corpo, não permitirá à pessoa com afasia ser independente na marcha diminuindo assim o número interações comunicativas; usar a sua mão dominante para escrever uma mensagem; ou expressar linguagem uma vez que associada à dificuldade linguística não possui o domínio dos órgãos necessários à produção de fala; (2) a não percepção de estímulos em metade ou num quadrante do campo visual, dificultará a compreensão de um texto por não aceder ao conteúdo da informação (3) a incapacidade de realizar um movimento voluntário o que pode negar o uso do gesto como forma de comunicação (4) as alterações ao nível das funções executivas, como e.g. a inibição de estímulos irrelevantes, a mudança entre conceitos ou ações ou a criação e aplicação de estratégias, podem levar o indivíduo com afasia a reincidir num meio de comunicação ou estratégia que tenha já provado não ter sucesso na transmissão da mensagem.

Em última análise a pessoa com afasia não consegue de forma consistente receber ou enviar sinais linguísticos adequados e esta incapacidade pode diminuir a sua competência para participar em interações comunicativas, uma vez que as “pessoas com afasia podem reter aspectos de compreensão e expressão, mas são incapazes de comunicar funcionalmente, de forma aceitável, para si próprios ou para aqueles que partilham o seu meio” (Jacobs, Drew, Ogletree & Pierce, 2004, p.1231).

A incapacidade em ser emissor ou receptor de uma mensagem irá manifestar-se na participação da pessoa com afasia nas suas actividades do dia-a-dia. Ao ponderarmos a componente actividade e participação da CIF estamos a reflectir sobre a forma como o indivíduo executa uma tarefa e o seu envolvimento numa situação de vida real (OMS, 2004).

Engloba-se aqui a forma como o indivíduo recebe ou envia mensagens orais e escritas, que como já foi descrito se encontra alterada, e como esta se manifesta nos seus contextos diários seja a conversar, falar ao telefone, ler o jornal ou passar um cheque. As dificuldades da pessoa com afasia em realizar estas actividades quotidianas podem levar, por exemplo, ao isolamento social. Entrevistas com pessoas com afasia realizadas por Gaag *et al* (2005) revelaram questões relacionadas com a perda de controle, de independência e do desejo de participar.

Esta realidade terá um grande impacto nos papéis desempenhados pelo indivíduo em sociedade e a incapacidade trazida pela afasia pode levar a uma crise identitária uma vez que a diferença entre o que deseja e o que consegue realizar dificultará à pessoa com afasia o lidar com a deficiência. Mackay (2003) escrevendo sobre a sua própria experiência de pessoa com afasia, descreve a forma como a falta de poder social é um componente importante na construção de uma identidade de incompetência na pessoa com afasia. Para transformar testemunhos como este, a funcionalidade comunicativa destas pessoas terá que ser analisada em função do indivíduo e do seu meio, aliás como encerra o próprio conceito de comunicação em si. Esta é a proposta Springer (2008, adaptado por Ramos, 2009) baseada no quadro conceptual da CIF quando cria o modelo funcionalidade e incapacidade no domínio da linguagem que nos dá exemplos dos descritores para a pessoa com afasia nos vários domínios desta classificação (figura 1).

Se em relação à incapacidade e funcionalidade já falámos subejamente teremos que considerar agora os factores contextuais, quer ambientais quer pessoais. O componente factores ambientais inclui o ambiente físico, social e atitudinal no qual as pessoas vivem e conduzem a sua vida e o componente factores pessoais, refere-se a variáveis como a idade, o sexo e o nível social, não classificados na CIF devido à grande variedade social e cultural associada aos mesmos.

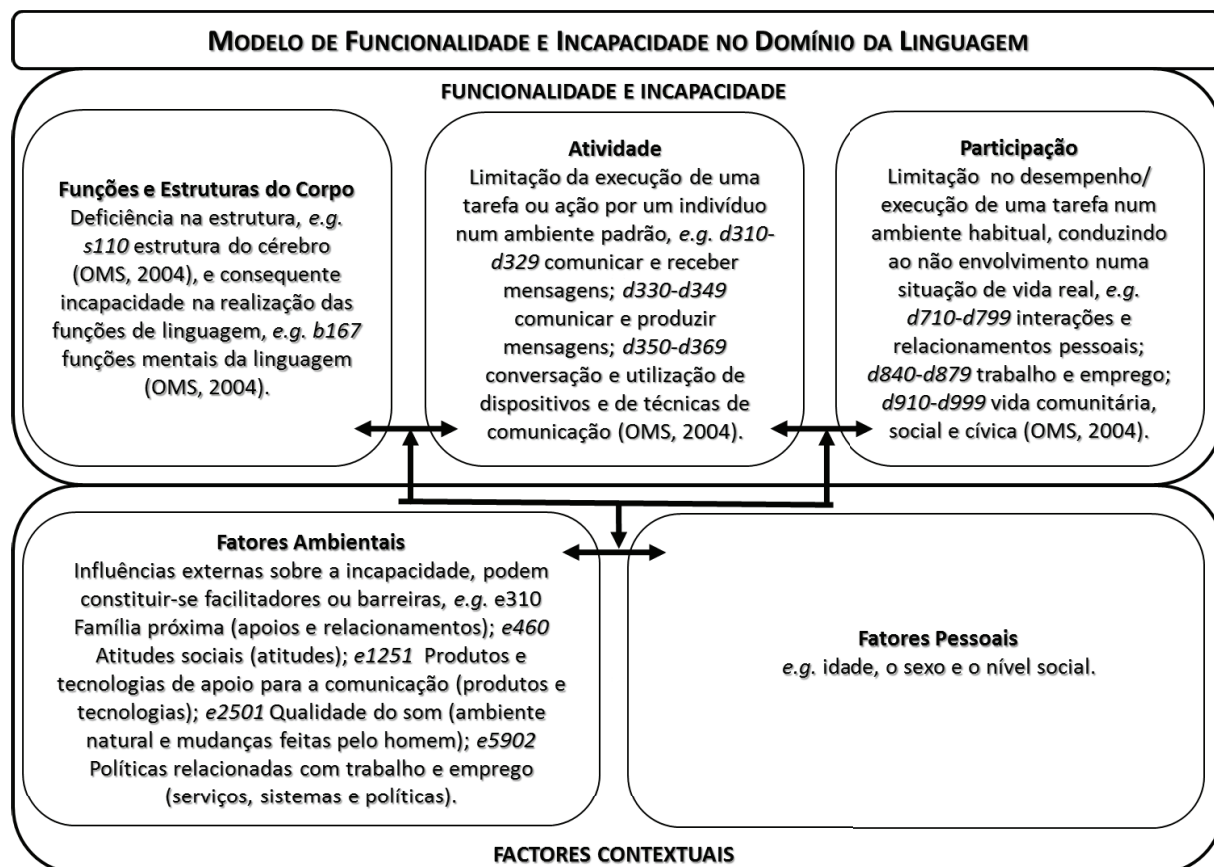


Figura 1 – Modelo de Funcionalidade e Incapacidade no Domínio da Linguagem (Ramos,2009 adaptado de Springer, 2008).

Realça-se deste modelo a consideração e a importância dada aos factores ambientais, como determinantes da funcionalidade e saúde do ser humano. Estas são condicionadas pelas variáveis: existência e acesso a produtos e a tecnologia; ambiente natural e alterações do ambiente feitas pelo homem; apoio e relacionamentos; atitudes; quantidade e qualidade de serviços; sistemas de saúde e de educação e respectivas políticas. Os factores ambientais podem constituir-se como barreiras ou como facilitadores da funcionalidade, da autonomia e do bem-estar do indivíduo.

Ramos (2011) na sua reflexão sobre os factores ambientais que influenciam a participação da pessoa com afasia propõe como principais medidas a serem adotadas: (1) fomentar o conhecimento sobre a afasia e o seu impacto ao nível da comunicação – uma vez que a tomada de consciência e a aprendizagem de estratégias ao nível da comunicação levam

a mudanças de atitude, alterando as crenças que os parceiros de comunicação têm das competências da pessoa; (2) promover a participação e formação familiar e de outros parceiros de comunicação – já que esta abordagem permite a mudança do comportamento comunicativo do parceiro de comunicação ajustando-se às necessidades e competências da pessoa com afasia, a generalização das estratégias de comunicação a situações do quotidiano e a resolução conjunta de problemas; (3) desenvolver medidas que promovam a acessibilidade comunicativa e o acesso à informação – dado que todos os cidadãos devem ter total e igual acesso à informação ou a tomar decisões, é importante repensar a apresentação de sinalética ou a produção de material escrito “*aphasia-friendly*” de forma a fomentar a igualdade de oportunidades; (4) criar políticas e redes de apoio à pessoa com afasia, à sua família e parceiros sociais – promovendo o desenvolvimento de uma identidade e responsabilidade individual e conjunta. Pode enquadrar-se, neste âmbito, desde a formação de voluntários que apoiem os cuidados, até às políticas de mercado de trabalho e redes de apoio às entidades empregadoras; (5) ampliar a prestação de serviços em comunicação aumentativa e alternativa (CAA) e tecnologias de apoio (TA) – uma vez que estas têm demonstrado ser grandes facilitadores à participação da pessoa com afasia. Este desenvolvimento promove a compreensão e a expressão da mensagem; possibilita que a pessoa com afasia tenha um *output* vocal tornando o processo mais genuíno e permite solucionar incapacidades específicas como a evocação de uma palavra ou a construção de uma frase, levando a uma menor dependência do parceiro de comunicação.

Em última análise a meta é fomentar que a pessoa com afasia possa atingir objectivos como os descritos pelos indivíduos entrevistados no estudo de Worrall *et al.* (2011), dos quais salientamos: a obtenção de informação, que lhe permitirá lidar e tomar decisões em relação à sua condição de saúde; ter controle e independência sobre a sua vida; ter dignidade e o

respeito dos outros; e ser altruísta e contribuir para a sociedade. Estes aspetos referidos pela pessoa com afasia encontram-se no âmago do processo de aprendizagem e transformação.

A (re)construção...

Para Taylor (2008) uma perspectiva transformativa muitas vezes ocorre ou através de uma série de esquemas de significado cumulativamente transformados ou como resultado de uma crise aguda pessoal ou social. Tendo por base a afirmação de Taylor podemos inferir que a perda da competência comunicativa após acidente vascular cerebral, terá um grande impacto na participação da pessoa e pode ser potencializadora de transformação. Uma vez que “manter constante o desejo e a intenção de comunicar, permite-nos receber e compreender as mensagens que o dia-a-dia nos envia e poder agir de forma adaptada às nossas necessidades e ao nosso contexto pessoal e social” (Vital, 2011, p. 397).

Efectivamente se é através da crítica reflexiva originada pela aprendizagem comunicativa, que construímos com os nossos parceiros de comunicação em contextos reais, que conseguimos transformar uma dada experiência, como é que quando o processo comunicativo não é eficaz podemos negociar o nosso quadro de referência? Principalmente se no quadro anterior éramos comunicadores competentes, capazes de produzir uma mensagem facilmente compreendida. Salienta-se aqui que as emoções provocadas pela incapacidade comunicativa, assim como as relações com os parceiros comunicativos irão também influenciar a comunicação, e conseqüentemente a transformação da experiência.

Trata-se de perceber como é que a resiliência e o fazer sentido da própria vida, podem ser influenciadores de aprendizagem transformativa numa situação de crise pessoal e social como a mudança de quem é o “eu”/”outro” comunicador. Trata-se de conseguir um ponto de viragem para a comunicação. Da sua investigação King, Cathers, Brown, Specht, Willoughby, Polgar, Mackinnon, Smith e Havens (2003) concluem que as experiências dos participantes

mostram que a resolução para os eventos vistos como negativos vem quando o significado da experiência é restaurado. Em última análise “para que haja interesse na continuação do processo de comunicação é necessário que na experiência anterior tenha havido prazer” (Vital, 1999). Esse prazer é o rastilho da transformação.

Para que o indivíduo seja funcional é necessário que a interação entre as características e competências do eu e as características e competências dos outros e do contexto onde ocorre essa interação se influenciem positivamente, ou seja, o indivíduo é capaz de influenciar o meio e de ser influenciado por este.

Para Light (2003) as características do indivíduo, o seu papel social e os objectivos da interação definem as exigências da interação, mas as políticas, as práticas, as atitudes, o conhecimento e as competências dos parceiros de comunicação podem limitar as oportunidades de comunicação e determinam os desafios que a pessoa terá que ultrapassar.

Em última análise “a vontade e determinação intrínsecas de cada um de nós revelar-se-ão manifestamente inconsequentes e condenadas ao insucesso, se não existirem criadas à nossa volta as necessárias e sólidas estruturas socioculturais, acolhedoras da exequibilidade dessa vontade e dessa determinação, dinamizadoras e interagentes na respectiva implementação: se a sociedade não estiver sensibilizada, munida das adequadas estratégias e predisposta para se comprometer empenhadamente e sem reservas no processo conducente à saudável e nobre inclusão de todos os cidadãos” (Guerreiro, 2002, p.370).

Queremos ainda salientar que as necessidades comunicativas do indivíduo ao longo da sua vida são diferentes, uma vez que se acredita que ao suprimir uma determinada necessidade se permitirá ao indivíduo aceder a novas experiências comunicativas que lhe trarão novos desafios, logo lhe permitirão aprendizagem comunicativa. Por outro lado, devemos ainda considerar que o tempo de evolução da afasia e a sua relação com as fases de recuperação do indivíduo fomentam a criação de novos objetivos para estas pessoas.

Para Springer (2008) a intervenção com a pessoa com afasia tem três fases: (1) a *Fase de ativação* (fase aguda; 0-4 semanas de evolução), cujos principais objetivos são a estimulação das funções neurofisiológicas e sensório-motoras, o fornecer de estratégias de uso da linguagem, a estimulação multimodal, a inibição de adaptações não funcionais e a compensação não verbal; (2) a *Fase de Terapia específica centrada na deficiência* (fase pós aguda; 1-6 meses e 6 meses-1 ano de evolução), tendo esta por base a promoção das competências linguísticas ao nível da compreensão e expressão da linguagem verbal oral e escrita e (3) a *Fase de participação social e consolidação* (fase crónica; >1 ano de evolução), desenvolvendo-se nesta fase a manutenção das competências linguísticas, as estratégias de compensação verbais e não verbais e a otimização da participação do indivíduo. A autora salienta ainda a importância do aconselhamento familiar e dos grupos de inter-ajuda para atingir com sucesso estes objetivos. No entanto, acreditamos que devem ainda ser consideradas a CAA e as TA, desde as fases mais precoces, para a implementação de uma comunicação significativa e efectiva, promovendo a participação da pessoa com afasia nos seus diversos contextos vivenciais.

São as mudanças ao nível das funções do corpo da pessoa com afasia, que ocorrem ao longo do tempo, junto com os fatores pessoais que se foram modificando, muitas vezes devido à sua participação em experiências anteriores e à sua transformação, que ditam a constante adaptação do e ao meio. É nesta dinâmica que a pessoa com afasia e os seus parceiros de comunicação geram novos desafios ao participar numa determinada experiência comunicativa, construindo aprendizagem comunicativa e transformando essa experiência, iniciando assim um novo ciclo que lhes permitirá construir um novo quadro de referência. A cada novo quadro de referência a pessoa negociou a sua identidade que influenciará a forma como o ciclo se processará. É neste quadro conceptual (figura 2) que acreditamos que deve ser pensada a intervenção junto desta população.

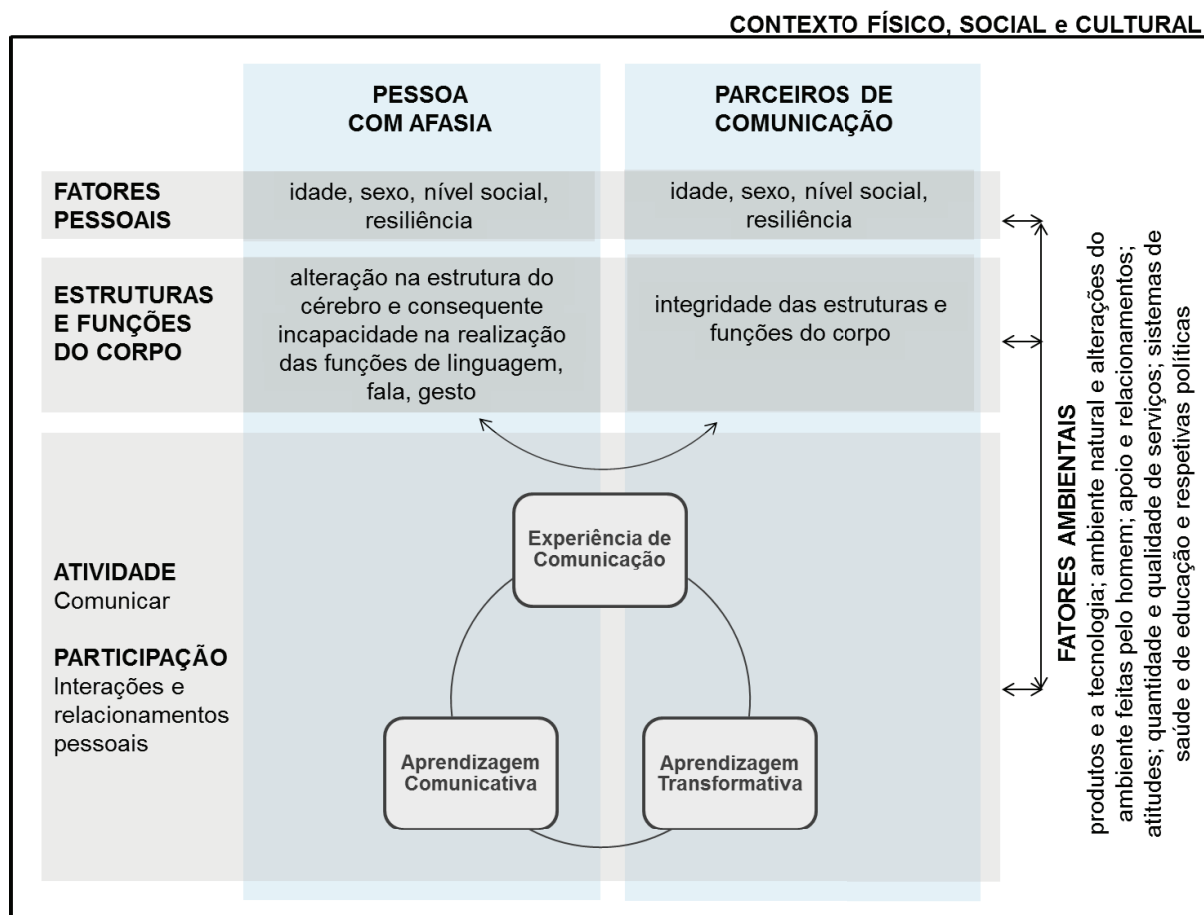


Figura 2 – Comunicação e aprendizagem na pessoa com afasia e parceiros de comunicação

Este quadro conceptual é suportado por Öhman, Söderberg e Lundman (2003) quando no seu trabalho com indivíduos com doença crónica salientam que os participantes do seu estudo se viram forçados a aprender a viver um novo estilo de vida, de modo a aprender novas normas de vida. Esta realidade pode ser estendida aos cuidadores, uma vez que também eles serão afetados pela mudança.

Dar um novo sentido à vida implica (re)construção.

Conclusão

Hoje em dia, é reconhecido de um modo consensual que o acesso à comunicação é um direito de todas as pessoas, uma vez que é com base nas interações comunicativas

estabelecidas com os outros que o indivíduo constrói a sua identidade. Constitui também uma realidade que todos nós, ao longo da nossa vida, através dessa mesma interação com o outro transformamos as nossas experiências de vida de forma a construir quem somos. É ainda uma verdade, que o ser humano tem um grande objetivo enquanto ser biopsicossocial e cultural que é dar sentido à sua vida.

Ao vivenciar a alteração da sua competência comunicativa e linguística, por exemplo devido à afasia, o indivíduo irá experienciar de uma forma diferente uma determinada realidade e é essa experiência que tentará transformar, construindo para si novas aprendizagens. No entanto, se a experiência de interação com o outro não for bem sucedida, e a mensagem não for percebida, o indivíduo poderá transformar essa experiência como não sendo um comunicador competente, capaz de crescer com o outro.

Mas se esta certeza tem impacto na forma como o indivíduo lidará com o que é viver com deficiência, tem também impacto na forma como o outro construirá e dará significado ao viver com alguém que tem deficiência. É a forma como as características individuais e do meio se vão unir na experiência e na sua transformação que transformarão a experiência em aprendizagem significativa. Torna-se assim essencial, uma construção social, para lidar com a incapacidade comunicativa de forma a potencializar a aprendizagem transformativa. Só adotamos realmente a aprendizagem transformativa depois de compreendermos a essência do indivíduo no seu contexto, uma vez que só nesta relação é que poderá existir aprendizagem.

Em última análise, para nos sentirmos integrados no mundo, para sermos capazes de nos incluirmos, existe a necessidade de passar por um processo de aprender a viver, muitas vezes, dentro de novos limites.

Referências

- Billet, S. (2010). The perils of confusing lifelong learning with lifelong education. *International Journal of Lifelong Education*, 11, 4, 401-413.
- Gaag, A.; Smith, L.; Davis, S.; Moss, B.; Cornelius, V.; Laing, S.; Mowles, C. (2005). Therapy and support services for people with long-term stroke and aphasia and their relatives: a six-month follow-up study. *Clinical Rehabilitation*, 19, 372-380.
- Guerreiro, A.D. (2002). Para uma comunicação mais inclusiva. *Análise Psicológica*, 3, XX, 367-371.
- Illeris, K. (2003). Learning, Identity and Self-orientation in Youth. *Young*, 11, 357-376.
- Jacobs, B.; Drew, B.; Ogletree, B. & Pierce, K. (2004). Augmentative and Alternative Communication (AAC) for adults with severe aphasia: where we stand and how we can go further. *Disability and Rehabilitation*, 26 (21/22), 1231-1240.
- King, G.; Cathers, T.; Brown, E.; Specht, J.; Willoughby, C.; Polgar, J.; Mackinnon, E.; Smith, L. e Havens, L. (2003). Turning Points and Protective Processes in the Lives of People With Chronic Disabilities. *Qualitative Health Research*, 13, 2, 184-206.
- Light, J. (2003). Shattering the Silence: development of Communicative Competence by Individuals Who Use AAC. In Light, J.; Beukelman, D. & Reichle, J. (eds), *Communicative Competence for Individuals who Use AAC: From research to effective practice*. Baltimore: Brooks.
- Mackay, R. (2003). "Tell them who i was" [1]: the soial construction of aphasia. *Disability & Society*, 18 (6), 811-826.
- Mezirow, J. (1997). Transformative Learning: Theory to Practice. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 74, 5-12.
- Mezirow, J. (2000). Learning to Think Like an Adult: Core Concepts of Transformation Theory. In Mezirow, J. & Associates, *Learning as Transformation. Critical Perspectives on a Theory in Progress* (3-33). San Francisco: Jossey-Bass.
- Öhman, M.; Söderberg, S. & Lundman, B. (2003). Hovering Between Suffering and Enduring: The Meaning of Living With Serious Chronic Illness. *Qualitative Health Research*, 13, 528-542.
- Organização Mundial de Saúde (2004). *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Tradução para Português Europeu de Leitão, A. Lisboa: Direcção Geral da Saúde.
- Ramos, C. (2011). Afasia sem Fronteiras. In Guerreiro, A.D. (org), *Comunicar e Interagir – Um novo paradigma para o direito à participação social das pessoas com deficiência* (207-228). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Ramos, C. (2009). A participação da pessoa com afasia. V Congresso da Associação Portuguesa de Terapeutas da Fala, Lisboa.
- Shadden, B. (2005). Aphasia as identity theft: theory and practice. *Aphasiology*, 19 (3/4/5), 211-223.
- Smith, M.K. (2001). 'David A. Kolb on experiential learning', the encyclopedia of informal education. Acedido a 28 de Julho de 2011 em <http://www.infed.org/b-explrn.htm>.
- Springer, L. (2008). Therapeutic Approaches in Aphasia Rehabilitation. In Stemmer, B. & Whitaker, H. (Eds.), *Handbook of Neuroscience of Language* (pp. 397-406). London: Elsevier.
- Taylor, E. (2008). Transformative Learning Theory. *New Directions for Adult and Continuing Education*, 119, 5-15.
- Threats, T.T. (2008). Use of the ICF for clinical practice in speech-language pathology. *International Journal of Speech-Language Pathology* 10 (1-2), 50-60.

- Vital, A.P. (2011). Parceiros de comunicação: ética e humanização. In Guerreiro, A.D. (org), *Comunicar e Interagir – Um novo paradigma para o direito à participação social das pessoas com deficiência* (379-401). Lisboa: Edições Universitárias Lusófonas.
- Vital, A.P. (1999). Comunicação Médico-Utente. A importância da comunicação e satisfação com a consulta médica para a população utente em geral. Dissertação de Mestrado na especialidade de Psicologia da Saúde. Lisboa: Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Worral, L.; Sherratt, S.; Rogers, P.; Howe, T.; Hersh, D.; Ferguson, A. & Davidson, B. (2011). What people with aphasia want: their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25 (3), 309-322.